

*Samargand*

2022, 2.2 (104)

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 21,25 усл. п.л. Тираж 100 экз.  
Отпечатано в типографии Самаркандского  
государственного медицинского университета  
Заказ №86

**№ 2.2 (104)  
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**

**ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ**

**ORIGINAL ARTICLES**

- |   |    |  |
|---|----|--|
| <p><b>Н. Х. Рузиева, Ж. Е. Пахомова</b><br/>ИЗУЧЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ<br/>ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ<br/>ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У<br/>БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА</p>   | 7  | <p><b>N. Kh. Ruzieva, Zh. E. Pakhomova</b><br/>STUDY OF THE RATIO OF<br/>CYTOKINES IN THE DEVELOPMENT<br/>OF PRETERM LABOR IN PREGNANT<br/>WOMEN AT RISK</p>   |
| <p><b>Х. О. Саидова, С. М. Мухамадиева,<br/>З. С. Намозова, Г. Д. Истамова,<br/>П. Г. Зарифова</b><br/>ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ<br/>РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ<br/>РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ<br/>СИСТЕМЫ</p> | 11 | <p><b>Kh. O. Saidova, S. M. Mukhamadieva,<br/>G. D. Istamova, Z. S. Namozova,<br/>P. G. Zarifova</b><br/>PROGNOSTIC RISK FACTORS FOR THE<br/>DEVELOPMENT OF CONGENITAL<br/>MALFORMATIONS OF THE CENTRAL<br/>NERVOUS SYSTEM</p> |
| <p><b>А. Т. Сафаров</b><br/>К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ<br/>МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ<br/>АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ</p>   | 15 | <p><b>A. T. Safarov</b><br/>ON THE ISSUE OF PREVENTION OF<br/>MASSIVE BLEEDING DURING<br/>ABDOMINAL DELIVERY</p>   |
| <p><b>Л. А. Сафарова</b><br/>АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ<br/>ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ВИЧ</p>   | 18 | <p><b>L. A. Safarova</b><br/>OBSTETRIC AND PERINATAL<br/>OUTCOMES IN WOMEN WITH HIV</p>  |
| <p><b>М. А. Сидикходжаева, Г. Т. Джураева,<br/>И. А. Камилова</b><br/>ИЗУЧЕНИЕ АНАМНЕЗА И<br/>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ<br/>БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С<br/>ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ<br/>ОБОЛОЧЕК</p>                   | 21 | <p><b>M. A. Sidikhodzhaeva, G. T. Juraeva,<br/>I. A. Kamilova</b><br/>THE STUDY OF THE ANAMNESIS AND<br/>FEATURES OF THE COURSE OF<br/>PREGNANCY IN WOMEN WITH<br/>PRENATAL RUPTURE OF THE<br/>MEMBRANES</p>                   |
| <p><b>Н. А. Султонова</b><br/>АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ПРИЧИН<br/>ПРИВЫЧНОГО ВЫКИДЫША<br/>В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ</p>   | 25 | <p><b>N. A. Sultonova</b><br/>ANALYSIS OF THE CAUSES AND<br/>INCIDENCE OF RECIPIENT MISSION<br/>IN BUKHARA REGION</p>  |
| <p><b>Ю. А. Тангирова, Л. Р. Агабабян,<br/>З. Худоярова</b><br/>ТУХУМДОНЛАРНИНГ ВАКТИДАН<br/>ОЛДИН ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР<br/>АЁЛЛАРДА ЭРТА МЕНОПАУЗА<br/>МУММОЛАРИ</p>  | 29 | <p><b>Y. A. Tangirova, L. R. Agababyan,<br/>Z. Hudoyarova</b><br/>EARLY MENOPAUSE<br/>PROBLEMS IN WOMAN<br/>WITH PREMATURE OVARIAN<br/>FAILURE</p>   |
| <p><b>Gul Ahmad Tanish</b><br/>REPRODUKTIV YOSHIDAGI AYOLLARDA<br/>TUXUMDONLARNING POLIKISTOZ<br/>SINDROMI KELIB CHIQISHINING ASOSIY<br/>SABABLARINI ANIQLASH</p>   | 32 | <p><b>Tanish Gul Ahmad</b><br/>MAIN CAUSES OF<br/>POLYCYSTIC OVARIAN<br/>SYNDROME IN WOMEN OF<br/>REPRODUCTIVE AGE</p>   |
| <p><b>Ш. Ж. Тешаев, Н. К. Дустова</b><br/>ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ<br/>ИЗМЕНЕНИЙ ПЛАЦЕНТЫ<br/>БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ COVID-19</p>  | 36 | <p><b>Sh. J. Teshayev, N. K. Dustova</b><br/>FEATURES OF MORPHOLOGICAL<br/>CHANGES IN THE PLACENTA OF<br/>PREGNANT WOMEN AFTER COVID-19</p>  |

- Ю. М. Тилавова, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, В. О. Ким**  
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С ПОЛИПАМИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ БЕСПЛОДИИ 43 **Yu. M. Tilavova, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, V. O. Kim**  
CLINICAL AND ANAMNESTIC FEATURES OF PATIENTS WITH ENDOMETRIAL POLYPS AND INFERTILITY
- Д. М. Тиллабаева, А. С. Ходжаева**  
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ 48 **D. M. Tillabaeva, A. S. Khodjaeva**  
FUNCTIONAL OVARIAN CYSTS IN ADOLESCENT GIRLS: MANAGEMENT TACTICS
- Т. В. Тяп**  
ПОДБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКАМ С ПРОСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ И АМК В ПОСТМЕНОПАУЗЕ 51 **T. V. Tyap**  
SELECTION OF TREATMENT METHODS FOR POSTMENOPAUSAL PATIENTS WITH SIMPLE ENDOMETRIAL HYPERPLASIA AND AUB
- З. Б. Усинова, Г. Ф. Сапаева, Р. Э. Ниязметов**  
ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ ҲОМИЛАДОРЛИК ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ 55 **Z. B. Usinova, G. F. Sapaeva, R. E. Niyazmetov**  
ECTOPIC PREGNANCY IN THE REPUBLIC OF KARAKALPAKSTAN AND ITS COMPLICATIONS
- З. М. Усмонова, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, Ф. И. Ганиев, Д. Т. Раббимова**  
COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АЁЛЛАРДА ҲОМИЛАДОРЛИК, ТУҒРУҚ КЕЧИШИ ВА ҲОМИЛАНИНГ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ 58 **Z. M. Usmonova, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, F. I. Ganiev, D. T. Rabbimova**  
ASSESSMENT OF THE COURSE OF PREGNANCY, CHILDBIRTH AND THE CONDITION OF THE FETUS IN WOMEN WITH COVID-19
- М. О. Фазилова, С. Н. Султанов**  
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМОЙ, БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ 62 **M. O. Fazilova, S. N. Sultanov**  
RESTORATION OF THE ENDOMETRIUM WITH PLATELET RICH AUTOLOGICAL PLASMA AFTER NON-DEVELOPING PREGNANCY
- И. Б. Хамдамов**  
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННОГО ПОДХОДА ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА 65 **I. B. Khamdamov**  
CLINICAL EVALUATION OF THE EFFICACY OF THE TRADITIONAL APPROACH TO THE TREATMENT OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL HERNIAS IN WOMEN OF FERTILE AGE
- А. С. Ходжаева, М. К. Гулямова**  
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДИСМЕНОРРЕЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 71 **A. S. Khodjaeva, M. K. Gulyamova**  
NEUROLOGICAL DISORDERS IN DYSMENORRHEA IN ADOLESCENT GIRLS DURING THE COVID-19 PANDEMIC
- Н. Н. Шавазу**  
БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АМНИОТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДАХ 75 **N. N. Shavazi**  
BIOCHEMICAL STUDIES OF AMNIOTIC FLUID DURING PREMATURE AND PHYSIOLOGICAL BIRTH

- X. Sh. Shavkatov, B. B. Negmadjanov, N. A. Zoirova, E. X. Shopulotov*  
GENITAL PROLAPSINING OG‘IR DARAJALARIDA REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA JARROXLIK AMALIYOTINI QO‘LLASH 79 *X. Sh. Shavkatov, B. B. Negmadjanov, N. A. Zoirova, E. X. Shopulotov*  
THE USE OF SURGICAL PRACTICE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH SEVERE DEGREES OF GENITAL PROLAPSE
- X. Sh. Shavkatov, B. B. Negmadjanov*  
JINSIY A‘ZOLAR PROLAPSI RETSIDIVI VA ASORATINI XIRURGIK DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH 82 *X. Sh. Shavkatov, B. B. Negmadjanov*  
IMPROVING THE SURGICAL TREATMENT OF RELAPSES AND COMPLICATIONS OF GENITAL PROLAPSE
- I. Ya. Shammatov, Z. A. Shopulotova*  
СУРУНКАЛИ РИНОСИНСИТИ БЎЛГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА НУС ТЕРАПИЯСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ 85 *I. Ya. Shammatov, Z. A. Shopulotova*  
EFFICACY OF LUS THERAPY IN PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS
- M. Sh. Shamsieva, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, N. R. Hасимова, U. T. Ochilova*  
НОМИЛАДОРЛАРДА VULVOVAGINAL ИНФЕКСИЯ АСОРАТЛАРИ 88 *M. Sh. Shamsieva, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, N. R. Hасимова, U. T. Ochilova*  
COMPLICATIONS OF VULVOVAGINAL INFECTIONS IN PREGNANT WOMEN
- X. T. Shodieva, M. M. Khalilova, D. E. Nazarova, N. I. Parvizi*  
ПЛАЦЕНТАЦИЯ ТУРИГА ҚАРАБ КЎП ҲОМИЛАЛИКДА ҲОМИЛАДОРЛИК, ТУҒРУҚ ВА ПЕРИНАТАЛ ОҚИБАТЛАРИНИ ЎЗИГА ҲОСЛИГИ 91 *Kh. T. Shodieva, M. M. Khalilova, D. E. Nazarova, N. I. Parvizi*  
RELATIONSHIP OF THE COURSE OF PREGNANCY, BIRTH AND PRENATAL OUTCOMES OF MULTIPLE PREGNANCY DEPENDING ON THE TYPE OF PLACENTATION
- Э. X. Шопулатов, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, А. Абдикаримов, Ш. Н. Валиев, Д. Т. Раббимова*  
ОСОБЕННОСТИ МАТОЧНО-ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ И ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ 95 *E. Kh. Shopulotov, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, A. Abdikarimov, Sh. N. Valiev, D. T. Rabbimova*  
FEATURES OF UTERO-FETO-PLACENTAL HEMODYNAMICS IN PREGNANT WOMEN WITH PLACENTA PREVIA AND INCRETA
- M. B. Egamova, N. X. Raxmanova*  
КОМБИНИРЛАНГАН ОРАЛ КОНТРАСЕПТИВ ВОСИТАЛАРДАН ФОЙДАЛАНУВЧИ АУТОИММУН ТИРЕОИДИТ КАСАЛЛИГИ ВО‘ЛГАН АЙОЛЛАРДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ НАЈМИ ВА ТИРЕОТРОП ГОРМОН КОНСЕНТРАТСИЯСИДАГИ О‘ЗГАРИШЛАР 99 *M. B. Egamova, N. X. Raxmanova*  
THE USE OF COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES IS DUE TO CHANGES IN THE VOLUME OF THE THYROID GLAND AND THE CONCENTRATION OF THE THYROID HORMONE IN WOMEN WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS
- Г. Ш. Элтазарова*  
ГЕНЛАР ПОЛИМОРФИЗМИ ВА ТУҒМА РИВОЖЛАНИШ АНОМАЛИЯЛАРИНИНГ ЭРТА ТАШХИСЛАШ 102 *G. Sh. Eltazarova*  
POLYMORPHISM OF THE GENES AND EARLY DIAGNOSIS OF CONGENITAL DEVELOPMENTAL ANOMALIES
- Д. З. Юнусова*  
МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИ 105 *D. Z. Yunusova*  
MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF MATERNAL MORTALITY DURING THE

КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ  
(COVID-19)

CORONAVIRUS PANDEMIC  
(COVID-19)

**ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

**LITERATURE REVIEW**

- Л. Р. Агабабян, А. Т. Ахмедова**  
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ  
АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ В  
СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ  
АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА 109 **L. R. Agababyan, A. T. Akhmedova**  
POSSIBILITIES OF ARGON PLASMA  
APPLICATION IN MODERN  
OBSTETRICIAN-GYNECOLOGIST  
PRACTICE
- Л. Р. Агабабян, З. Ж. Донабоева**  
COVID-19 И ОСОБЕННОСТИ  
БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ,  
ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА 114 **L. R. Agababyan, Z. J. Donaboeva**  
COVID-19 AND PECULIARITIES OF  
PREGNANCY, DELIVERY,  
POSTNATAL PERIOD
- Б. К. Бадридинова**  
ГОРМОНАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ  
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У  
БЕРЕМЕННЫХ 120 **B. K. Badritdinova**  
HORMONAL DYSFUNCTION OF  
THE THYROID GLAND IN PREGNANT  
WOMEN
- Х. Х. Буриев, Л. М. Абдуллаева**  
ЭПИДЕМИОЛОГИК НОҚУЛАЙ  
ВАЗИЯТДА РИВОЖЛАНМАЙ ҚОЛГАН  
ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ КЕЧИШИДА  
МИКРОНУТРИЕНТЛАР ВА  
Д ВИТАМИНИНИНГ АҲАМИЯТИ 125 **H. H. Buriev, L. M. Abdullayeva**  
THE IMPORTANCE OF VITAMIN D AND  
MICRONUTRIENTS IN THE  
DEVELOPMENT OF AN UNDEVELOPED  
PREGNANCY IN AN EPIDEMIOLOGICAL  
UNFAVORABLE SITUATION
- Ф. Д. Каримова, С. Ш. Рахманова,  
З. А. Раджабова, Х. З. Садикова**  
ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
И ХАРАКТЕРИСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ  
ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНФЕКЦИИ 129 **F. D. Karimova, S. S. Rakhmanova,  
Z. A. Rajabova, H. Z. Sadykova**  
HISTOMORPHOLOGICAL ASPECTS  
AND CHARACTERISTICS OF CHRONIC  
INTRAUTERINE INFECTION
- Д. А. Кенжаева, З. Ж. Донабоева,  
Г. Ш. Элтазарова**  
COVID-19 И БЕРЕМЕННОСТЬ 137 **D. A. Kenjaeva, Z. J. Donaboeva,  
G. Sh. Eltazarova**  
COVID-19 AND PREGNANCY
- Ю. Г. Расуль-Заде, А. А. Климашкин,  
С. К. Усманов, Д. С. Атабаева**  
К ЭВОЛЮЦИИ СКРИНИНГА  
ПРЕЭКЛАМПСИИ: ПОСЛЕДНИЕ  
ДОСТИЖЕНИЯ 145 **Yu.G. Rasul-Zade, A.A. Klimashkin,  
S.K. Usmanov, D.S. Atabayeva**  
TOWARDS THE EVOLUTION OF  
SCREENING FOR PREECLAMPSIA:  
RECENT ADVANCES
- Ф. Р. Турдиева, Д. Т. Каюмова**  
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ И ЛЕЧЕБНУЮ  
ДОЗЫ ВИТАМИНА D У БЕРЕМЕННЫХ 151 **F. R. Turdieva, D. T. Kayumova**  
MODERN VIEW ON PREVENTIVE AND  
THERAPEUTIC DOSE OF VITAMIN D  
IN PREGNANT WOMEN
- С. М. Узиков, М. Н. Каримова**  
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О  
ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКОЙ  
ЛИМФОДЕМЕ, МЕТОДАХ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ И  
ПРОФИЛАКТИКИ 156 **S. M. Uzakov, M. N. Karimova**  
MODERN CONCEPTS ABOUT  
POSTMASTECTOMIC LYMPHODEME,  
METHODS OF ITS TREATMENT AND  
PREVENTION
- Р. Ф. Ширинбоева, Г. Ш. Элтазарова,  
З. Ж. Донабоева**  
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО  
ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НА 164 **R. F. Shirinboeva, G. Sh. Eltazarova,  
Z. J. Donaboeva**  
FEATURES OF THE CLINICAL COURSE  
OF PREGNANCY AND DELIVERY IN THE

ФОНЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

*У. Ю. Юсупов, Р. Ш. Умматова,  
Н. У. Бабадждонова*  
ПРОФИЛАКТИКА МАССИВНЫХ  
АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ  
КОНЦЕНТРАТАМИ  
ПРОТРОМБИНОВОГО КОМПЛЕКСА

**СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

*Ф. Д. Каримова, Н. Б. Жураев,  
Ш. Э. Атаханов*  
СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА  
БРАЙУОТЕРСА В РАННЕМ  
ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

*Г. Т. Раббимова, Ю. Жумагелдиева,  
Б. Б. Негмаджанов, Г. Б. Арзиева,  
Д. Т. Раббимова*  
ҲОМИЛАДОРЛАРДА ЎТКИР ЁҒЛИ  
ГЕПАТОЗДА ДАГНОСТИКА ВА  
ДАВОЛАШНИНГ АЙРИМ  
ХУСУСИЯТЛАРИ

*Е. В. Сибирская, И. В. Караченцова,  
Е. В. Павлова, С. М. Шарков, М. З. Аргун*  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ  
МУЦИНОЗНОЙ ЦИСТАДЕНОМЫ У  
ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКА С ПОЗИЦИИ  
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

BACKGROUND OF VIRAL HEPATITIS

171 *U. Yu. Yusupov, R. Sh. Ummatova,  
N. U. Babadjonova*  
PREVENTION OF MASSIVE  
OBSTETRIC BLEEDING WITH  
PROTHROMBIN COMPLEX  
CONCENTRATES

**CASE REPORT**

176 *F. J. Karimova, N. B. Juraev,  
Sh. E. Ataxanov*  
A CASE OF THE DEVELOPMENT OF  
BRIWATER'S SYNDROME IN THE EARLY  
POSTPARTUM PERIOD

182 *G. T. Rabbimova, Yu. Zhumageldieva,  
B. B. Negmadjanov, G. B. Arzieva,  
D. T. Rabbimova*  
FEATURES OF DIAGNOSIS AND  
TREATMENT OF ACUTE FATTY  
HEPATOSIS IN PREGNANT  
WOMEN

186 *E. V. Sibirskaya, I. V. Karachentsova,  
E. V. Pavlova, S. M. Sharkov, M. Z. Argun*  
A CLINICAL CASE OF GIANT MUCINOUS  
CYSTADENOMA IN A TEENAGE GIRL  
FROM THE POSITION OF DIFFERENTIAL  
DIAGNOSIS

194 FOR AUTHORS

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

## ORIGINAL ARTICLES

DOI: 10.38095/2181-466X-20221042-7-10

УДК 618.3+618.231:618.2-089.163

## ИЗУЧЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА

Н. Х. Рузиева<sup>1</sup>, Ж. Е. Пахомова<sup>2</sup><sup>1</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент<sup>2</sup>Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** цитокиновый статус, преждевременные роды, провоспалительные цитокины, противовоспалительные цитокины.

**Таянч сўзлар:** цитокин холат, муддатдан олдинги туғруқ, яллиғланишга қарши цитокинлар, яллиғланиш цитокинлари.

**Key words:** cytokine status, preterm labor, pro-inflammatory cytokines, anti-inflammatory cytokines.

Цель исследования изучить содержание провоспалительных и противовоспалительных цитокинов у беременных с риском развития преждевременных родов (ПР). Материалы и методы. В данном исследовании были обследованы 72 женщины в III триместре беременности входящие в группы риска на преждевременные роды. Методом ИФА в сыворотке периферической крови проводили определение цитокинового статуса IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10 и TNF- $\alpha$ . Результаты. У беременных с риском преждевременных родов был изучен системный цитокиновый статус. Установлен дисбаланс цитокинов, характеризующийся повышением содержания провоспалительных цитокинов и снижением противовоспалительных интерлейкинов, свидетельствующий о повышенном воспалительном ответе организма в генезе ПР. Заключение. Исследование соотношения провоспалительных цитокинов к противовоспалительным и их баланса является значимым для оценки направленности иммунного ответа, а также исхода беременности для матери и плода. Чрезмерная стимуляция системного гуморального иммунного ответа в результате повышения активности периферических провоспалительных цитокинов и низкая секреция противовоспалительных цитокинов являются одним из фундаментальных механизмов, лежащих в основе развития ПР.

## ХАВФ ГУРУҲИДАГИ ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА МУДДАТДАН ОЛДИНГИ ТУҒРУҚ РИВОЖЛАНИШИДА ЦИТОКИН СТАТУСИ НИСБАТИНИ ЎРГАНИШ

Н. Х. Рузиева<sup>1</sup>, Ж. Е. Пахомова<sup>2</sup><sup>1</sup>Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент,<sup>2</sup>Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқотнинг мақсади муддатдан олдинги туғруқ хавфи бўлган аёлларда яллиғланишга қарши ва яллиғланиш цитокинларнинг таркибини ўрганиш эди. Материал ва усуллар. Ушбу тадқиқотда муддатдан олдинги туғруқ хавфи бўлган 72 та ҳомиладор аёллар текширилди. Периферик қон зардобиди ИФА усулида цитокинлар IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10 ва TNF- $\alpha$  нинг холати аниқланди. Хулоса. Цитокинлар нисбатининг бузилиши ва уларнинг мувозанати натижаларини баҳолаш, муддатдан олдинги туғруқ масаласини ўрганиш учун муҳимдир. Тизимли гуморал иммун жавобнинг ҳаддан ташқари рағбаллантириш яллиғланиш цитокинларини активлигини оширади ва бу эса ўз навбатида муддатдан илгари туғруқнинг ривожланишига олиб келувчи фундаментал механизмлардан биридир.

## STUDY OF THE RATIO OF CYTOKINES IN THE DEVELOPMENT OF PRETERM LABOR IN PREGNANT WOMEN AT RISK

N. Kh. Ruzieva<sup>1</sup>, Zh. E. Pakhomova<sup>2</sup>

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent,

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

The purpose of the study was to study the content of pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines in pregnant women at risk of developing preterm labor (PR). Materials and methods. In this study, 72 women were examined in the III trimester of pregnancy, included in the risk groups for preterm birth. ELISA in peripheral blood serum was used to determine the cytokine status of IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10 and TNF- $\alpha$ . Results. In pregnant women at risk of preterm birth, the systemic cytokine status was studied. An imbalance of cytokines was established, characterized by an increase in the content of pro-inflammatory cytokines and a decrease in anti-inflammatory interleukins, indicating an increased inflammatory response of the body in the. Conclusion. The study of the ratio of pro-inflammatory to anti-inflammatory cytokines and their balance is significant for assessing the direction of the immune response, as well as the outcome of pregnancy for the mother and fetus. Excessive stimulation of the systemic humoral immune response as a result of increased activity of peripheral pro-inflammatory cytokines and low secretion of anti-inflammatory cytokines are one of the fundamental mechanisms underlying the development of PR.



В последнее десятилетие ведутся активные научные исследования по изучению роли цитокинов в развитии преждевременных родов (ПР). Являясь биологически активными факторами, цитокины, в первую очередь, регулируют развитие местных защитных реакций в тканях с участием различных типов клеток крови, эндотелия, соединительной ткани и эпителия. Физиологическое течение беременности сопровождается определенной перестройкой иммунной системы, обеспечивающей толерантность организма матери к антигенам плодного яйца и вынашиванию беременности.

В настоящее время стало очевидным, что защита плода от повреждающего материнского иммунного ответа основана на сложном механизме и что сообщение между разными шагами в каскаде событий осуществляется посредством цитокинов [4]. Цитокины ответственны за все последовательные этапы развития адекватного ответа на внедрение патогена, обеспечение его локализации и удаления, а затем восстановления поврежденной структуры тканей, где бы ни развивалась воспалительная реакция [7]. Состав цитокинов как количественный, так и качественный решающим образом влияет на развитие беременности. При вынашивании генетически чужеродного плода во время беременности, регуляция синтеза цитокинов направлена на перестройку межклеточных взаимоотношений, которая должна обеспечить нормальное функционирование органов и систем материнского организма, а также и вынашивание. Из-за усиленной продукции цитокинов Th-1 типа и сниженной - цитокинов Th-2 нарушается дифференцировка и инвазии трофобласта с дальнейшим развитием угрозы прерывания беременности [12].

Главная роль отводится цитокиновой сети, функционирование которой определяет направленность иммунного ответа при воспалении. Важность цитокинов для жизнедеятельности организма трудно переоценить. Наиболее изучено их участие в регуляции иммуногенеза, где они необходимы на всех этапах иммунного ответа. Цитокины определяют дифференцировку

T-хелперов в Th-1 и Th-2-типах, которые различаются профилем синтезируемых ими цитокинов в ответ на различные индукторы [6].

Th -1 продуцируют провоспалительные цитокины интерлейкины: IL-1, IL-3, IL-8; интерфероны (IFN  $\beta$  и  $\gamma$ ), фактор некроза опухоли (TNF $\alpha$ ), которые играют важную роль в регуляции воспалительных реакций в эндометрии, ограничивают инвазию трофобласта, нарушая его формирование [El-Ziben M.Y., 2001].

Th-2 продуцируют - интерлейкины: IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, колониостимулирующий фактор и др. –противовоспалительные цитокины, а IL-10 называется также «супрессорным». Известно, что Th-1 определяют развитие иммунного ответа по клеточному типу, а Th-2 – по гуморальному типу. Физиологически протекающая беременность развивается при участии Th-2 типа иммунного ответа, при этом существует определенный баланс взаимодействия между Th-1 и Th-2 [1; 2; 5].

До сих пор до конца не изучены основные причины, приводящие к выраженным сдвигам в системе иммунитета. В тоже время изучение состояния иммунной системы при патологической беременности может способствовать патогенетическому обоснованию рациональных путей ante- и интранатальной охраны плода и профилактике осложнений в родах.

**Цель:** изучить содержание провоспалительных и противовоспалительных цитокинов у беременных с риском развития ПР.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 72 женщины в III триместре гестации. с риском преждевременных родов: повторнобеременные с отягощенным акушерским анамнезом (аборты, преждевременные роды), с дисбактериозом влагалища и кишечника. Определение цитокинового статуса IL- 1 $\beta$ , IL- 2, IL- 4, IL- 6, IL-8, IL- 10 и TNF- $\alpha$  в сыворотке периферической крови осуществляли методом ИФА. Полученные данные у 24 женщин с физиологически протекающей беременностью использованы как контрольные. Статистическая обработка данных включала определение среднего арифметического и ошибки среднего арифметического. Достоверность различий рассчитывали по t-критерию Стьюдента.

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что у женщин контрольной группы уровень цитокина IL-1 $\beta$  в сыворотке крови составил  $2,35 \pm 0,18$  пг/мл, IL-2 -  $11,14 \pm 0,91$  пг/мл, IL-4 -  $3,7$  пг/мл. В сыворотке крови содержание IL-6 составило  $2,25 \pm 0,17$  пг/мл, IL-8 -  $6,36 \pm 0,58$  пг/мл, IL-10, -  $23,14 \pm 1,57$  пг/мл, а уровень TNF- $\alpha$  был в пределах  $1,68 \pm 0,13$  пг/мл.

Анализ показателей беременных основной группы выявил достоверное усиление продукции сывороточного IL-1 $\beta$  в 6,7 раза ( $14,6 \pm 0,87$  пг/мл),  $p < 0,05$ . IL-1 является индуцибельным белком, синтез которого необходим для острофазного ответа. Основными клетками продуцентами являются моноциты, макрофаги, эндотелии и другие клетки. Чрезмерно высокий уровень IL-1 указывает на возможность возникновения нежелательных иммунопатологических процессов. Для IL-1 характерна способность стимулировать продукцию простагландинов. Поддержание этого цитокина на низком уровне является одним из факторов, способствующих сохранению беременности.

У беременных с риском ПР уровень IL-8 был повышен в 1,6 раза ( $9,98 \pm 0,63$  пг/мл) по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Высокий уровень спонтанной продукции IL-8 может свидетельствовать о значительной активации мононуклеарных фагоцитов- продуцентов провоспалительных цитокинов, которые играют важную роль в развитии иммунопатологических процессов [3]. Полученные данные о повышении IL-1 $\beta$  и IL-8 являются отражением активности воспалительного процесса. Повышение концентрации провоспалительных цитокинов свидетельствует о том, что у данного контингента беременных воспалительная реакция имеет системные проявления. При этом, IL-1 стимулирует выход палочкоядерных лейкоцитов из костного мозга, увеличивает образование и освобождение ими коллагеназы, вызывает экспрессию эндотелиально-лейкоцитарных адгезивных молекул (ЭЛАМ) на поверхности эндотелиоцитов и лейкоцитов, способствует краевому стоянию лейкоцитов и стимулирует процесс их эмиграции.

Как показывают результаты наших исследований, у беременных с риском преждевременных родов происходит увеличение содержания в сыворотке крови IL-6 в 2,1 раза ( $4,83 \pm 0,39$  пг/мл) по сравнению с данными здоровых беременных женщин ( $P < 0,05$ ). Вследствие нарушения плацентарного барьера в циркуляцию матери попадает большое количество антигенного материала фетального происхождения. Это ведет к индукции воспалительного ответа со стороны материнской иммунной системы с выработкой большого количества IL-6 и TNF- $\alpha$ , что обуславливает высокий уровень апоптоза трофобласта. Кроме того, IL-6 стимулирует продукцию простагландинов, что приводит к ремоделированию шейки матки и развитию родовой деятельности. IL-6 используется как маркер прогнозирования преждевременной родовой деятельности [8].

По нашим данным, у беременных женщин с риском ПР сывороточный уровень TNF- $\alpha$  возрастает в 1,9 раза ( $3,12 \pm 0,28$  пг/мл) по сравнению с данными контроля ( $P < 0,05$ ). TNF- $\alpha$  образуется тканевыми макрофагами, моноцитами и лимфоцитами в зоне острого воспаления, усиливает основные функции лейкоцитов, стимулирует выброс гистамина базофилами и тучными клетками, вызывает активацию фибробластов, гладких миоцитов и эндотелия сосудов в очаге воспаления, индуцирует синтез белков острой фазы воспаления. Гиперсекреция TNF- $\alpha$  приводит к существенному увеличению числа апоптотических клеток трофобласта, что может служить одним из факторов, способствующих невынашиванию беременности [9].

Наличие сильной положительной корреляционной связи между повышением уровней TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8 и клиническим состоянием обследованных нами беременных женщин свидетельствует о значительных нарушениях, при которых происходит проникновение провоспалительных цитокинов в системную циркуляцию, что вносит вклад в патогенез ПР. Как видно из представленных результатов исследований, повышение TNF- $\alpha$  и цитокинов могут служить маркерами воспаления эндотелия сосудов матки, а также указывают на высокую проницаемость мембран плодных оболочек, что на наш взгляд, являются одной из причин механизмов преждевременных родов и излития околоплодных вод.

Среди факторов риска, считающихся причиной преждевременных родов, одним из основных является инфекционный. Повышение уровней провоспалительных цитокинов под действием инфекции во II и III триместрах беременности приводит к увеличению синтеза простагландина амниотическими оболочками, способствующего преждевременному развитию родовой деятельности [10].

Установлено, что при нормальном течении беременности цитокиновый статус сдвигается в сторону иммуносупрессорных цитокинов (IL-2, IL-4, IL-10, TGF-β), ингибирующих реакции клеточного иммунитета и стимулирующих выработку блокирующих антител [11].

В нашем исследовании противовоспалительные цитокины составили: IL-2 -  $7,54 \pm 0,64$  пг/мл, IL-4 -  $3,15 \pm 0,23$  пг/мл, IL-10 -  $7,36 \pm 0,62$  пг/мл что соответственно достоверно в 1,5 раза, в 1,8 и 3,1 раза ниже аналогичных показателей контрольной группы. Наиболее информативным является уровень IL-10, недостаточная продукция данного противовоспалительного цитокина может случить маркером риска развития ПР.

**Выводы.** Таким образом, полученные нами результаты исследования позволяют утверждать, что исследование цитокинового баланса является значимым для оценки направленности иммунного ответа, а также исхода беременности для матери и плода. Чрезмерная стимуляция системного гуморального иммунного ответа в результате повышения активности периферических провоспалительных цитокинов и низкая секреция противовоспалительных цитокинов являются одним из фундаментальных механизмов, лежащих в основе развития ПР.

#### Использованная литература:

1. Алиева Д.А., Мамутова Г.А., Мусаходжаева Д.А. Динамика иммунологических показателей при привычном невынашивании беременности инфекционного генеза до и после лечения //Назарий ва клиник тиббиет журнали.-2006.-№3.-С.46-49.
2. Зуфарова Ш.А., Юлдашева Д.А., Мирзаева Н.Б. и соавт. Показатели цитокинового статуса беременных женщин с хроническим пиелонефритом //Новости дерматологии и репродуктивн. здоровья.-2002.-№2.-С.45-46.
3. Каштальян О. А. Особенности продукции цитокинов и иммуноглобулинов у беременных женщин // Ж. Медицинские. - 2009. - № 4. - С. 79-82.
4. Мусаходжаева Д.А. Иммунобиологические показатели у женщин вне и во время беременности в норме и при воздействии неблагоприятных факторов: Автореф. дисс....докт. биол.наук.- Ташкент.-2010.-34 с.
5. Д.Д. Нефедова, В.А. Линде, М.А. Левкович. Иммунологические аспекты беременности.// Медицинский вестник Юга России.- 2013г.
6. Питиримова Л.Н. Иммунологические и генетические предикторы привычного невынашивания беременности Автореф. дисс....докт. мед.наук.Санкт-Петербург, 2014г.
7. Л. В. Саркисова Иммунологические аспекты при преждевременных родах // Вестник врача, № 2 (99), 2021. С.171-176. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-171-176
8. Сташкевич, Д. С. Актуальные вопросы иммунологии: система цитокинов, биологическое значение, генетический полиморфизм, методы определения : учеб. пособие / Д. С. Сташкевич, Ю. Ю. Филиппова, А. Л. Бурмистрова. — 2016 -Челябинск : Цицеро. — 82 с.
9. Ушакова Г.А., Петрич Л.Н. Современные представления о механизмах развития родовой деятельности. Обзор. Мать и дитя в Кузбассе №2(65) 2016 Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово.
10. Файзырахманова М. М., Хайрутдинова Н. Х., Назарова К. Я. Некоторые показатели цитокинового статуса у беременных женщин: научное издание //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - 2008. - № 3. - С.102-103.
11. Хайтов Р.М., Пинегин Б.В. Современные представления о защите организма от инфекций //Иммунология.- 2000.-№1.-С.61-64.
12. Чистякова Г.Н., Газиева И.А., Ремизова И.И., Черданцева Г.А. Оценка продукции цитокинов при беременности, осложненной угрозой прерывания в первом триместре // Фундаментальные исследования. – 2005. – № 5. – С. 96-98.
13. Н. Н. Шавази Профилактика преждевременных родов, современная диагностика и медикаментозная терапия // Вестник врача, № 3, 2019. С.122-124.

**ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ  
РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Х. О. Саидова, С. М. Мухамадиева, Г. Д. Истамова, З. С. Намозова, П. Г. Зарифова**  
Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в  
сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

**Ключевые слова:** факторы риска, врожденные пороки развития плода, пороки центральной нервной системы, репродуктивный возраст, паритет, скрининг.

**Tayanch so'zlar:** xavf omillari, homilaning tug'ma nuqsonlari, markaziy asab tizimining nuqsonlari, reproduktiv yosh, paritet, skrining.

**Key words:** risk factors, congenital malformations of the fetus, malformations of the central nervous system, reproductive age, parity, screening.

Прогностическими факторами риска развития ВПР ЦНС являются: наследственность, кровное родство, осложненный акушерский и соматический анамнез, вирусная инфекция, ненадлежащий антенатальный уход, низкий уровень квалификации врачей-функционалистов, несоблюдение скрининговых сроков и методики обследования. Прогнозирование ВПР ЦНС плода с учетом значимых антенатальных факторов и использование современных эхографических методов позволит своевременно выявить врожденные пороки развития плода, сократить неудовлетворительные плодовые и перинатальные исходы, что благоприятно отразится на здоровье семьи и всего общества в целом.

**MARKAZIY NERV TIZIMINING TUG'MA NUQSONLARI RIVOJLANISHINING  
PROGNOSTIK OMILLARI**

**X. O. Saidova, S. M. Muxamadiyeva, G. D. Istamova, Z. S. Namozova, P. G. Zarifova**

DTM «Tojikiston Respublikasi sog'liqni saqlash sohasida diplomdan keyingi talim instituti», Dushanbe, Tojikiston

Markaziy asab tizimining tug'ma nuqsonlari rivojlanishining prognostik xavf omillari: irsiyat, qarindoshlik, murakkab akusherlik va somatik tarix, virusli infektsiya, antenatal parvarishning etarli darajada yo'qligi, funktsional mutaxassislarning past malakasi, skrining shartlari va tekshirish usullariga rioya qilmaslik. Homilaning markaziy asab tizimining tug'ma nuqsonlarini prognoz qilish, muhim antenatal omillarni hisobga olgan holda va zamonaviy echo-grafik usullardan foydalangan holda, homilaning tug'ma nuqsonlarini o'z vaqtida aniqlashga, homila va perinatal natijalarni kamaytirishga imkon beradi, bu esa bolaning sog'lig'iga, oila va butun jamiyatga ijobiy ta'sir etadi.

**PROGNOSTIC RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF CONGENITAL MALFORMATIONS OF  
THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM**

**Kh. O. Saidova, S. M. Mukhamadiyeva, G. D. Istamova, Z. S. Namozova, P. G. Zarifova**

State educational institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan",  
Dushanbe, Tajikistan

Prognostic risk factors for the development of congenital malformations of the CNS are: heredity, blood relation, complicated obstetric and somatic history, viral infections, inadequate antenatal care, low level of qualification of specialists, non-compliance with screening terms and examination methods. Prediction of congenital malformations of the fetal CNS, taking into account significant antenatal factors and the use of modern echographic methods, will make it possible to timely identify congenital malformations of the fetus, reduce fetal and perinatal outcomes, which will positively affect the health of the family and the society as a whole.

**Актуальность.** В настоящее время, несмотря на высокий уровень развития генетики и медицинской науки и практики, отмечается высокий уровень рождения детей с врожденными пороками развития (ВПР) центральной нервной системы (ЦНС) [7]. Мировые статистические данные указывают, что в 40-60% случаев аномалии развития плода нельзя связать с какой-либо конкретной причиной, их называют «спорадическими дефектами рождения», обозначающие неизвестную причину или случайное возникновение. При этом риск повторного возникновения этой патологии у будущих детей невысок [1,4,5]. Для 20-25% аномалий более вероятна многофакторная причина - комплексное взаимодействие многих генетических дефектов и факторов окружающей среды [7]. Остальные 10-13% аномалий связаны с воздействием среды и только 12-15% имеют чисто генетические причины [1]. Считается, что 10% из них обусловлены действием вредных факторов окружающей среды,

10% - хромосомными изменениями, а остальные 80% обычно носят смешанный характер [2]. Данные ВОЗ за 2017 год указывают, что пациенты нередко обращаются для ультразвукового скрининга только в третьем триместре беременности [8,9]. Установлено, что пренатальная диагностика врожденной и наследственной патологии и комплексное обследование плода с использованием современных технологий являются необходимым элементом качественной помощи при беременности и родах [1,2,3,4].

В связи с этим, ранняя диагностика пороков развития плода позволит своевременно решить вопрос о возможности пролонгирования беременности, при этом, основное внимание должно быть сконцентрировано на профилактических мероприятиях.

Вышеуказанное определило выбор цели настоящего исследования.

**Цель исследования:** установить прогностические факторы риска рождения детей с ВПР ЦНС для разработки возможных путей их профилактики.

**Материал и методы исследования:** В объем исследования включены 136 случаев ВПР ЦНС, изученных путем ретроспективного анализа историй родов, индивидуальной карты беременной (форма 029), историй болезни новорожденных по городу Душанбе за 2020-2021 годы.

Статистическая обработка проведена в виде абсолютных значений и их процентного соотношения с использованием компьютерных технологий.

**Результаты исследований.** Установлено, что средний возраст женщин с ВПР ЦНС составлял  $27,6 \pm 0,54$  лет.

В исследовании участвовали в основном женщины раннего (18-24 г) и активного (25-34 г) репродуктивного возраста ( $59 - 43,3 \pm 4,2\%$  и  $55 - 40,4 \pm 4,2\%$ ), в позднем (35-45л) детородном возрасте находились 22 ( $16,1 \pm 3,2\%$ ) женщины.

Из общего числа женщин, имевших у плодов ВПР ЦНС, более 1/3 ( $52 - 38,2 \pm 4,2\%$ ) составляли повторнородящие, каждая пятая ( $29 - 21,3 \pm 3,5\%$ ) - многорожавшая и 55 ( $40,4 \pm 4,2\%$ ) - были первородящими. У повторно и многорожавших женщин интергенетический интервал < 2 лет установлен у 1/3 пациенток ( $34,6 \pm 4,0\%$ ), в  $17,3 \pm 3,3\%$  случаев - от 2-х до 3-х лет, в  $53,8 \pm 4,3\%$  >3-х лет.

Все женщины были городскими жительницами (100%), среди которых домохозяйки составляли  $82,0 \pm 3,3\%$ , имели среднее незаконченное образование  $58,8 \pm 4,2\%$ , низкий социальный статус -  $64,6 \pm 4,1\%$ .

В структуре экстрагенитальной патологии более 1/3 пациенток ( $35,5 \pm 4,1\%$ ) страдали анемией различной степени, каждая третья ( $30,1 \pm 3,9\%$ ) - заболеваниями почек, каждая четвертая ( $21,1 \pm 3,5\%$ ) - избыточной массой тела. Гинекологические заболевания в прошлом имели  $62,3 \pm 4,1\%$  женщин, при этом, воспалительные заболевания органов малого таза -  $48,6 \pm 4,3\%$ .

Анализ медицинской документации свидетельствовал, что ВПР ЦНС пода выявлены у 119 ( $87,5 \pm 2,8\%$ ) женщин, которым УЗИ было проведено в антенатальном периоде, в остальных  $12,5 \pm 2,8\%$  случаев диагноз был установлен у новорожденного.

Результаты ультразвукового исследования показали, что диагноз ВПР ЦНС подтвержден почти в 90% случаев после 18 недель беременности (рис.1).

Представленные данные свидетельствуют,

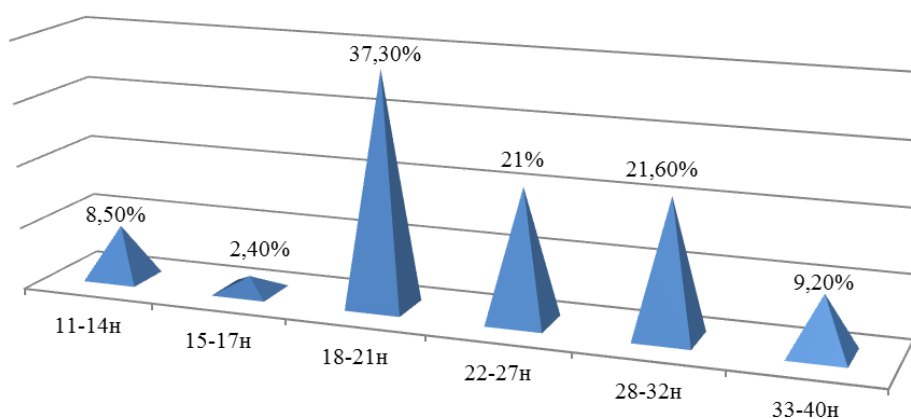


Рис. 1. Динамика ультразвукового скрининга

что каждый десятый случай ВПР ЦНС был диагностирован у беременных при сроке гестации 11-17 недель.

Тогда как 1/3 случаев ( $37,3 \pm 4,1\%$ ) были выявлены в 18- 21 недели, каждый пятый ( $21,6 \pm 3,5\%$ ) порок - в 22- 32 недели,  $9,2 \pm 2,5\%$  - в 33-40 недель.

При анализе структуры выявленных пороков установлено, что в каждом втором случае диагностирована гидроцефалия -70 ( $51,4 \pm 2,6\%$ ). В каждом десятом случае имела место спинномозговая грыжа (*spina bifida*) – 15 ( $11,0 \pm 2,7\%$ ) и микроцефалия -16 ( $11,8 \pm 2,7\%$ ), кисты+грыжа составляли-23 ( $17 \pm 3,2\%$ ) случаев, аненцефалия диагностирована в 10 случаях ( $7,3 \pm 2,3\%$ ), менингоцеле -2 ( $1,4 \pm 1,0\%$ ). Следует указать, что ВПР плода при ультразвуковом исследовании выявлены более, чем у  $70 \pm 3,9\%$  женщин раннего и активного репродуктивного возраста ( $92-67,6 \pm 4,0\%$ ) и почти у каждой четвертой - 27 ( $19,8 \pm 3,4\%$ ) - позднего детородного возраста.

При выявлении факторов риска развития ВПР ЦНС установлено, что наследственные болезни в анамнезе имели 25 ( $18,3 \pm 3,3\%$ ) женщин, при этом в раннем репродуктивном возрасте их было-7 ( $28,0 \pm 8,9\%$ ), в активном - 13 ( $52,0 \pm 9,9$ ) и в позднем - 5 ( $20,0 \pm 8,0\%$ ). Отягощенная наследственность среди первородящих составляла 9 ( $36,0 \pm 8,9\%$ ), повторнородящих -9 ( $36,0 \pm 8,9\%$ ), у многорожавших-7 ( $28,0 \pm 8,9\%$ ).

Выявлено, что среди новорожденных с ВПР ЦНС хромосомная патология установлена в двух случаях у повторно и многорожавших женщин. (1- *spina bifida*, 1-гидроцефалия), что составляет  $8,0 \pm 5,4\%$ .

Из общего количества обследованных женщин гипертоническую болезнь в семье имели более 1/3 ( $8-32,0 \pm 9,3\%$ ), при этом каждая вторая ( $4-50,0 \pm 17,7\%$ ) среди женщин раннего репродуктивного возраста, более 1/3 ( $3-37,5 \pm 17,1\%$ ) активного и 1 ( $12,5 \pm 11,7\%$ ) находилась в позднем репродуктивном возрасте. Установлено, что среди первородящих гипертоническую болезнь в анамнезе имели 3 ( $37,5 \pm 17,1\%$ ), повторнородящих-4 ( $50,0 \pm 17,7\%$ ), многорожавших -1 ( $12,5 \pm 11,7\%$ ). У более половины женщин ( $13-52,0 \pm 9,9\%$ ) анамнез был отягощен сахарным диабетом, из которых женщины раннего репродуктивного возраста составляли 4 ( $30,7 \pm 12,8\%$ ), активного - 5 ( $38,4 \pm 13,4\%$ ) и позднего -4 ( $30,7 \pm 12,8\%$ ). Установлено, среди первородящих и многорожавших их было 10 ( $76,9 \pm 11,7\%$ ), повторнородящих -3 ( $23,0 \pm 11,7\%$ ). Онкологический анамнез был отягощен только у одной первородящей женщины ( $4,0 \pm 3,9\%$ ) раннего репродуктивного возраста. Одной из генетических наследственных заболеваний является тромбофилия, которая в нашем исследовании имела место в одном случае ( $4,0 \pm 3,9\%$ ) у одной повторнородящей женщины.

Среди генетических факторов одним из факторов риска является кровное родство, которое повышает распространенность редких генетических врожденных пороков и повышает риск неонатальной и детской смертности, умственной отсталости и тяжелых врожденных пороков у детей, рожденных парами, являющимися двоюродными родственниками. Результаты наших исследований показали, что кровнородственные браки установлены почти у каждой пятой женщины ( $28-20,0 \pm 3,4\%$ ), из которых почти каждая третья являлась женщиной раннего ( $8-28,5 \pm 8,8\%$ ) и позднего ( $8-28,5 \pm 8,8\%$ ) репродуктивного возраста, более 1/3 пациенток ( $12-42,8 \pm 9,6\%$ ) находились в активном детородном возрасте. Кровнородственных браков было больше среди многорожавших женщин ( $13-44,8 \pm 8,8\%$ ) по сравнению с первородящими 5 ( $9,0 \pm 17,1\%$ ) и повторнородящими 9 ( $17,3 \pm 11,7\%$ ).

Акушерский анамнез был отягощен у каждой третьей женщины ( $43-31,6 \pm 3,9\%$ ): среди женщин раннего репродуктивного возраста - 6 ( $13,9 \pm 5,3\%$ ), активного - 24 ( $55,8 \pm 7,6\%$ ) и позднего -13 ( $30,2 \pm 7,0\%$ ), причем более чем у 1/3 повторно- и многорожавших ( $19-36,5 \pm 11,7$  и  $10-34,4 \pm 8,8\%$  соответственно) и 4 ( $7,2 \pm 17,1\%$ )-первородящих. Случаи мертворождения в анамнезе зарегистрированы в 8 ( $5,8 \pm 2,0\%$ ) случаев, при этом среди женщин активного репродуктивного возраста- 6 ( $75 \pm 15,3\%$ ) и позднего- 2 ( $15 \pm 15,3\%$ ), при этом в 7 случаях ( $12,7 \pm 17,1\%$ ) в группе первородящих и 1 ( $1,9 \pm 11,7\%$ ) – в группе повторнородящих. Самопроизвольные выкидыши в анамнезе имели  $18,8 \pm 3,3\%$  женщин, неразвивающуюся беремен-

ность -  $8,9 \pm 2,4\%$ , преждевременные роды -  $2,8 \pm 1,3\%$ , медикаментозный аборт произведен в  $6,7 \pm 2,1\%$  случаев. Многоводие при предыдущей беременности имели 39 ( $28,6 \pm 3,9\%$ ) женщин: среди пациенток раннего репродуктивного возраста - 16 ( $41 \pm 7,9\%$ ), активного - 14 ( $35,8 \pm 7,7\%$ ), позднего - 9 ( $23 \pm 6,7\%$ ). Среди первородящих многоводие имело место в 11 ( $20,0 \pm 17,1\%$ ) случаях, повторнородящих 11 ( $23,0 \pm 11,7\%$ ), многоорожавших - 16 ( $55,1 \pm 8,8\%$ ). Маловодие установлено у 8 ( $5,8 \pm 2,0\%$ ) женщин: среди пациенток раннего репродуктивного возраста - 5 ( $62,5 \pm 17,1\%$ ), активного - 3 ( $37,5 \pm 1,7\%$ ). Ими оказались первородящие ( $5-9,0 \pm 17,1\%$ ) и повторнородящие (3-  $5,7 \pm 11,7\%$ ). Прерывание беременности по поводу ВПР в анамнезе установлено у 10 ( $7,3 \pm 2,2\%$ ) женщин, при этом у 2 ( $20 \pm 12,6\%$ ) - раннего репродуктивного возраста, 6 ( $60 \pm 15,5\%$ ) - активного и 2 ( $20 \pm 12,6\%$ ) - позднего детородного возраста. Среди первородящих прерывание беременности в анамнезе имело место у 4 ( $7,2 \pm 17,2\%$ ), многоорожавших - 5 ( $17,2 \pm 8,8\%$ ) и в одном случае ( $1,5 \pm 11,7\%$ ) - у повторнородящей.

К сожалению, настоящая беременность была запланированной только у 6 ( $4,4 \pm 1,8\%$ ), при этом у 4 ( $66,6 \pm 17,3\%$ ) женщин раннего и 2 ( $33,4\%$ ) активного репродуктивного возраста, независимо от паритета родов.

Установлено, что все беременные состояли на учете у акушера-гинеколога (100%), при этом более половины ( $54,4 \pm 4,2\%$ ) посетили врача до 4 визитов, что не соответствует национальным стандартам.

Исходы настоящей беременности были следующими: в  $46,8 \pm 4,2\%$  случаев произведено прерывание беременности по медицинским показаниям. Роды произошли в  $53,2 \pm 4,2\%$  случаев, при этом живорожденные составляли  $19,2 \pm 3,3\%$ . Антенатальная гибель плода произошла в  $19,2 \pm 3,3\%$  случаев, интранатальная -  $3,6 \pm 1,6\%$ , ранняя неонатальная -  $11,1 \pm 2,7\%$ .

Таким образом, прогностическими факторами риска развития ВПР ЦНС являются: наследственность, кровное родство, осложненный акушерский и соматический анамнез, вирусная инфекция, ненадлежащий антенатальный уход, низкий уровень квалификации врачей-функционалистов, несоблюдение скрининговых сроков и методики обследования.

**Заключение.** Прогнозирование ВПР ЦНС плода с учетом значимых антенатальных факторов и использование современных эхографических методов позволит своевременно выявить врожденные пороки развития плода, сократить плодовые и перинатальные исходы, что благоприятно отразится на здоровье семьи и всего общества в целом.

#### Использованная литература:

1. Алтынник Н.А. Пренатальная ультразвуковая диагностика аномалии Эбштейна до 12 недель беременности // Пренатальная диагностика. 2018. Т. 17, № 2, С.152-154.
2. Бегимбекова Л.М., Алиева Э.Н., Сулейменова Ж.У. и др. Оптимизация пренатальной диагностики врожденных пороков развития плода и вопросы прогнозирования // Вестник КазНМУ. №2. 2015. С. 6-8.
3. Воеводин С.М., Шеманаева Т.В.. Профилактика пороков развития // Медицинский Совет. 2016. №2. С. 26-31.
4. Волков А.Е., Волошин В.В., Фоменко О.А. Пренатальная диагностика врожденной тератомы головного мозга // Пренатальная диагностика. 2018. Т. 17. № 4. С. 350-354 .
5. Галкина О.Л. Особенности кровотока в венозном протоке у плодов с врожденными аномалиями развития, диагностированными в I триместре беременности // Пренатальная диагностика. 2018. Т.17. № 3. С. 211-214
6. Гусина А.А. и др. Случай муколипидоза II альфа - бета у плода, манифестировавшего как точечная хондродисплазия во II триместре беременности // Пренатальная диагностика. 2019. Т.18. № 1. С. 73-81.
7. Демикова Н.С., Подольная М.А., Лапина А.С., Асанов А.Ю. Влияние пренатальной диагностики и селективных прерываний беременности на частоту врожденных пороков развития // Акушерство и гинекология. 2017. п 7. С.130-135.
8. Мирзабекова Б.Т., Мухамадиева С.М., Хайридинова Дж. Медико-социальные аспекты развития врожденных пороков плода (обзор литературы) // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. №2. 2020. С.66-73.
9. Alghamdi MA., Ziermann JM., Gregg L., Diogo R. A detailed musculoskeletal study of a fetus with anencephaly and spina bifida (craniorachischisis), and comparison with other cases of human congenital malformations. // J Anat - 2017 - Vol230 - N6 - p.842-858.
10. Dorothy A., Oluoch N. M., Kemp B. et al. Provision and perceptions of antenatal care and routine antenatal ultrasound scanning in rural Kenya. Bull. Pregnancy and Childhealth, 2015. No. 15. p. 127.

**К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ  
АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ****А. Т. Сафаров**Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан,  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**Ключевые слова:** кесарево сечение, профилактика, кровотечение.**Tayanch so'zlar:** kesar kesish, oldini olish, qon ketish.**Key words:** caesarean section, prevention, bleeding.

Несмотря на прогрессивное развитие акушерской науки, акушерские кровотечения являются главной причиной материнской смертности и заболеваемости. Одним из основных факторов, приводящих к росту процента акушерских кровотечений, является повышение частоты абдоминального родоразрешения. В статье рассмотрена эффективность использования сочетанной инфузии 6% ГЭК + кристаллоидных растворов в комплексе мер по уменьшению кровопотери при абдоминальном родоразрешении.

**ABDOMINAL YO'L BILAN TUG'RUQNI HAL QILISHDA MASSIV QON KETUSHINI OLDINI OLISH  
MASALASIGA****А. Т. Сафаров**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Akusherlik fanining ilg'or rivojlanishiga qaramasdan, akusherlik qon ketishi onalar o'limi va kasalligining etakchi sababi bo'lib qolmoqda. Akusherlik qon ketishining o'sishiga olib keladigan asosiy omillardan biri kesar kesish amaliyotini ko'payishidir. Maqolada qorin bo'shlig'idagi qon yo'qotilishini kamaytirish bo'yicha chora-tadbirlar kompleksida 6% GEK + kristalloid eritmalarining birlashtirilgan infuzionidan foydalanish samaradorligi ko'rib chiqiladi.

**ON THE ISSUE OF PREVENTION OF MASSIVE BLEEDING DURING ABDOMINAL DELIVERY****А. Т. Сафаров**

Summary: Despite the progressive development of obstetric science, obstetric bleeding continues to be the leading cause of maternal mortality and morbidity. One of the main factors leading to an increase in the percentage of obstetric bleeding is an increase in the frequency of abdominal delivery. The article discusses the effectiveness of using a combined infusion of 6% HEC + crystalloid solutions in a set of measures to reduce blood loss during abdominal delivery.

Акушерская кровопотеря является главной причиной материнской смертности, достигая в ее структуре показателей до 25% [4, 6].

Акушерская кровопотеря может являться как основной причиной смертельного исхода для женщины, так и приводить к развитию либо прогрессированию других акушерских осложнений.

Если с целью сохранения жизни матери и ребенка в конце 19 века ведущим являлось применение акушерских щипцов, то в 21 веке эту функцию выполняет проведение операции кесарево сечение. Однако при этом, увеличение показателей выбора тактики ведения родов в пользу оперативного способствует повышению числа акушерских кровотечений [1, 4, 6].

Роды, произошедшие абдоминальным путем в 10 раз повышают риск материнских осложнений. При этом повышение риска материнской смертности при проведении абдоминального родоразрешения достигает пятикратных показателей. Зачастую проведение оперативного родоразрешения сопровождается возникновением патологической кровопотери как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде. Поэтому выбор тактики родоразрешения в пользу оперативного должен быть достаточно обоснованным, опираться на технические возможности медицинских работников [2, 3].

**Цель исследования:** оценить возможность использования сочетанной инфузии 6% ГЭК вместе с кристаллоидными растворами в комплексе мер по уменьшению кровопотери при абдоминальном родоразрешении.

**Материал и методы исследования:** Проспективно изучены течение и исход опера-



тивных родов у 70 женщин (I - основная группа). Пациентки основной группы разделены на 2 подгруппы: IA – составили 35 пациенток с применением комплексной профилактики кровотечения, который включает метод сочетанной инфузии 6% ГЭК вместе с кристаллоидными растворами; IB – составили 35 женщин, которым с целью профилактики интраоперационного кровотечения при операции кесарево сечение применялась стандартная методика.

Контрольную группу составили 35 женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути, сопоставимые по соматической патологии и возрасту с обследуемыми основной группы.

Исследование проводилось на базе городского родильного комплекса №2 г.Самарканда в период с 2018 по 2021 гг. Включенным в исследование пациенткам проводились общеклинические, обязательные акушерские методы исследования, а также измерение величины кровопотери в последовом и раннем послеродовом периоде гравиметрическим методом, а также изучение некоторых показателей гемостаза.

**Обсуждение полученных результатов:** Возрастная характеристика обследуемых женщин представлена в таблице 1.

В 1а группе преобладают повторнорожавшие женщины – 21 (60%), первородящих 12 (35%), многорожавшая – 2 (5%); в 1 б группе преобладают первородящие – 17 (48%), повторнородящих – 11 (32%), многорожавших – 7 (20%);

Для оперативного родоразрешения у женщин I А группы показаниями явились: несостоятельность послеоперационного рубца на матке – в 13 случаях (38%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты- у 9 (26%) пациенток, сочетанные показания – у 8 (22%), соматическая патология – 2 (6%).

Для оперативного родоразрешения у женщин I Б группы показаниями явились: несостоятельность послеоперационного рубца на матке – в 11 случаях (32%), преждевременная отслойка нормальнорасположенной плаценты – в 2 случаях (6%), предлежание плаценты – у 2 (6%), тазо-головная диспропорция – у 13 (29%) пациенток, сочетанные показания – у 6 (20%), соматическая патология – 2 (8%).

Ни у одной женщины I А подгруппы не наблюдалось патологическое кровотечение ни во время, ни после операции кесарево сечение.

В I Б у 3 больных во время операции развилось гипотоническое кровотечение, в связи с чем 1) произведено наложение компрессионного, 2) произведена ампутация матки с перевязкой внутренних подвздошных артерий.

Объем общей кровопотери представлен на рисунке 1.

Оценивая данные общего анализа крови у исследуемых женщин выявлено, что изменения основных гематологических показателей в I А группе практически не наблюдалось, I Б группе умеренные и в группе сравнения более выраженные. При схожих значениях гемоглобина в крови у обследуемых до операции кесарево сечение, через 1 сутки в I А группе снижение гемоглобина в среднем составило до 6г/л, в I Б группе – около 10-20 г/л, в группе сравнения показатели были значительно ниже исходных.

Наблюдалось некоторое повышение количества лейкоцитов через сутки в обеих группах, не превышая, однако, допустимых пределов.

Спустя сутки после родоразрешения путем операции кесарево сечение значение показателей скорости оседания эритроцитов у пациенток основной и сравнительной групп существенно не отличалось. В контрольной группе ускоренное СОЭ наблюдалось в среднем у

Таблица 1.

Возрастная характеристика обследуемых.

Группы пациенток	Кол-во пациенток	Возраст					
		18 - 25		25-30		Старше 31	
Основная группа	70	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
				25	35	27	39
Группа сравнения	35	5	14	17	49	13	37

13% женщин.

При анализе коагулограммы отмечено, что результаты исследований до операции у всех женщин основной группы были в пределах нормальных показателей, однако в послеоперационном периоде у женщин I Б группы наблюдалась отрицательная динамика, в то время как в I А подгруппе показатели были стабильны

**Заключение:** Таким образом, учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что применение разработанной комплексной профилактики кровотечения при операции кесарево сечение с применением сочетания 6% ГЭК + кристаллоидных способствует снижению уровня кровопотери при абдоминальном родоразрешении.

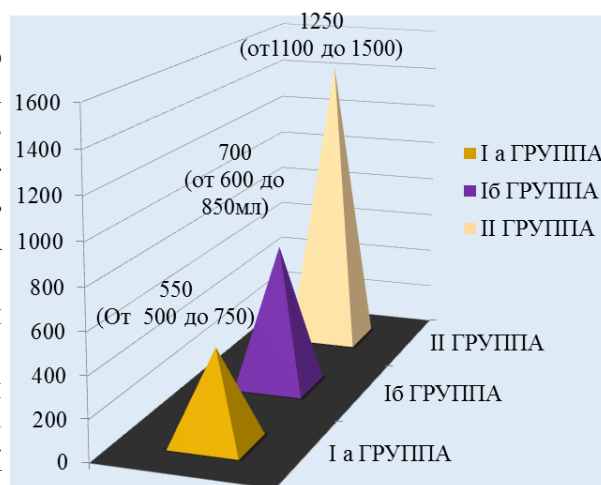


Рис. 1. Объем общей кровопотери у обследованных женщин.

#### Использованная литература:

1. Баев О.Р., Шмаков Р.Г., Приходько А.М. Современная техника операции кесарева сечения в доказательной медицине. // Акуш.и гинекология, 2013, №2, с.129-135
2. Грибова, М.В. Различные методы инфузионно-трансфузионной терапии при абдоминальном родоразрешении и их влияние на систему гемостаза / М.В. Грибова, Т. А. Федорова, В. Н. Серов // Вестник интенсивной терапии. — 2011. — №4. — С. 16-20.
3. Ермонов Р.Б., Рашидов З.И., Уринов М.Я. Клинико-лабораторные данные у женщин, перенесших операцию кесарево сечение, которым была применена комплексная профилактика акушерского кровотечения // Материалы XXI Всероссийской научной заочной конференции с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке» - 2020-Киров,- С.9-10
4. Н. Н. Каримова, Ф. М. Аюпова Пути улучшения качества жизни женщин, перенесших послеродовое кровотечение // Вестник врача, № 3, 2019. С.62-67.
5. Н. Н. Каримова, О. Й. Поянов, Ф. К. Ахмедов, Н. Зокирова Некоторые биохимические механизмы дисфункции эндотелия у женщин, перенесших массивные кровотечения при родах // Вестник врача, № 2 (94), 2020. С.47-51. DOI: 10.38095/2181-466X-2020942-47-51
6. Кузнецов, Н.А. Современные технологии лечения острой кровопотери / Под ред. В.С. Савельева. — М: Медиа Медика. — 2013. — С. 269-280.
7. М. Н. Негматуллаева, Н. Р. Хамидова, Ф. К. Ахмедов, Д. И. Туксанова Факторы риска акушерских кровотечений // Вестник врача, № 3, 2019. С.83-85.
8. Geoghegan J., Daniels J.P., Moore P.A., Thompson P.J., Khan K.S., Gülmezoglu A.M. Cell salvage at caesarean section: the need for an evidence-based approach. Br. J. Obstet. Gynaecol. 2009; 116(6): 743–7.
9. Winter, V., J. Gille, A. Richter. Preoperative hypervolemic hemodilution with 6 % HES 130/0,4 as a way of reducing needs for donor blood transfusion. // Ahsct. h peaH. — 2006.—N.2. —С.43 -48.

**АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ВИЧ****Л. А. Сафарова**

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, акушерские исходы, перинатальные исходы.**Tayanch so'zlar:** OIV infeksiyasi, akusherlik natijalari, perinatal natijalar.**Key words:** HIV infection, obstetric outcomes, perinatal outcomes.

Несмотря на прогрессивное развитие науки, в частности, медицины, ВИЧ инфекция продолжает оставаться одной из наиболее важных медико-социальных проблем современного общества. Хотя негативное влияние ВИЧ-инфицирования на организм человека бесспорно, данные о роли ВИЧ в развитии акушерских осложнений противоречивы. В статье проведен ретроспективный анализ акушерских и перинатальных исходов у женщин, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.

**OIV BILAN KASALLANGAN AYOLLARDA AKUSHERLIK VA PERINATAL NATIJALAR****L. A. Safarova**

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Ilm-fanning ilg'or rivojlanishiga qaramasdan, xususan, tibbiyotning, OIV infeksiyasi zamonaviy jamiyatning eng muhim tibbiy va ijtimoiy muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. OIV infeksiyasining inson tanasiga salbiy ta'siri shubhasiz bo'lsa-da, akusherlik asoratlarini rivojlanishiga OIVning o'rni haqidagi ma'lumotlar ziddiyatli. Maqolada inson immunitet tanqisligi virusi bilan kasallangan ayollarda akusherlik va perinatal natijalarni retrospektiv tahlil qilish amalga oshirildi.

**OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH HIV****L. A. Safarova**

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Despite the progressive development of science, in particular medicine, HIV infection continues to be one of the most important medical and social problems of modern society. Although the negative impact of HIV infection on the human body is indisputable, data on the role of HIV in the development of obstetric complications are contradictory. The article provides a retrospective analysis of obstetric and perinatal outcomes in women infected with the human immunodeficiency virus.

Одной из наиболее важных медико-социальных проблем современного здравоохранения является распространение ВИЧ-инфекции. Важную роль в составе мер по профилактике занимает своевременная диагностика ВИЧ-инфицирования, адекватно подобранная химиопрофилактика антиретровирусными препаратами, грамотно выстроенная тактика ведения беременности, родов и послеродового периода, и, безусловно, переход на искусственное вскармливание новорожденного [1,4,7].

Все чаще инфицирование ВИЧ наблюдается у женщин детородного возраста, что способствует увеличению частоты беременностей и родов у данной группы лиц [2,5].

Несмотря на очевидность пагубного воздействия ВИЧ-инфекции на организм беременной, данные о роли ВИЧ в развитии акушерских осложнений противоречивы. Преждевременные роды у пациенток с ВИЧ, по данным авторов, встречается чаще вне зависимости от приверженности к антиретровирусной химиопрофилактике. Споры по поводу влияния антиретровирусной терапии на частоту преждевременных родов не уменьшаются, однако основной причиной считается инфицирование уро-генитальной системы, присутствие хронической вирусной инфекции, а также социальные факторы, такие как курение, наркомания, алкоголизм [2,6].

Согласно теории швейцарских исследователей пусковым механизмом преждевременных родов у ВИЧ-инфицированных женщин на фоне приема антиретровирусных препаратов является нарушение баланса в иммунной реакции - Th1/Th2, хроническая плацентарная недостаточность, понижение уровня прогестерона [5,7, 8].

Развивающаяся на фоне ВИЧ-инфицирования хроническая плацентарная недостаточность приводит к внутриутробной гипоксии плода с последующей задержкой развития и

другим неонатальным осложнениям [3,4,7].

**Цель исследования:** провести анализ данных по акушерским и перинатальным исходам у ВИЧ-серопозитивных женщин.

**Материал и методы исследования:** Нами проведено ретроспективное исследование 50 историй родов ВИЧ-позитивных женщин, которые были родоразрешены в ГРК№1 г. Ташкента в период с 2015 по 2020 гг. Они составили основную группу. Проведен анализ данных перинатальных исходов у пациенток, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. Контрольную группу составили 35 здоровых беременных женщин. Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере с помощью электронных таблиц Microsoft Office Excel 2016 for Windows методами описательной статистики.

**Обсуждение полученных результатов:** Средний возраст обследованных составил  $26,1 \pm 2,3$  года с колебаниями от 22 до 36 лет. Верификация диагноза ВИЧ у 9 (18%) женщин была в течении данной беременности, у 41 (72%) - до наступления беременности. На учете в СПИД - центре состояли 41 (72 %) пациенток. На учете в женской консультации находились все женщины.

Инфицирование ВИЧ половым путем отмечено у 31 (62%) пациенток, у остальных 19 (38%) - парентерально. Вредные привычки имелись у 35 (70%) женщин, из них преобладало курение- у 73%, прием алкогольсодержащих напитков – 20%.

Верификация диагноза ВИЧ у 9 (18%) женщин была в течении данной беременности, у 41 (72%) - до наступления беременности.

Препараты антиретровирусной терапии в качестве химиопрофилактики антенатальной трансмиссии ВИЧ проводили всем беременным женщинам. При этом в первом триместре химиопрофилактика проводилась в 55% случаев, в 35% - во втором триместре, оставшиеся 10% - в третьем триместре.

Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных ВИЧ-позитивных женщин наиболее часто наблюдалась анемия (83%), далее по частоте вирусный гепатит С (27%), вирусный гепатит В ( 12%), заболевания моче-выделительной системы ( 10%).

Среди ВИЧ-позитивных беременных женщин превалировали повторнородящие, которые составили 82%, первородящими были 18%. Анализ данных, касающихся результатов по установлению вирусной нагрузки показал, что высокие значения имели место в 20 (40%) случаев, низкие – 43%. В 16% случаев данных по вирусной нагрузке не выявлено.

При сравнительном анализе течения данной беременности у женщин основной и контрольной групп выявлено, что в основной группе в первой половине беременности у 20 (41%) женщин наблюдалась угроза прерывания данной беременности, 14 из них получили стационарное лечение, 6 амбулаторное. У 12 (24%) женщин наблюдалась рвота беременных легкой и средней степени, 3 из них получили стационарное лечение. В контрольной группе угроза прерывания беременности наблюдалась в 7 случаях (20%), рвота беременных – в 15 случаях (42%). Также у 2 (6%) женщин контрольной группы наблюдался птолизм.. Сравнительный анализ течения второй половины беременности показал, в основной группе наблюдались следующие осложнения беременности : угроза преждевременных родов – у 12 (24%), у 7 пациенток (14%) имели место гипертензивные нарушения - ГИБ наблюдались в 3 случаях (8%), преэклампсия легкой степени тяжести была у 2 (6 %), преэклампсия тяжелой степени в исследуемой группе не наблюдалась. Умеренное многоводие и маловодие, по данным УЗИ, наблюдалось у 21 женщин ( 42 %).

В контрольной группе угроза преждевременных родов отмечалась у 5 (14%), гипертензивные нарушения наблюдались в 6 (17%) случаях – ГИБ у 4 (11%) пациенток, преэклампсия легкой степени – у 2(6%). Преэклампсия тяжелой степени в контрольной группе также не отмечалась. Умеренное многоводие и маловодие, по данным УЗИ, наблюдалось у 8 (23%) женщин.

Всем беременным женщинам было проведено УЗИ матки с проведение доплерометрии МППК на 28 неделе беременности. При анализе данных результатов установлено, что

частота таких осложнений, как НМППК, многоводие, маловодие, СОРП, пороки развития плода у ВИЧ-положительных женщин встречались чаще, нежели в контрольной группе.

Анализ сроков гестации при родоразрешении у женщин исследуемых групп показал, что в основной группе преждевременные роды имели место у пациенток 12 (25%), остальные 75% - срочные роды в сроке гестации от 37 до 39 недель.

Все ВИЧ-положительные женщины родоразрешены путем операции кесарево сечение. В плановом порядке родоразрешены в 78% случаев, остальные - в экстренном порядке (22%). Оценка состояния новорожденного проводилась по шкале Апгар на 1 и 5 минутах. В основной группе у 25% новорожденных имела место задержка развития плода, церебральная ишемия наблюдалась у 42%, признаки дыхательной недостаточности – в 19% случаев. Антенатальной гибели плода в обеих группах не наблюдалось. В среднем показатели были следующие: на 1 минуте составил 6 баллов, на 5 минуте – 7 баллов. Следует отметить, что в основной группе количество недоношенных детей составило 5 (10%), при этом 1 из них погиб в связи с глубокой недоношенностью и развившейся пневмонией. 4 были переведены на дальнейшее наблюдение отделение патологии новорожденных.

**Выводы:** таким образом, основными осложнениями гестации, характерными для ВИЧ-инфицированных беременных является угроза прерывания беременности, нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока, синдром задержки роста плода. Показатели преждевременных родов у женщин с ВИЧ, выше нежели в популяции. Перинатальная заболеваемость и смертность у новорожденных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями обуславливает разработку комплексного подхода к ведению беременности у данных пациенток.

#### Использованная литература:

1. Абдуллаева Л.М., Сафарова Л.А. Особенности течения родов и послеродового периода у ВИЧ-серопозитивных женщин // Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований. – 2021. - №3. – С.5-8
2. Алехина Ф.Г., Блесманович А.Е., Петров Ю.А. Беременность, роды и состояние плода и новорожденного у матерей с ВИЧ-инфекцией.
3. М. М. Ачилова, А. К. Байжанов, Н. А. Ярмухамедова Оценка безопасности высокоактивной антиретровирусной терапии у больных ВИЧ-инфекцией // Вестник врача, № 1 (102), 2022. С.15-19. DOI: 10.38095/2181-466X-20221021-15-19
4. Ашурова В.И. Плацентарная недостаточность и перинатальная патология у ВИЧ-инфицированных беременных: научное издание/В.И.Ашурова//журнал теоретической и клинической медицины: научно-практический медицинский журнал/Академия наук Республики Узбекистан. – Ташкент: Институт иммунологии АН РУз .-2019-№5. – С.25-27.
5. Колобов А.В., Ниуари Д.А., Мусатова Е.В., Карев В.Е., Хубулава Н.В., Цинзерлинг В.А., Айламазян Э.К. Значение структурных изменений плаценты у ВИЧ-инфицированных женщин// ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. – 2012.-4(1). – С.42-50.
6. Котельников В.В. Анализ перинатальных исходов у ВИЧ инфицированных женщин различных социальных групп / В.В. Котельников, Л.С. Целкович, И.Е. Никулина, О.А. Ильченко, Е.И. Прибыткова // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ» (Реабилитация, врач и здоровье). – 2018. – № 4. – С. 49–52.
7. Маринкин И.О., Поздняков И.М., Лузан О.Д., Стариков Н.В., Тимофеева Ю.С. // Особенности течения беременности и родов у ВИЧ-серопозитивных женщин // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2015. - №3. – С.71.
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. Сафарова Л.А., Абдуллаева Л.М. Клинико-морфологические особенности фето-плацентарной системы системы у ВИЧ-положительных женщин. // Тиббиётда янги кун - 2021. - №6 (38/1) – С.411-415.
10. Delicio A.M., Lajos G.J., Amaral E., Lopes F., Caviciolli F., Myoshi I., Milanez H. Adverse effects in children exposed to maternal HIV and antiretroviral therapy during pregnancy in Brazil: a cohort study \ Report Health. – 2018. – 15(1).- P.76.

**ИЗУЧЕНИЕ АНАМНЕЗА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК****М. А. Сидикходжаева, Г. Т. Джураева, И. А. Камилова**  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО), гестационная гипертензия, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность.

**Таянч сўзлар:** коғонок пардасининг еўрукдан олдин эрта ёрилиши (ҚПТОЭЁ), гестацион гипертензия, преэклампсия, фетоплацентар етишмовчилик.

**Key words:** prelabor rupture of membranes (PLRM), gestational hypertension, preeclampsia, placental insufficiency.

Целью исследования явилось изучить анамнестические данные и течение данной беременности у женщин дородовым разрывом плодных оболочек (ДРПО) с гестационным сроком 37 недель и выше. Проведено обследование у 52 беременных, из них 32 беременных с ДРПО исследуемая группа, 20 беременных со своевременным излитием околоплодных вод контрольная группа после проведения традиционного однофакторного сравнительного анализа по медико-социальным, медицинским факторам, данным акушерско-гинекологического анамнеза, особенностям течения беременности женщин с ДРПО и женщин своевременным излитием околоплодных вод значимых, различий между группами не выявлено.

**ҲОМИЛА ПАРДАЛАРИНИНГ ТУҒРУҚЧА ҒИРИЛИШИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА  
ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ АНАМНЕЗИНИ ВА КЕЧИШИ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ****М. А. Сидикходжаева, Г. Т. Джураева, И. А. Камилова**  
Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқотимизнинг мақсади, ҳомиладорлик муддатис 37 ҳафта ва ундан юқори ҚПТОЭЁ ва гестацион гипертензияси бўлган аёлларда анамнез маълумотларини ва бу ҳомиладорликнинг кечишини ўрганиш еди. 52 ҳомиладор аёлларда текширув ўтказилди, шулардан 32 ҳомиладор аёл ҚПТОЭЁ билан, контрол гуруҳда коғоноқолди пардаси ўз вақтида ёрилган 20 ҳомиладор аёллар, тиббий-ижтимоий, тиббий омиллар бўйича акушерлик ва гинекологик анамнез маълумотлари бўйича анъанавий бир факторли киёсий таҳлил ўтказилди ва ҚПТОЭЁ билан оғриган аёлларда ва амниотик суюқликни ўз вақтида кетган аёлларда ҳомиладорлик даврининг кечишида гуруҳлар орасидаги сезиларли фарқ аниқланмади.

**THE STUDY OF THE ANAMNESIS AND FEATURES OF THE COURSE OF PREGNANCY IN WOMEN WITH PRENATAL RUPTURE OF THE MEMBRANES****M. A. Sidikhodzhaeva, G. T. Juraeva, I. A. Kamilova**  
Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

The aim of our study was to study the anamnestic data and the course of this pregnancy in women PLRM with a gestational age of 37 weeks and above. A survey was carried out in 52 pregnant women, including 32 pregnant women with PLRM, the study group, 20 pregnant women with timely rupture of amniotic fluid, the control group after the traditional one-factor comparative analysis on medico-social, medical factors, obstetric and gynecological history data, peculiarities of the course of pregnancy in women with PLRM and women with timely discharge of amniotic fluid significant differences between the groups were not identified.

**Актуальность.** Одним из наиболее распространенных осложнений при беременности и родов является дородовый разрыв плодных оболочек, частота которого составляет по данным литературы 8,2%-19,6%. ДРПО способствует нарушению течения родов, послеродового периода, повышает неонатальную заболеваемость и смертность. Причины возникновения ДРПО тесно связаны с демографическими, медико-биологическими и клиническими факторами. Большое количество работ посвящено изучению влияния данных факторов на ДРПО. Однако, несмотря на актуальность данной проблемы, вопрос о значимости данных факторов в возникновении дородового разрыва плодных оболочек остается сложным и дискуссионным. В связи с этим выявление факторов, приводящих к дородовому разрыву плодных оболочек, имеет очень большое значение.

Целью нашего исследования явилось изучить анамнестические данные и течение данной беременности у женщин ДРПО с гестационным сроком 37 недель и выше, выявить факторы риска, ведущих к этой патологии, а также оценить осложнения со стороны матери и

плода, появляющихся вследствие разрыва плодных оболочек до начала родовой деятельности.

**Материал исследования.** Проведено обследование у 52 беременных, из них 32 беременных с ДРПО - исследуемая группа, 20 беременных с своевременным излитием околоплодных вод - контрольная группа.

В протоколе обследования фиксировались следующие факторы: социально-демографические, медицинские данные, данные акушерско-гинекологического анамнеза, а также особенности течения настоящей беременности. Беременные в контрольную группу подбирались без значимых различий с беременными в основной группе по вышеперечисленным факторам.

**Результаты исследования.** При анализе проведенного нами исследования выявлено, что возраст всех беременных колебался от 21 до 36 лет. В городе проживали 37,50% женщин из основной группы и 20% из контрольной; в сельской местности – 20 (62,50%) и 16 (80%) человек соответственно. Различия между группами по социально-демографическим факторам статистически не значимы ( $p > 0,05$ ), что свидетельствует об отсутствии существенного влияния данных факторов на ДРПО. Из инфекционных заболеваний в основной и контрольной группах отмечалось, что больше половины женщин в каждой группе имели хронический тонзиллит – 26 (81,25%) и 18 (90%) женщин соответственно. Анализируя имеющиеся экстрагенитальные заболевания, отметим, что в основной и контрольной группах имелись практически здоровые женщины – 10 (31,25%) и 6 (30%) женщин соответственно. Среди соматической патологии в обеих группах наибольшее количество женщин имели патологию почек 18 (56,25%) пациенток в основной группе и 14 (70%) в контрольной. В основной группе 6,25% женщин страдали гестационной гипертензией и 6,25% имели сочетание заболеваний (гестационная гипертензия и повышенный ИМТ); в контрольной группе таких обследуемых не было. У 31,25% женщин из основной группы и у 20% из контрольной имелось ожирение. Различия между группами по медицинским факторам статистически не значимы ( $p > 0,05$ ), что свидетельствует об отсутствии существенного влияния данных факторов на ДРПО. По результатам изучения данных акушерско-гинекологического анамнеза получены следующие результаты. Отмечается, что и в основной, и в контрольной группах половую жизнь с 18 до 25 лет начали больше половины женщин: 11 (68,75%) и 8 (80%) беременных соответственно. Все женщины состояли в браке. У большинства женщин из группы с дородовым разрывом плодных оболочек и пациенток своевременным излитием околоплодных вод менархе начались своевременно, только у 6 (18,75%) женщин из основной группы и у 10% пациенток из контрольной менархе наступили после 15 лет. У 25% женщин из основной группы и у 10% из контрольной имелось нарушение менструального цикла по типу альгодисменореи. Из имевшихся гинекологических заболеваний большее количество женщин в обеих группах страдали воспалительными заболеваниями органов малого таза: в основной группе – 26 (81,25%) человек, в контрольной – 14 (70%). Одинаковое количество женщин в этих группах имели в анамнезе бесплодие: 6,25% в основной и 10% – в контрольной. И только по 4 женщины в каждой группе не имели гинекологических заболеваний. В основной и контрольной группах больше половины женщин имели отягощенный акушерский анамнез. Как показал анализ предшествующих беременностей, у 14 (43,75%) женщин из основной группы и у 12 (60%) из контрольной в анамнезе были выявлены искусственные аборты. Кроме того, по нашим данным, в группе женщин с дородовым разрывом плодных оболочек было 12,50% пациенток, имеющих в анамнезе самопроизвольные выкидыши в различные сроки беременности, в группе со своевременным излитием околоплодных вод таких женщин не было. В каждой группе имелись также пациентки с неотягощенным акушерским анамнезом: в основной группе таких было 14 (43,75%) пациенток, в контрольной – 8 (40%) женщины. Оценивая паритет беременности, отметим, что в основной группе преобладали первородящие женщины – 18 (56,25%) человек; были также и повторнородящие, имеющие в анамнезе до двух родов – 14 (43,75%) пациенток. В контрольной группе было

одинаковое количество первородящих и повторнородящих – по 10 (50%) женщин соответственно. В основной и контрольной группах было 10 (31,25%) и 6 (30%) женщин соответственно, у которых интергенетический интервал составил от 3 до 11 месяцев. У 6 (18,75%) человек из основной группы и 20% из контрольной этот перерыв составил от 1 года до 5 лет. У 6,25% пациенток в основной группе и 10% пациенток в контрольной интергенетический интервал составил от 6 до 10 лет. У всех повторнородящих в анализируемых группах предыдущие роды были срочными. Различия между группами по акушерско-гинекологическому анамнезу не достоверны ( $p>0,05$ ), что свидетельствует об отсутствии значимого влияния данных факторов на ДРПО. Все женщины состояли на учёте в семейной поликлинике. Среди факторов, влияющих на характер течения родов, значимое место занимают осложнения и заболевания, перенесенные в процессе данной беременности. В течение беременности одинаковое количество пациенток в обеих группах перенесли обострение хронического пиелонефрита: в основной – 10 (31,25%) человек и в контрольной группе также 10 (50%) человек. У 25 % женщин из основной группы и 10 % из контрольной встречалась анемия при беременности.

Одинаковое количество женщин в группах перенесли за беременность острое респираторное заболевание: в основной – 6,25% человек и в контрольной группе 10% человек. В группе женщин с дородовым разрывом плодных оболочек 12 (37,50%) человек и 3 (30%) пациентки в группе со своевременным излитием околоплодных вод при беременности перенесли инфекции генитального тракта. Среди осложнений данной беременности отмечается, что только в основной группе встречались женщины с преэклампсией – 6 (18,75%). Одинаковое количество пациенток имели хроническую фетоплацентарную недостаточность: в основной 6 (18,75%) человека, в контрольной группе также 6 (30%) человека. В структуре осложнений половина пациенток перенесли угрозу прерывания беременности: в основной группе – 6 (37,50%) женщин, в контрольной – 8 (40%). Частота встречаемости угрозы прерывания беременности до 28 недель и после в обеих группах одинакова. У всех пациенток была одноплодная беременность и головное предлежание плода. Различия между группами по особенностям течения беременности не достоверны ( $p>0,05$ ), что свидетельствует об отсутствии существенного влияния данных факторов на ДРПО при их изолированном учёте. Нами был выделен ряд факторов, имеющих различия в абсолютных процентных показателях между группой женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек и группой женщин без дородового излития околоплодных вод. К ним были отнесены воспалительные заболевания органов малого таза, наличие самопроизвольных выкидышей в анамнезе, перенесенные при беременности инфекции генитального тракта и анемии. Различия между группами по совокупности этих факторов существенны ( $p<0,05$ ), что свидетельствует о значительном влиянии этих факторов на дородовое излитие околоплодных вод, при одновременном их учёте.

**Выводы.** Таким образом, после проведения традиционного однофакторного сравнительного анализа по медико-социальным, медицинским факторам, данным акушерско-гинекологического анамнеза, особенностям течения беременности женщин с ДРПО и женщин со своевременным излитием околоплодных вод значимых различий между группами не выявлено. На основании проведённого исследования можно заключить, что вклад факторов риска в развитии данного осложнения беременности при их изолированном учёте не выявлен. При проведении группировки и комплексного учёта факторов возникновения ДРПО значимыми оказались сочетания следующих: воспалительные заболевания органов малого таза, наличие самопроизвольных выкидышей в анамнезе, перенесенные при беременности инфекции генитального тракта и анемии. Полученные нами результаты свидетельствуют о необходимости учитывать воздействие не отдельных факторов риска на дородовое излитие околоплодных вод, а их одновременное влияние на развитие данного осложнения.



**Использованная литература:**

1. Абрамченко В.В. Фармакотерапия преждевременных родов/В.В. Абрамченко-М.: МедЭкспертПресс - Петрозаводск: ИнтелТек, 2003—Т.1.—106с.
2. Каттаходжаева М.Х. Течение родов и морфологическая характеристика плодовых оболочек при несвоевременном излитии околоплодных вод / М.Х. Каттаходжаева // Структурные вопросы процессов фильтрации: Сб. ст. науч. – Ташкент, 1987. – С. 68–69.
3. И. И. Тошева, Н. Г. Ашурова, Г. А. Ихтиярова Разрыв плодных оболочек в недоношенном сроке, как фактор развития акушерских осложнений // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.76-79. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-76-79

## АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ПРИЧИН ПРИВЫЧНОГО ВЫКИДЫША В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Н. А. Султонова

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

**Таянч сўзлар:** одатланган ҳомила тушиш, эндометрий, морфологик тузилиш.

**Ключевые слова:** привычное невынашивание, эндометрий, морфологическое строение.

**Key words:** miscarriage, endometrium, morphological structure.

Проблема охраны здоровья матери и ребенка рассматривается как важнейшая задача для формирования здорового поколения во всем мире. Благополучный исход беременности в значительной мере зависит от правильно выбранной тактики ее ведения - определения оптимального алгоритма пренатального мониторинга, особенно первого триместра беременности. Значимую роль при этом играет прогнозирование ожидаемых осложнений беременности с ранних сроков. Привычное невынашивание беременности (ПНБ) является одной из наиболее сложных медико-социальных проблем, на решение которой направлены усилия ведущих научных школ мира. Статистические данные указывают на то, что ПНБ не имеет тенденции к снижению, несмотря на разработанные методики ведения беременности в последние годы. Назревшая ситуация в отношении данной патологии диктует необходимость дальнейших исследований, направленных на изыскание основных причин ПНБ, в том числе выявления роли нарушений системы гемостаза, метаболических нарушений и иммунных факторов.

## БУХОРО ВИЛОЯТИДА ОДАТЛАНГАН ҲОМИЛА ТУШИШ ҲОЛАТЛАРИ УЧРАШИ ВА САБАБЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Н. А. Султонова

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

Бутун дунё бўйича она ва бола соғлиғини асраш масаласи соғлом авлодни етиштириш учун биринчи ўриндаги вазифа сифатида алоҳида эътиборга лойиқ. Ҳомиладорликнинг муваффақиятли якуни, ҳомиладорликдан олдин уни олиб бориш режасини ишлаб чиқиш, хусусан биринчи уч ойликни тўғри кузатиш билан боғлиқдир. Бунда пайдо бўлиши мумкин бўлган асоратларни эрта муддатларда башоратлаш алоҳида ўрин тутади. Одатланган ҳомила ташлаш муаммоси ижтимоий муаммо бўлиб, уни ҳал қилиш масаласига бутун дунёдаги етакчи мактабларининг эътибори қаратилган. Статистик маълумотлар шуни кўрсатадики, сўнгги йилларда ҳомиладорликни олиб бориш услуги ривожланишига қарамай, ОХТ камайгани йўқ. Ушбу патология билан боғлиқ фавқулотда вазият ОХТ нинг асосий сабабларини, шу жумладан гемостаз тизимининг бузилиши, метаболик касалликлар ва иммунитет омилларининг ўрнини топишга қаратилган кейинги тадқиқотлар зарурлигини тақозо этади.

## ANALYSIS OF THE CAUSES AND INCIDENCE OF RECIPIENT MISSION IN BUKHARA REGION

N. A. Sultonova

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

The problem of protecting the health of mother and child is considered to be of paramount importance for the formation of a healthy generation around the world. A successful outcome of pregnancy largely depends on the correct tactics of its management - determining the optimal algorithm for prenatal monitoring, especially in the first trimester of pregnancy. A significant role is played by predicting the expected complications of pregnancy from an early date. Recurrent miscarriage (RPL) is one of the most complex medical and social problems, the solution of which is directed by the efforts of the world's leading scientific schools. Statistical data indicate that RPL does not tend to decrease, despite the development of pregnancy management techniques in recent years. The mature situations in relation to this pathology dictate the need for further research aimed at finding the main causes of RPL, including identifying the role of hemostasis system disorders, metabolic disorders and immune factors.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари.** Тадқиқотда олдимизга қўйган мақсадни амалга тошириш мақсадида биз 2019 йил январ ойидан то 2021 октябр ойигача бўлган муддатда 100 нафар аёллар текширилди. Ҳомиладорлик даврида 100 нафар аёлда изчил равишда чуқурлаштирилган текшиурвлар олиб борилди, бунда уларга тавсия этилган даво чораларининг самарадорлиги ҳам баҳолаб борилди. Биринчи гуруҳни аввалги ҳомиладорликлари нормал кечган 30 нафар ҳомиладор аёл ташкил этди (I- гуруҳ), иккинчи гуруҳни эса, 70 нафар оғирлашган акушерлик анамнези бўлган ҳомиладор аёллар ташкил этди, уларда

хомила тушиши кузатилган эди (II- гуруҳ). Тадқиқотга киритилган ҳомиладор аёллар Бухоро шаҳрининг аёллар маслаҳатхоналарида, вилоят перинатал марказида ва Республика шошилинч тиббиёт илмий маркази Бухоро филиали гинекология бўлимида даволанган эдилар.

Гуруҳларга киритилишнинг асосий мезонлари: анамнезида ҳомиладорликнинг 14-ҳафтасигача икки ёки ундан ортиқ ҳомила тушиши кузатилган аёллар киритилди.

Гуруҳдан четлатилиш мезонлари: ҳомилада генетик аномалиялар ёки антифосфолипид синдром (АФС) мавжуд бўлган аёллар, жинсий аъзолар инфекцияси мавжуд ёхуд эндокрин тизим патологияси кузатилган ҳомиладор аёллар. Гуруҳларга киритилган барча аёллардан тадқиқот ўтказиш мақсадида розилик хати олинган. Барча тадқиқот гуруҳидаги аёлларга ишлаб чиқилган анкеталар ёрдамида уларнинг анамнезини тўлиқ ўрганиш ва натижаларни математик ва статистик ишлаб чиқилди. Таъкидлаб ўтиш керакки, гуруҳларга киритилган аёллар ёши 18дан 35 ёшгачани ташкил этиб, ўртача ёш, асосий гуруҳда 27,34ни, назорат гуруҳида эса, 28,1 ёшни ташкил этди ( $p > 0,05$ ).

Гуруҳлардаги барча аёлларга: клиник-лаборатор таҳлиллар (умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, липид фракциялари таҳлили ва қон ивиш тизими кўрсаткичлари таҳлили) ўтказилди. Кўрсатилган барча клинко-биокимёвий таҳлиллардан ташқари уларга, функционал тадқиқот усуллар ҳам қўлланилди. Статистик таҳлил Стьюдент усулидан фойдаланган ҳолда, Фишер усулида,  $X^2$  (Пирсон) услубида StatGraf и Microsoft excel программаси ёрдамида корреляцион таҳлил олиб борилди.

**Тадқиқот натижалари.** Текширув натижасида аникландики, гуруҳларда ҳайз цикли функцияси бўйича гуруҳларда жиддий ўзгаришлар аникланмади. Менархенинг ўртача ёши  $14,05 \pm 0,2$  назорат гуруҳида –  $13,9 \pm 0,4$  ёшни ташкил этди ( $p \leq 0,05$ ). Ҳайз циклининг ўртача давомийлиги 26 дан 32 кунгачани ташкил этиб, ўртача 4,1 кунни, назорат гуруҳида – 4,2 кунни ташкил этади ( $p \leq 0,05$ ). Ҳайз циклининг десквамацион фазаси гуруҳларда 3, 1 ва 3, 3 кунни ташкил этди ( $p \leq 0,05$ ). Ҳайз миқдори барча аёлларда ўртача деб ҳисобланди. Аёлларнинг ўқимишлилик даражаси ва бажарадиган иши ҳам албатта уларнинг ҳаёт тарзини ҳақида кўп маълумот берганлиги учун ҳам уларни ўрганишга қарор қилинди. Натижада беморлар орасида 19,4% вақтинча ишламаслиги ва 80,6% эса ишлаши аникланди. Ишлайдиган беморларнинг 6,3% вақтинчалик ишсиз бўлиб, қолган 13,1% уй бекаси эканликлари аникланди. Ишлайдиган беморларнинг 53,2% жисмоний меҳнат билан, 27,4% эса ақлий меҳнат билан шуғулланар эдилар. Ақлий меҳнат билан шуғулланувчиларнинг 10,2% олий маълумотли, қолган 17,2% эса ўрта маълумотга эга эдилар.

Бундан ташқари, текширилган ҳомиладор аёлларда мавжуд бўлган гинекологик касалликлар тузилиши ўрганилади. Бунда асосий гуруҳдаги аёлларда назорат гуруҳига нисбатан гинекологик касалликлар кўпроқ учраши аникланган. Қуйидаги 1-жадвалда текширилган гуруҳ аёлларида учрайдиган гинекологик касалликлар учраш нисбати келтирилган.

Жадвалда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, сурункали эндометрит иккала гуруҳда ҳам бир хил нисбатда учраган. Истмико-цервикал етишмовчилик эса, асосий гуруҳда таққослама гуруҳга нисбатан 4,08%га, фолликуляр киста 3,7%га, эндометриод киста 2,8%га, ҳайз цикли бузилиши 7,3%га, TORCH-инфекция 6,1%га ҳамда сурункали цистит 7,1%га кўп учраганлиги аникланди.

1 жадвал.

**Текширилган гуруҳ аёлларида гинекологик касалликларининг учраш нисбати (n=100).**

Нозология	Асосий гуруҳ	Таққослама гуруҳ	Ишонччилик
Сурункали эндометрит	3,6%	3,6%	$p \leq 0,01$
Истмико-цервикал етишмовчилик	4,1%	0,02%	$p \leq 0,01$
Фолликуляр киста	4,9%	1,2%	$p \leq 0,05$
Эндометриод киста	3,5%	0,7%	$p \leq 0,01$
Ҳайз цикли бузилиши	8,3%	1%	$p \leq 0,05$
TORCH инфекция	7,6%	1,5%	$p \leq 0,01$
Сурункали цистит	9,1%	2,0 %	$p \leq 0,05$

Текширилган аёлларда аниқланган соматик касалликлар (n=100).

Нозология	Асосий гуруҳ	Таққослама гуруҳ
Анемия	35,7%	17,9%
Диффуз бўқоқ	21,3%	9,6%
Варикоз касаллиги	18,2%	5,9%
Қандли диабет	6,4%	1,8%
Сурункали артериал гипертензия	10,8%	2,1%
Семизлик	19,5%	6,8%

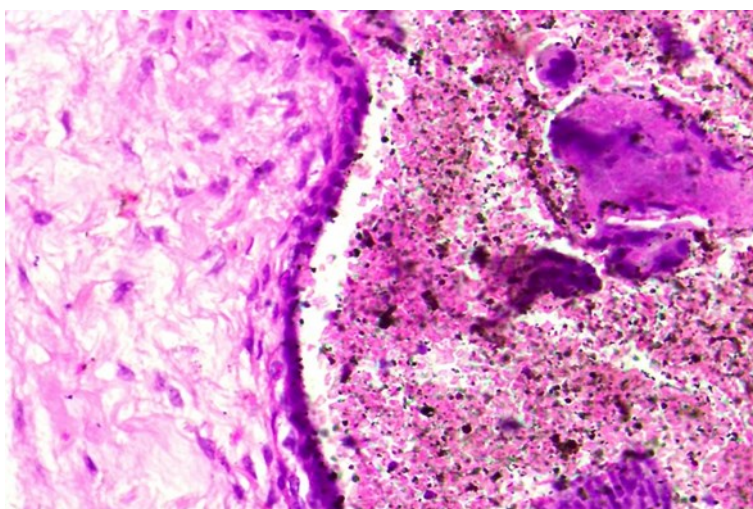
Изоҳ: ишончлилиқ даражаси  $p \leq 0,05$

Ундан ташқари беморларда учраган соматик патология ҳам ҳомиладорликга бевосита таъсир этишини ҳисобга олсак, уни ҳам анамнез маълумотларига ва физикал текширув натижаларига кўра, аниқлаштириш муҳим аҳамият касб этишини эътироф қилиш лозим. Текширилган аёлларда қуйидаги соматик касалликлар аниқланди. 2-жадвалга қаранг.

Текширилган аёллар гуруҳида акушерлик анамнези ўрганилганда, қуйидагилар аниқланди. Унга кўра, асосий гуруҳда тирик туғилганлар сони 59тани, биринчи триместрда ҳомила тушиши 61тани, иккинчи триместрда 53тани ва учинчи триместрда эса, 44тани ташкил этди. Жами ушбу гуруҳда одатланган ҳомила тушишлари сони 158тани ташкил этди, унинг салмоқли ҳиссаси биринчи триместрга тўғри келди. Назорат гуруҳида тирик туғилишларнинг умумий сони 67тани ташкил этди.

Бундан кўриниб турибдики, асосий гуруҳда аввалги ҳомила тушиши кейинги ҳомила тушиш хавфини оширади. Аёлларда иккала гуруҳда ҳам ишлатилинган контрацепция усуллари ўрганилганда, БИВ асосий ва назорат гуруҳларида 24% ва 21%ни, ОК 16,1% ва 19,4% ни, ИК 4,5% ва 3,2%ни, календар усули 15,4% ва 19,0%ни, умуман контрацепциядан фойдаланмайдиганлар 40,0% ва 37,4%ни ташкил этди. Бундан шундай хулоса келиб чиқадики, гуруҳлар орасида контрацептивлар ишлатиш орасида деярли катта фарқ аниқланмади. Асосий гуруҳ аёлларида мажмуавий текширув ҳомиладорликнинг барча триместрларида олиб борилди.

Аёлларда содир бўлган одатланган ҳомила тушишида олинган йўлдош материаллари намуналарида қуйидагиларни аниқлаш мумкин. Ҳомиладорликнинг ушбу муддатида силлиқ хорионда қопловчи эпителийнинг қалинлашиши, трофобластик эпителийнинг пролифератив активлигининг ошиши ва ядро гипертрофияси ҳисобига морфологик ўзгаришлар кузатилади. Бириктирувчи тўқима толали тўқималар детрукцияси, шиш ва дезорганизация ҳисобига сийраклашган. Қопловчи эпителий юзасида ҳар хил шакл ва катталиқдаги синцитиотрофобластлар миқдорининг ошиши кузатилади (1-расм). Уларнинг айримларида цитоплазманинг яққол оксилли дистрофияси кузатилиб, у эозинофил моддасининг тўпланиши ва ядро тузилмаларининг деформацияси ҳисобига содир бўлади.



1 расм. 12 ҳафталик ҳомиладорлик. Силлиқ хорион, трофобластларнинг қалинлашиши, синцитиотрофобластларнинг гиперплазия ва гипертрофияси. Катталаштириш: ок.10, об.40.

Қоғоноқ пуфаги ва йўлдошни морфологик ўрганиш натижасида 11-12 ҳафта муддатида ҳомила тушиш ҳолатида, эндометрий томонидан децидуализациянинг секинлашиши

яллиғланиш жараёни туфайли чукурлашганлиги аниқланди. Бунда децидуал хужайраларда шиш, дистрофия ва яллиғланиш жараёни туфайли децидуа хужайралари шишади, натижада ядро, цитоплазма ва вакуолянинг дистрофик-деструктив ўзгаришларига сабаб бўлиши мумкин. Айрим жойларда лимфоид ва моноцитар хужайралардан иборат яллиғланиш инфилтратлари аниқланади, бу иммунопатологик яллиғланишдан далолат беради. Бу эса, ўз навбатида спиралсимон артерияларнинг гестация даврида қайта тузилиши ва цитотрофобластик пролиферация и инвазиянинг редукциясига сабаб бўлади. 12-ҳафтада амнион қавати, эпителий қаватининг, бириктирувчи тўқиманинг шиши туфайли содир бўлади. Бириктирувчи тўқима ва базал мембрана орасида яллиғланиш хужайралари аниқланади. Бириктирувчи тўқима толали тузилмалар деструкцияси билан кескин шишган ҳолати кузатилади.

**Хулоса.** Акушер-гинекологларнинг эътибори ҳомиладорликнинг барвақт муддатларига қаратилиши, ушбу даврни аниқлашга бўлган фармакологик диагностик имкониятларга боғлиқ бўлиб, ушбу даврда пайдо бўлган патологик ҳолатларни тўғрилашга замин яратади. Бу билан биз ҳомиладорликнинг кечки муддатларида пайдо бўлиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш имкониятига эга бўламиз, натижада она ва ҳомилага нисбатан хавф омиллар таъсирини камайтиришга эришамиз.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Абрамченко В.В. Антиоксиданты и антигипоксанты в акушерстве // СПб.: ДЕАН.-2011.-400с.
2. Базовая М.Ю. Оптимизация диспансерного наблюдения в ранние сроки гестации женщин с отягощенным акушерским анамнезом: Автореф. дис.канд. мед. наук. Москва. - 2013. - 12с.
3. Духина Т.А. Ультразвуковая доплерометрия в динамике первого триместра беременности: Автореф. дисс.канд. мед. наук. — М. 2011. - 24с.
4. Н.А. Султонова. Индивидуальный подход к прогнозированию самопроизвольных выкидышей у женщин до 24 недель гестации. Современные вызовы для медицинского образования и их решения. 2021. С.426-430.
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. И. Калашникова Е.П., Федорова М.В. Недостаточность плаценты // Акуш. и гинек. 2012.- №8. - С.57-59.
7. Керчелаева С.Б. Значение антител к фосфолипидам и фосфолипидсвязывающим белкам при неразвивающейся беременности // Рос.вестник акушера-гинеколога. 2003. - том 3, № 4. - С.11 - 16.
8. Куценко И.И., Гудков Г.В., Томина О.В. Процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты при различной активности аденомиоза // Рос.вестник акушера-гинеколога. 2013. - Том 3, №5. — С.13-16.
9. Султонова Н.А. Роль патологии эндометрия при репродуктивных потерях в ранних сроках беременности. Тиббиётда янги кун №4 (34) 2020 392-395 стр.
10. Ш. Ж. Тешаев, Г. М. Ахмаджонова Морфологические особенности процесса децидуализации при самопроизвольном выкидыше у женщин с антифосфолипидным синдромом // Вестник врача, № 4 (101), 2021. С.145-149. DOI: 10.38095/2181-466X-20211014-145-149
11. Solieva N.K., Negmatullaeva M.N, Sultonova N.A. Features Of The Anamnesis Of Women With The Threat Of Miscarriage And Their Role In Determining The Risk Group// The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research - 2020 - № 2(09). - P. 32-34.

**ТУХУМДОНЛАРНИНГ ВАҚТИДАН ОЛДИН ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР АЁЛЛАРДА ЭРТА МЕНОПАУЗА МУММОЛАРИ****Ю. А. Тангилова, Л. Р. Агабабян, З. Худоярова**

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

**Ключевые слова:** преждевременная яичниковая недостаточность, урогенитальные расстройства, гипоестрогения, урогенитальный менопаузальный синдром, бактериальный вагиноз.

**Таянч сўзлар:** тухумдонларнинг вақтидан олдин етишмовчилиги, генитоуринар бузилишлар, гипоестерогенемия, генитоуринар менопаузал синдром, бактериал вагиноз.

**Key words:** premature ovarian failure, genitourinary disorders, hypoestrogenism, genitourinary menopausal syndrome, bacterial vaginosis.

Эрта менопауза содир булиши билан боглик булган тухумдонларнинг вақтидан олдин етишмовчилиги (ТВЕ) фертил даврда фолликулаларнинг жадал йуқолиши ва тухумдонлар функциясининг вақтидан олдин тухташи билан тавсифланади. Бу жараён бутун аёл организми учун турли хил оқибатларга эга, шу жумладан жисмоний узгаришлардан ташқари, психологик бузилишлар (рухий-ижтимоий ноқулайлик) билан ҳам тавсифланади, булар биргаликда эрта менапаузали аёлнинг хаёти сифатини анчагина пасайтиради. Ушбу мақолада биз ТВЕ кузатилган аёлларда урогенитал тизимдаги бузилишларни куриб чиқдик. ТВЕ кузатилган аёлларда тухумдонларнинг функционал фаоллигини пасайиши хақидаги мавжуд маълумотлар ҳисобга олган ҳолда, эстроген миқдорининг камайиши ушбу гуруҳ аёлларда генитоуринар тизим касалликларини купайишига олиб келади. Ушбу изланишлар ТВЕ бор аёллар репродуктив тизим кин микрофлорасида соғлом аёлларга нисбатан фарқ борлигини аниқлади ва *Lactobacillus* аёллар репродуктив саломатлиги учун хал қилувчи ахамиятга эга эканлиги аниқланди.

**ПРОБЛЕМА РАННЕЙ МЕНОПАУЗЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЯИЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ****Ю. А. Тангилова, Л. Р. Агабабян, З. Худоярова**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Ўзбекистан.

Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ), обуславливающая наступление ранней менопаузы, характеризуется ускоренной потерей фолликулов в фертильном периоде и преждевременным прекращением функции яичников. Этот процесс имеет последствия для всего женского организма, в том числе и потому, что помимо физических изменений он характеризуется и психологическими нарушениями (психосоциальный дискомфорт), что в совокупности значительно снижает качество жизни женщин с ранней менопаузой. В статье мы излагаем изменения в урогенитальном тракте обследованных женщин с ПНЯ. Принимая во внимание имеющиеся сведения о снижении функциональной активности яичников у женщин с ПНЯ, логично предположить возможность влияния развивающейся гипоестрогении на риск появления генитоуринарных расстройств, что увеличит количество женщин, страдающих генитоуринарными нарушениями. Результат впервые показывает, что существуют различия во флоре репродуктивного тракта женщин с преждевременной недостаточностью яичников, подтверждая, что *Lactobacillus* играет жизненно важную роль в репродуктивном здоровье женщин.

**EARLY MENOPAUSE PROBLEMS IN WOMAN WITH PREMATURE OVARIAN FAILURE****Y. A. Tangirova, L. R. Agababyan, Z. Hudoyarova**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Premature ovarian failure (POF), leading to early menopause, is characterized by accelerated loss of follicles during the fertile period and premature cessation of ovarian function. This process has consequences for the entire female body, including because, in addition to physical changes, it is also characterized by psychological disorders (psychosocial discomfort), which together significantly reduce the quality of life of women with early menopause. In this article, we outline the changes in the urogenital tract of the examined women with POF. Taking into account the available information on a decrease in the functional activity of the ovaries in women with POF, it is logical to assume the possibility of the influence of developing hypoestrogenism on the risk of genitourinary disorders, which will increase the number of women suffering from genitourinary disorders. The result shows for the first time that there are differences in the flora of the reproductive tract of women with premature failure ovaries, confirming that *Lactobacillus* plays a vital role in women's reproductive health.

Тухумдонларнинг вақтидан олдин етишмовчилиги (ТВЕ), фертил даврда фолликулаларнинг жадал суратларда камайиши ва тухумдонлар фаолиятининг вақтидан олдин тухташи билан тавсифланади. Популяцияда ТВЕ 1 - 10% ҳолларда учрайди. Ушбу касалликнинг

тарқалиши ёш ҳисобидан олганда қуйидагича: 20 ёшгача ТВЕ – 1:10 000, 30 ёшга келиб – 1:1000,35 ёшда – 1:250, 40 ёшга келиб – 1:100 [2]. Шарқий Европа аёллар популяцияси ва АҚШ аёллари орасида ТВЕ 1% ташки қилиб келмоқда. ТВЕ купроқ афроамерикликларда (1.4%) ва испан этник гуруҳига мансуб аёлларда (1.4%) ва камроқ холларда хитойлик (0,5%) ва япон (0,5%) аёлларда учрайди [2,3]. ТВЕ куп учрайдиган клиник белгилари у фертил функция билан боғлиқми ва бошқа жабхаларда эстроген таъчиллиги билан боғлиқ. Жинсий гормонлар миқдорининг 40 ёшгача камайиши нафақат вазомотор ва эмоционал-вегетатив бузилишларга балки аёлларда юрак қон томир касалликларини усишига, суяк туқимасини сифатини пасайишига ва бу орқали остеопароз каби касалликларни ривожланишига олиб келади. [4] Уз урнида эстроген миқдорининг камайиши, сийдик чиқариш канали эпителиясининг пролиферациясининг сусайишига ва туқималарнинг қон билан таминланишининг камайишига олиб келади. Ушбу жараёнлар гликоген миқдорининг узғаришига, уретра микроценози ва РН узғаришига олиб келади. Бунинг оқибатида кайталанувчи инфекцияларнинг ривожланиши учун қулай шароит яратиб берилади [5]. Тухумдонларнинг вақтидан олдин етишмовчиликка натижасида ривожланган гипоэстроген ҳолатнинг асосий қуриниши бу урогенитал менопаузал синдром (УГМС) қиндаги қуруқлик қичиш ва ачишиш ҳисси, ноқтурия, цисталгия, сийдик туталоқликнинг турли қуринишлари. Юқоридаги белгилар биргаликда диспаренурия ва жинсий истакнинг сусайишига ва психологик - ижтимоий ноқулайликка олиб келади [7]. ТВЕ булган аёллар турли хил рухий бузилишларни намойиш қилиши мумкин, булар депрессив ҳолатлар ва узига булган ишончнинг камайиши, ушбу бузилишлар жинсий функцияларга ақс тасир утқзади. ТВЕ ташҳиси қуйилиши куп холларда аёлларга қаттиқ рухий зарба бўлиб келмоқда. Шу сабабли ушбу аёлларга уз вақтида рухий кумак бериш ва уларни эмоционал қуллаб қуватлаш лозим [7,8].

**Ишнинг мақсади.** Тухумдонларнинг вақтидан олдин етишмовчилиги бўлган аёлларда урогенитал тизим ҳолатини баҳолаш.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари.** ТВЕ кузатилган 35 нафар аёлларда урогенитал тизим ҳолати урганилди. Назорат гуруҳини 50 та соғлом аёллар ташкил қилди. Барча беморларга умумий клиник ва гинекологик текширувлар утқазилди. Урогенитал тизим ҳолати қуйидаги усуллар ёрдамида аниқланди, сийдик туталоқликнинг оғирлилик даражаси орқали. Халқаро жамият (International Continence Society (ICS), 1989) томонидан таклиф қилинган сийдик туталоқликнинг даражалари кузатилган аёлларда турли шаклларини аниқлаш мақсадида, аёлларга кундалик тутиш таклиф қилинган. Шуни курсатиб утиш керакки кундузги ва тунги диурез учрашиш даражаси аёлларда кузатилган урологик бузилишларга мос равишда купайиб борди ва қуйидаги курсаткичларга эга бўлди, сийдик туталоқликнинг енгил даражаси кундузги 5-10 диурез эпизоди ва тунги 1-3 диурез эпизодига туғри келса, оғир даражада – кундузги диурез эпизоди 12-15 гача ва тунги диурез эпизодлари 5-8 гача кузатилди.

Бактериал вагиноз ташҳисини қуйиш учун Ph-метрия, учувчи аминларни 10% калий гидроксид ёрдамида аниқлаш ҳамда қиндаги ажралмаларни микроскопик текширишлар утқазилди.

**Тадқиқот натижалари:** Беморларнинг уртача ёши асосий ва назорат гуруҳида 29,1 ва 30,2 ташкил қилди. Асосий гуруҳдаги 10 (28,6%) аёлларда ва назорат гуруҳидаги 11 (22%) қушимча соматик касалликлар аниқланган: асосий гуруҳдаги 3 аёлда гипертония касаллиги, назорат гуруҳида 5 та аёлда семизлик касаллиги ва асосий гуруҳда 2 та аёлда гипотериоз касаллиги аниқланганю. ТВЕ булган аёлларда хайз циклининг кеч бошланишини қуриш мумкин. Асосий гуруҳда менархе 15,7 ёшни ташкил қилди (14 ёшдан 17 ёш орасида кузатилди) ва назорат гуруҳида 13,2 ёш (12 ёшдан 14 ёш орасида). Асосий гуруҳда хайз цикли бузилиши деярли барча текширилувчиларнинг ярмини ташкил қилди (16-45,7%), 6 кишида гипопоменструал синдром кузатилди, 10 аёлларда бачадондан аномал қон кетиш кузатилган. Хаёти давомида ушбу аёллар бир неча бор даволаниб келган ва асосий даволаниш мақсадида уринбосувчи гормонал дорилар қабул қилиб келган. Асосий гуруҳдаги 4 аёлларга аномал

бачадондан қон кетиш туфайли вакуум аспирация ва 1 та ҳолатда эндометрий полипи олинган. Назорат гуруҳидаги аёлларда хайз циклидаги бузилишлар аниқланмаган. Асосий гуруҳидаги аёлларни текшириш вақтида менапауза давомийлиги 1 йилдан 6 йилгача вақтни уртача 3,7 ёшни ташкил қилган. ТВЕ бор аёлларнинг урогенитал тизим фаолияти урганиш жараёнида 30та аёллар у ёки бу шикоятлар қилган ва бу умумий 85,7% ташкил қилди. Шулардан 8 беморларда урологик симптоматика (22,8%) ва 10 (28,5%) беморларда гинекологик симптоматика кўзатишган. Урологик ва гинекологик симптоматика биргаликда 12 беморларда (34,2%) кузатишган. Қин микрофлорасининг нормал микроскопик кўриниши асосий гуруҳидаги 35 аёллардан 20 тасига хос бўлиб, назорат гуруҳидаги беморларнинг 19 тасига (38,3%) аниқланган. Беморларнинг (42,3%) маълум бир қисмида бактериял вагиноз (БВ) ташхиси қўйилган. Микроскопик текширувлар натижасида, куп миқдордаги микробларнинг туплами – куриш майдонида 1000 зиёд микроб хужайралари аниқланган бўлиб улар орасида гарднереллалар морфотиби устунлик қилганлиги аниқланган. Фақат 2 (6,4%) беморда лейкоцитлар миқдорининг 25-30 ошиши ва Грам мусбат кокклар аниқланган. Умумлаштириб олганда урогенитал бузилишлар кузатишган 30 беморларнинг 79,5% (24) сида ушбу симптомлар неврогенетив белгилар билан бирга учради.

**Хулоса.** ТВЕ - полиэтиологик касаллик бўлиб, аёлларда ҳаёт сифатини сезиларли пасайишига сабаб бўлиб келмоқда. Шу билан бирга эстрогенлар миқдорининг пасайиши билан боғлиқ УГМС – қиндаги нокулайлик, диспареуния, сийдик тутаолмаслик ва иккиламчи инфекция ривожланиши каби бўзилишларга олиб келмоқда. Булар уз навбатида хиссий бузилишлар ва психологик - ижтимоий нокулайликларга, яни аёллардаги психологик бўзилишларга сабаб бўлади. Шундай қилиб ТВЕ ташхиси қўйилган аёлларда ривожланадиган урогенитал бўзилишлар долзарб муаммолардан бўлиб, этиологик омилларни кенгрок куламда урганиш, ҳамда узгаришларни уз вақтида даволаш, ва энг асосийси ушбу бўзилишларнинг олдини олиш усуллари урганиш ва ишлаб чиқишдан иборат.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ермакова Е.И., Балан В.Е., Тихомирова Е.В. и др. Генитоуринарный менопаузальный синдром: диагностика и принципы лечения (краткие методические рекомендации). Российский вестник акушера-гинеколога. 2017;17(6):89–95. <https://doi.org/10.17116/rosakush201717689-95>.
2. Макацария А.Д., Блинов Д.В., Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х. Лечение эстриолом вальвовагинальной атрофии в постменопаузе: обновление научных данных 2014–2018 гг. Акушерство, Гинекология и Репродукция. 2019;13(3):227–38. <https://doi.org/10.17749/2313-73>.
3. 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
4. Сметник В.П. Медицина климактерия. М.: Литтерра, 2006. С. 848.
5. Ф.А. Хайдарова, С.С. Фахрутдинова Особенности минеральной плотности костной ткани при преждевременной недостаточности яичников // Вестник врача, № 3, 2018. С.41-46.
6. Ф.А. Хайдарова, С.С. Фахрутдинова Генетические маркеры в прогнозировании преждевременной недостаточности яичников // Вестник врача, № 4, 2018. С.71-74.
7. Blinov D.V., Khazan P.L., Mnatsakanyan A.L., Korabelnikov D.I., Safarov A.T., Pavlova N.V., Zakharova N.S., Ponomarev D.A., Petrenko D (2020) Early menopause and premature ovarian failure: problems and prospects. *Obstetrics, gynecology and reproduction*, 14(3) 328-345.
8. Conway G.S. Premature ovarian insufficiency, menopause, and hormone replacement therapy. In: *Advanced Practice in Endocrinology Nursing*. Cham: Springer International Publishing, 2019. 803–15. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-99817-6\\_41](https://doi.org/10.1007/978-3-319-99817-6_41).
9. Gunning M.N., Troia L., Janse F.J.(2020) Premature ovarian insufficiency. *Female Reproductive Dysfunction*. 01 1-21.
10. Paschou S.A., Augoule A., Suggelos N., Lambrinoudaki I. Premature ovarian insufficiency. Why male note contraception? 2019. 5.



**REPRODUKTIV YOSHIDAGI AYOLLARDA TUXUMDONLARNING POLIKISTOZ SINDROMI KELIB CHIQISHINING ASOSIY SABABLARINI ANIQLASH****Gul Ahmad Tanish**

Balx universiteti, Mozori Sharif, Afgoniston

**Ключевые слова:** синдром поликистозных яичников, гиперандрогения, нарушения менструального цикла, гирсутизм.

**Tayanch soʻzlar:** tuxumdon polikistoz sindromi, giperandrogeniniya, hayz davrining buzilishi, girsutizm.

**Key words:** polycystic ovary syndrome, hyperandrogenism, menstrual disorders, hirsutism

Tadqiqot maqsadi. Ushbu olib borilgan tadqiqotda biz tuxumdonlar polikistoz sindromi bilan ogʻrigan bemorlarni anamnestik, klinik, gormonal va ultratovush tekshiruvlar, demografik holati, shuningdek, gormonal kasalliklari, tana vazni va qondagi insulin darajasi oʻrtasidagi bogʻliqlikni oʻrganishni maqsad qildik. Tadqiqot natijalari: eng keng tarqalgan klinik belgilar: hayz davrining buzilishi (100%), genetik omil (6,5%), girsutizm (62%) va semizlik (25%). Eng koʻp uchraydigan gormonal kasalliklar: testosteronning ortishi (32,5%), LG /FSG nisbati > 2 (25%), insulin qarshiligi (12,2%), mos ravishda GTT buzilishi (17,5%) va giperinsulinemiya (10%), hisoblanadi. Ultratovush tekshiruvini 18,7% hollarda aniq natija bera olmadi.

**ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА****Таниш Гул Ахмад**

Университет Балх, Мазари Шариф, Афганистан

Цель исследования: в данном исследовании мы поставили цель изучить взаимосвязь между анамнестическим, клиническим, гормональным и ультразвуковым исследованиями, демографическим статусом, а также гормональными нарушениями, массой тела и уровнем инсулина в крови у пациенток с синдромом поликистозных яичников. Результаты исследования: наиболее частые клинические проявления: нарушения менструального цикла (100%), генетический фактор (6,5%), гирсутизм (62%) и ожирение (25%). Наиболее частыми гормональными нарушениями были: повышение уровня тестостерона (32,5%), соотношение ЛГ/ФСГ >2 (25%), инсулинорезистентность (12,2%), нарушение толерантности к глюкозе (ТГ) (17,5%), гиперинсулинемия (соответственно) 10%). Ультразвуковое исследование не дало точного результата в 18,7% случаев.

**MAIN CAUSES OF POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE****Tanish Gul Ahmad**

Balh Universiti, Mozori Sharif, Afganistan

Purpose of the study: in this study, we set the goal to study the relationship between anamnestic, clinical, hormonal and ultrasound studies, demographic status, as well as hormonal disorders, body weight and blood insulin levels in patients with polycystic ovary syndrome. Results of the study: the most common clinical manifestations: menstrual disorders (100%), genetic factor (6.5%), hirsutism (62%) and obesity (25%). The most common hormonal disorders were: increased testosterone levels (32.5%), LH/FSH ratio >2 (25%), insulin resistance (12.2%), impaired glucose tolerance (TG) (17.5%), hyperinsulinism (respectively) 10%). Ultrasound examination did not give an accurate result in 18.7% of cases.

**Tadqiqot dolzarbligi:** tuxumdon polikistoz kasalligi - bu qonda insulin, insulin qarshiligi va androgenning ortishi kabi klinik sabablar va simptomlar bilan ovulyatsiyaning surunkali yetishmasligi, hayz davrining buzilishidir. Girsutizm va bepushtlik jiddiy asorat boʻlib, jumladan endometriy saratoni, yurak-qon tomir kasalliklari va qandli diabet xavfi ortishi oqibatlaridan kelib chiqqan boʻlishi mumkin. Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, ovulyatsiya boʻlmagan ayollarda birinchi davolashda yoshiga, tugʻilish holatiga va klinik belgilariga qarab davolash kerak.

Ovulyatsiya buzilishi tugʻish yoshidagi ayollarda keng tarqalgan boʻlib, amenoreya, tartibsiz hayz koʻrish va girsutizm kabi turli xil klinik koʻrinishlarga olib keladi [1, 4].

Buyrak usti bezining giperplaziyasi, uning sindromi, giperprolaktinemiya va androgen ajraladigan oʻsmalar kabi oʻziga xos holatlarni hisobga olish va istisno qilish kerak boʻlsada, ular klinik, laboratoriya va ultratovush tekshiruvlari natijalariga koʻra tuxumdon polikistoz sindromi (TPKS) holatlarining 75% da mavjud [2, 3, 6, 7, 8].

Sindrom birinchi marta 1935 yilda Shtayn va Levental tomonidan aniqlangan va bepushtlik

uchun davolanayotgan amenoreya, girsutizm, katta tuxumdonlar va tuxumdonlar polikistozi bilan kasallangan ayollarni o'z ichiga olgan [5, 9, 10].

Bugungi kunda ushbu sindromni surunkali anovulyatsiya sifatida ko'rib chiqish keng tarqalgan, klinik sabablar va alomatlar, jumladan qonda insulin miqdorining ortishi, insulin qarshiligi va androgenning ortishi kabi omillar mavjud.

Chunki anovulyatsiya giperandrogeniya bilan bog'liq bo'lsa, insulin va insulin qarshiligining oshishi buzilish sifatida aniqlanishi mumkin, ayniqsa semiz ayollarda. Amenoreya, girsutizm va bepustlik kabi keng tarqalgan asoratlardan tashqari, bu ayollarda estrogen tufayli bachadon va ehtimol ta'sirlanmagan ko'krak saratoni xavfi ortishi kabi jiddiy asoratlar mavjud [10, 11].

Ovulyatsiya bo'lmagan menopauzadagi ayollarda yurak-qon tomir kasalliklari va diabet tufayli umr ko'rish davomiyligi ham qisqaradi. Bu ayollarda giperlipidemiya erkaklarnikiga o'xshaydi va yurak-qon tomir kasalliklari xavfini oshiradi va sabab ham giperinsulinemiya bilan bog'liq. Bundan tashqari, bu ayollarda 2-toifa diabet xavfi yoshlikdan boshlab besh baravargacha oshadi [8, 12].

Yuqorida aytilganlarning barchasini hisobga olgan holda, anovulyatsiya bilan og'rigan ayollar birinchi marta yoshiga, tug'ilish holatiga va alomatlarga qarab davolanishi kerak.

Ushbu tadqiqotda ushbu ayollarning demografik, klinik, gormonal va ultratovush holati o'rganildi, shuningdek, yuqori xavfli holatlarga tashxis qo'yish va terapevtik choralarni to'g'ri bajarish uchun TPKS bilan og'rigan bemorlarda gormonal buzilishlarning tana vazni va qondagi insulin darajasi o'rtasidagi bog'liqlik o'rganildi.

**Material va tadqiqot usullari.** Ushbu loyihada Balx, Mozori Sharif shahridagi Abu Ali Sino kasalxonasiga TPKS tashxisi bilan yuborilgan 80 nafar bemor tekshirildi va quyidagi ma'lumotlar, jumladan yoshi, bo'yi, vazni, tana vazni indeksi, bel va son nisbati, oilaviy anamnezi, bepustlik, bepustlik anamnezi, hayz davrining buzilishi, girsutizm va boshqa kasallar anketasi to'plangan va namunalar ketma-ket yig'ildi. Bemorlarga gormonal testlar va ultratovush tekshiruvlari o'tkazildi. Tajribalar qon plazmasi, insulin, prolaktin, LG, FSG, 17-gidroksi progesteron, TTG, testosteron va glyukoza testini o'z ichiga oldi, ular standart laboratoriyada follikulyar fazada ertalab 8 dan 10 gacha va 10 dan 12 soatgacha ochl qoringa o'tkazildi va immuno tekshiruvlar o'tkazildi.

Shveysariyaning Kontron kompaniyasiga tegishli gamma hisoblagich qurilmasi va Aria kompaniyasiga tegishli tijorat to'plamlaridan foydalanilgan. 75 g glyukoza minohidrat kukunini iste'mol qilgandan so'ng, bemorlar glyukoza bardoshlik testini (GTT) o'tkazdilar.

Oddiy GTTda ikki soatlik qonda glyukoza 140 mg / dL dan kam, insulinga bog'liq bo'lmagan qandli diabetda esa ikki soatlik qonda glyukoza 200 mg / dl yoki undan yuqori deb hisoblanadi.

Ushbu tadqiqotda insulin qarshiligini aniqlash uchun glyukozasining insulinga nisbati hisoblab chiqilgan va bu nisbat insulin qarshiligiga nisbatan 4,5 dan kam edi.

LG/FSG nisbati o'lchandi va 2 dan yuqori qiymatlar g'ayritabiiy deb hisoblanadi.

Tekshiruvlardan so'ng bemorlar Hitachi Eub 300 qurilmasi va Convex 3,5 MGts probi yordamida ultratovush tekshiruvidan o'tkazildi.

Tana vazni va qondagi insulin darajasi va giperandrogeniya o'rtasidagi bog'liqlikni o'rganish uchun bemorlar funksional giperandrogeniya belgilarining mavjudligi yoki yo'qligi asosida semirib ketgan (TVI>30) va semiz bo'lmagan (TVI<30) guruhga bo'lingan. Girsutizm, akne, alopesiya, FG-musbat va FG-manfiy guruhlarga bo'lingan va laboratoriya natijalari guruhlarda o'rtasida taqqoslangan.

Statistik tahlil uchun Mann Uitni va Kruskal - Wallis testlaridan foydalanilgan.

**Tadqiqot natijalari:** Tajribada ayollarining o'rtacha yoshi 19 yoshni tashkil etdi (standart og'ish 1,2). Bemorlarning 25% TVI > 30 (ideal tana vazni indeksi 19 dan 25 gacha, tana vazni indeksi 30 dan yuqori - semizlik) bo'lgan.

Barcha bemorlarda qon bosimi odatda 140/90 mm.sim.ust.dan past edi.

20 ta (25%) holatda bel / son nisbatining ortishi kuzatildi va ularning barchasi TVI> 30 guruhda edi.

Tarqalishi bo'yicha klinik ko'rsatkichlar: hayz davrining buzilishi (100%), oilaviy kasallik tarixi (62,5%), girsutizm (62%), yog'li teri (56%), akne (35%) va turmush qurgan ayollarda bepushtlik anamnezi (2,8%).

Eng ko'p uchraydigan gormonal kasalliklarga testosteronning ortishi (32,5%), LG/FSG nisbati  $>2$  (25%), insulin qarshiligi (21,2%), GTT buzilishi (17,5%), yuqori prolaktin (5,12%) va giperinsulinemiya (10%) va 17 gidroksi progesteron (7,5%), TTG va ikkita holatda anomal edi.

TVI $>30$  va TVI $<30$  bo'lgan guruhlarini solishtirganda, quyidagi natijalarga erishildi: 14 (17,5%) nafar bemorda g'ayritabiiy GTT, ulardan 7 tasi (50%) TVI guruhi  $>30$ .

17 (21%) holatda insulin qarshiligi, ulardan 9 tasida (25%) TVI $>30$  bo'lgan.

Laboratoriya tadqiqotida 8 nafar (10%) bemorda insulin 25 dan yuqori, ulardan 4 nafarida (50%) TVI $>30$  edi.

26 nafar bemorda yuqori androgen (32,5%) va 5 nafar bemorda BMI $>30$  (20%) bo'lgan. 20 ta holatda (25%) LG / FSG ko'tarilgan, ulardan 6 (30%) nafarida TVI $>30$  bo'lgan.

17-gidroksi progesteron 6 nafar (7,5%) bemorda yuqori bo'lgan, ulardan birida TVI $>30$ . Giperandrogeniya bo'lgan 26 nafar (26,9%) bemorning yettitasida insulin qarshiligi bor edi, shulardan 3 (11,5%) tasida GTT bor edi.

FG musbat (18,75%) va manfiy FG (6,25%) bo'lgan semiz bemorlar o'rtasida giperinsulinemiya va anomal GTT nuqtai nazaridan statistik jihatdan sezilarli farq bor edi ( $P=0/033$ ).

FG musbat va FG manfiy bo'lgan semiz bo'lmagan bemorlarda o'rganilgan parametrlar o'rtasida statistik jihatdan muhim farq yo'q edi. 17 ta holatda insulin qarshiligi kuzatildi, ulardan 7 tasida giperandrogeniya (26,9%) kuzatildi. Giperinsulinizm 8 ta holatda kuzatilgan, ularning barchasida giperandrogeniya (100%) kuzatilgan.

GTTning buzilishi 14 ta holatda kuzatilgan, ulardan 3 tasida giperandrogeniya (1,5%) kuzatilgan. Giperinsulinemiya yoki giperandrogeniya belgilari bilan insulin qarshiligi 17 holatda (68%) kuzatilgan. TTG va qonda glucoza miqdori ikkita holatda anomal edi. Ultratovush tekshiruvi 18,7% hollarda g'ayritabiiy bo'lib, 1,3 holatda tuxumdonlar hajmining ikki tomonlama o'sishi, 1,3 holatda bir nechta periferik kistalar (Bo'yin ko'rinishi) va 1,3 holatda ikkala simptom ham bor edi.

**Tadqiqot:** O'rganilgan ko'rsatkichlar orasida 62,5% hollarda oilaviy kasallik tarixi mavjud bo'lib, ushbu kasallikning genetik tomoni autosomal dominant bo'lganligi sababli, kasallikka chalingan ayollarning opa-singillari va qizlari kasallikka chalinish ehtimoli 50% ga yetishi tekshirildi. 100% hollarda hayz davrining buzilishi mavjud edi. Konvey va boshqalar (1989) tomonidan olib borilgan tadqiqotda hayz ko'rishning buzilishi 80% hollarda mavjud edi.

Guruhdagi 6 ta turmush qurgan holatlarga ko'ra, bepushtlik muammosi 8,2% ni tashkil etdi, bu bemor ayollarning yoshligi sababli kamroq tarqalgan. Bu ayollardagi girsutizm (62,5%) Konvey (1989) tadqiqotiga o'xshaydi, unda bemorlarning taxminan 70 % ma'lum darajada girsutizmdan shikoyat qilgan.

35% hollarda akne ham kuzatilgan. Tadqiqotdan chiqarib tashlangan bir holatda qondagi qand miqdori anomal edi. Bu ayollarda semirish darajasi 25% ni tashkil etdi, bularning barchasida belning songa nisbati, ya'ni qorinning semirishi ortgan. Konvey tadqiqotida semizlik darajasi 35 dan 60 %gacha bo'lgan. TVIdagi bu o'sish ovulyatsiya bo'lmagan semiz ayollarda testosteronni oshishiga sabab bo'lgan, ammo bizning tadqiqotimizda 26 kishi (32,5%) testosteronning anomalligiga ega edi, ulardan 21 nafari TVI $<30$  bo'lgan guruhda mavjud edi. (giperandrogeniya belgilari bilan).

FG musbat va FG manfiy semirib ketgan guruhlar o'rtasidagi taqqoslaganda, insulin qarshiligi, giperandrogeniya, LG / FSG nisbati  $>2$  va giperinsulinemiya parametrlari statistik ahamiyatga ega emas edi, ammo GTT buzilganligi nuqtai nazaridan ikkala guruh o'rtasida statistik jihatdan sezilarli farq bor edi.

FG-musbat semizlik va FG-manfiy semizlik guruhlarini solishtirganda, faqat FG-musbat semizlik guruhida keng tarqalgan, ammo FG-musbat testosteron darajalariga ega bo'lgan GTT buzilgan GTTda statistik jihatdan sezilarli farq bor edi. Sutterlin va Steck (1995) tomonidan Germaniyada o'tkazilgan tadqiqotda, androgen ko'payishining etiologiyasini isbotlash uchun ochlik

plazmasidagi insulin darajasini o'lchash tadqiqoti olib borilgan. Unga ko'ra:FG belgilari ijobiy bo'lgan ayollarda testosteron, insulin, LG / FSG va androstenedion darajasi yuqori bo'lgan. Ammo FG musbat bo'lmagan guruhda testosteron ko'proq oshdi. Bizning tadqiqotimizda giperinsulinemiya bilan og'rikan barcha bemorlarda ham giperandrojeniya (100%) mavjud edi. Italiyada Falsetti va Eifthriou (1996) tomonidan giperandrojeniya bilan bog'liq tuxumdonlar faoliyatini tartibga solishda insulin rolining ahamiyatini aniqlash uchun tadqiqot amalga oshirilgan.

Ushbu tadqiqotga ko'ra, normo-insulinemiyaga chidamliligi bo'lgan bemorlarda erkin testosteron, androstendion soni darajasi, semirish va androgen simptomlarning tarqalishi sezilarli darajada yuqori bo'lgan, ammo GTT ikki guruh normoinsulinemiya va giperinsulinemiya o'rtasida farqlanmagan bo'lgan. Bizning tadqiqotimizda insulinga chidamli va giperinsulinemiya guruhlarida semizlik va androgenik alomatlar, hamda buzilgan GTTning tarqalishi yuqori bo'lgan, ammo ikki guruh o'rtasida testosteron darajasida farq yo'q edi. Diamamati (1999) tomonidan Gretsiyada oligomenoreya va girsutizmning bir yoki ikkita alomatlari bo'lgan TPKS bilan og'rikan bemorlarning gormonal holatini va bu alomatlari bo'lmagan guruhni aniqlash uchun o'tkazilgan tadqiqotdagi natijalar suyak massasi va qon bosimining yuqori bo'lishini ko'rsatdi. Guruhlar o'rtasida sezilarli farq yo'q edi, ammo girsutizm va oligomenoreya bilan og'rikan guruhda testosteron yuqori edi.

**Hulosa.** Bizning tadqiqotimizda testosteron darajasi girsutizm bo'lgan va bo'lmagan ikki guruh o'rtasida sezilarli darajada farq qilmadi. Tana vazni va qondagi insulin darajasi bilan gormonal buzilishlarning tafovutiga kelsak, semirish, ayniqsa FG musbat va insulin qarshiligi hamda giperinsulinemiya bo'lgan semiz ayollar o'rtasida aniq bog'liqligi mavjud. Ultratovush tekshiruvi natijalariga ko'ra, holatlarning 18,7% anomal edi. Konvay (1989) tadqiqotida oddiy ayollarning 8-25% va tug'ilishni nazorat qilish tabletkalarini ichgan ayollarning 14% mazkur holatlarga duchor bo'lgan. Shunga o'xshash topilmalar TPKS bilan kasallangan ayollarda topilgan.

#### Foydalanilgan adabiyotlar:

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 баъадон аплазиясида тухумдонлар поликистози синдроми // Доктор ахборотномаси, № 2 (99), 2021. С.161-165. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-161-165
3. Birdak MA, Farguhar CM, White HO. Association between polycystic ovaries and extent of coronary artery disease in women having cardiac catheterization. // Ann J Intern Med. 1997,126:32.
4. Diamamati E, Kandar A, Chryssa R, Kouls .A survey of the polycystic ovary syndrome in the Greek Islan of Lesbos: Hormonal metabolic profile.- // J Pf. Clinical – Endocrin & metabol. 1999: 4006-4011.
5. Dunaif A. Hyperandrogenic Anovaultion ( P.C.O.S ) :A unique disorder of insulin action associated with an increased risk of NIDDM // AM J Med. 1995,98(1A) :336.
6. Falsett L, Eifithriou G. Hyper insulinemia in the polycystic ovary syndrome. A clinical endocrine and metabolic study in 240 patients. Gyn. // End. 1996. 10 :319-326.
7. Fitsch G, Hanzal R, Jensen D, Hacker N.F. Endometrial cancer in premenopausal women 45 years and younger.// Obstect- Gynecol , 2015, 85: 504.
8. Frank . S. Polysystic ovary syndrome.// New Eng1 J Med. 2016, 333:853-854.
9. Jahafar S, Eden J.A, Waren P, Sepplam Ngvyen T.V. A twin study of polycystic ovary syndrome // Fertil-Steril, 1995,63:78-478.
10. Kinara I, Togasgi K, Kawakan s, Nakanoy, Takakora K, Mori T, Konish J, Polycystic ovaries :Implications of Diagnosis with MRI imaging // Radiology. 1996.201:549.
11. Leon S, Robert H. Glass, Nathan G.klse. Clinical gynecologic endocrinology infertility./ 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins 2018, 487 -523.
12. Suterlin M, Steck T. Sensitivity of plasma insulin level in obese and non obese women with functional hyper androgenism. //Gyn-End.2017,9:34-44.
13. Wild RA, Alaupovic P, Parker IJ. Lipid and Apolipoprotein abnormalities in hirsute women and association with insulin resistance .// Am J Obstet Gynecol. 1992,166:1191.

## ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЛАЦЕНТЫ БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ COVID-19

Ш. Ж. Тешаев, Н. К. Дустова

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

**Ключевые слова:** беременность, плацента, новая коронавирусная инфекция, COVID-19.

**Tayanch so'zlar:** homiladorlik, platsenta, yangi koronavirus infeksiyasi, COVID-19.

**Key words:** pregnancy, placenta, new coronavirus infection, COVID-19.

Проанализированы данные 19 случаев беременных женщин с диагнозом инфекции COVID-19, полученные в Каганском родильном доме Бухарской области, кроме гематологических, биохимических исследований собрана плацентарная ткань для выявления патоморфологических изменений. Патоморфологические исследования плацент проводились в Бухарском областном патологоанатомическом центре. Клинические проявления 19 беременных женщин, инфицированных COVID-19 в третьем триместре беременности, были аналогичны таковым у небеременных пациенток, и не было обнаружено серьезных неблагоприятных исходов беременности; патологический анализ показал, что в ткани плаценты отсутствуют особые морфологические изменения, связанные с вирусной инфекцией, и не у всех было обнаружено внутриутробная передача от матери к плоду.

## COVID-19 XASTALIGINI O'TKAZGAN HOMILADOR AYOLLAR PLATSENTASIDAGI MORFOLOGIK O'ZGARISHLARNING XUSUSIYATLARI

Sh. J. Teshayev, N. K. Do'stova

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

Buxoro viloyati Kogon tug'ruqxonasida COVID-19 tashxisi qo'yilgan homilador ayollarning 19 ta holati to'g'risidagi ma'lumotlar tahlil qilindi. Gematologik va biokimyoviy tadqiqotlardan tashqari, patomorfologik o'zgarishlarni aniqlash maqsadida platsenta to'qimalari to'plandi. Buxoro viloyati patologik anatomiya markazida yo'ldoshning morfologik tekshiruvi o'tkazildi. Homiladorlikning uchinchi trimestrida COVID-19 bilan kasallangan 19 nafar homilador ayolning klinik ko'rinishlari homilador bo'lmagan bemorlarnikiga o'xshash bo'lgan va homiladorlikning jiddiy salbiy oqibatlari aniqlanmagan; patologik tahlil shuni ko'rsatdiki, platsenta to'qimalarida virusli infeksiya bilan bog'liq bo'lgan o'ziga xos morfologik o'zgarishlar yo'q va hamma holatda ham patologiya onadan homilaga intranatal o'tishi aniqlanmagan.

## FEATURES OF MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE PLACENTA OF PREGNANT WOMEN AFTER COVID-19

Sh. J. Teshayev, N. K. Dustova

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

The data of 19 cases of pregnant women diagnosed with COVID-19 infection, obtained in the Kagan maternity hospital of the Bukhara region, were analyzed, in addition to hematological and biochemical studies, placental tissue was collected to identify pathomorphological changes. Pathological studies of the placenta were carried out in the Bukhara Regional Pathological Anatomical Center. The clinical manifestations of 19 pregnant women infected with COVID-19 in the third trimester of pregnancy were similar to those of non-pregnant patients, and no serious adverse pregnancy outcomes were found; pathological analysis showed that there were no specific morphological changes associated with viral infection in the placental tissue, and not all were found to have intrauterine transmission from mother to fetus.

**Введение.** В декабре 2019 года группа необъяснимых случаев пневмонии была обнаружена в городе Ухань провинции Хубэй [1]. Экспертная группа определила патоген как новый тип коронавируса (COVID-19), аналогичный коронавирусу тяжелого острого респираторного синдрома человека (SARS-CoV) и коронавирусу ближневосточного респираторного синдрома (Корона вирус ближне-восточного респираторного синдрома, MERS-CoV) [2]. COVID-19 - это РНК-вирус, обернутый белком нуклеокапсида [3, 21]. Он очень заразен, в основном передается через капли и при тесном контакте [4,5]. Всемирная организация здравоохранения объявила продолжающуюся вспышку новой коронавирусной пневмонии (COVID-19) глобальной чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения. В Узбекистане первый зарегистрированный случай зафиксирован 6 марта

2020 года. В настоящее время, на момент написания этой статьи в Узбекистане зарегистрировано 65765 случаев COVID-19 с положительными тестами; 2289 смертей [6, 7, 12].

К вирусу восприимчивы беременные женщины. По сравнению с населением в целом особое физиологическое состояние во время беременности заставляет беременных женщин сталкиваться с более высокими клиническими рисками и предрасположенными к неблагоприятным исходам беременности, особенно в отсутствие эффективных противовирусных препаратов [7,8,9,20, 21]. В настоящее время имеется немного сообщений о беременности, осложненной инфекцией COVID-19, и все они представляют собой клинические случаи или небольшие выборочные исследования, и основное внимание уделяется клиническим характеристикам и исходам для матери и ребенка; соответствующие патологические изменения плаценты все еще неясны, и остается ли вертикальная передача от матери к плоду внутриутробно нет окончательного мнения [9,11]. Мы стремимся проанализировать клинические характеристики и патологические изменения плаценты у беременных, инфицированных COVID-19, попытаться установить соответствующие клинико-патологические связи и предоставить теоретическую основу для понимания исходов у матери и ребенка и оценки вертикальной передачи внутриутробно.

**Цель.** Изучить патологические изменения плаценты у беременных, инфицированных новым коронавирусом COVID-19

**Материалы и методы.** По состоянию на 4 сентября 2020 года плацентарные ткани беременных женщин с диагнозом COVID-19 были собраны из Каганского родильного комплекса Бухарской области и отправлены в патологоанатомическое бюро Бухарской области. Собраны соответствующие клинические данные, результаты лабораторных исследований из медицинских карт.

Согласно рекомендациям по фиксации хирургического образца COVID-19, ткань плаценты была полностью зафиксирована 3,7% раствором формальдегида в течение 48 часов [12]. Затем выполнены процедуры, рекомендованные в литературе для общего осмотра плаценты [13]. Тщательно проверены и полностью взяты образцы материалов и сделаны обычные срезы после заливки парафином. Каждый срез толщиной 4 мкм. Все срезы наблюдались и просматривались патологоанатомом и лечащим врачом.

**Результаты исследования.** Все 19 пациенток были госпитализированы в третьем триместре беременности для лечения и наблюдения за состоянием пациенток. У всех пациенток был обнаружен положительный результат теста на нуклеиновую кислоту вируса COVID-19 из мазка из горла, а у одной был подтвержден клинический результат. Возраст пациенток был от 21 до 36 лет, средний возраст составлял  $28,5 \pm 1,5$  лет.

У трех пациенток были легкие симптомы пневмонии COVID-19, 1 случай пренатальной лихорадки со стеснением в груди, 2 случая послеродовой лихорадки, 3 пациентки не имели клинических симптомов, таких как боль в горле, боль в груди, одышка и усталость.

При исследовании морфологических особенностей плаценты выявлено несколько отклонений. При исследовании морфологических особенностей последа выявлено, что масса плаценты у беременных с COVID-19 была несколько больше (от 350,0 до 690,0 $\pm$ 0,2 г, в среднем 589,0 $\pm$ 0,5 г). Объем плаценты колебался от 420 до 655 см<sup>3</sup> (среднее значение 503 см<sup>3</sup>). В основном при рождении детей с гипоксическим синдромом в плаценте матерей обнаруживались очаги кровоизлияний и некроза (рис.1).

Остальные ткани, включая плодные оболочки и пуповину, не имеют явных аномалий. Наблюдение под микроскопом: область серого узелка в примере №1 состоит из большого количества мелких кровеносных сосудов, похожих на капилляры, с небольшим количеством рыхлого интерстиция между кровеносными сосудами, в остальной части плацентарной ткани отложения фибрина в интерстиции ворсинок и вокруг ворсинок увеличиваются, а локальные синцитиальные узелки увеличиваются.

Наиболее значительным изменением является мультифокальный инфаркт ткани плаценты, который показывает коллапс ворсинчатого пространства с отложением фибрина

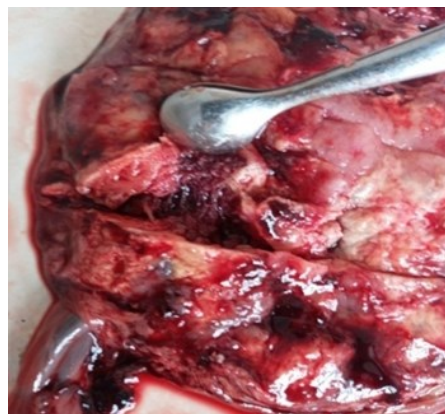
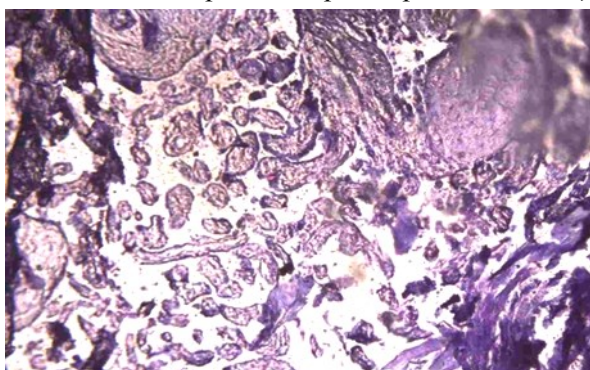


Рис. 1. Беременная Н., 1989 г. История №1091/215, Беременность 4, 38.3 недели. Роды 2. Варикозное расширение вен плаценты (слева) и инфаркт плаценты (справа).



В плодной части плаценты фибриноидный некроз (микроскоп Leicabiotmed. Об.х10, окуляр х15. гемм. – окрашен эозином)

под микроскопом и, наконец, формирует прозрачные остаточные изображения ворсинок (рис.2). Отложения фибрина в интерстиции вокруг ворсинок можно увидеть в ткани плаценты, и увеличиваются локальные синцитиальные узелки (рис.3).

Также было выявлено, увеличение васкуляризации, обусловленная гиперплазией (расширением) капилляров, что, как известно, является характерным компенсаторным механизмом, обеспечивающим развитие плода. Во всех случаях не было явного

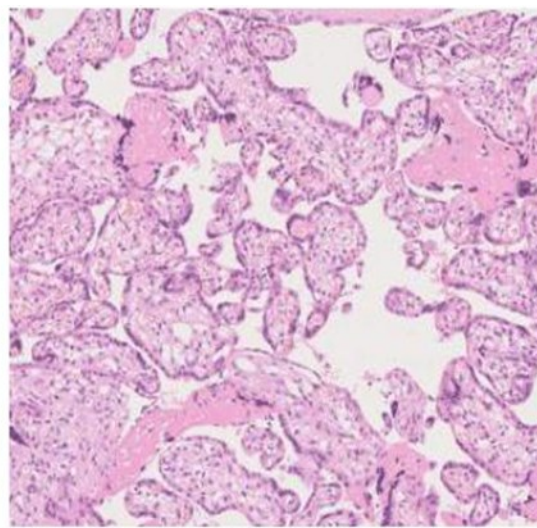
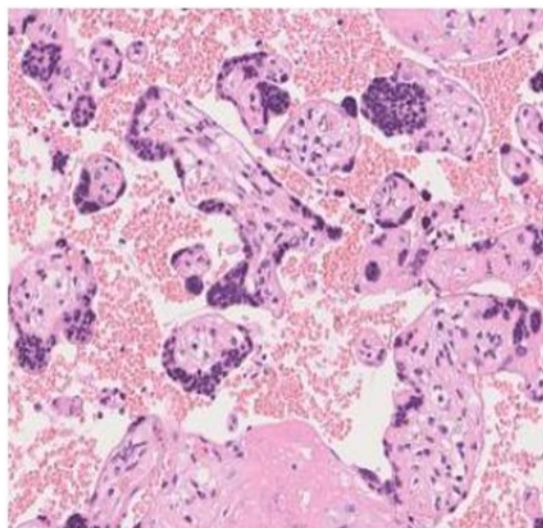


Рис. 3. Микроскопическая картина отложений фибрина в интерстиции вокруг ворсинок плаценты беременных с COVID-19.

хориоамнионита, не было четкого образования телец-включений вируса; никаких аномалий в пуповине и мембранах под микроскопом, кроме незначительного тромбоза в кровеносных сосудах пуповины, и никаких ясных ядродержащих красных кровяных телец в сосудах ворсинок не обнаружено в наших случаях.

**Обсуждение:** Мы проанализировали клиническую характеристику 19 беременных женщин, инфицированных COVID-19 в третьем триместре. Ограниченные данные показали, что клинические проявления беременных женщин, инфицированных COVID-19, были аналогичны клиническим проявлениям у обычных инфицированных женщин, и не было се-

ррезных неблагоприятных исходов для матери и ребенка. Под микроскопом не было обнаружено никаких специфических патологических изменений, свидетельствующих о плацентарной инфекции; тесты на нуклеиновые кислоты плацентарной ткани и мазки из горла новорожденных были отрицательными, что позволяет предположить, что прямых доказательств вертикальной передачи инфекции COVID-19 от матери к плоду на поздних сроках беременности нет. Это исследование дает важные ключи к пониманию клинических особенностей инфекции COVID-19 в третьем триместре, исхода беременности и оценки пути вертикальной передачи внутриутробно.

Во всех случаях в этом исследовании были представлены пациентки легкой степени тяжести; только в 1 случае была пренатальная лихорадка и вирусная пневмония после КТ легких, а в других случаях не было симптомов, связанных с инфекцией COVID-19, до родов и лихорадка возникла после родов. Ни один из случаев не прогрессировал до тяжелого или критического заболевания, что может быть связано с диагнозом и активным клиническим вмешательством пациентов в инкубационный период или на ранней стадии заболевания. Кроме того, лимфопения является одним из общих признаков пневмонии, вызванной COVID-19. Некоторые ученые полагают, что лимфопения тесно связана с прогрессированием заболевания до тяжелого заболевания [4]. В 3 случаях в этой группе не было значительного снижения лимфоцитов, что указывает на хороший прогноз. Чен и др. [10], Чжао Жуйхун и другие [15], Чжуан Сын и др. [16] Также предполагаемый повышенный уровень аланинаминотрансферазы или аспартаттрансаминазы может быть одним из клинических симптомов беременных женщин, инфицированных COVID-19. В этом исследовании трансаминазы у 9 беременных женщин были в пределах нормы, что указывает на неспецифичность повышенного уровня трансаминазы.

Иммунная функция беременных женщин во время беременности находится в относительно подавленном состоянии, и физиологические изменения во время беременности также повышают риск беременных женщин, что может привести к неблагоприятным исходам [8,9,10,11]. В литературе сообщается, что у беременных, инфицированных SARS-CoV, могут быть более неблагоприятные исходы беременности (естественный аборт, задержка внутриутробного развития, преждевременные роды и т. д.); Уровень смертности беременных достигает 25% [7, 25], что намного выше, чем в общей популяции (летальность составляет около 10%). В обзоре, содержащем 11 случаев инфицирования беременных женщин COVID-19, 10 случаев (10/11) имели неблагоприятные исходы и 3 случая (3/11) умерли (2 случая инфекции во втором триместре и 1 случай инфекции в третьем триместре). Нет значительной разницы между уровнем смертности у беременных женщин и уровнем смертности среди населения в целом (35%) [9, 26]. Недавно Чен и др. [10, 23] Чжу и т.д. [17] сообщили, что группы перинатально инфицированные COVID-19 может оказывать неблагоприятное воздействие на новорожденных, но по сравнению с SARS-CoV - меньше неблагоприятных исходов для матери и новорожденного. К сожалению, в этих двух исследованиях не уделялось внимания ткани плаценты. Патологические изменения плаценты после инфицирования COVID-19 до сих пор неясны. Существует ли прямое или косвенное повреждение плаценты, которое влияет на исход беременности, еще требует дальнейшего изучения.

Воспалительная реакция, вызванная инфекцией, может нарушить развитие и функцию плаценты, особенно плацентарных кровеносных сосудов, и вызвать ряд неблагоприятных исходов беременности (таких как преждевременные роды, дети с малым для гестационного возраста возрастом, низкая масса тела при рождении, мертворождение и т. д.). Единственное гистологическое исследование плаценты на SARS [18, 28] ретроспективно проанализировали ткани плаценты 7 беременных, инфицированных SARS-CoV. Автор обнаружил, что плацентарные ткани 2 беременных женщин, инфицированных SARS-CoV на ранних сроках и выздоровевших, были в основном нормальными; в 3 случаях плацентарные ткани беременных женщин в острой стадии SARS



наблюдались под микроскопом большое количество отложений фибрина между подхорием и ворсинками. Аномальный кровоток в плаценте связан с этим; оставшиеся 2 случая SARS-CoV, инфицированного SARS-CoV в третьем триместре беременности, были в плацентарной ткани выздоравливающей беременной женщины. В некоторых областях крупные кровеносные сосуды были закупорены в стволе ворсин, что сопровождалось большими участками фиброза и несосудистыми ворсинками, что свидетельствует о наличии тромба плода. Может быть заболевания половых сосудов или диффузная внутрисосудистая коагуляция.

Исходя из необходимости понимания самого заболевания с патологической точки зрения, мы впервые проанализировали патологические изменения плаценты у 19 беременных, инфицированных COVID-19, на поздних сроках беременности, предполагая, что эти гистологические изменения могут быть тесно связаны с окончательным исходом беременности. В тканях плаценты в третьем триместре беременности может происходить отложение фибрина вокруг ворсинок в разной степени, большинство из которых не имеет клинического значения из-за сильного функционального резерва плаценты. В 3 случаях плацентарной ткани в этой группе, помимо отложения фибрина вокруг ворсинок, большое количество отложения фибрина также сопровождалось в интерстиции ворсинок и увеличивалось количество локальных синцитиальных узелков. Мы предположили, что COVID-19 на поздних сроках беременности вызывал гипоксию у беременных женщин и вызывал плацентарный кровоток. Адаптивное изменение гипоперфузии требует дальнейшего подтверждения в более поздних исследованиях. Один случай в сочетании с хориоангиомой, мы считаем, что он не имеет ничего общего с инфекцией COVID-19, на которой сосредоточено это исследование; и случай 2 - мультифокальный инфаркт в ткани плаценты, даёт понять, что инфекция COVID-19 приводит к недостаточному кровоснабжению плаценты. Некроз крови в настоящее время не выяснен. Что еще более важно, в этой группе случаев не было обнаружено распространенного хориоамнионита или хориоамнионита, когда инфекции, передающиеся через кровь матери, или восходящие инфекции распространялись на плаценту, что согласуется с вышеупомянутыми патологическими изменениями плаценты SARS [18, 27], что свидетельствует об отсутствии морфологических доказательств того, что COVID-19 может передаваться вертикально от матери к плоду.

И COVID-19, и SARS-CoV относятся к роду  $\beta$ -коронавирусов, а геномное сходство достигает 82%. Симптомы заболевания, вызванные этими двумя вирусами, также имеют определенную степень сходства. Поэтому Международный комитет по классификации вирусов объявил на своем официальном сайте, что он получил название SARS-CoV-2. Предыдущие ограниченные данные о беременных женщинах с SARS и MERS показывают, что вероятность вертикальной передачи от матери к плоду чрезвычайно мала [9]. Чен и др. [10, 22] В исследовании COVID-19 в третьем триместре беременности, результаты испытаний нуклеиновой кислоты в COVID-19 в амниотической жидкости, пуповинной крови и неонатальных мазков горла были отрицательными у Чжу и др. [17, 29]. Результаты исследования неонатальных исходов у 10 беременных женщин с инфекцией COVID-19 были последовательными, и ни одно из них не обнаружило, что инфекция COVID-19 вызвала вертикальную передачу от матери к плоду внутриутробно. Аналогичным образом, в этом исследовании тест на нуклеиновую кислоту мазка из глотки новорожденных был отрицательным, и последовательность нуклеиновой кислоты вируса не была обнаружена в нескольких восковых блоках (включая ворсинки, плодные оболочки и пуповину) в 3 случаях плацентарной ткани. До сих пор мы не нашли доказательств вертикальной передачи COVID-19 от матери к плоду на гистоморфологическом и молекулярном уровнях. 5 февраля 2020 года средства массовой информации сообщили, что Уханьская детская больница подтвердила два случая неонатальной коронавирусной пневмонии: через 30 часов после рождения и на 17 день после рождения. Некоторые эксперты предположили, что COVID-19 может иметь путь вертикальной передачи от мате-

ри к плоду [19, 30]. Однако конкретные клинические ресурсы этих двух новорожденных неизвестны, и такие образцы, как амниотическая жидкость, пуповинная кровь и плацента, не тестировались на вирусную нуклеиновую кислоту, что не может использоваться в качестве прямого доказательства вертикальной передачи от матери к плоду. Пока неясно, вызвана ли инфекция материнскими выделениями или другими людьми при прямом контакте во время родов, а также нельзя исключать возможность заражения новорожденных каплями вируса в больничной среде.

Сюй и др. [20, 28] было обнаружено, что COVID-19 инфицирует клетки респираторного эпителия человека посредством взаимодействия белка S с ферментом 2, превращающим ангиотензин I человека (ACE2); белок ACE2 обнаружен в различных органах человека, включая ткань плаценты [21, 27]. Эти результаты теоретически подтверждают инфекцию плаценты COVID-19, но взаимосвязь между инфекционной способностью COVID-19 в органах и экспрессией и распределением белка ACE2 в органах неясна. В этом исследовании не проводилось обнаружение экспрессии белка ACE2 на тканях плаценты. Это будет предметом нашего следующего исследования.

Результаты этого исследования имеют определенные ограничения. Во-первых, в настоящее время было собрано только 13 случая плаценты беременных женщин, инфицированных COVID-19. Ограниченные данные могут обеспечить сбор ценных данных, но размер выборки необходимо расширить для более глубокого анализа. Во-вторых, механизм вертикальной передачи от матери к плоду сложен и имеет множество влияющих факторов. Риск вертикальной внутриутробной передачи после инфицирования вирусом краснухи зависит от гестационного возраста на момент инфицирования; при раннем инфицировании вирусом краснухи более 50% плодов инфицированы путем вертикальной внутриутробной передачи, но по мере увеличения срока беременности риск вертикальной внутриутробной передачи значительно снижается [22, 28]. Беременные женщины в данном исследовании были инфицированы вирусом в третьем триместре, поэтому не было точных данных, инфицирован ли COVID-19 в раннем или втором триместре беременности, есть ли возможность внутриутробной вертикальной передачи или серьезных неблагоприятных исходов. Кроме того, на разных стадиях пневмонии COVID-19 чувствительность обнаружения вирусных нуклеиновых кислот также может быть разной [23]. Все пациентки в этом исследовании находятся на ранней стадии заболевания (в легкой форме), и более поздние образцы должны охватывать различные стадии заболевания в максимально возможной степени.

По оценкам ВОЗ, исходя из характеристик распределения по возрасту и полу, среди более чем 8000 человек, инфицированных SARS в мире, около 100 беременных [24, 30], случаев беременных женщин в какой-либо стране или регионе недостаточно, а ограниченные литературные сообщения включают лишь небольшой размер выборки [25, 26]. Тем не менее, существует большое количество людей, инфицированных COVID-19. Подразделение автора - это специализированная больница для беременных с пневмонией COVID-19 в Ухане, где разразилась эпидемия. Ожидается, что другие случаи будут собраны позже. В связи со вспышкой этой особой эпидемии мы рекомендуем, чтобы вся плацента и придаточные ткани (включая ткани для аборта) всех беременных женщин с диагнозом или подозрением на инфекцию COVID-19 проходили плановые патологические обследования. Необходимо проведение более подробного патологического и более глубокого анализа. Исследование дает теоретическую основу для индивидуального лечения беременных женщин, инфицированных COVID-19.

**Заключение.** Таким образом, в этом исследовании было сообщено о 19 случаях патологии плаценты с инфекцией COVID-19 переболевших в третьем триместре беременности в Бухарской области. В настоящее время прямых доказательств вертикальной передачи инфекции от матери к плоду в третьем триместре беременности не обнаружено, так как дети родились в относительно удовлетворительном состоянии, соответственно после

лечения по клиническому протоколу COVID-19. В то же время текущих данных и информации о материнстве, связанных с COVID-19, все еще очень не хватает, и размер клинической выборки необходимо увеличить для дальнейшего анализа.

**Конфликт интересов.** Все авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### Использованная литература.

1. Бэрген Р. Н. Показания для представления и макроскопического исследования плаценты [J]. APMIS, 2018, 126 (7): 544-550. DOI: 10.1111 / apm.12830.
2. Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. Консенсусный документ по эпидемиологии тяжелого острого респираторного синдрома (SARS) [М / OL]. [2003-11-01]. <https://www.who.int/csr/sars/en/WHOconsensus.pdf?ua=1>.
3. Ихтиярова Г.А. Морфологические изменения плаценты у женщин с антенатальной гибели плода. Medical Review. Young doctors of Azerbaijan. Baku. Azerbaijan. 2018 г.
4. Лу Р, Чжао Х, Ли Дж и др. Геномная характеристика и эпидемиология нового коронавируса 2019 года: значение для происхождения вируса и связывания рецептора [J]. Lancet, 2020, 395 (10224): 565-574. DOI: 10.1016 / S0140 -6736 (20) 30251-8. Epub 2020 30 января.
5. Национальная комиссия здравоохранения. Пятое издание «Плана диагностики и лечения новой коронавирусной пневмонии» проходит апробацию. 2020-02-04.
6. Нг У.Ф., Вонг С.Ф., Лам А. и др. Плаценты пациентов с тяжелым острым респираторным синдромом: патолофизиологическая оценка [J]. Патология, 2006, 38 (3): 210-218. DOI: 10.1080 / 00313020600696280.
7. 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.
8. Н. И. Якубов, Н. Г. Дадамянц, Д. З. Мамарасулова, А. А. Далимов Диагностические аспекты и терапевтическая стратегия COVID-19 // Вестник врача, № 4 (101), 2021. С.160-165. DOI: 10.38095/2181-466X-20211014-160-165
9. Bouthry E, Picone O, Hamdi G и др. Краснуха и беременность: диагностика, лечение и исходы [J]. PrenatDiagn, 2014, 34 (13): 1246-1253. DOI: 10.1002 / pd.4467.
10. Chan JF, Yuan S, Kok KH и др. Семейный кластер пневмонии, связанный с новым коронавирусом 2019 года, указывающий на передачу от человека к человеку: исследование семейного кластера [J]. Lancet, 2020, 395 (10223): 514-523. DOI: 10.1016 / S0140-6736 (20) 30154-9.
11. Chen HJ, Guo JJ, Wang C и др. Клинические характеристики и потенциал вертикальной внутриутробной передачи инфекции COVID-19 у девяти беременных женщин: ретроспективный обзор медицинских записей [J / OL]. Lancet. [2020-02-12]. DOI: 10.1016 / s0140-6736 (20) 30360-3.
12. Hamming I, Timens W., Bulthuis ML и др. Распределение в тканях белка ACE2, функционального рецептора коронавируса SARS. Первый шаг в понимании патогенеза SARS [J]. J Pathol, 2004, 203 (2): 631-637. DOI: 10.1002 / path.1570.
13. Huang C, Wang Y, Li X и др. Клинические особенности пациентов, инфицированных новым коронавирусом 2019 г., в Ухане, Китай [J]. Lancet, 2020,395 (10223): 497-506. DOI: 10.1016 / S0140-6736 ( 20) 30183-5.
14. Dustova N.K., Tosheva I.I., KurbanovaZ.Sh, Navruzova N.O. “Clinical manifestations of COVID-19 coronavirus infection in pregnant women, measures for pregnancy and childbirth” Methodical recommendation 2020
15. Dustova N. K. Hypertension and pregnancy //News of Dermatovenereology and Reproductive Health. – 2014. – Т. 2. – С. 86.
16. Dustova N. K. Features of the course of pregnancy and its outcome depending on the severity of preeclampsia // Problems of Biology and Medicine. – 2012. – Т. 1. – С. 129.
17. Khasanova D.A., TeshayevSh.J. Topographic-anatomical features of lymphoid structures of the small intestine of rats in norm and against the background of chronic radiation diseases// European science review Vienna, Austria №9-10 2018, Volume 2. Medical science P. 197-198
18. Ramsey P.S., Ramin K.D. Пневмония во время беременности [J]. Obstet Gynecol Clin North Am, 2001, 28 (3): 553-569. DOI: 10.1016 / s0889-8545 (05) 70217-5.
19. Wong SF, Chow KM, Leung TN и др. Беременность и перинатальные исходы у женщин с тяжелым острым респираторным синдромом [J]. AmJObstetGynecol, 2004, 191 (1): 292-297. DOI: 10.1016 / j.ajog .2003.11.019.
20. Xu XT, Chen P, Wang JF и др. Эволюция нового коронавируса в результате продолжающейся вспышки в Ухане и моделирование его шипового белка для оценки риска передачи вируса от человека [J]. SciChinaLifeSci, 21 января 2020 г. ] .DOI: 10.1007 / s11427-020-1637-5.
21. Zhang W, Du RH, Li B и др. Молекулярное и серологическое исследование пациентов, инфицированных COVID-19: значение нескольких путей распространения [J]. EmergMicrobesInfect, 9 (1): 386-389. DOI: 10.1080 / 22221751.2020 .1729071.

**CLINICAL AND ANAMNESTIC FEATURES OF PATIENTS WITH ENDOMETRIAL POLYPS AND INFERTILITY****Yu. M. Tilavova, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, V. O. Kim**  
Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan**Key words:** polyp, infertility, intrauterine pathology, endometrium, hysteroscopy.**Tayanch soʻzlar:** polip, bepushtlik, bachadon ichi patologiyasi, endometriy, gisteroskopiyasi.**Ключевые слова:** полип, бесплодие, внутриматочная патология, эндометрий, гистероскопия.

Clinical and anamnestic features of 45 patients were studied with hysteroscopic and histologically confirmed diagnosis of endometrial polyp and women without intrauterine pathology. All patients were of reproductive age from 20 to 45 years. The average age of the surveyed was 32 years, BMI 28 kg/m<sup>2</sup>, the characteristics of menstrual function, the frequency of obstetric and gynaecological surgical interventions and past gynaecological diseases were described. The clinical course was characterized by a violation of the menstrual cycle in 55% of women and infertility was observed in 100%.

**BEPUSHTLIKDA ENDOMETRIY POLIPI BOʻLGAN BEMORLARNING  
KLINIK-ANAMNESTIK XUSUSIYATLARI****Yu. M. Tilavova, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, V. O. Kim**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, Oʻzbekiston

Gisteroskopik va gistologik tasdiqlangan endometriy polipi diagnozi bilan, hamda bachadon ichi patologiyasi aniqlanmagan jami 45 nafar bemorning klinik-anamnestic xususiyatlari oʻrganildi. Barcha bemorlar reproduktiv yoshda – 20 dan 45 yosh oraligʻida edi. Ularning oʻrtacha yoshi 32 yoshni, tana vazn indeksi 28 kg/m<sup>2</sup> tashkil qilgan boʻlib, ularda hayz funksiyasining xususiyatlari, oʻtkazilgan akusher-ginekologik jarrohlik amaliyotlari va boʻlib oʻtgan ginekologik kasalliklari oʻrganildi. Kasallikning klinik kechishi 55% bemorda hayz siklining buzilishi bilan, 100 % bemorda esa bepushtlik bilan ifodalandi.

**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С ПОЛИПАМИ ЭНДОМЕТРИЯ  
ПРИ БЕСПЛОДИИ****Ю. М. Тилавова, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, В. О. Ким**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Изучены клинико-анамнестические особенности 45 пациенток с гистероскопически и гистологически подтвержденным диагнозом полип эндометрия и женщины без внутриматочной патологией. Все пациентки были репродуктивного возраста от 20 до 45 лет. Средний возраст обследованных составил 32 лет, ИМТ 28 кг/м<sup>2</sup>, описана характеристика менструальной функции, частота акушерско-гинекологических хирургических вмешательств и перенесенные гинекологические заболевания. Клиническое течение характеризовалось нарушением менструального цикла у 55% женщин и бесплодие наблюдалось у 100%.

**Introduction.** In recent years, endometrial polyps are a frequently detected intrauterine pathology, and in a number of scientific researches there is evidence of their effect on fertility. In the structure of gynecological diseases EP's frequency varies from 7.8% to 34.9% [1]. According to some researchers [2], most often EP occurs in the peri- and postmenopausal periods - up to 70-79%. The factors that are important for the development of EP are diverse. Some authors consider that one of the formation factors of EP is chronic inflammatory process in the endometrium [3]. Chronic inflammation of the endometrium is defined as a clinical and morphological syndrome with a set of morphofunctional transformations in the endometrium with impaired cyclic changes and receptor status. At the same time, most authors believe that chronic inflammation is based on a decrease in the body's resistance to damaging agents (bacteria, viruses, tissue breakdown products, etc.).

The term "polyp" has a foreign language origin and in translation from the Greek language ("polypus") means "many -legged". Initially, this biological term meant sedentary specimens of coelenterates [4]. According to the WHO International Classification of Tumors of the female reproductive organs (2014), EP relate to tumor-like formations. In the structure of ICD-10, EPs are located in the XIV class "Diseases of the genitourinary system" and are classified under the heading "Non-inflammatory diseases of female genital organs" with the coding of the diagno-

sis N 84.0. However, it should be noted that in the case of a polyp with areas of endometrial intraepithelial neoplasia ( EIN ) / atypical glandular hyperplasia of the endometrium, code D 07.0 is used using ICD - O code 8380/2, which belongs to ICD-10 class II "Neoplasms".

The clinical manifestations of EP are highly variable. At reproductive age, EPs cause infertility [5; 6; 7]. The most frequent manifestations of EP, regardless of age, are abnormal uterine bleeding, some patients note the appearance of leucorrhoea [8; 9]. In some cases, EPs are asymptomatic and are detected during gynecological examination and ultrasound of the pelvic organs. [10; 11].

Thus, the origin of polyps has not been yet fully identified and it is unclear by what mechanism they lead to infertility. The variety of clinical symptoms and their relationship with infertility led to the study of patients with endometrial polyps in infertility.

**Aim of the study:** to study the clinical and anamnestic features of patients with endometrial polyps with primary and secondary infertility.

**Materials and methods of research:** a study of clinical and anamnestic features of 35 patients was carried out with hysteroscopic and histologically confirmed diagnosis of endometrial polyp and 10 women without intrauterine pathology. All patients were of reproductive age from 20 to 45 years. The average age of the surveyed was 32 years, the average BMI was 28 kg/m<sup>2</sup>. According to the results of hysteroscopy, patients were studied in three groups.

Group 1 - the main group of patients - 16 women out of 35, only with endometrial polyps. At the time of examination, no other intrauterine pathologies were detected in these patients.

Group 2 - comparison group - 19 women out of 35, a combination of an endometrial polyp with other intrauterine pathologies.

Group -3 -control group - 10 women in whom at the first stage no hysteroscopic intrauterine pathologies were detected at the time of the examination. In all groups of patients, the characteristics of menstrual function, the frequency of obstetric and gynaecological surgical interventions and past gynaecological diseases are described.

**Results:** at the end of our study, the following results were obtained. Out of 45 patients, 12 (26.7%) had primary infertility, and 33 (73.3%) patients had secondary infertility (table 1).

The duration of infertility was 5±1 and 3±1 years, respectively, in groups with primary and secondary infertility.

According to Table 2, the majority of the examined women were between the ages of 33 and 36.

When studying the nature of menstrual function, it was found that the average age of menarche was 13±1 years. The appearance of the first menstruation before the age of 12 years was noted in 32 (71%) patients, at 14 years or more in 13 (29%) patients. The menstrual cycle was established in all women within 2 years. The duration of the menstrual cycle in the majority of patients 25 (55%) was in the range of 28-30 days. The duration of menstruation in 27 (60%) patients was 4 or more days.

25 (55%) women have menstrual irregularities. 4 (9%) women complained about the absence

Table 1.

General characteristics of the groups of examined patients.

	I group	II group	III group	Total
Primary infertility	4	5	3	12
Secondary infertility	12	14	7	33
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>45</b>

Table 2.

Distribution of surveyed women by age.

Age	20-24	25-28	29-32	33-36	37-40	41-45
<b>n (abs)</b>	5	6	9	14	8	3
<b>%</b>	11%	13%	20%	31%	17%	6%

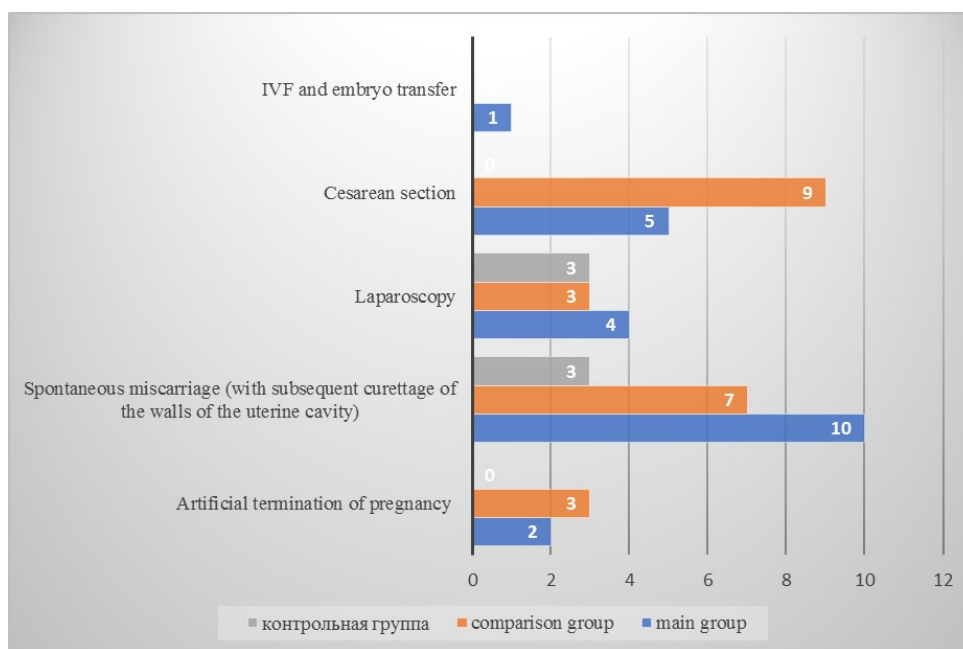


Fig. 1. The frequency of obstetric and gynaecological surgical interventions in patients with infertility.

of menstruation, 12 (27%) women complained about irregular menstruation. Heavy menstruation was noted in 27 (60%) women, scanty and spotting was noted in 13 (29%).

When studying the obstetric and gynecological history, only 16 (35%) of 45 patients with secondary infertility had a history of childbirth. A history of one birth was in 5 (31%) women, two births in 7 (44%) women, three in 4 (25%) women. Artificial termination of pregnancy was performed in 5 (11%) women. Spontaneous miscarriages in history were noted in 28 (51%) cases, of which 4 (8%) women had more than two times.

IVF and embryo transfer (ET) in history took place in one case.

34 (75%) patients had a history of various medical diagnostic and obstetric-gynecological surgical interventions before treatment. An analysis of previous obstetric and gynecological surgical interventions showed a significantly higher frequency of operations in patients of the comparison group, which is shown in Figure 1.

Some women suffered from previous gynecological diseases. Inflammatory diseases of the pelvic organs occurred in 29 (65%) women, 11 (24%) - uterine myoma, 9 (20%) - benign ovarian formations, external genital endometriosis - in 6 (13%) patients.

**Conclusion.** Thus, when studying the characteristics of menstrual function, the frequency of obstetric and gynaecological surgical interventions and past gynaecological diseases in patients with endometrial polyps, the following clinical and anamnestic features were revealed: the average age of the surveyed was 32 years, BMI 28 kg/m<sup>2</sup>, menstrual irregularities were observed in 55% of women, and infertility in 100%. 75% of patients had a history of various medical diagnostic and obstetric-gynecological surgical interventions before treatment, which can be a leading cause of the formation of local inflammation process and the endometrial hyperplasia.

**References:**

1. Айламазян, Эдуард Карпович, et al. "Особенности экспрессии рецепторов половых стероидных гормонов, провоспалительных маркеров и ингибитора циклин-зависимой киназы p16ink4a в эндометрии при наружном генитальном эндометриозе." Журнал акушерства и женских болезней 65.3 (2016).
2. Кинятова, Ш., et al. "Клинико-морфологические особенности эндометриальных полипов у женщин в возрастном аспекте." InterConf (2021): 823-832.

3. Г. Т. Раббимова, Б. Б. Негмаджанов, Н. Р. Насимова, З. С. Насимова, М. О. Сонокулова Кесар кесиш операциясидан кейин пайдо бўлган “ниша” симптоми ва бепуштлиқ // Доктор ахборотномаси, № 3 (100), 2021. С.143-148. DOI: 10.38095/2181-466X-20211003-143-148
4. Салихова, Тамара Руслановна, and Наби Султан-Мурадович Омаров. "Роль гипоксии в патогенезе развития эндометриальных полипов в постменопаузе." *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики*. Серия: Естественные и технические науки 9 (2018): 88-93.
5. Al Chami, Ali, and Ertan Saridogan. "Endometrial polyps and subfertility." *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* 67.1 (2017): 9-14.
6. American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL): Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. "AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of submucous leiomyomas." *Journal of minimally invasive gynecology* 19.2 (2012): 152-171.
7. Balcacer, Patricia, et al. "Magnetic resonance imaging features of endometrial polyps: frequency of occurrence and interobserver reliability." *Journal of computer assisted tomography* 42.5 (2018): 721-726.
8. Bouet, Pierre-Emmanuel, et al. "Chronic endometritis in women with recurrent pregnancy loss and recurrent implantation failure: prevalence and role of office hysteroscopy and immunohistochemistry in diagnosis." *Fertility and sterility* 105.1 (2016): 106-110.
9. Cahill, Michael A., et al. "The emerging role of progesterone receptor membrane component 1 (PGRMC1) in cancer biology." *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Reviews on Cancer* 1866.2 (2016): 339-349.
10. Centini, Gabriele, et al. "Modern operative hysteroscopy." *Minerva ginecologica* 68.2 (2016): 126-132.
11. Cholkeri-Singh, Aarathi, and Kirsten J. Sasaki. "Hysteroscopy for infertile women: a review." *Journal of minimally invasive gynecology* 22.3 (2015): 353-362.
12. Clark, T. Justin, and Helen Stevenson. "Endometrial Polyps and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-P): What is the relationship, how are they diagnosed and how are they treated?." *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 40 (2017): 89-104.
13. Doria, Pedro Leopoldo Silva, et al. "Association of IGF-1 CA (n) and IGFBP3 rs2854746 polymorphisms with endometrial polyp risk." *BioMed research international* 2018 (2018).
14. Drobnyazko, P. A. "PREVIEW OF FOREIGN CLINICAL GUIDELINES FOR HYSTEROSCOPY." *Международный научно-исследовательский журнал* (2021).
15. Fang, Rui-Li, et al. "Barcoded sequencing reveals diverse intrauterine microbiomes in patients suffering with endometrial polyps." *American journal of translational research* 8.3 (2016): 1581.
16. Fadare, Oluwole, Idris L. Renshaw, and Vinita Parkash. "The spectrum of morphologic alterations associated with infarction in endometrial polyps: a report of 41 cases." *International Journal of Gynecological Pathology* 38.1 (2019): 32-43.
17. Guo, Tao, et al. "Identifying the superior surgical procedure for endometrial polypectomy: A network meta-analysis." *International Journal of Surgery* 62 (2019): 28-33.
18. Horsburgh, Steven, et al. "Exercise and inflammation-related epigenetic modifications: focus on DNA methylation." *Exercise immunology review* 21 (2015).
19. Jeon, Se Jeong, et al. "Endometrial polyp surveillance in premenopausal breast cancer patients using tamoxifen." *Obstetrics & gynecology science* 60.1 (2017): 26.
20. Karakuş, S. S., et al. "Reproductive outcomes following hysteroscopic resection of endometrial polyps of different location, number and size in patients with infertility." *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 36.3 (2016): 395-398.
21. Ludwin, Artur, et al. "Removal of uterine polyps: clinical management and surgical approach." *Climacteric* 23.4 (2020): 388-396
22. Luerti, Massimo, et al. "Effectiveness of hysteroscopic techniques for endometrial polyp removal: the Italian multicenter trial." *Journal of minimally invasive gynecology* 26.6 (2019): 1169-1176.
23. Malhotra, Narendra, and Nitin Shah. "Hysteroscopy and Endometrial Polyps." *Hysteroscopy Simplified by Masters*. Springer, Singapore, 2021. 91-98.
24. Manchanda, Rahul, and Richa Sharma. "How to Set up High-Tech Hysteroscopy Unit." *Hysteroscopy Simplified by Masters*. Springer, Singapore, 2021. 27-37
25. Matei, Alexandra, et al. "Insights on Hysteroscopic Procedures and Their Place in Romanian Gynecologic Practice—The Experience of Two Medical Units." *Diagnostics* 10.5 (2020).
26. Metello, José, and João Maires. "Uterine Polyps." *Atlas of Hysteroscopy*. Springer, Cham, 2020. 41-54.
27. Munro, Malcolm G., et al. "The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 143.3 (2018): 393-408.
28. Murdock, Tricia A., et al. *Diagnosis of Endometrial Biopsies and Curettings: A Practical Approach*. Springer, 2018.
29. Ouyang, Chensi, et al. "Malignant Endometrial Polyps in Uterine Serous Carcinoma: The Prognostic Value of Polyp Size and Lymphovascular Invasion." *International Journal of Gynecologic Cancer* 28.3 (2018).
30. Režňák, Lukáš, and Milan Kudela. "Comparison of ultrasound with hysteroscopic and histological findings for

- intrauterine assessment." *Biomedical Papers* (2018).
31. Safdar, Nida S., Giovanna A. Giannico, and Mohamed Mokhtar Desouki. "Utility of a standardized protocol for submitting clinically suspected endometrial polyps to the pathology laboratory." *Annals of diagnostic pathology* 23 (2016): 29-31.
  32. Salazar, Christina, et al. "Hysteroscopy: Office and Operative-Myomectomy, Polypectomy, and Adhesiolysis." *Reproductive Surgery: The Society for Reproductive Surgeons' Manual* (2018): 1.
  33. Sharma, Sangita. "Polyps: Hysteroscopic Diagnosis and Management." *Manual of Fertility Enhancing Hysteroscopy*. Springer, Singapore, 2018. 61-78
  34. Smith, Paul, and T. Justin Clark. "Hysteroscopic Endometrial Polypectomy." *Diagnostic and Operative Hysteroscopy* (2020): 118
  35. Stamenov, Georgi Stamenov, et al. "Hysteroscopy and female infertility: a fresh look to a busy corner." *Human Fertility* (2020): 1-29.
  36. Teresiński, Leszek, et al. "Assessment of morphological changes and steroid receptors in the uteri of postmenopausal women." *Histology and histopathology* 34.6 (2018): 631-644.
  37. Troncon, Júlia Kefalas, et al. "Endometrial Polyps-When Should Hysteroscopic Resection Be Performed?." *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 38.7 (2016): 315-316
  38. Vander Borght, Mélodie, and Christine Wyns. "Fertility and infertility: Definition and epidemiology." *Clinical biochemistry* 62 (2018): 2-10.
  39. Wang, Yue, et al. "Prevention of Benign Endometrial Polyp Recurrence Using a Levonorgestrel-releasing Intrauterine System in Premenopausal Patients: A Retrospective Cohort Study." *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 27.6 (2020): 1281-1286
  40. Yen, Chih-Feng, et al. "Effectiveness and appropriateness in the application of office hysteroscopy." *Journal of the Formosan Medical Association* 118.11 (2019): 1480-1487
  41. Zhang, YunZheng, et al. "Deep learning model for classifying endometrial lesions." *Journal of Translational Medicine* 19.1 (2021): 1-13.



**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ:  
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ****Д. М. Тиллабаева, А. С. Ходжаева**

Наманганский областной перинатальный Центр, Наманган, Узбекистан

**Ключевые слова:** функциональные кисты яичников, факторы риска, преморбидный фон, гормональный профиль, УЗИ-верификация, консервативное лечение, витаминно-минеральный комплекс.

**Таянч сўзлар:** функционал тухумдон кисталари, хавф омиллари, преморбид фон, гормонал профил, консерватив даво, витамин-минерал комплекси.

**Key words:** functional ovarian cysts, risk factors, premorbid background, hormonal profile, ultrasound verification, conservative treatment, vitamin-mineral complex.

В статье приводится анализ традиционного и усовершенствованного способов консервативного лечения функциональных кист яичников у девочек-подростков. Предложен комплексный метод лечения, способствующий органосохранению и реабилитации. Убедительно доказана патогенетическая оправданность комплексного лечения с последующим применением ВМК.

**ЎСМИР ҚИЗЛАРДА ТУХУМДОН ФУНКЦИОНАЛ КИСТАЛАРИ: ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ****Д. М. Тиллабаева, А. С. Ходжаева**

Наманган вилоят перинатал маркази, Наманган, Ўзбекистон

Мақолада усмир кизларда тухумдонларнинг функционал кисталарини консерватив даволашнинг аънанавий ва такомиллаштирилган усуллари таҳлил қилинган. Органларни сақлаш ва реабилитация қилишга ёрдам берадиган комплекс даволаш усули таклиф этилган. Сўнгра витамин-минерал комплекслар ёрдамида даволашнинг патогенетик асослари ишончли тарзда исботланган.

**FUNCTIONAL OVARIAN CYSTS IN ADOLESCENT GIRLS: MANAGEMENT TACTICS****D. M. Tillabaeva, A. S. Khodjaeva**

Namangan Region Perinatal Center, Namangan, Uzbekistan

The article provides an analysis of the traditional and improved methods of conservative treatment of functional ovarian cysts in adolescent girls. A comprehensive method of treatment that promotes organ preservation and rehabilitation is proposed. The pathogenetic justification of complex treatment with the subsequent use of IUD has been convincingly proven. Keywords: functional ovarian cysts, risk factors, premorbid background, hormonal profile, ultrasound verification, conservative treatment, vitamin-mineral complex.

Ранняя диагностика патологии репродуктивной системы на начальных этапах ее формирования подразумевает знание возрастных параметров репродуктивной системы, началом активной стимуляции центральных механизмов её регуляции, особенностями развития патологического процесса в период полового созревания. Одной из сложных задач для детских гинекологов являются функциональные кисты яичников – фолликулярные, эндометриодные и кисты желтого тела, поскольку они чаще всего сопровождаются нарушением менструального цикла [1,3,5,6]. Трудности дифференциальной нозологической диагностики объясняются схожей клинической картиной, динамикой патологического процесса и проч. Поэтому выбор лечебной тактики в каждом конкретном случае является ответственной и непростой проблемой. Врач должен решить, что предпочесть, поскольку излишняя оперативная активность не всегда оправдана, консервативное лечение опасно из-за возможных критических осложнений [2, 3,4 ,5,7].

**Цель нашего исследования** – усовершенствование тактики ведения пациенток с функциональными кистами яичников.

**Материал и методы:** Обследованы 44 девочки-подростка в возрасте 14-19 лет (средний возраст составил 16,75±0,37 лет), обратившихся к детскому гинекологу с жалобами на боли внизу живота, выделения из влагалища, нарушения ритма и длительности менструации. Всем обратившимся больным, согласно рекомендациям ВОЗ, была проведена УЗИ-верификация патологического образования яичников и выявлены функциональные кисты яичника (ФКЯ) разной величины от 3.5 см до 8.5 см. Впервые киста возникла у 67% обследованных.

дованных девочек-подростков в течение первых 1.5 лет после менархе, в 33% случаях отмечены рецидивы

У всех пациенток детально собран анамнез и с целью уточнения диагноза проведено полное клинико-лабораторное обследование в соответствии с разработанными стандартами диагностики причин гинекологических заболеваний. В момент обращения 5 девочек в экстренном порядке были прооперированы из-за резко выраженного болевого синдрома. Гистоанализ показал наличие 3х фолликулярных кист и 3х кист желтого тела.

Неспецифичность клиники ФКЯ, поиск факторов, способствующих возникновению кисты яичника, диктовали больше внимания уделить соматическому здоровью ребенка (скорее его нарушению). Был проведен углубленный анализ преморбидного фона (ПФ) обследованных пациенток. Отмечено отягощение ПФ (до 70%) детскими инфекционными и острыми респираторными заболеваниями, заболеваниями ЖКТ (51%), патологией щитовидной железы (63%), хроническими тонзиллитами (36%), анемией 1-2 степени (48%), энтеробиозом (11%). Аппендэктомия составила 22%.

Изучение гинекологической заболеваемости среди обследованных пациенток выявило наличие воспалительных заболеваний генитал (вульвовагиниты, аднекситы) в 68%. Бактериологическое изучение влагалищных выделений выявило моновозбудитель (*St. Aureus*, *St. Haemoliticus*, *St. Epidermidis*, *E. Coli*) лишь в 16%, в остальных 84% случаев обнаружена ассоциация микроорганизмов с преобладанием хламидийно-грибково-кокковой (аэробной-анаэробной) флоры. Биохимия крови выявила анемию 1-2 степени у 48% обследованных больных. Гормональный анализ гонадотропных гормонов (ФСГ, ЛГ) гипофиза у всех обследованных пациенток показал гипергонадотропинемию, стероидные гормоны яичников (эстрадиол, прогестерон, тестостерон) – выявили дисгормоноз.

Наследственность оказалась отягощенной различными гинекологическими заболеваниями матерей (миомы, кисты, ДМК, бесплодие) у 68% пациенток.

Обследованные пациентки были разделены на две группы:

1 группа (n=22) – пациенткам проводилась традиционная консервативная терапия с включением противовоспалительных средств и КОК;

II группа (n=22) – проводилась консервативная противовоспалительная и гормонотерапия с последующим использованием витаминно-минерального комплекса (ВМК);

Консервативная (базовая) терапия включала в себя:

- противовоспалительное лечение антибиотиками с учетом чувствительности выделенной микрофлоры;

- НПВС (7 дней);

- гормонотерапия (КОК) с целью коррекции дисменореи;

- десенсибилизирующие, седативные, детоксикационные препараты.

Витаминно-минеральный комплекс представлен препаратом Инотир (по 1п 10 дней в течении 2 месяцев). Данный комплекс представлен смесью 5 активных компонентов, взаимодействие которых является синергическим и эффективным.

Пациентки с сопутствующей экстрагенитальной патологией получали соответствующее лечение после консультации специалистов (эндокринолог, гастроэнтеролог).

**Результаты.** С момента начала консервативной терапии (I группа пациенток) положительная клиническая динамика в виде уменьшения болевого синдрома и улучшения общего самочувствия отмечалась на 8-10 сутки, УЗИ-параметры ФКЯ имели некоторую тенденцию к уменьшению на 2-3мм в течение первого месяца лечения. Менструальный цикл восстановился через 3 месяца у 70% пациенток. Полная инволюция ФКЯ наблюдалась через 3-4 месяца. Однако у 5-ти пациенток I группы в течение 4-5 месяцев наблюдения размеры ФКЯ оставались прежними, в связи с чем они были прооперированы в плановом порядке. Гистоанализ показал наличие серозных кистом.

Пациентки II группы получали консервативную базовую терапию с последующим применением ВМК по стандартной схеме. Выраженная положительная клиническая дина-

мика (уменьшение болевого синдрома) отмечена на 6-7 сутки от начала лечения. УЗИ-параметры ФКЯ уменьшились вдвое через месяц, полная резорбция кист наблюдалась через 2 месяца у всех пациенток данной группы. Также у них восстановился менструальный цикл на следующий месяц. Рецидивов не было.

Прооперированные пациентки, получавшие традиционную базовую терапию, отмечали улучшение общего самочувствия и уменьшение боли на 5-6 сутки послеоперационного периода. Были выписаны на 7-8 сутки. Последующее использование МВК позволило нормализоваться менструальному циклу на второй месяц.

Отдаленные результаты лечения девочек с ФКЯ (2 года), пролеченных согласно нашим рекомендациям, ни в одном случае не выявили рецидивов заболевания.

Результаты проведенного исследования позволили нам сделать следующие выводы:

- консервативная терапия ФКЯ должна проводиться строго по показаниям, определяющим ее характер;

- консервативная терапия ФКЯ с последующим применением ВМК позволяет оптимизировать тактику ведения пациенток с ФКЯ, ускорить сроки излечения, избежать рецидивов;

Таким образом, применение комплексной терапии (базовой и, затем ВМК) при лечении функциональных кист яичников в практике гинеколога, на наш взгляд, патогенетически оправдано, поскольку в сжатые сроки позволяет нивелировать патологический процесс и избежать рецидивы.

#### Использованная литература:

1. Адамян Л.В., Богданова Е.А. Оперативная гинекология детей и подростков.- М: ЭликсКом, 2014.- 208с.
2. Кузьмина Н.И. Ретенционные образования яичников у девочек // Сб. науч.тр.У1 Всерос.конф.дет.гин.-М.-2016.-С.131-134.
3. Б.Б. Негмаджанов, М.Д. Маматкулова, В.О. Ким Множественная миома матки и киста яичника спустя 20 лет после сигмоидального кольпопозза // Вестник врача, № 4, 2017. С.58-59.
4. Радзинский В.Е. и соавт. Реабилитация репродуктивной функции после хирургического лечения доброкачественных образований яичников// Труд.пациент.- 2016.- №2.- С.3-6.
5. Репина М.А., Сафронова М.М. Системная энзимотерапия при гнойно-воспалительных заболеваниях в гинекологии //Клинич.рекомендации.- Санкт-Петербург.-2014.- 27с.
6. Уварова Е.В. Параметры овариального резерва девочек 15-17 лет с гармоничным половым и физическим развитием // Репр.здоровье детей и подростков.- 2010-№3.- С.20-29.
7. Ходжаева А.С. Медикаментозная коррекция гипострогенемии у девочек-подростков // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2019.- №6.- С.114-118.
8. Ходжаева А.С. Оптимизация лечебной тактики у больных с аномальными маточными кровотечениями на фоне доброкачественных гиперпластических процессов матки // Гинекология.- 2019.- том.21.-№2.- С.55-58.

**ПОДБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКАМ С ПРОСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ И АМК В ПОСТМЕНОПАУЗЕ****Т. В. Тян**

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

**Ключевые слова:** постменопауза, гиперплазия эндометрий, аномальное маточное кровотечение.**Tayanch soʻzlar:** postmenopauza, endometriya giperplaziyasi, anomal bachadondan qon ketishi.**Key words:** postmenopause, endometrial hyperplasia, abnormal uterine bleeding.

Целью исследования явился подбор терапии у женщин с АМК в постменопаузе с простой гиперплазией эндометрия. В исследование включено 20 пациенток с АМК. Корректно подобранная терапия при АМК на фоне простой гиперплазии эндометрия пациенткам в постменопаузе, дает возможность не только избежать необоснованных оперативных вмешательств, но и значительно повысить индекс здоровья женщин.

**ODDIY ENDOMETRIYA GIPERPLAZIYASI VA BAQ BILAN ASORATLANGAN POSTMENOPAUZA DAVRIDAGI BEMORLARNI DAVOLASH USULLARINI TANLASH****Tyan T.V.**

Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent, O'zbekiston

Tadqiqotimiz maqsadi oddiy endometriyal giperplaziya va bachadondan anomal qon ketish bilan og'riqan postmenopauza davridagi ayollarda terapiyani tanlash edi. Tadqiqotga bachadondan anomal qon ketishi bilan asoratlangan 20 nafar bemor jalb etildi. Postmenopauza davrida bemorlarda oddiy endometriya giperplaziyasi fonida bachadondan anomal qon ketish uchun to'g'ri tanlangan terapiya nafaqat asossiz jarrohlik aralashuvlardan qochishga, balki ayollar salomatligi indeksini sezilarli darajada oshirishga imkon berdi.

**SELECTION OF TREATMENT METHODS FOR POSTMENOPAUSAL PATIENTS WITH SIMPLE ENDOMETRIAL HYPERPLASIA AND AUB****T. V. Tyan**

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology Tashkent, Uzbekistan

The aim of the study was to select therapy in postmenopausal women with AUB with simple endometrial hyperplasia. The study included 20 patients with AUB. Correctly selected therapy for AUB against the background of simple endometrial hyperplasia in postmenopausal patients makes it possible not only to avoid unreasonable surgical interventions, but also to significantly increase the women's health index.

Несмотря на появление новых технологий в ведении больных с аномальными маточными кровотечениями вопросы, лечения остаются одними из наиболее актуальных вопросов гинекологии и еще далеки от окончательного решения. Это обусловлено, прежде всего, сложным и неоднородным пато- и морфогенезом заболевания [1,7,8], а также возможностью малигнизации, требующих радикальных гинекологических операций [4,5].

Само оперативное вмешательство сопровождается риском различных серьезных осложнений для организма [9,10,13]. Патогенетическая терапия в большинстве наблюдений может минимизировать частоту хирургического вмешательства.

Исследования последних лет убедительно доказывают то, что необходимо дифференцировано подходить к выбору лечения для каждой конкретной пациентки с учетом результатов как гистологии соскоба полости матки, так и иммуногистохимического исследования [5]. Среди консервативных методов лечения ГЭ ведущая роль принадлежит гормональной терапии [12,13,15]. Из-за наличия сопутствующей соматической патологии у пациенток этого возрастного диапазона гормональная терапия не всегда приемлема.

Разработка эндохирургических методов, оказывающих воздействие на слизистую оболочку тела матки, позволила пересмотреть традиционные подходы к терапии данной патологии. К таким методам относят электрохирургическое воздействие на эндометрий - термическая абляция и резекция эндометрия [3], криодеструкции эндометрия [10].

Альтернативой агрессивным хирургическим вмешательствам в лечении маточных кровотечений, таким как гистерорезектокопия, гистерэктомия в настоящее время служит лево-

норгестрелсодержащая внутриматочная система (ЛНГ) - Мирена, а также агонисты ГнРГ [12,14].

Левоноргестрел, который равномерно выделяется непосредственно в полость матки в дозе 20 мкг в сутки, является производным 19-нортестостерона и оказывает мощный антипролиферативный эффект на эндометрий, вызывая выраженную децидуальную реакцию стромы, утолщение стенок артерий, капиллярный тромбоз и атрофию эпителия эндометрия [14].

Повышение содержания в эндометрии ИФРСП, наблюдаемое на фоне действия ЛНГ-ВМС, препятствует проявлению биологической активности ИФР – мощного фактора пролиферации эндометрия.

Результаты исследования подтвердили не только снижение активности пролиферации под воздействием Мирены, но и ускорение процессов апоптоза [14].

Большим достижением фармакотерапии является разработка и внедрение агонистов-рилизинг-гормонов (а-ГнРГ). Применяемые в клинике а-ГнРГ идентичны по механизму действия, фармакодинамике, клинической эффективности и безопасности, так как общий принцип их действия основан на блокаде гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, что приводит к снижению концентрации эстрадиола в крови до постменопаузального уровня. Связываясь с рецепторами гонадолиберина в гонадотрофах аденогипофиза, обеспечивают выраженное угнетение секреции гонадотропинов, что способствует наступлению временной фармакологической менопаузы и приводит к значительному уменьшению размеров матки у больных с миомой и/или аденомиозом [15].

А-ГнРГ не оказывают отрицательного влияния на липидные показатели сыворотки крови, секрецию инсулина и толерантность к глюкозе, в связи, с чем он может использоваться у больных в постменопаузе независимо от их метаболического статуса [15].

**Целью исследования** явился подбор терапии у женщин с АМК в постменопаузе с простой гиперплазией эндометрия.

**Материал и методы исследования.** В исследование включено 20 пациенток с АМК, которым было проведено раздельное выскабливание цервикального канала и полости матки под контролем гистероскопии в возрасте от 50 до 62 лет с гистологическим заключением - простая гиперплазия эндометрия.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Подбор лечения осуществлялся с учетом изучения иммуногистохимических результатов антител Ki 67, p53, CD138. 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. Белок p53 - это транскрипционный фактор, регулирующий клеточный цикл, он выполняет функцию супрессора образования злокачественных опухолей. CD138- кластер дифференциации 138: мембранный белок, используют в качестве плазматических клеток, дает оценку хронического эндометрита.

Эффективность терапии оценивалась по прекращению кровянистых выделений, нормализации гематологических показателей, а также по улучшению общего самочувствия женщины из-за повышения качества жизни.

Внутриматочная система Мирена (ЛНГ-ВМС) установлена 4 пациенткам с нормальной структурой миометрия с отрицательным ИГХ-показателем CD138. Кроме отрицательной реакции показателя CD138 у этих пациенток зарегистрирована низкая позитивная реакция Ki 67 и p53. Условием для применения Мирены было отсутствие воспалительных заболеваний гениталий, миоматозных узлов, деформирующих полость матки, а также отсутствие патологии (в том числе разрывов) со стороны шейки матки. Эффективность ЛНГ-ВМС оценена по уменьшению объема и продолжительности маточного кровотечения, особое внимание обращалось оценке самочувствия самими пациентками.

На фоне применения гормонсодержащей системы ни одна из 4 пациенток не предъ-

явила жалоб на кровянистые выделения из половых путей уже на первой неделе после введения ЛНГ-ВМС. Пациентки отметили значительное улучшение качества жизни на фоне Мирены, что характеризовалось улучшением настроения, приливом сил у всех пациенток. Агонист ГнРГ назначен 8 пациенткам с простой гиперплазией эндометрия. Следует отметить, что пациентки в эту группу подобраны так, что у всех них в гистологии верифицированы признаки хронического эндометрита. 8 больных, отобранных для назначения агониста ГнРГ имели CD138 низкой позитивной реакции, у одной - средней позитивной реакции. При этом у этих 8 пациенток маркер пролиферации диагностирован Ki67 был низкой позитивной реакции.

С начала применения препарата у всех больных не отмечены мажущие кровянистые выделения. У одной пациентки отмечалась реакция со стороны слизистой носовой полости в виде ринита. Ни одна больная не отметила побочные эффекты со стороны пищеварительного тракта в виде тошноты, повышения аппетита. Пациентки отмечали значительное улучшение общего самочувствия, прилив сил, улучшение настроения.

После применения последнего 6 флакона препарата через 1-1,5 месяца произведенное ультразвуковое исследование органов гениталий подтвердило наступление естественной менопаузы у всех 8 пациенток.

Наблюдение и проведение УЗИ гениталий четырехкратно в течение 12 месяцев показало отсутствие рецидивов гиперпластических процессов эндометрия и АМК.

Таким образом, агонист ГнРГ является высокоэффективным и хорошо переносимым препаратом в комплексном лечении гиперпластических процессов эндометрия у пациенток с АМК в периоде постменопаузы.

Симптоматическими методами лечения после проведения раздельного выскабливания цервикального канала и полости матки под контролем гистероскопии ограничились в 8 наблюдениях: из них 3 пациентки с CD138 средней позитивной реакцией, Ki 67 низкой позитивной реакцией, p53 низкой позитивной реакцией. У остальных 5 пациенток CD138 высокой позитивной реакцией, у 4 Ki 67 низкой позитивной реакцией и еще у 1 Ki 67 средней позитивной реакцией, у 3 p53 низкой позитивной реакцией, у 2 p53 средней позитивной реакцией. На фоне проведенной антибактериальной, противовоспалительной терапии были назначены препараты транексамовой кислоты в течение 5-7 дней. Ни одного случая рецидива маточного кровотечения не наблюдалось у пациенток, получивших симптоматическую терапию.

Таким образом, корректно подобранная терапия при АМК на фоне простой гиперплазии эндометрия пациенткам в постменопаузе, дает возможность не только избежать необоснованных оперативных вмешательств, но и значительно повысить индекс здоровья женщин.

#### Использованная литература

1. Асатова М.М., Мухитдинова У.М., Максудова Н.М. Дисфункциональные маточные кровотечения: диагностика, принципы лечения (пособие для врачей).- Ташкент, 2017.-32 с.
2. 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
3. Подина Н.В., Гаспарян С.А., Ионова Р.М. Лечение менометроррагий, 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
4. Попов А.А., Баринаева И.В., Чечнева М.А., Чаусова Н.А. Малоинвазивные методы лечения женщин с гиперпластическими процессами в эндометрии // Росс. вестник Акушера Гинеколога М 2017, 4, -С.50-53
5. Тихомиров А.Л., Шаркова С.М. Рациональное использование агонистов рилизинг гормонов в лечении ми-

- омы матки// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.-2007.Т.6.-№3-С.7-9.
6. Чернышова А.Л., Коломиец Л.А., Бочкарева Н.В., Крицкая Н.Г. Иммуногистохимические критерии прогноза при раке эндометрия. // Сибирский онкологический журнал 2010. №1 (37) с 79-84
  7. 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.
  8. Astrup K, Olivarius N de F. Frequency of spontaneously occurring postmenopausal bleeding in the general population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:203–7.
  9. Baak, J. P. EIN and WHO 94. Considering the classification of endometrial hyperplasia / J. P. Baak, G. L. Mutter // *J. Clin. Pathol.* - 2005. - Vol. 58. - P. 1-6.
  10. 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.
  11. Bradshaw KD, Trait D. Postmenopausal bleeding. In: Marshburn PB, Hurst BS (Eds.) *Disorders of Menstruation*. Chicester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2017;29: 2247-52.
  12. Fraser I. S. Hysteroscopy and laparoscopy in women with menorrhagia // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* - 1990; 162(5): 1264-9.
  13. Enora Laas, Marcos Ballester, Annie Cortez, Julie Gonin et al. Supervised clustering of immunohistochemical markers to distinguish atypical and non-atypical endometrial hyperplasia // *Gynecol. Endocrinol.* 2016.URL: <http://informahealthcare.com/gye>. ISSN: 0951-3590 (print), 1473-0766 (electronic).
  14. Manal M. El Behery, Hend S. Saleh, Moustafa A. Ibrahiem, Ebtesam M. Kamal et al. Levonorgesterl-releasing intrauterine device versus dydrogesterone for management of endometrial hyperlasia without atypia // *Reprod. Sci.* 2017. Vol. 22, N 3. P. 329–334.
  15. Mihailovic A.M., Obradovic G., Vulic N. Frequency and treatment of menorrhagia // *Congress book 7th Congr Eur Soc Gynec* 2017; 97.
  16. Shaw R.W. Gonadotrophin hormone-releasing hormone analogue treatment of fibroids // *Baillieres- Clin-Obstet-Gynecol.* 2018; 12(2). – p. 245-268.

## ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ ҲОМИЛАДОРЛИК ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ

З. Б. Усинова, Г. Ф. Сапаева, Р. Э. Ниязметов

Қорақолпоғистон Республикаси минтақавий перинатал маркази, Нукус,  
Хоразм вилояти Урганч тумани туғруқ мажмуаси, Урганч

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** бачадондан ташқари ҳомиладорлик операциясидан кейинги эрта ва кечки асоратлар, иккиламчи бепуштлиқ.

**Ключевые слова:** внематочная беременность, раннее и отдалённые послеоперационные осложнения, вторичное бесплодие.

**Key words:** ectopic pregnancy, early and long-term postoperative complications, secondary infertility.

Бизнинг тадқиқотимизнинг мақсади – 2015 йилдан 2018 йилгача шаҳар туғруқхонасида ва Нукус шаҳар шошилинч тиббий ёрдам илмий - амалий марказида бачадондан ташқари ҳомиладорлик билан операция қилинган ретроспектив гуруҳдаги 102 аёлнинг эрта ва узоқ муддатли асоратларини ўрганиш эди. Тадқиқот натижасида бта (5,8%) ҳолатда операциядан кейинги эрта асоратлар, 71та (69,6%) ҳолатда репродуктив дис- функция, «биринчи» бачадондан ташқари ҳомиладорликдан кейин ва 3та (2,9%) ҳолатда такрорий бачадондан ташқари ҳомиладорлик аниқланди. Бу пациентларнинг ҳаммаси анъанавий жарроҳлик (лапароскопиясиз) ва консерватив даволаниш усулларида ўтди.

### ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

З. Б. Усинова, Г. Ф. Сапаева, Р. Э. Ниязметов

Региональный перинатальный центр Республики Каракалпакстан, Нукус,  
Родильный комплекс Ургенчского района Хорезмской области, Урганч

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Целью нашего исследования было изучение ранних и отдаленных осложнений у 102 женщин в ретроспективной группе, перенесших операцию по поводу внематочной беременности в городском родильном комплексе и в экстренном центре в г. Нукусе в период с 2015 по 2018 года. В результате исследования у 6 (5,8%) выявлено раннее послеоперационное осложнения, у 71 (69,6%) репродуктивная дисфункция, после «первой» внематочной беременности и у 3 (2,9%) повторная внематочная беременность. Всем этим пациентам проведены традиционные методы хирургического (без лапароскопии) и консервативного лечения.

### ECTOPIC PREGNANCY IN THE REPUBLIC OF KARAKALPAKSTAN AND ITS COMPLICATIONS

Z. B. Usinova, G. F. Sapaeva, R. E. Niyazmetov

Regional perinatal center of the Republic of Karakalpakstan, Nukus,

Maternity complex of the Urgench district of the Khorezm region, Urganch,

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

The aim of our study was to study early and long-term complications in 102 women in a retrospective group who underwent surgery for ectopic pregnancy in the city maternity complex and in the emergency center in Nukus in the period from 2015 to 2018. According to the results of the study, 6 (5.8%) had early postoperative complications, 71 (69.6%) had reproductive dysfunction, after the "first" ectopic pregnancy and 3 (2.9%) had repeated ectopic pregnancy. All these patients underwent traditional methods of surgical (without laparoscopy) and conservative treatment.

Тезиснинг қисқача мазмуни: Сўнгги пайтларда эктопик ҳомиладорлик ҳолатларининг кўпайиши учрамоқда. Аванесян А.С. (2019) маълумотларига кўра, бачадондан ташқари ҳомиладорлик учраш даражаси ҳомиладорликнинг умумий сонига нисбатан 1,5-2,0% ни ташкил қилади. Айниқса, «биринчи» бачадондан ташқари ҳомиладорликдан кейинги муаммо муҳим аҳамиятга эга, чунки жарроҳлик даволанишдан кейин аёлларнинг 50% дан кўпроғида репродуктив функциянинг бўзилиши ва эктопик нидациянинг такрорий учраши 7-17% ни ташкил қилади. Шу боис, эктопик ҳомиладорликдан кейинги репродуктив функцияни сақлаб қолиш муҳим тиббий-ижтимоий муаммо ҳисобланади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликдан кейинги реабилитация тиббий ёрдамнинг барча босқичларида: операция вақтида, операциядан кейинги ва кеч даврда амалга оширилиши керак.



Йирингли-септик асоратлар, бачадондан ташқари ҳомиладорликдан кейинги репродуктив функцияни тиклаш муаммоси гинекологик амалиётда энг долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Бачадондан ташқари ҳомиладорликдан кейин тўлиқ соғайиш, турли муаллифларнинг фикрига кўра, 60-70% дан кўп бўлмаган ҳолларда рўй беради.

Тадқиқотнинг мақсади – бачадондан ташқари ҳомиладорликда операция қилинган беморларнинг асоратларини аниқлаш ва уларни реабилитация қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Клиник материалларни йиғиш 2015-2018 йилларда шаҳар туғруқ мажмуасида, Республика Перинатал марказида ва Нукус шаҳар шошилинич тиббий ёрдам илмий –амалий марказида амалга оширилди. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик билан операция қилинган 102 та аёлларда эрта ва узок муддатли асоратлар ўрганилди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси

Юқорида кўрсатилган даврда бачадондан ташқари ҳомиладорлиги бўлган 102та бемор аёл гинекология бўлимига ётқизилди. Ҳамма 102та (100%) бемор аёл ретроспектив гуруҳни ташкил этди, улар анъанавий усулда операция қилинди – лапаротомия, тубэктомия, сўнгра реабилитация, комплекс даволаш – антибактериал, антианемик ва физиотерапия муолажалари билан 3 ой давомида, ҳар сафар 6 сеансдан. 16 нафар (15,6%) ҳомиладор аёллар гинекология бўлимига асосан кечки ва тунги пайтда ўзлари келди, қолган 86 таси (84,3%) тез ёрдам машинасида олиб келинди. Соматик анамнезни ўрганиш шуни кўрсатдики, бачадондан ташқари ҳомиладорлиги булган аёлларда ҳомиладорликдан олдинги даврда ҳар – хил экстрагенитал касалликлар бўлган. Туғруқ тарихини таҳлил қилиш бўйича ўтказилган клиник-статистик тадқиқотлар ҳомиладор аёлларда КТАЯК (кичик тос аъзоларининг яллиғланиш касалликлари)ни ушбу патологиянинг ривожланишига таъсир қилувчи энг муҳим хавф омиллари аниқлаш сифатида имконини беради. КТАЯК 96 (94,1%) аёлда содир бўлган, шундан 71 (73,9%) нафарида бир томонлама сурункали сальпингоофарит ва 25 нафарида (26,0%) икки томонлама сальпингоофарит, 46 (45,0%) нафарида ЦМВ, хламидия ва оддий вирус герпеси аниқланган, тадқиқот гуруҳидаги аёллар ва улардан 39 (41,0%) нафарида бирга келган шаклда учради ва сўралганларнинг ўртача ёши  $24,2 \pm 0,4$  ёшни ташкил этди,  $p < 0,05$ .

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик анамнезига эга бўлган 39 (41,0%) нафар ҳомиладор аёл артифициал аборт қилган, шундан 26 (25,4%) нафари битта, 7 (6,8%) нафари иккита, 2 таси учта (1,9%) ва ўз-ўзидан тушиш 3 (2,9%) нафар аёлда кўзатишган. Кўп муаллифларнинг фикрига кўра: ички жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари сонининг узлуксиз кўпайиши, абортлар сонининг ортиши, бачадондан ташқари ва гормонал контрацепция, овуляция индукторлари ва ёрдамчи репродуктив технологиялардан фойдаланилиши, бачадон найларига олдинги жарроҳлик аралашувлар, бачадон ва бачадон ортиқларининг аномал ривожланиши, эндометриоз, генитал инфантилизм, вегетатив-қон томир ва нейроэндокрин касалликлар, бачадондан ташқари ҳомиладорлик хавфининг ошишига олиб келган.

Бачадондан ташқари ҳомиладорлиги бўлган 102 та аёлдан 1 тасида (0,9%) енгил геморрагик шок ҳолати кўзатишган, унинг қон йўқотиши  $820 \pm 50,0$  мл, қолган беморларда ўртача қон йўқотиш  $360 \pm 40,0$  мл ( $p < 0,05$ ), қон йўқотиш ҳажмини баҳолаш жарроҳлик материалдан олдин ва кейин тарозида тортиш орқали амалга оширилган.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг бачадон найи ёрилиши турига қараб ташхиси қийинчилик туғдирмайди, чунки унинг клиникаси бу касалликнинг «классик» оқисми тушунчасига тўғри келади. Барча 102 (100,0%) аёлда найдаги аборт турига кўра бачадондан ташқари ҳомиладорлик бўлган, ҳомиладорликнинг муддати 9 ҳафтадан 12 ҳафтагача бўлган. Ташхис қўйиш учун биз эктопик ҳомиладорликни ташхислаш, қондаги хорионик гонадотропин (ХГ)ни аниқлаш учун «олтин» жаҳон стандартдан фойдаландик, бунда бачадон ҳомиладорлигининг маълум бир даври учун ушбу гормон миқдори билан мослиги ўртасидаги тафовут аниқланди. УЗИ диагностикаси бачадон бўшлиғида тухум хужайраси йўқлигини кўрсатди ва уни бачадон найларида топилди.

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик жарроҳлик йўли билан, яъни бачадон найларини

олиб ташлаш орқали даволанди. Операциядан кейинги даврда барча беморларга 5-7 кунгача антибактериал терапия утказилган. Антибактериал терапия утказилишига қарамасдан, операциядан кейинги даврда биринчи кундан бошлаб 6 (5,8%) нафар аёлда тана ҳарорати 38,0 даражагача кўтарилди, бу ҳолатларнинг ярмидан кўпи 3-4 кунгача давом этди. Бир беморда, операциядан кейинги 5 кун ичида пелвиоперитонит ҳодисаси қайд этилган. Тана ҳароратининг кўтарилиши умумий интоксикация, тахикардия ва қориннинг пастки қисмида ва операциядан кейинги яра соҳасида оғрик билан кечди. Қолган бачадон ортикларида сурункали яллиғланиш жараёнларининг кучайиши 6 (5,85) нафар беморда кузатилган. 14 (13,7%) беморда марказий асаб тизимидаги ўзгаришлар интоксикация фонида бош оғриги билан ифодаланди, бироқ шу билан бирга, барча тадқиқ қилинган беморларнинг эс -хуши сақланиб қолди. Операциядан кейин умумий қон таҳлили, аниқ лейкоцитоз, гемоглобин даражасининг пасайиши, эритроцитлар, СОЭнинг кўпайиши, жигар функцияси тестларининг кўрсаткичлари (билирубин, ферментлар даражаси) ва оксил таркиби, қон ивиш тизими кўрсаткичларининг пасайиши (фибриноген, тромбоцитлар ва Ли-Уайт бўйича қоннинг ивиш вақти). Интоксикациянинг лейкоцитлар индекси – ЛИИ 15 та (14,7%) беморда меъёрдан 1,5 баравар юқори эди.

Операциядан кейинги даврда ўтказилган тикловчи даволаш муолажалари таъсирида 18 (17,6%) бемор биринчи йил давомида, 10 (9,8%) бемор иккинчи 2 йиллик кузатув ва даволашни даврида ҳомиладор бўлган. Аммо, 71 (69,6%) нафар бемор репродуктив дисфункцияга эга эди, «биринчи» бачадондан ташқари ҳомиладорликдан сўнг, иккиламчи бепуштлиқ ривожланди ва 3 (2,9%) нафар беморда такрорий бачадондан ташқари ҳомиладорлик, шунингдек, қарама-қарши бачадон найида най аборти каби биринчи бачадондан ташқари ҳомиладорлик билан утказилган операциядан кейинги 12-16 ой ичида содир булди.

Хулоса:

1. Шундай қилиб, ретроспектив гуруҳда бачадондан ташқари ҳомиладорлик билан операция қилинган 102та аёлни ўрганиш натижаларига кўра: операциядан кейинги эрта асоратлар 6 (5,8%), иккиламчи бепуштлиқ 71та (69,6%) ва 3та (2,9%) такрорий бачадондан ташқари ҳомиладорлик аниқланди.

2. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик учун биринчи операциядан кейинги реабилитация давоси туфайли 28та (27,4%) аёл 2 йил ичида ҳомиладор бўлди.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Аванесянц, А. С. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик. Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг таснифи, диагностикаси ва давоси (адабиётлар шарҳи) // Ёш олим. — 2019. — № 4 (242). — 101-102 Б. — URL: <https://moluch.ru/archive/242/56051/>.
2. Алексеева М.А., Екимова Е.В., Колодько В.Г. ва бошқалар. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик // Репродуктив муаммолар 2015;3:7-14.
3. Аюпова Ф.М., Джаббарова Ю.К., Гинекология. Дарслик. Тошкент. 2010: 206 б.
4. Кира Е.Ф. // Гинекологик касалликларни ташхислаш ва даолашда замонавий технологиялар / В.И.Кулаков, Л.В. Адамян таҳр. – М.: ПАНТОРИ. 2015: 29-31.
5. Пересада О.А. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик//Тиббиёт янгиликлари. – 2016; (1) 2: 7-17
6. Фетищева Л.Е., Ушакова Г.А., Бачадондан ташқари ҳомиладорлик: хавф омиллари, фертиллик ташхиси ва тикланиши //«Клиник тиббиёт» журнали//2017.№1 С. 64-71. Кемерово ш.
7. Faioli R, Berretta R, Dall'Asta A, Di Serio M, Galli L, Monica M, Frusca T. Endoloop technique for laparoscopic cornuectomy: a safe and effective approach for the treatment of interstitial pregnancy. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2016; 42(8): 1034-1037. doi: 10.1111/jog.13005.
8. Grindler NM, Ng J, Tocce K, Alvero R. Considerations for management of interstitial ectopic pregnancies: two case reports. J. Med. Case Rep. 2016; 10: p106-114. doi: 10.1186/s13256-016-0892-9.
9. Gudu W, Bekele D. A pre-operatively diagnosed advanced abdominal pregnancy with a surviving neonate: a case report. J. Med. Case Rep. 2015; 9: p228-233. doi: 10.1186/s13256-015-0712-7.

**COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АЁЛЛАРДА ҲОМИЛАДОРЛИК, ТУҒРУҚ  
КЕЧИШИ ВА ҲОМИЛАНИНГ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ****З. М. Усмонова, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, Ф. И. Ганиев, Д. Т. Раббимова**  
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон**Таянч сўзлар:** коронавирус, COVID-19, касаллик, ҳомиладорлик, туғруқ, зотилжам.**Ключевые слова:** коронавирус, COVID-19, заболеваемость, беременность, роды, пневмония.**Key words:** coronavirus, COVID-19, morbidity, pregnancy, complications, pneumonia.

2019 йил декабр ойдан бери барча янгиликларда бўлган глобал муаммо – бу янги коронавирус инфекцияси. Бу вирусга Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти томонидан COVID-19 номи берилди. Вирус ҳақидаги маълумотлар, шунингдек инфекциянинг патогенези тўлиқ ўрганилмаган. Тадқиқотнинг мақсади: Самарқанд вилояти ҳудудида короновирус инфекцияси COVID-19 билан касалланган ва касалхонадан ташқари пневмония билан асоратланган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг ва туғруқнинг кечишини қиёсий баҳолаш. Текширув материаллари ва усуллари: тадқиқотда 50 нафар аёлда ҳомиладорлик давомийлиги ва 22 нафарда туғруқдан кейинги туғруқ натижалари баҳоланди. Клиник белгилари ўрганилди. Натижалар: кузатилган туғруқ жараёнлари таҳлил қилинганда ҳомилани кесар кесиш йўли билан ёки табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олишнинг қайси бири афзалроқ эканлиги ҳақида ишончли маълумот олинмади. Хулоса: COVID-19 инфекцияси ҳомиладорликка жиддий таъсир кўрсатади ва касаллик қанчалик эрта ва оғир кечса ҳомила томондан ёмон асоратли оқибатларга сабаб бўлади.

**ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЯ ПЛОДА У ЖЕНЩИН С COVID-19****З. М. Усмонова, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, Ф. И. Ганиев, Д. Т. Раббимова**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Узбекистан

Глобальная проблема, о которой идет речь во всех новостях, начиная с декабря 2019 г. – это новая коронавирусная инфекция. COVID-19 – имя, присвоенное данному вирусу Всемирной Организацией Здравоохранения. Сведения о вирусе, равно как и патогенез инфекции являются малоизученными изучены. Цель исследования: сравнительная оценка течения беременности и родов у беременных с коронавирусной инфекцией COVID-19 в Самаркандской области, осложненной внебольничной пневмонией. Материалы и методы исследования. В ходе исследования оценивалась продолжительность беременности у 50 женщин и результаты послеродового периода у 22 женщин. Изучены клинические признаки и проанализированы лабораторные показатели. Результаты: При анализе наблюдаемых родовых процессов не было получено достоверных данных о том, что предпочтительнее родить путем кесарева сечения или естественных родов. Вывод: инфекция COVID-19 серьезно влияет на беременность, и чем раньше и тяжелее заболевание, тем хуже со стороны плода.

**ASSESSMENT OF THE COURSE OF PREGNANCY, CHILDBIRTH AND THE CONDITION  
OF THE FETUS IN WOMEN WITH COVID-19****Z. M. Usmonova, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, F. I. Ganiev, D. T. Rabbimova**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

The global problem that involved in all news starting from December 2019 is a new coronavirus infection. COVID-19 is the name assigned to this virus by the World Health Organization. Information about the virus as well as the pathogenesis of infection is poorly understood. The research purpose: comparative assessment of the course of pregnancy and childbirth in pregnant women with coronavirus infection COVID-19 in the Samarkand region, complicated by community-acquired pneumonia. Materials and research methods. The study assessed the duration of pregnancy in 50 women and the results of the postpartum period in 22 women. Studied clinical signs and analyzed laboratory parameters. Results: When analyzing the observed birth processes, there was no reliable data that it is preferable to give birth by caesarean section or natural childbirth. Conclusion: COVID-19 infection seriously affects pregnancy, and the earlier and more severe the disease, the worse on the part of the fetus.

**Кириш.** COVID-19 пандемияси дунёнинг аксарият мамлакатларида инсоният ва соғлиқни сақлаш тизимлари учун жиддий синов бўлди. Бу инфекция олдини олиш бўйича давлат даражасида кўрилган чораларга қарамай, дунёда тез тарқалди. Инсонларнинг энг заиф тоифаси кексалар, ҳомиладор аёллар улардан кейинги ўринда туради. Иммуниетет реактивлиги паст бўлгани учун улар бошқаларга қараганда оғир асоратларга кўпроқ мойил бўладилар. [1,2,3,4]. Хитой олимларининг 20.01.2020 йилдан 31.01.2020 йилгача ўтказган тадқиқотида 9 нафар аёлда ҳомиладорлик натижалари таҳлил қилинди. Ҳаммасига пневмо-

ния ташхиси қўйилди, лаборатория ва компьютер томографияси (COVID-19) билан тасдиқланган. Уларининг барчаси Ухан университети Чжуннань касалхонасига ётқизилган. Касаллик белгилари: иситма (77%), йўтал (44%), миалгия (33%), томоқ оғриғи (22%), безовталик (22%), ҳомила ҳолатидаги бузилишлар 9 та ҳолатнинг 2 тасида қайд этилган. Ҳеч бир беморда пневмониянинг оғир даражаси нафас етишмовчилиги билан учрамаган. Қўшма Штатларда коронавирус инфекциясини юқтирган 15735 ҳомиладор аёлнинг 37 нафари вафот этди, 4086 нафари касалхонага ётқизилди, 12183 нафари реанимация бўлимига ётқизилди ва 66 нафари, ўпка сунъий вентиляциясига мухтож бўлган [1,2,5,6].

Шуни таъкидлаш керакки, ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан бошлаб, ҳомиладор бачадоннинг катталашishi ҳисобига диафрагма юқорига кўтарилди ва нафас олиш қийинлашади. Организмнинг кислородга бўлган эҳтиёжи ошиб, ўпкалар функциясини кучайтириш зарурати пайдо бўлади. [3]. Маълумки SARS-CoV-2 ҳар хил атроф-муҳит объектларида 3 кун давомида яшашга қодир. SARS-CoV-2 вирусини касал одамнинг нажасидан олиш мумкин, шунинг учун вирусни фекал-орал йўл билан юқиш механизмини инкор этиб бўлмайди [3,4].

Бугунги кунга қадар бир қатор олимларнинг ишлари коронавирус инфекциясининг онадан ҳомилага вертикал юқиш йўлини тасдиқламаган [1,3]. Бироқ баъзи нашрларда COVID-19 билан касалланган ҳомиладор аёлларни кесар кесиш операцияси орқали туғилган чақалоқлар коронавирус инфекцияси билан туғилиши ҳақида хабар берилди [4,6]. Шу билан бирга бундай вазиятда операция хонаси ҳавоси орқали болага инфекция юқиши мумкинлиги инкор этилмайди. Шу сабабли туғруқ пайтида ва ундан кейин ҳар қандай респиратор вирусли инфекцияни юқтиришни олдини олиш бўйича қатъий чораларни кўриш жуда муҳимдир [2]. Ўткир респиратор вирусли касалликлар ва гриппнинг кўзгатувчилари, қоида тариқасида, юқори нафас олиш тизимининг шиллиқ қаватига таъсир қилади. Бундан ташқари, коронавируслар тезда ўпка алвеолаларини зарарлайди. Касаллик ривожланишининг бошида, иммунитет тизимининг етарли даражада жавоб бермаслиги билан, организмнинг тўсиқ вазифаси бузилади ва вируслар бутун танага қон оқими билан тарқалади [1,6].

Бундан ташқари, нафақат вируслар, балки бактериялар (*Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* ва бошқалар) нинг нафас йўлларида ва бошқа органларда тез колонизацияланиши пневмококк, стафилококк, гемофил ва бошқа инфекцияларнинг қўшимча ривожланишига ёрдам беради. Бронхит, пневмония, отит, синусит, миокардит, полиневрит, плацентит, сепсис, гайморит ва бошқалар каби асоратларни келтириб чиқаради. SARS-CoV-2 вируси қон айланиш тизими ёки этмоид суяк пластинкаси (*lamina cribrosa*) орқали тарқалиши аниқланди. Коронавирус инфекциясига чалинган беморда касалликнинг дастлабки босқичида ҳид сезишдаги ўзгаришлар (*giposmiya*) марказий асаб тизимининг шикастланишини кўрсатиши мумкин [4,5]. COVID-19 нуклеокапсид оқсили касал одамнинг ошқозон, ўн икки бармоқли ичак ва тўғри ичак эпителий хужайралари цитоплазмасида ҳам учрайди [6]. Бошқа томондан, касалликнинг ривожланиши билан SARS-CoV-2 вирусларини ўпка алвеолаларига киритишда яллиғланиш реакциясининг юқори фаоллиги лимфоцитлар томонидан “цитокин бўрони“ деб номланадиган, бошқариб бўлмайдиган цитокинлар ишлаб чиқаришига олиб келади [3]. Янги коронавирус инфекцияси билан касалланган ҳомиладор аёлларда кузатилган асосий клиник симптомлар қуйидагилардир: иситма 87,5% ҳолларда учрайди, йўтал (53,8%), чарчоқ (22,5%), миалгия (16,3%), нафас қисилиши (11,3%), диарея (8,8%), томоқ оғриғи (7,5%), шунингдек ўткир нафас етишмовчилигини ўз ичига олган пневмония. Ҳомиладорликнинг асоратлари қуйидагилардан иборат эди: ҳомила тушиши (2%); ҳомила ривожланишдан ортда қолиши (10%), ҳомила дистресс синдроми (10,7%), муддатдан олдинги туғруқ (21,3-39,0%). Ҳомиладор аёлларнинг 91 фоизида туғруқ турли хил кўрсатмалар бўйича кесар кесиш операцияси орқали амалга оширилди. Юқорида санаб ўтилган симптомларнинг намоён бўлиши касалликнинг 6-8 кунда аниқланади [6,4].

Касаллик иситма, йўтал, чарчоқ каби белгилар билан бошланиб, оғир даражаларида

пневмония кузатилади ва балғам ажралиши, бош оғриши, нафас қисилиши, диарея, қон ту-пуриш, лимфопения белгилари кўшилади. Кўкрак қафаси органларининг компютер томо-графияси (КТ) маълумотлари пневмония ташхисини тасдиқлайди, аммо баъзиларда ўткир нафас етишмовчилиги, ўткир юрак етишмовчилиги каби кам учрайдиган белгилар ҳам куза-тилган. Бундан ташқари COVID-19 инфекциясини кўрсатадиган лаборатор текширувларда лимфопения, узоқ муддатли протромбин вақти (РТ), лактат дегидрогеназа (ЛДГ), аланин аминотрансфераза (АЛТ), аспартат аминотрансфераза (АСТ), Д-димерлар, нейтрофилия, эозинофилия, юкори даражали С-реактив оксил ва тропонинлар топилган. Тропонин дара-жасининг ошиши юрак тўқималарида инфилтрат борлигини кўрсатади. Полимераза занжир реакцияси (ПЗР) COVID-19 диагностикаси учун олтин стандарт бўлиб қолади [1,4,5,].

**Тадқиқотнинг мақсади:** Самарқанд вилояти худудида короновирус инфекцияси COVID -19 билан касалланган ва касалхонадан ташқари пневмония билан асоратланган аёл-ларда ҳомиладорликнинг ва туғруқнинг кечишини қиёсий баҳолаш.

**Текширув материаллари ва усуллари:** тадқиқотда 50 нафар аёлда ҳомила-дорлик давомийлиги ва 22 нафарида туғруқдан кейинги туғруқ натижалари баҳоланди. Касаллик-нинг ўзига хос ва хос бўлмаган белгилари ўрганилди. Лаборатор кўрсаткичлари таҳлил қилинди. Текширувда энг муҳим восита компютер томографияси бўлиб, у бизга ўпка тўқимасининг шикастланиш даражасини аниқлашда аниқ хулосаларни берди. Доплеромет-рия текшируви орқали киндик ва ўрта мия артериялари оқими диққат билан таҳлил қилин-ди.

**Натижалар:** Ноқулай эпидемиологик вазият туфайли Самарқанд вилояти Перинатал марказида янги короновирус ташхиси қўйилган ва шу жумладан пневмония билан касаллан-ган ҳомиладор аёлларни, туғруқдан кейинги аёлларни, касаллар билан контактда бўлган ва ушбу касалликка шубҳа қилинган аёлларни қабул қилиш учун алоҳида бўлим ташкил қилинди. Бу даврда биз янги короновирус ташхиси қўйилган 50 нафар беморда ҳомиладор-лик ва туғруқ жараёнлари натижаларини таҳлил қилдик. Ҳомиладор аёлларнинг ўртача ёши 18-40 ёшни ташкил қилди. Кузатувдаги беморлар 3 гуруҳга бўлиб ўрганилди: 1-гуруҳ (асосий) (n = 20) Covid-19 билан касалланган ҳамда оғир пневмония асоратлари кузатилган ва кесар кесиш йўли билан ҳомила олинган ҳомиладор аёллар, 2-гуруҳ (n = 10) Covid-19 би-лан касалланган аёлларда ҳомила антенатал ўлими ва ҳомиланинг ривожланмаганлиги куза-тилган беморлар, 3-гуруҳ (назорат гуруҳи) (n = 20) Covid-19 билан касалланган ва табиий туғруқ йўллари орқали туққан беморлар. Касалликнинг энгил даражасида 7-8 балл билан 33 нафар (66%) чақалоқ, ўрта оғир даражасида 5-6 балл билан 4 нафар (8%) чақалоқ, оғир дара-жасида 2-3 балл билан 3 нафар (6%) чақалоқ туғилди ва касалликнинг ўта оғир даражасида 10 нафар (20%) ҳомиланинг антенатал ўлими кузатилди. SARS-CoV-2 билан касалланган 50 нафар ҳомиладор аёллардан 30 нафарида (60%) физиолик туғруқ, 20 нафарида (40%) кесар кесиш йўли билан туғруқ кузатилди, сабаб пневмониянинг турли босқичлари, бачадон чандиғи, преэкламсия оғир даражаси бўлди. Янги туғилган чақалоқларга тиббий ёрдам кўрсатиш эпидемияга қарши чора тадбирларга қатъий риоя қилинган шароитда амалга оши-рилди. Оғир аҳволдаги чақалоқларга реанимация ёрдами кўрсатилди. Ҳамма болалар COVID-19 инфекциясида гумон қилиниб, ҳаётининг биринчи ва учинчи кунларида оғиз-ҳалқумдан суртма олиниб COVID-19га текширилди. Барча чақалоқлар ижобий вазн билан чиқарилди.

**Хулоса.** Тадқиқот натижаларидан келиб чиқиб шуни айтиш керакки, Covid-19 да пнев-мония асоратлари кузатилган аёлларда ҳомиладорлик оғирроқ кечди. Уларнинг 10 нафарида (20%) ҳомиланинг антенатал ўлими кузатилди, 20 нафарида (40%) кесар кесиш йўли билан туғруқ кузатилди, бунга сабаб пневмониянинг турли шакллари, бачадон чандиғи, преэ-кламсия оғир даражаси сабаб бўлди.

**Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Абдукадирова Н. Б., Раббимова Д. Т., Хаятова З. Б. The role of connective tissue dysplasias in pathology of various body systems // *Journal of Siberian Medical Sciences*. – 2020. – №. 3. – С. 126-135
2. Вуколова В. А. и др. Оценка течения беременности, родов и состояния плода у женщин с Covid-19 // *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. – 2020. – Т. 14. – №. 6.
3. 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
4. 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.
5. Ковальчук А. С., Кучерявенко А. Н. Течение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у беременной (клинический случай) // *Журнал инфектологии*. – 2020. – Т. 12. – №. 3. – С. 75-79.
6. 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.
7. Chan J. F.-W., Yuan S., Kok K.-H. et al. A Familial Cluster of Pneumonia Associated with the 2019 Novel Coronavirus Indicating Person-To-Person Transmission a Study of a Family Cluster // *Lancet*.2020. Vol. 395, Is. 10223. P. 514–523.
8. Chen H, Guo J, Wang C et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet* 2020; 395(10226): 809–15.
9. Shamsiyev A. M., Rabbimova D. T. Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis // *Voprosy nauki i obrazovaniya*. – 2017. – С. 152.

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМОЙ, БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

М. О. Фазилова, С. Н. Султанов

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан  
Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** неразвивающаяся беременность, тонкий эндометрий, аутологичная плазма богатая тромбоцитами.

**Tayanch so'zlar:** rivojlanmagan homiladorlik, yupqa endometriy, autolitik trombositlarga boy plazma.

**Key words:** non-developing pregnancy, thin endometrium, autologous platelet-rich plasma.

Эндометрий – один из основных факторов беременности. Патология эндометрия приводит к нарушению его секреторной трансформации, поражению рецептивного аппарата, дефектам имплантации оплодотворенной яйцеклетки, что клинически проявляется бесплодием или неразвивающейся беременностью в I половину беременности [Сидельникова В.М., 2010]. В это исследование были включены десять пациентов с тонким эндометрием, 2 и более неразвивающейся беременностью в анамнезе. Проведена внутриматочная инфузия плазмой богатой тромбоцитами. Оценивали толщину эндометрия. У всех пациентов толщина эндометрия увеличилась после инфузии плазмой богатой тромбоцитами. Пять пациенток были беременны. Согласно этому исследованию, возможно, что плазма богатая тромбоцитами эффективна для восстановления эндометрия у пациенток с неразвивающейся беременностью в анамнезе.

## RIVOJLANMAY QOLGAN HOMILADORLIKDAN SO'NG ENDOMETRIYNI OTOLOGIK TROMBOTSITLARGA BOY PLAZMA BILAN QAYTA TIKLASH

М. О. Fazilova, S. N. Sultanov

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston  
Respublika perinatal markazi, Toshkent, O'zbekiston

Endometriya homiladorlikning asosiy omillaridan biridir. Endometriya patologiyasi uning sekretor transformatsiyasining buzilishiga, retseptiv apparatning shikastlanishiga, urug'langan tumum xujayraning implantatsiyadagi nuqsonlarga olib kelib, bu homiladolikning birinchi yarmida bepushtlik yoki rivojlanmagan homiladorlik bilan namayon bo'ladi (Sidelnikova V.M. 2010). Quyidagi tadqiqotda anamnezida 2 va undan ortiq rivojlanmagan homiladorlik bilan namayon bo'lgan yupqa endometriy bilan 10 ta ayol tanlab olindi. Bachadon ichiga kateter orqali trombositlarga boy plazma yuborilib endometriya qalinligi baholandi. Plazmadan so'ng barcha bemorlarda endometriya qavati qalinlashdi. 10 ta ayoldan 5tasida homiladorlik kuzatildi. Ushbu tadqiqotga ko'ra, trombositlarga boy plazma, rivojlanmagan homiladorlikni o'tkazgan bemorlar endometriya qalinligini tiklash uchun samarali usullardan biri deb hisobladik.

## RESTORATION OF THE ENDOMETRIUM WITH PLATELET RICH AUTOLOGICAL PLASMA AFTER NON-DEVELOPING PREGNANCY

М. О. Fazilova, S. N. Sultanov

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan  
Republican Perinatal Center, Tashkent, Uzbekistan

The endometrium is one of the main factors in pregnancy. The pathology of the endometrium leads to a violation of its secretory transformation, damage to the receptive apparatus, defects in the implantation of a fertilized egg, which is clinically manifested by infertility or undeveloped pregnancy in the first half of pregnancy (Sidelnikova V.M., 2010). This study included ten patients with thin endometrium, 2 or more non-developing pregnancies in history. An intrauterine infusion of platelet-rich plasma was performed. The thickness of the endometrium was assessed. In all patients, endometrial thickness increased after infusion with platelet-rich plasma. Five patients were pregnant. According to this study, platelet-rich plasma appears to be effective in restoring the endometrium in patients with a history of non-developing pregnancies.

**Введение:** Эндометрий - один из основных факторов при имплантации и беременности. Частота наступления беременности увеличивается с увеличением толщины эндометрия [1]. В нескольких исследованиях минимальная толщина эндометрия при наступлении беременности составляла 7 мм [El-Toukhyetal., 2008; Richteretal., 2007]. Для тонкого эндометрия использовались расширенное лечение эстрогенами [2] и адьювантная терапия, такая, как низкие дозы аспирина, вагинальный силденафил, пентоксифиллин, но доказательной базы в отношении этого лечения нет [Baradetal. al., 2014; Changetal., 2015; Eftekharetal., 2014; Gle-

cheretal., 2013; Groenewoudetal., 2013; Lebovitz&Orvieto, 2014; Xuetal., 2015].

Внутриматочная инфузия плазмы, богатой тромбоцитами (PRP), - это новый подход, который был предложен для лечения тонкого эндометрия (Changetal., 2015). PRP - это плазма крови, приготовленная из свежей цельной крови, обогащенной тромбоцитами [5]. Она собирается из периферических вен и содержит несколько факторов роста, таких как фактор роста эндотелия сосудов (VEGF), фактор роста эпидермиса (EGF), фактор роста тромбоцитов (PDGF), трансформирующий фактор роста (TGF) и другие цитокины, которые стимулируют пролиферацию и рост. В последнее время PRP использовался при нескольких медицинских состояниях [3] в офтальмологии, ортопедии, хирургии и заживлении ран, но его эффективность в отношении роста эндометрия полностью не выяснена [El-Anwaretal., 2016; Leeetal., 2016; Maria-Angelikietal., 2015; Пикард и др., 2015; Roncietal., 2015; Росси etal., 2016; Садабад и др., 2016].

**Целью этого исследования** было оценить эффективность внутриматочной инфузии PRP в лечении тонкого эндометрия и при невынашивании.

**Методы исследования:** в исследование были включены десять пациентов. Они соответствовали следующим критериям включения: (1) возраст моложе 40 лет и базальный уровень ФСГ в сыворотке <10 МЕ/л; (2) 2 и более неразвивающихся беременности без резуль- тативной прегравидарной подготовки; (3) отсутствие явных внутриматочных спаек при диагностической гистероскопии; (4) отсутствие подслизистой миомы матки или полипов эндо- метрия; (5) отсутствие в анамнезе гематологических нарушений (например, лейкопении, тромбоцитопении и др.).

Пациенты были исключены, если у них в анамнезе были тяжелый эндометриоз и аде- номиоз. Толщина эндометрия измерялась в самой толстой части при ультразвуковом иссле- довании вагинальным датчиком в частной клинике Ayol care г. Ташкента, с июня 2021 г. до сентября 2021 г. При подготовке к процедуре у всех больных проводилось полное клинико - инструментальное обследование и лечение воспалительных процессов [6]. Проводилось трансвагинальное УЗИ и измерялась толщина эндометрия.

Для повышения эндометриальной рецептивности проводилась штрих-биопсия, скерт- чинг (от англ. scratch - царапина) при гистероскопии [Huang S. etal., 2011 I; Potdar N. etal., 2012], на 9-й день менструального цикла. PRP была проведена на 11-12-е сутки у всех паци- ентов из-за тонкого эндометрия и повторилась на 13-14-е сутки.

PRP была приготовлен из аутологичной крови с использованием двухэтапного процес- са центрифугирования. На 9-й день менструального цикла 17,5 мл периферической веноз- ной крови было набрано в шприц, содержащий 2,5 мл раствора антикоагулянта, и немедлен- но центрифугировано при 1200 об / мин. в течение 12 мин для отделения красных кровяных телец. Плазму снова центрифугировали при 3300 об/мин в течение 7 мин для получения PRP. Затем 0,5 мл PRP вводили в полость матки с помощью маточного катетера. Первич- ным результатом был рост эндометрия, а вторичным - были химические и клинические при- знаки беременности, наличие сердцебиения плода при трансвагинальном ультразвуковом исследовании, которое было зарегистрировано через 5 недель после зачатия.

**Результаты.** 10 пациентов были включены в исследование, в анамнезе у которых бы- ла неразвивающаяся беременность и тонкий эндометрий. Перед началом цикла аномалий полости матки не выявлено. Два участника в прошлом проходили терапевтическую резекто- скопическую гистероскопию из-за синдрома Ашермана и миомы. Все участники нуждались в PRP в циклах лечения из-за недостаточного роста эндометрия. Толщина эндометрия уве- личилась через 48 часов после первой PRP и достигла более 8 мм после второй PRP у всех пациентов. Шесть пациенток были беременны, у пятерых из них беременность протекала нормально.

PRP - это аутологичная плазма крови, которая обогащена тромбоцитами примерно в 4- 5 раз больше [7], чем циркулирующая кровь. PRP может стимулировать пролиферацию и регенерацию с помощью большого количества факторов роста и цитокинов, включая PDGF,



TGF, VEGF, EGF, фактор роста фибробластов (FGF), инсулиноподобный фактор роста I, II (IGF I, II), интерлейкин 8 (IL 8) и фактор роста соединительной ткани (CTGF) [4]. В настоящее время инфузия PRP все чаще используется в нескольких областях медицины, таких как повреждение нервов, остеоартрит, хронический тендинит, восстановление и регенерация костей, сердечной мышцы, алопеция, пластическая хирургия и хирургия полости рта, но имеется ограниченный опыт в гинекологии и акушерстве [Alcarazetal., 2015; Borrioneetal., 2010; Pateletal., 2016; Yuetal., 2011].

Чанг впервые сообщил об эффективности внутриматочной инфузии PRP для роста эндометрия у женщин с тонким эндометрием. В этом испытании PRP вводили 5 женщинам с неадекватным эндометрием, у которых был плохой ответ на традиционную терапию. Во всех из них был зарегистрирован надлежащий ответ на лечение, а нормальная беременность была зарегистрирована у 4 женщин [Changetal., 2015].

Результаты нашего исследования показали эффективность PRP на рост эндометрия. Адекватный рост эндометрия был обнаружен у всех участников после двух инфузий PRP. В настоящее время имеется ограниченное количество свидетельств на этот счет. Следовательно, мы предлагаем дальнейшие клинические испытания в этом контексте. PRP - это безопасная процедура с минимальным риском передачи инфекционных заболеваний и иммунологических реакций, так как она производится из аутологичных образцов крови.

Обсуждение. В этом исследовании мы изучили эффекты PRP - вливание PRP в матку, что значительно улучшает толщину эндометрия, частоту клинической беременности. Повторное выскабливание матки приводит к травмам и хроническому воспалению эндометрия. Функциональное нарушение или механическое повреждение ответственны за снижение регенеративной активности эндометрия и усиление неудач имплантации или нарушения питания эмбриона, которые приводят к его гибели. В нашем исследовании эндометрий всех 10 пациентов плохо реагировал на гормональное лечение. Общепринятая минимальная толщина эндометрия составляет 6 мм в конце фолликулярной фазы, поэтому мы использовали границу в 7 мм для диагностики тонкого эндометрия [18].

**Заключение:** Согласно проведенных нами исследованиями, PRP эффективна для роста эндометрия у пациентов с тонким эндометрием.

#### Использованная литература:

1. Результаты программ вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с «тонким» эндометрием / Абдурахманова Н.Ф., Гвоздева А.Д., Зиганшина М.М., Долгушина Н.В. // Гинекология. – 2019. – Т.21, № 1. – С. 23-27.
2. Рецептивность «тонкого» эндометрия у пациенток в программах вспомогательных репродуктивных технологий / Куликова Г.В., Абдурахманова Н.Ф., Файзуллина Н.М., Асатурова А.В., Щеголев А.И., Зиганшина М.М., Долгушина Н.В. // Акушерство и гинекология. – 2019. № 10 – С. 100-107.
3. М. М Нормухаммедова, С. Т. Джурабекова Современные подходы к неразвивающейся беременности и её реабилитации у женщин // Вестник врача, № 4, 2019. С.144-147.
4. Alcaraz J, Oliver A, Sánchez JM. Platelet-Rich Plasma in a Patient with Cerebral Palsy. Am J Case Rep. 2015;16:469-72. PMID: 26185982 DOI: <http://dx.doi.org/10.12659/AJCR.893805>
5. Barad DH, Yu Y, Kushnir VA, Shohat-Tal A, Lazzaroni E, Lee HJ, Gleicher N. A randomized clinical trial of endometrial perfusion with granulocyte colony-stimulating factor in in vitro fertilization cycles: impact on endometrial thickness and clinical pregnancy rates. Fertil Steril. 2014;101:710-5. PMID: 24424357 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.12.016>
6. Borrione P, Gianfrancesco AD, Pereira MT, Pigozzi F. Platelet-rich plasma in muscle healing. Am J Phys Med Rehabil. 2010;89:854-61. PMID: 20855985 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PHM.0b013e3181f1c1c7>
7. Chang Y, Li J, Chen Y, Wei L, Yang X, Shi Y, Liang X. Autologous platelet-rich plasma promotes endometrial growth and improves pregnancy outcome during in vitro fertilization. Int J Clin Exp Med. 2015;8:1286-90. PMID: 25785127
8. Eftekhari M, Sayadi M, Arabjahvani F. Transvaginal perfusion of G-CSF for infertile women with thin endometrium in frozen ET program: A non-randomized clinical trial. Iran J Reprod Med. 2014;12:661-6. PMID: 25469123

**КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ  
ТРАДИЦИОННОГО ПОДХОДА ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ  
ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**И. Б. Хамдамов**

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

**Ключевые слова:** грыжа, герниопластика, сетка, реконструкция брюшной стенки, женщин фертильного возраста.

**Таянч сўзлар:** чурра, герниопластика, тўр, қорин девори реконструкцияси, фертил ёшдаги аёллар.

**Key words:** hernia, hernioplasty, mesh, abdominal wall reconstruction, women of childbearing age.

Представленные в работе данные позволят практическим хирургам выбрать адекватную тактику при выборе способа герниопластики у женщин фертильного возраста, что будет способствовать улучшению результатов хирургического лечения и достоверному снижению частоты рецидивов после беременности.

**ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ҚОРИН ОЛД ДЕВОР ЧУРРАЛАРИНИ АНЪАНАВИЙ  
ДАВОЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ КЛИНИК БАҲОЛАШ**

**И. Б. Хамдамов**

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

Мақолада келтирилган маълумотлар амалиётдаги жарроҳларга туғиш ёшдаги аёлларда герниопластика усулини танлашда адекват тактикани қўллашга имкон беради, бу жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилайди ва ҳомиладорликдан кейинги қайта такрорланишни сезиларли даражада камайтиради.

**CLINICAL EVALUATION OF THE EFFICACY OF THE TRADITIONAL APPROACH TO  
THE TREATMENT OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL HERNIAS IN WOMEN OF FERTILE AGE**

**I. B. Khamdamov**

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

The data presented in the paper will allow practical surgeons to choose an adequate tactics when choosing a method of hernioplasty in women of childbearing age, which will improve the results of surgical treatment and a significant reduction in the frequency of relapses after pregnancy.

**Актуальность** проблемы ошибок и осложнений в герниологии не уменьшились в XXI веке, несмотря на появление бесспорно эффективных лечебно-диагностических способов и концепций. Многие вопросы герниологии остаются нерешёнными и спорными. Доказанным является факт необходимости использования аллопротезов не только при послеоперационных и рецидивных грыжах, но и при первично выявленных грыжах любой локализации. Недостаточно прочные ткани организма в области грыжевых ворот априори не могут быть адекватны для использования их же при пластике [1,3,5]. Использование же эндопротеза поверх укрепляемой передней брюшной стенки живота решает полностью вопрос достаточности укрепления [2,4,6,13].

Несмотря на кажущуюся очевидность преимущества аллопластики, многие хирурги являются сторонниками аутопластики, прибегая к алломатериалам лишь при невозможности закрытия дефекта собственными тканями организма [1,3,11,15].

Другие хирурги, которых в мире большинство, стремятся к проведению аллопластики при грыжах любой локализации даже маленького размера, аргументируя низким уровнем рецидивов [2,5,8,9,12,16].

По мировым данным внедрение алломатериалов в герниопластику позволило сократить частоту рецидивов грыж до до 1,8–10% [1,2,5,7,9,11,14,16]. Установка сетчатого эндопротеза позволяет избежать натяжения сшиваемых тканей в области грыжевых ворот [4,8,10].

Можно сформулировать требования к идеальному аллотрансплантату для герниопластики: структура из биологически совместимого материала, сетчатая структура с плетением из монофиламентной нити, размер пор 1-3 мм, биологически не разлагаемый в течение все-

го времени присутствия в организме, антиадгезивный.

К глубокому сожалению, алломатериал, обладающий всеми вышеперечисленными свойствами, пока не создан.

Резюмируя все вышеизложенное, ясно, что история герниологии прошла сложный путь становления от калечащих до высокотехнологичных операций с использованием различных полимерных аллотрансплантатов. Несмотря на огромное количество исследований и экспериментальных моделей, посвященных различным аспектам герниопластики и видам эндопротезов, открытыми остаются вопросы показаний применения того или иного вида оперативного вмешательства в каждом индивидуальном случае для женщин фертильного возраста, выбор оптимального вида протеза, поиск новых синтетических материалов и модификация имеющихся. Все это диктует своевременность и актуальность проводимого нами исследования.

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения женщин фертильного возраста с грыжами передней брюшной стенки путем обоснования дифференцированного подхода к выбору метода аллогерниопластики.

**Материал и метод исследования.** Анализ подвергнуты результаты хирургического лечения 82 больных с грыжами передней брюшной стенки, находившихся на стационарном лечении за период с 2013 по 2016 годы. Из них 42 пациентки находились в 1 хирургическом отделении Бухарского областного многопрофильного медицинского центра и 40 – в отделении торакоабдоминальной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии.

**Результаты исследования.** Все больные были оперированы в плановом порядке. Приступая к анализу хирургического лечения наружных грыж живота, мы ориентировались на такие критерии, как частота и тяжесть послеоперационных осложнений, динамика изменений клинко-лабораторных показателей.

Клиническая картина заболевания во всех наблюдениях характеризовалась наличием грыжевого выпячивания, у 12 (14,1%) пациенток наблюдались различные диспепсические явления. Общее состояние во всех случаях оценивалось как удовлетворительное, температура тела не превышала нормальных значений, гемодинамических и респираторных сдвигов не отмечалось.

При оценке локального статуса у всех пациентов был положительный симптом «кашлевого толчка». Размеры грыжевых ворот колебались от 2 до 10 см. Средний размер грыжевых ворот составил  $4,5 \pm 1,7$  см. У 80 (97,6%) больных грыжа была однокамерная. Лишь в 2 (2,4%) случаях у больных с послеоперационными грыжами были по две камеры размерами до 5,0 см.

Средние показатели лабораторных анализов были в пределах нормальных значений. Показатели лейкоцитов крови были от 5,3 до  $10,4 \cdot 10^9$ /л (в среднем  $6,5 \pm 1,1 \cdot 10^9$ /л); СОЭ – от 5,5 до 13,4 мм/ч ( $9,8 \pm 1,5$  мм/ч); гемоглобин – от 87 до 115 г/л ( $107,3 \pm 10,8$  г/л). В биохимических анализах крови показатели АЛТ колебались от 0,44 до 0,78 мкмоль/л ( $0,64 \pm 0,14$  мкмоль/л), АСТ – от 0,48 до 0,84 мкмоль/л ( $0,66 \pm 0,15$  мкмоль/л), билирубин – от 10,0 до 20,5 ммоль/л ( $15,5 \pm 2,5$  ммоль/л), общего белка – от 59,5 до 75,0 г/л ( $63,3 \pm 5,1$  г/л).

Из 52 (63,4%) пациентов с паховыми грыжами в 50 (61,0%) наблюдениях было произведено грыжесечение с пластикой по Жирару-Спасокуоцкому со швами Кимбаровского с одной стороны, 2 (2,4%) пациентам операция выполнена с обеих сторон. Из 17 (20,7%) женщин с пупочными грыжами в 14 (17,0%) случаях была произведено грыжесечение с пластикой по Сапежко, в 3 (3,7%) наблюдениях – пластика по Мейо. Из общего числа больных с пупочными грыжами у 2 (2,4%) пациентов выполнена симультанно лапароскопическая холецистэктомия, у 1 (1,3%) – лапароскопическая цистэктомия. 7 (8,5%) больным с грыжами белой линии живота выполнена пластика грыжевых ворот по Сапежко. В 6 (7,3%) случаях пациенткам с послеоперационными грыжами выполнено грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по Вознесенскому.

Таблица 1.

**Показатели общего анализа крови в контрольной группе.**

Исход	Исход	1 сутки	3 сутки	5 сутки
Лейкоциты	6,3±1,3	6,5±1,2	6,3±1,0	6,0±0,9
t-Стьюдента		0,113	0,000	0,190
Гемоглобин	104,7±8,7	102,5±9,4	106,6±9,0	109,2±8,4
t-Стьюдента		0,172	0,152	0,372
СОЭ	10,1±1,3	9,7±1,6	9,4±1,2	9,5±1,2
t-Стьюдента		0,194	0,396	0,339

Таблица 2.

**Биохимические показатели крови в контрольной группе.**

Показатель	Исход	5 сутки	10 сутки
АЛТ	0,68±0,16	0,60±0,17	0,62±0,15
t-Стьюдента		0,343	0,274
АСТ	0,67±0,18	0,61±0,13	0,65±0,12
t-Стьюдента		0,270	0,092
Билирубин	15,2±2,1	15,0±1,9	14,3±1,8
t-Стьюдента		0,071	0,325
Общий белок	64,2±4,2	62,5±3,7	63,5±3,8
t-Стьюдента		0,304	0,124

В послеоперационном периоде показатели общего анализа крови особых изменений не претерпевали, за период наблюдения достоверных отличий от исходного значения не отмечалось (табл. 1).

Аналогичная динамика отмечалась и в показателях биохимических анализов крови. Как индивидуальные, так и средние показатели по группе были в пределах нормальных значений и в динамике лечения особых изменений не претерпевали (табл. 2).

Продолжительность стационарного лечения колебалась от 3 до 10 дней, составляя в среднем 4,2±1,9 дней.

Частота ранних послеоперационных хирургических осложнений составила 13,4% (11 наблюдений). В 7 (8,5%) случаях отмечено скопление экссудата в остаточной полости раны – серомы послеоперационной раны. Во всех наблюдениях проведена эвакуация жидкости и консервативная терапия в стационарных условиях. После выписки из стационара продолжительность амбулаторного этапа лечения пациенток колебалась от 6 до 19 дней. У 1 (1,2%) больной на 3-е сутки после операции развилась гематома в средней части послеоперационной раны в паховой области. Возможной причиной развития данного осложнения был неполноценный гемостаз во время операции. Был распущен один шов и опорожнена гематома в объеме около 30 мл. На фоне проводимой терапии в стационарных, и в последующем, в амбулаторных условиях отмечено первичное заживление послеоперационной раны. У 1 (1,2%) пациентки с послеоперационной грыжей на фоне серомы раны отмечен некроз краев раны. В амбулаторных условиях проведено иссечение краев раны в наложении вторичных швов. Продолжительность амбулаторного лечения составила 29 дней. В 2 (2,4%) случаях отмечено подкожное нагноение послеоперационной раны. Локальная санация раны с удалением гноя и ежедневными мазевыми перевязками способствовала очищению раны и появлению грануляционной ткани, что позволило на 19 и 25 сутки после операции наложить вторичные швы в амбулаторных условиях.

Среди общих осложнений в раннем послеоперационном периоде у 1 (1,2%) больной после операции по поводу грыжи белой линии живота послеоперационный период осложнился развитием пневмонии. Проведение соответствующей консервативной терапии позволило выписать пациентку на 10-е сутки после хирургического вмешательства (табл. 3).

В отдаленном периоде до 4 лет у всех наблюдаемых наступила беременность, которая завершилась родами. Следует отметить, что в 14 (17,1%) случаях родоразрешение осу-

Таблица 3.

**Клинические результаты в контрольной группе.**

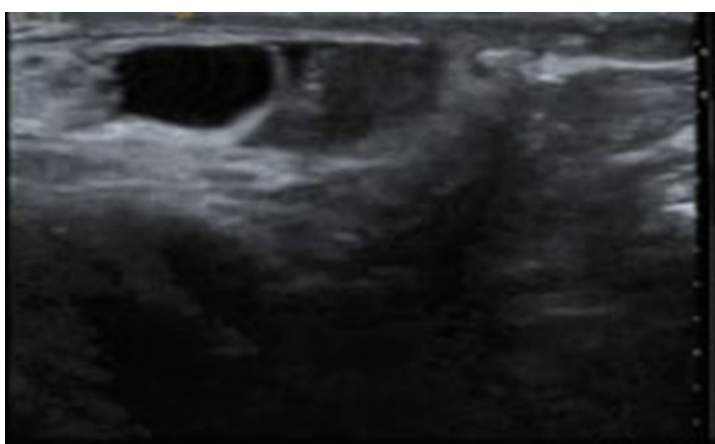
Характер осложнений	n	В %
<b>Ранние хирургические осложнения</b>	<b>11</b>	<b>13,4±2,8</b>
Серома послеоперационной раны	7	8,5±2,3
Раневая гематома	1	1,2±0,9
Некрозы окружающих тканей	1	1,2±0,9
Нагноения послеоперационной раны	2	2,4±1,3
<b>Ранние общие осложнения</b>	<b>1</b>	<b>1,2±0,9</b>
Послеоперационная пневмония	1	1,2±0,9
<b>Поздние хирургические осложнения</b>	<b>7</b>	<b>8,5±2,3</b>
Рецидив грыжи	7	8,5±2,3
В том числе отмечено ущемление грыж	2	2,4±1,3
<b>Итого осложнений</b>	<b>19</b>	<b>23,2±3,5</b>

шествовано посредством кесарева сечения. У 7 (8,5%) больных в различные сроки беременности и в послеродовом периоде до 1,5 лет отмечался рецидив грыжи. Причем, в 2 (2,4%) наблюдениях развилось ущемление грыжи, что потребовало выполнения экстренной операции. Остальные 5 (6,1%) пациенток были оперированы в плановом порядке.

*Клинический пример.* Больная И. 27 лет (и.б. №9403), поступила в клинику 10.09.2012 г. с жалобами на наличие грыжевого выпячивания в левой паховой области, дискомфорт и умеренные боли в этой области. Из анамнеза страдает паховой грыжей в течение 2-х лет. Со слов пациентки в последнее время начали беспокоить дискомфорт и умеренные боли в области грыжи во время физической нагрузки. Больная обратилась в нашу клинику и была госпитализирована в абдоминальное хирургическое отделение 2 клиники ТМА. При сборе анамнеза больная отметила, что детей у нее нет и она планирует беременность. Учитывая данный факт, было запланировано выполнение операции с аутопластикой без использования синтетических аллопротезов.

Общее состояние больной при поступлении удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясны, ритмичные. АД 120/70 мм.рт. ст. Пульс 80 уд/мин. Локально: Язык влажный, чистый. Живот мягкий, участвует в акте дыхания. В левой паховой области имеется грыжевое выпячивание размерами 4,0 x 3,0 см, вправимая в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика кишечника выслушивается. Стул и диурез регулярный.

В анализах крови: Общий анализ крови: гемоглобин – 106 г/л, эритроциты – 4,0x 10<sup>12</sup>/л, цветной показатель – 0,9, тромбоциты – 210 x 10<sup>9</sup>/л, лейкоциты – 6,2 x 10<sup>9</sup>/л, СОЭ – 5 мм/час.



Биохимические анализы крови: АЛТ – 0,4 ммоль/л, АСТ – 0,3 ммоль/л, билирубин – 16,0 мкмоль/л, мочевины – 6,5 ммоль/л, креатинин – 72 мкмоль/л, общий белок – 62 г/л, фибриноген – 240 мг%, этаноловый тест – отрицательный. На УЗИ: в левой паховой области отмечается расширение внутреннего пахового кольца и наличие грыжи в паховом канале. При пробе Вальсальвы отмечается пролабирование петли кишечника и части большого сальника. (рис. 1).

Рис. 1. УЗИ при паховой грыже.

Больной выставлен диагноз: Левосто-

ронняя приобретенная косая паховая грыжа.

Пациентке 11.09.2012 г. под местной анестезией произведено грыжесечение с пластикой пахового канала по Жирану-Спасокукоцкому со швами Кимбаровского. Содержимым грыжевого мешка явились петля тонкого кишечника и часть большого сальника. Послеоперационный период протекал гладко. Больная была выписана на 3-е сутки после хирургического вмешательства. Находилась в амбулаторных условиях в течение 6 дней, швы сняты на 9-е сутки после операции. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением.

Через 1,5 года пациентка забеременела. Беременность протекала без особенностей. В третьем триместре беременности больную периодически беспокоили боли в левой паховой области. Находилась под наблюдением хирургов и акушеров. В установленный срок у пациентки произошли физиологические роды. В раннем послеродовом периоде на 3-е сутки больная начала отмечать выпячивание в области послеоперационного рубца – констатирован рецидив паховой грыжи.

Через год после родов больной в плановом порядке произведена лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика.

Указанный клинический пример демонстрирует недостатки традиционной пластики паховой грыжи. Беременность является предрасполагающим фактором, а постепенное повышение внутрибрюшного давления способствует образованию грыж. К сожалению, невозможность прогнозирования рецидива грыжи, особенно при беременности, а также отсутствие конкретных рекомендаций по поводу выполнения аллопластики у женщин репродуктивного возраста, не позволяет проводить адекватную профилактику заболевания. Необходимо отметить, что большинство производителей алломатериалов считают беременность противопоказанием, а целесообразность выполнения аллогерниопластики у женщин фертильного возраста вообще выходят за рамки обсуждаемых вопросов.

**Выводы:** таким образом, проведенный анализ клинических результатов лечения пациентов в контрольной группе показал, что частота осложнений в раннем и позднем послеоперационном периодах была достаточно высокой (23,2%), но летальных случаев не отмечено. Проведенный критический анализ неудовлетворительных результатов в контрольной группе показывает недостатки тактических вопросов в возможности выполнения аллопластики у женщин репродуктивного возраста. Несмотря на сопоставимость полученных результатов традиционного лечения пациенток с литературными данными, полученные нами результаты показали ряд недостатков, что позволило наметить пути разрешения данной проблемы.

#### Использованная литература:

1. Аксельрод М.М. Результаты рандомизированного клинического исследования нового волнообразного послабляющего разреза передней стенки апоневротического влагалища прямой мышцы живота при протезирующей герниопластике "SUBLAY" по поводу срединных послеоперационных грыж / М. М. Аксельрод, А. В. Черных, Е. И. Закурдаев // Молодежный инновационный вестник. – 2018. – Т. 7, № S1. – С. 10–11.
2. Бабаев А. П. Профилактика раневых осложнений у пациентов при выполнении протезирующей герниопластики комбинированным способом / А. П. Бабаев, М. Г. Гуляев // Аспирантский вестник Поволжья. – 2014. – № 5–6. – С. 85–87.
3. С. С. Давлатов Качество жизни больных с послеоперационной вентральной грыжей в отдаленном периоде // Вестник врача, № 1, 2019. С.21-25.
4. Ермолов А. С. Послеоперационные вентральные грыжи – нерешенные вопросы хирургической тактики / А. С. Ермолов, В. Т. Корошвили, Д. А. Благовестнов // Хирургия. – 2018. – № 10. – С. 81–86.
5. З. Б. Курбаниязов, Б. А. Марданов Тактико-технические аспекты симультанных операций на органах брюшной полости и брюшной стенки у больных с вентральной грыжей // Вестник врача, № 3 (95), 2020. С.41-45. DOI: 10.38095/2181-466X-2020953-41-45
6. Belokonev V.I., Fedorina T.A., Kovaleva Z.V. et al. Pathogenesis and surgical treatment of postoperative ventral hernias // Samara: GP "Perspektiva", 2005. P. 208.

7. Hoyuela C. Incisional hernia prevention using a cyanoacrylate-fixed retrofascial mesh / C. Hoyuela, M. Juvany, M. Trias [et al.]. – Text: visual // *Cir Esp.* – 2018. – Vol. 96, № 1. – P. 35-40. doi: 10.1016/j.ciresp.2017.10.003. Epub 2017 Dec.
8. Khamdamova M. T. Ageechographic characteristics of the uterus and ovaries in women of the first and second period of middle age // *Biology and integrative medicine.* ISSN 2181-8827 2020. №2 –March- April(42).-P.75-86.
9. Khamdamova M. T. Age and individual variability of the shape and size of the uterus according to morphological and ultrasound studies // *Problems of biology and medicine.* – 2020. – №. 1. – С. 116.
10. Khamdamova M. T. Echographic features of the range of variability in the size of the uterus and ovaries in women of menopausal age using oral and injectable forms of contraception // *American Journal of Medicine and Medical Sciences* 2020, 10(8): 580-583 DOI: 10.5923/j.ajmms.20201008.09
11. Khamdamova M. T. Echographic features variability in the size and shape of the uterus and ovaries in women of the second period of adulthood using various contraceptives // *Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR)* <https://tarj.in> AJMR ISSN: 2278-4853 Vol 9, Issue 5, May, 2020 10.5958/2278-4853.2020.00128.7
12. Khamdamova M. T. Ultrasound assessment of changes in the endometrium of the uterus in women of the first and second period of middle age when using intrauterine and oral contraceptives // *Journal of biomedicine and practice special issue-2.* Tashkent-2020 issn 2181-9300 doi journal 10.26739/2181-9300
13. Khamdamova M.T., Rabiev S.N. Somatometric characteristics of pregnant women with different body types // *Europe's Journal of Psychology (EJOP)*, 2021, Vol. 17(3), P.215-220.
14. Khamdamova M. T., Tukhtasinovna K. M. Echographic features variability in the size and shape of the uterus and ovaries in women of the second period of adulthood using various contraceptives // *Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR).* – 2020. – Т. 9. – №. 5. – С. 259-263.
15. Khansa I. Optimal Pain Control in Abdominal Wall Reconstruction / I. Khansa, R. Jefferson, L. Khansa, J. E. Janis // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2018. – Vol. 142, № 3 Suppl. – P. 142S–148S.
16. Kulikovskiy V.F., Vitinskaya E.P., Soloshenko A.B. Analysis of the immediate results of treatment of patients with prosthetic plastic using mesh endoprotheses with a nanosized diamond-like carbon coating // *Fundamental research.* - 2014.-№4.- P. 91-95.
17. Kumar J.G. Incisional hernia: incidence, clinical profile, risk factors and prevention / J.G.S. Kumar, K.U. Kumar, M. Mallikarjuna [et al.]. – Text: visual // *Int Surg J.* – 2016. – Vol. 3. – P. 1292–1295.
18. Titova E. V. Study of the results of treatment of patients after xenoplasty of ventral hernias // *Collection of materials of scientific and practical conference of young scientists in the framework of the first All-Russia. weeks of science with international participation.* - Saratov, 2012. - P. 94-95.

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДИСМЕНОРЕЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19****А. С. Ходжаева, М. К. Гулямова**

Центр развития повышения квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** дисменорея, девочки-подростки, коронавирусная инфекция, пандемия COVID-19, вегетативная дисфункция, гипоменструальный синдром, фитоконплекс, стероидогенез.

**Таянч сўзлар:** дисменорея, ўсмир кизлар, коронавирус инфекцияси, COVID-19 пандемияси, вегетатив дисфункцияси, гипоменструал синдроми, фитоконплекс, стероидогенез.

**Key words:** menstrual dysfunction in adolescent girls, coronavirus infection, COVID-19 pandemic, vegetative dysfunction, hypomenstrual syndrome, phyto-complex, folliculogenesis, steroidogenesis.

В статье представлен анализ особенностей нарушения менструальной функции у девочек-подростков в условиях пандемии COVID-19, сопровождавшиеся вегетативной дисфункцией. Приведены убедительные данные предлагаемого способа адекватной коррекции указанных нарушений.

**COVID-19 ПАНДЕМИЯ ШАРОИТИДА ЎСМИР-ҚИЗЛАРДА НЕВРОЛОГИК ҲОЛАТЛАРИНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ****А. С. Ходжаева, М. К. Гулямова**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақолада ўсмир-қизлардаги вегетатив дисфункция қайд этилган текширувлар натижаси шуни кўрсатдики, танланган усул адекват коррекция эканлиги исботланди.

**NEUROLOGICAL DISORDERS IN DYSMENORRHEA IN ADOLESCENT GIRLS DURING THE COVID-19 PANDEMIC****A. S. Khodjaeva, M. K. Gulyamova**

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

The article provides an analysis of clinical-laboratory information on the peculiarities of menstrual dysfunction in adolescent girls in the conditions of the COVID-19 pandemic. The tendency to form hypomenstrual syndrome has been revealed. An effective method of correcting detected menstrual cycle disorders in adolescent girls has been proposed.

В условиях пандемии COVID-19 репродуктивная система девочки-подростка подвергается воздействиям инфекционного агента в виде агрессивного коронавируса и длительного стресса, что негативно влияет на центральные и периферические механизмы регуляции менструальной функции – от развития гипоменструального синдрома до кровотечений. Учитывая тесную взаимосвязь репродуктивного здоровья и нервной системы, нарушения менструального цикла сопровождаются различными неврологическими расстройствами, что особенно наглядно проявляется в период гормональной перестройки. Для обеспечения физиологической работы этих связей, требуется наличие многих факторов, в том числе минералов и витаминов, оказывающихся кофакторами.

Неврологические расстройства, сопровождающие дисменорею, разнообразны, от неврозов с нервно-астеническим синдромом до агрессии-депрессии с выраженными вегетососудистыми нарушениями [3,4]. В связи с чем, адекватное воздействие на сочетанные неврологические и гинекологические расстройства у девочек-подростков с учетом патогенетических механизмов их возникновения является весьма актуальным. Вышеперечисленное диктует необходимость координации усилий всех специалистов в борьбе с COVID-19. В доступных источниках информации исследований, посвященных особенностям нарушений менструального цикла у девочек-подростков, а также их связь с неврологическим статусом в условиях пандемии COVID-19 мы не обнаружили.

В связи с чем, **целью нашего исследования** явилось изучение особенностей нарушений менструального цикла у девочек-подростков, сопровождающихся неврологическими расстройствами в условиях пандемии COVID-19.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 40 девочек-подростков 14



-16 лет (с апреля 2020 по сентябрь 2021г.г.), имеющих вегетативную дисфункцию, страдающих олиго-опсоменореей (средний возраст  $14.9 \pm 1.6$  г.) (1 группа). Контрольную группу составили 20 пациенток с нормальными параметрами менструального цикла без грубых неврологических расстройств. Возрастные, антропометрические, данные полового развития и неврологического статуса репрезентативно сопоставимы у всех пациенток, находившихся под нашим наблюдением.

Всем пациенткам, помимо общеклинических исследований, определяли вегетативный статус и вегетативную реактивность по общепринятым методикам, гормональный профиль и АМГ на 3-5 день менструального цикла. У пациенток контрольной группы – однократно, у пациенток основной группы – дважды в процессе лечения. Также всем пациенткам проведено УЗИ органов малого таза в динамике (размеры матки и яичников, срединное М-эхо, количество и качество фолликулов). Критериями исключения явились гипотиреоз, органические причины, болезни крови. Все пациентки были консультированы детскими невропатологами.

Клинические проявления коронавирусной инфекции у пациенток основной группы характеризовалось слабостью, утомляемостью, потерей обоняния, першением в горле, кашлем (чаще сухим), небольшим подъемом температуры тела не выше 38 градусов, сатурация не ниже 94%, МСКТ – до 20%, положительный тест ПЦР (1X версия «Ведение больных с COVID-19» 2021 год).

Согласно стандартам, такие пациентки с легким течением коронавирусной инфекции, находились в домашних условиях с соблюдением требований самоизоляции. Получали обильное питье, из препаратов цинк 100 мг/с, витамин «Д» 5-10000МЕ, аскорбиновую кислоту 500мг/с (длительность курса индивидуальная, составила 7-10 дней). Повторное исследование ПЦР (контроль) отрицательный тест (3-4 недели).

Пациентки основной группы были разделены на две подгруппы: 1А группу (n=20) составили пациентки с олиго-опсоменореей, получавшие лечение в соответствии с имеющимися гинекологическими и COVID-19 стандартами; 1В группу (n=20) пациентки дополнительно 3 месяца получали Фитосбор Новатин, компоненты которого растения (Эхинацея, Родиола, Якорцы стелющиеся, Имбирь и Цинк) обладают свойствами биологически активных веществ (1 таблетка дважды в день 1 месяц) и препарат вегетокорректорного эффекта адаптол (1 таблетка 2 раза в день 1 месяц).

**Результаты исследования и обсуждение.** Исходный уровень тропных гормонов аде-ногипофиза в контрольной и основной группах соответствовал нормативным значениям ( $4,73 \pm 0,8$  МЕ/л) за исключением ФСГ: у всех пациенток основной группы ФСГ был снижен 1А группа -  $2,11 \pm 0,5$  МЕ/л, 1В -  $2,10 \pm 0,6$  МЕ/л ( $p < 0,001$ ). Также в этих группах была снижена концентрация эстрадиола  $89,4 \pm 6,2$  нмоль/л и  $88,2 \pm 5,2$  нмоль/л соответственно по сравнению с контролем  $189,2 \pm 73,1$  нмоль/л. Величина АМГ в контрольной группе составила  $2,4 \pm 0,5$  нг/мл, в основных группах/подгруппах  $0,87 \pm 0,3$  нг/мл и  $0,86 \pm 0,1$  нг/мл соответственно ( $p < 0,001$ ). Полученные лабораторные данные указывали на яичниковую недостаточность у пациенток основных групп, перенесших COVID-19 в легкой форме.

Результаты УЗИ в контрольной группе соответствовали возрастной норме. В основных группах у всех пациенток на фоне нормальных размеров матки М-эхо визуализировалось в виде тонкой линии  $0,21 \pm 0,02$  мм, несколько единичных фолликулов (1-2) диаметром 2-3 мм и мелкие точечные фолликулы в количестве 6-8 диаметром 1-2 мм. Эти данные подтверждают яичниковую и маточную несостоятельность у пациенток основных групп.

Показатели гормонального профиля по окончании лечения показали повышение уровня эстрадиола до  $166,34 \pm 72,16$  нмоль/л ( $p < 0,001$ ). Отмечалось выравнивание концентрации ФСГ до  $3,8 \pm 0,93$  МЕ/л, повышение величины АМГ до  $2,31 \pm 0,22$  нг/мл ( $p < 0,001$ ).

УЗИ результаты после лечения у всех пациенток основных групп и подгруппах выявил повышенную эхогенность эндометрия матки, что свидетельствовало о появлении полноценной секреции; в яичниках появились здоровые ранние антральные фолликулы в коли-

честве 4-5, исчезла мелкозернистость. Визуально налицо появившаяся яичниковая состоятельность. Данный комплекс биологически активных веществ, представленный фитосбором Новатин, позволил нормализовать фолликулогенез, корригировать стероидогенез, нормализовать неврологические расстройства. Следовательно, данные биоактивные компоненты оказывают патогенетическое воздействие на основную составляющую менструального цикла – овуляцию.

Параллельно с положительной динамикой в лабораторно-инструментальных методах исследования, наблюдалось улучшение клинической симптоматики – восстановился ритм менструаций, появилась двухфазность менструального цикла (65%). Побочных эффектов в ходе применения Фитосбора Новатин для коррекции менструального цикла у пациенток, перенесших COVID-19 в легкой форме, не наблюдалось.

В отношении неврологических расстройств у девочек-подростков с указанными нарушениями менструального цикла следует отметить яркую выраженность и полиморфность вегетативных проявлений. Исследование вегетативной статуса у девочек подростков показало, преимущественную ваготонию, т.е. преобладание тонуса парасимпатической нервной системы в 65% случаев. У 31% исследованных определялась симпатикотония. Вегетативная реактивность у обследованной группы пациентов имела преимущественную симпатическую направленность - 75%. Признаки соматоформной вегетодисфункции имели как перманентные, так и пароксизмальные проявления. Клинически ваготония проявлялась склонностью к снижению артериального давления, кардиальными и экстракардиальными расстройствами, склонностью к обморочным состояниям, плохой переносимостью жары, стойким красным дермографизмом, мраморностью кожных покровов и др. Уместно отметить проявления астенизации и психосоматического синдрома у девочек с нарушенным менструальным циклом. Панические атаки имели очерченный характер и выражались: пульсацией, сердцебиением, тахикардией, имело место повышенное потоотделение, сопровождающееся дрожью, ощущением удушья или нехватки воздуха, неприятными ощущениями в животе. Также отмечались: несистемное головокружение, слабость, предобморочное состояние, чувство жары или холода. Данные расстройства усугубляли течение коронавирусной инфекции у обследуемых.

Таким образом, взаимосвязь неврологических и репродуктивных гормонально обусловлена и не вызывает сомнений. Влияние половых стероидов на передачу сигналов в ЦНС отмечено рядом исследователей [1,2,4]. В частности, нейротрансмиссия, пластичность, функциональная и морфологическая модификация нейронов гормонозависимы. Сопровождающая эмоциональная лабильность более выражена у пациенток с выраженным гормональным дисбалансом.

Наше исследование имеет не только научную, но и социальную значимость, поскольку гинекологические и неврологические расстройства рассматриваются не только с позиций соматических нарушений, но и с позиций ухудшения жизненного благополучия в целом.

**Выводы:** 1. В условиях коронавирусной пандемии репродуктивная система девочки-подростка подверглась стрессовому воздействию, что привело к нарушению центральных и периферических механизмов регуляции менструальной функции, дисгормонозу и вегетативной дисфункции.

2. Для восстановления фолликулогенеза эффективно применение Фитосбора Новатин, компоненты которого обладают кофакторными свойствами, и вегетокорректор адаптол.

3. Адекватно восстановленный фолликулогенез приводит к нормализации взаимоотношений центральных и периферических отделов репродуктивной системы, балансу гормонального профиля, что клинически проявляется восстановлением менструального цикла.

4. Правильная и своевременная коррекция расстройств вегетативной нервной системы, как системы, обеспечивающей гомеостатическое равновесие, положительно сказывается на состоянии гормонально-метаболических реакций у девочек с нарушением менструального цикла.

**Использованная литература:**

1. Амбарцумян Т.Ж., Баласаян В.Г.-«Особенности нарушений и коррекции менструального цикла».-// Репродуктивное здоровье детей и подростков.-Москва, 2015, №5.- С.80-83.
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. Ковальчук А. С., Кучерявенко А. Н. Течение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у беременной (клинический случай) // Журнал инфектологии. – 2020. – Т. 12. – №. 3. – С. 75-79.
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. Мокрышева Н.Г и соавт. «Пандемия COVID19 и эндокринопатии// Проблемы эндокринологии.- 2020.- Т.66.- №1.- С.7-14.
7. Ходжаева А.С. Оптимизация лечебной тактики у больных с аномальными маточными кровотечениями на фоне доброкачественных гиперпластических процессов матки // Гинекология.- 2019.- том.21.-№2.- С.55-58.
8. Ходжаева А.С. Медикаментозная коррекция гипоэстрогемии у девочек-подростков // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2019.- №6.- С.114-118.

**BIOCHEMICAL STUDIES OF AMNIOTIC FLUID DURING PREMATURE AND PHYSIOLOGICAL BIRTH****N. N. Shavazi**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

**Key words:** preterm birth, amniotic fluid, biochemistry, threatened miscarriage.**Tayanch so'zlar:** erta tug'ish, amniotik suyuqlik, biokimyoy, homila tushish havfi**Ключевые слова:** преждевременные роды, амниотическая жидкость, биохимия, угроза прерывания

A total of 142 laboring women were under our observation in inpatient settings. All pregnant women underwent a comprehensive clinical examination on admission to the hospital. Biochemical parameters of AF showed that its protein content ranged from 2.2 to 3.8 g/l. With increasing gestational age towards delivery the concentration of protein in AF gradually increased. The results of studies of bilirubin content in the AF showed that the level of total bilirubin ranged from 4.8 to 22.9, with an average of  $10.5 \pm 1.6$  total bilirubin, including direct  $3.7 \pm 0.1$  and bound  $6.9 \pm 0.2$ . Physical and chemical and biochemical parameters of AF were subject to statistically significant changes depending on the term of labor and the intrauterine state of the fetus in labor. Changes in creatinine and urea concentrations in AF in late labor are the most indicative, which may be of diagnostic value.

**MUDDATIDAN OLDIN VA FIZIOLOGIK TUG'RUQDA AMNIOTIK SUYUQLIKNING BOKIMYOVIY TEKSHIRISHDAGI FARQI VA AHAMIYATINI****N. N. Shavazi**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Bizning nazoratimiz ostida kasalxona sharoidda 142 nafar tug'ruq davridagi ayollar kuzatildi. Barcha homilador ayollar kasalxonaga yotqizilganidan keyin keng qamrovli klinik tekshiruvdan o'tkazildi. AF ning biokimyoviy ko'rsatkichlari undagi oqsil miqdori 2,2 dan 3,8 g/l gacha bo'lganligini ko'rsatdi. Homiladorlik muddatining oshishi bilan AFdagi oqsil miqdori asta-sekin o'sib boradi. AF ning fizik-kimyoviy va biokimyoviy ko'rsatkichlari tug'ruq muddati va tug'ruq vaqtida homilaning holatiga qarab statistik jihatdan muhim o'zgarishlarga duch keladi. Eng ko'p ko'rsatkichlar diagnostik ahamiyatga ega bo'lishi mumkin bo'lgan kechikgan tug'ruq paytida AFdagi kreatinin va karbamid miqdorining o'zgarishidir.

**БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АМНИОТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДАХ****Н. Н. Шаваз**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Под нашим наблюдением в стационарных условиях находились 142 роженицы. Всем беременным проводили комплексное клиническое обследование при поступлении в стационар. Биохимические показатели АЖ показали, что содержание белка в ней колебалось в пределах 2,2 – 3,8 г/л. С увеличением срока гестации к родам концентрация белка в АЖ постепенно увеличивается. Результаты исследований содержания билирубина в АЖ показали, что уровень общего билирубина колебался в пределах от 4,8 до 22,9, при этом средний уровень общего билирубина составил  $10,5 \pm 1,6$ , в том числе прямого  $3,7 \pm 0,1$  и связанного –  $6,9 \pm 0,2$ . Физико-химические и биохимические параметры АЖ подвержены статистически достоверным изменениям в зависимости от срока родов и внутриутробного состояния плода в родах. Наиболее показательными являются изменения концентрации креатинина и мочевины в АЖ при запоздалых родах, что может иметь диагностическое значение.

**Relevance:** Perinatal losses are predominantly due to adverse outcomes of pregnancy and delivery under various conditions [1]. Most published studies focus on the detection and treatment of fetal homeostasis abnormalities in pregnancy, while the period of delivery is often overlooked [2-4]. Fetal homeostasis is formed by the uterine-placental complex, which, along with providing fetal blood flow, produces amniotic fluid surrounding the fetus during pregnancy and the first period of labor. There are numerous publications on the physicochemical and biological parameters of amniotic fluid and its influence on fetal formation during pregnancy [6, 7]. However, changes in the above features of amniotic fluid during labor and their significance for the fetus have been little studied.

The amount of amniotic fluid surrounding the fetus changes significantly during pregnancy and during its complications. With the introduction of ultrasound diagnostics (ultrasound) in ob-

stetric practice, it has become possible to determine the amount of amniotic fluid, as well as to extract amniotic fluid by amniocentesis under the control of ultrasound. However, amniocentesis in pregnancy is associated with a high risk of pregnancy termination, damage to the integrity of the fetal bladder and the risk of fetal trauma.

**The aim of the study:** was to investigate the diagnostic value of clinical and laboratory examination of AF in preterm and physiological labor.

**Materials and methods:** There were 142 laboring women under our observation under inpatient conditions, who were admitted for delivery to the Regional Perinatal Complex and 1 maternity unit. All those examined were admitted with the onset of labor. Women with multiple pregnancies, pelvic presentation of the fetus, fetal anomalies, and antenatal fetal death were excluded from the total number. The mAFority of those examined were of active reproductive age. The mean age of the subjects was  $24.9 \pm 0.3$  years. Of the total number of those examined, almost half (48.6%) were first-born and the rest were second-born. Of the total number of women admitted to labor, the predominant majority gave birth at gestational age 38–41 weeks (59.9%). A delayed delivery occurred in 19.7% of women, and the remaining 20.4% of women delivered prematurely at 22–37 weeks gestation (19.8%). In assessing the clinical course of pregnancy, it should be noted that more than half of the women had early gestosis (57%), almost every fourth woman in labor (14.1%) had a history of threatened miscarriage, and every eighth woman had a history of threatened premature labor (12.7%). A total of 218 pregnancy complications were recorded in 142 women in labor, i.e., some women had several complications, 1.5 per woman. The obstetric anamnesis of the 73 women examined was complicated only in 28.8%, mostly by non-pregnancy, induced termination of pregnancy, stillbirths, and hemorrhages. Only 29 women out of 142 (20.4%) reported a history of any gynecological diseases, most often inflammatory processes of the reproductive system.

All pregnant women underwent a comprehensive clinical examination on admission to the hospital, which included the study of life history, including medical history, the study of the course of pregnancy, and standard laboratory and functional tests. Echographic, cardiocographic, and Doppler methods were included in the set of additional studies. The amount of amniotic fluid was determined by two methods: determining the maximum vertical pocket (MVP) and the amniotic fluid index (AFI) [1].

FWS was collected for laboratory examination at the end of the first period of labor during spontaneous opening of the fetal bladder or amniotomy. At the same time several tubes were used to take BL for determination of hormones, urea and creatinine, bilirubin, glucose, protein, PH, which were determined according to conventional methods [5]. Of the total number of women examined, 32 women in labor were tested for cortisol, estradiol, and placental lactogen in AF by enzyme immunoassay.

**The results of the study** of biochemical parameters of AF showed that its protein content ranged from 2.2 to 3.8 g/l. With the increase of gestational age to delivery the concentration of protein in AF gradually increases. There are statistically significant differences in the protein content of AF in term labor compared with preterm and delayed labor ( $p < 0.05$ ). It was also found that there is a slight increase in protein concentration in premature labor and a significant increase in delayed labor. In a large-volume labor protein concentration remained at 2.5–3.3 g/l. Thus, the increase in protein content in AF is associated to a greater extent with the term of gestation and to a lesser extent with the amount of AF. These data convincingly prove that low water content is not a simple thickening of amniotic fluid concentration, but a complex metabolic process, which requires detailed studies of all possible parameters of amniotic fluid.

The mean urea concentrations in the AF were  $3.8 \pm 0.1$   $\mu\text{mol/l}$ , with variations from 2.2 to 9.9  $\mu\text{mol/l}$ . From the data presented, we can note that urea concentration also increased in term labor compared to preterm labor ( $p < 0.05$ ), reaching a maximum in late labor. The significance of the difference was high ( $p < 0.001$ ). There was a direct correlation between protein and urea values, though the correlation was not high ( $r = 0.72$ ). The urea content remained within the normal range

in women with abundant amniotic fluid, but it depended on the presence of obstetric pathology in those with little amniotic fluid. Urea content in labor was highest at all gestational periods in chronic fetal hypoxia, especially against the background of preeclampsia, SOPP with cord compression. The highest urea values were observed in late labor complicated by obstetric pathology. The creatinine content in the AF averaged  $125.5 \pm 7.3 \mu\text{mol/l}$  (99.9-207.1). Its concentration gradually increased: from  $101.11 \pm 1.29 \mu\text{mol/L}$  in preterm labor to  $133.36 \pm 5.8$  in term labor, reaching  $198.25 \pm 4.07 \mu\text{mol/L}$  in late labor. These differences were significant ( $p < 0.001$ ).

Creatinine values were in direct correlation with urea values ( $r = 0.77$ ) and changed in a similar sequence as urea values.

The opposite trend was observed in the content of sugar in AF. Thus, in preterm labor the AG sugar content was maximal and reached  $0.99 \text{ mol/L}$ , although it fluctuated within the normal range; in term labor it slightly decreased, but had no significant differences ( $0.88 \text{ mol/L}$ ). In delayed labor, the concentration of sugar in the AF decreased to  $0.61 \text{ mol/L}$ . At the same time, there was a significant difference in the concentration of sugar in the AF compared to that in term labor ( $p < 0.05$ ). It should be noted that in case of abundant or low water, sugar concentration did not undergo special changes and fluctuated within the normal range. However, this index increased sharply in the presence of fetal macrosomia (71%), especially due to maternal diabetes mellitus (one case). The spirometer determination of AF density showed that this index was elevated only in late labor. In urgent and preterm birth the density of AF remained within the normal range (0.5-0.9). The meconium content in the AF was significantly higher in late labor, slightly lower in preterm labor, and ranged from 0.5 to 45.7%. In our study, meconium in the AF was found in 40 women in labor (28.1%). The occurrence of meconium in the AF was found to be equally frequent both in the presence of fetal distress (50%) and without it (50%).

To differentiate between respiratory and metabolic acidosis, the pH of amniotic fluid was determined. The mean values of acidity of amniotic fluid (PH) ranged from 6.9 to 7.8 with mean values of  $7.2 \pm 0.09$ . PH acidity values also had statistically significant differences at different delivery times. Thus, the frequency of PH decrease less than 7.0 increased in both preterm and delayed labor. In the latter case, the difference was statistically significant ( $p < 0.01$ ). At the same time, the level of acidity in low fertility was significantly lower in all terms of labor than in other cases. The study of amniotic fluid showed that its acidity level correlated with heart rate only in fetal distress and hypoxia ( $r = 0.68$ ;  $p < 0.05$ ). In all other cases, there was no clear correlation between amniotic fluid PH and cardiotocogram (CTG).

The results of bilirubin tests in amniotic fluid showed that total bilirubin ranged from 4.8 to 22.9, with an average level of  $10.5 \pm 1.6$ , including direct bilirubin  $3.7 \pm 0.1$  and bound bilirubin  $6.9 \pm 0.2$ . Bilirubin levels increased significantly in the presence of intrauterine infection (4 cases), development of conjugation jaundice of the newborn, and fetal hepatitis (1 case). In most cases, elevated bilirubin levels in the AF were indicative of chronic fetal hypoxia and when the AF was stained with meconium. The latter findings suggest the fact that fetal fecal secretions have entered the amniotic fluid. In addition, increased levels of total and bound bilirubin were indicative of distressed fetal liver function. A study of the hormonal status of AF during labor showed that estradiol content during labor ranged from 30-180 ng/mL. A significant difference was found between the contents of this hormone in the AF at the birth of boys and girls. Thus, at the birth of girls, the estradiol index reached  $21.4 \pm 2.3 \text{ ng/mL}$ , whereas at the birth of boys, the average estradiol index was at  $16.5 \pm 2.3 \text{ ng/mL}$ . Although the difference found was not significant ( $p > 0.05$ ), this fact indicates the involvement of the fetus in the production of AF. Meanwhile, the level of estradiol in the AF at birth of boys and girls was equally significantly increased in the presence of obstetric pathology, such as weakness of labor activity combined with fetal distress ( $p < 0.05$ ).

A similar pattern was observed in the cortisol content in the AF. Cortisol values in the AF at delivery ranged from 200-450 nmol/ml. At the birth of girls, the mean cortisol level was  $180.4 \pm 8.4 \text{ nmol/mL}$  and at the birth of boys  $265.4 \pm 10.2 \text{ nmol/mL}$ , also indicating fetal involvement in the production of AF. A direct correlation ( $r = 0.64$ ;  $p < 0.05$ ) was found between the two hormones. Es-

tradiol (e2), as well as cortisol (k), significantly increased during the pathological course of labor, indicating intrauterine fetal distress ( $p<0.01$ ). The correlation of e2 and k levels with other parameters of AF and fetal state in labor was revealed. Thus, the e2 index was in direct correlation with Dopplerometry blood flow resistance indices, namely systole-diastolic ratio and resistance index ( $r=0.64$ ). Estradiol and cortisol levels increased naturally with decreased PH of AF ( $r=>0.71$ ;  $p<0.01$ ) and with decreased basal fetal heart rate on CTG ( $r=>0.69$ ). The data of determination of placental lactogen (PL) levels revealed quite opposite trends.

The mean level of the hormone in AF after the onset of labor was within  $6.7\pm 0.09$  ng/ml with variations from 0.04 to 19 ng/ml. PL values were inversely related to estradiol and cortisol values, although this relationship was not significant. Placental lactogen levels significantly decreased during chronic fetal distress, especially during fetal birth with developmental delay, and sharply increased during acute distress, especially during large fetal birth ( $p<0.01$ ).

The level of PL was in direct correlation with the level of Ph AF and the Apgar score of the newborn ( $r=0.71$ ;  $p<0.01$ ). Hormone levels in AF with the onset of labor were independent of gestational age, number of AF, age and maternal parity. IAF was inversely correlated with creatinine and urea levels only in the presence of small gravidity ( $r=>0.78$ ;  $p<0.05$ ), which accompanied a pregnancy that was carried to term but not prolonged. These parameters were unchanged in multi-viscosity. The most adverse outcomes for the fetus were observed when the amount of amniotic fluid decreased after 38 weeks of pregnancy, combined with changes in biochemical parameters of amniotic fluid in labor, such as Ph below 7.0 and elevated creatinine or urea levels, suggesting intrauterine fetal distress.

**Conclusion:** thus, the results of our studies showed that physico-chemical and biochemical parameters of Aqueous are subjected to statistically reliable changes depending on the term of labor and intrauterine state of the fetus in labor. Changes in creatinine and urea concentrations in the AF in late labor are the most indicative, which may be of diagnostic value. The combination of these signs with decreased acidity and increased density of AF in late labor, as well as the presence of meconium in it indicates impaired fetal metabolism and the need for timely correction of the detected abnormalities. The clinical application of the above parameters of AF in labor has important diagnostic significance in physiological and pathological pregnancy and labor

#### References:

1. Babamuradova Z. B., Shodikulova G. Z. Study of the Effectiveness of the Use of Monoclonal Antibodies in Rheumatological Diseases //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 3802-3805.
2. Khudoyarova D. et al. Prospects of magnesia therapy for severe preeclampsy in pregnant women //Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation. – Т. 32. – С. 2.
3. Zikrievna S. G., Bakhtiyarovna B. Z. Occurrence of clinical options of undifferentiated connective tissue dysplasia in Uzbek population //International Journal of Psychosocial Rehabilitation. – 2020. – Т. 24. – №. 2. – С. 1347-1359.
4. 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.
5. 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.
6. Погорелова Т. Н. и др. Информативность содержания и свойств белков-маркеров молекулярно-клеточных процессов в околоплодных водах для оценки состояния фетоплацентарного комплекса //Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2018. – Т. 18. – №. 1.
7. Рустамова Ш. Б., Худоярова Д. Р., Элтазарова Г. Ш. Особенности течения беременности и исход родов на фоне цервицита шейки матки //Достижения науки и образования. – 2019. – №. 13 (54). – С. 70-72.
8. 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
9. Султанов С. Н. и др. Способ лечения железодефицитных анемий у беременных. – 1990.
10. Худоярова Д. Р. и др. Диагностика и ранняя реабилитация бесплодия трубно-перитонеального происхождения //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 8 (62). – С. 62-64.
11. Н. Н. Шавazi Профилактика преждевременных родов, современная диагностика и медикаментозная терапия // Вестник врача, № 3, 2019. С.122-124.
12. Эшкабилов Т. Ж. и др. Анализ перинатальной смертности в Самаркандской области республики Узбекистан //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов Health, demography, ecology of finno-ugric peoples. – 2014. – С. 36.

## GENITAL PROLAPSINING OG'IR DARAJALARIDA REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA JARROXLIK AMALIYOTINI QO'LLASH

X. Sh. Shavkatov, B. B. Negmadjanov, N. A. Zoirova, E. X. Shopulato  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

**Tayanch so'zlar:** jinsiy azolar prolapsi, reproduktiv yosh, transvaginal gisterektomiya, tsistotsele, rektotsele.

**Ключевые слова:** выпадение половых органов, репродуктивный возраст, трансвагинальная гистерэктомия, цистоцеле, ректоцеле.

**Key words:** sexual prolapse, reproductive age, transvaginal hysterectomy, cystocele, rectocele.

Maqolada reprokudtiv yoshdagi ayollarda qo'llaniladigan jarroxlik amaliyotlari turlari va organ saqlovchi jarroxlik amaliyotlari bilan o'tkazilgan jarroxlik amaliyotlari taxlil qilingan. Tekshiruvimiz ayollarda uchragan jinsiy a'zolar prolapsining III-IV darajasi bilan 48 ta bemor bo'lib, ularning yoshi o'rtacha 25dan 39 yoshgacha tashkil etdi. Xamma bemorlarga barcha tekshirish usullari o'tkazildi, yani umumiy klinik-laborator va ginekologik tekshirishlar. Tekshiruvimiz ostidagi bemorlardan anamnezi chuqur taxlil qilingan xolda genital prolaps sabablari o'rganilgan va taxlil qilingan.

## ПРИМЕНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ СТЕПЕНЯХ ВЫПАДЕНИЯ ГЕНИТАЛИЙ

X. Ш. Шавкатов, Б. Б. Негмаджанов, Н. А. Зоирова, Э. Х. Шопулатов

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

В статье были изучены виды хирургических операций, применяемых у женщин репродуктивного возраста, и хирургические операции, выполняемые с органосохраняющими операциями. В ходе нашего обследования 48 пациенток с III-IV степенью выпадения половых органов, встречающихся у наших женщин, были разделены на возраст от 25 до 39 лет. Все методы обследования у наших пациенток были отработаны, т.е. проведены общие клинико-лабораторные и гинекологические обследования. Причины выпадения гениталий были изучены и проанализированы, а анамнез обследованных нами пациентов был тщательно проанализирован.

## THE USE OF SURGICAL PRACTICE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH SEVERE DEGREES OF GENITAL PROLAPSE

X. Sh. Shavkatov, B. B. Negmadjanov, N. A. Zoirova, E. X. Shopulato

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

In the article, the types of surgical operations used in women of reproductive age and the surgical operations performed with organ protective surgical operations were studied. Under our examination, 48 patients with III-IV level of prolapse of the genital organs encountered in our women were divided into their ages from 25 to 39 years of age. All methods of examination in our patients have been uttered IE general clinical-laboratory and gynecological examinations. The causes of genital prolapse have been studied and analyzed while the Anamnesis of patients under our examination has been thoroughly analyzed.

**Mavzuning dolzarbligi:** Prolaps genitally muammosining dolzarbligi shundan iboratki, uning keng tarqalganligi, klinik belgilarining erta namoyon bo'lishi va ko'p xollarda kasallikning jarroxlik amaliyotidan so'ng takroran qaytalanishi bilan bog'liq bo'lib, kasallikning statistikada kamayishga moyil emasligi hozirgi kunda akusher-ginekologlar oldidagi dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda. (Walters M.D. 2013). Hozirgi kunda ayollarda ko'p tug'ruqning bo'lishi, asosan xomiladorlik makrosomiyasi bilan kechishi va bundan tashqari yashash sharoiti ayollarning ko'pincha og'ir mexnat bilan bog'likligi ayollarda uchraydigan chanoq a'zolari prolapsining juda erta namoyon bo'lishiga va hozirgi vaqtda chanoq mushaklarining yetishmovchiligining klinik manzarasi bo'lgan reproduktiv yoshdagi bemorlar sonini oshishiga sabab bo'lmoqda. (Chen G.D. – 2017) So'ngi vaqtlarda jinsiy a'zolar prolapsi "yosharganligi", kasallikning og'ir shakllarining ustunligi va ularning funksiyasi buzilishi bilan jarayonga tutash organlarni jalb qilinishi kuza-tilmoqda. Prolaps genitally bilan bog'liq organlar kasalliklariga keng hamrohlik qiladi: 70% - siydik tuta olmaslik, 36% - Defekasion kasalliklar, 53% - dispaureuniya. (Adamyana L. B., Smolnova T. Yu., 2002).

Tos tubi mushaklarining nuqsonliligi, hamda uning oqibatida jinsiy a'zolarining pastga tushishi va butunlay tushib qolishi jiddiy tibbiy va ijtimoiy-iqtisodiy muammoni keltirib chiqaradi. U



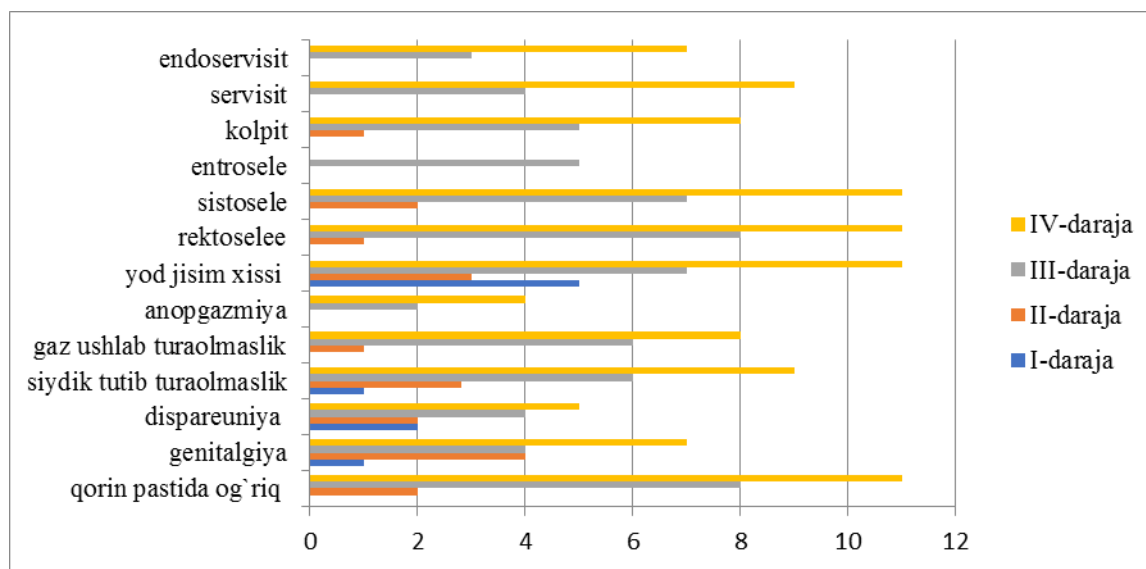
ham ginekologlarning va shu bilan birga yondosh mutaxassislikdagi tibbiyot xodimlarining e'tibor markazida qolmoqda. Ko'pincha kasallik reproduktiv yoshda boshlanadi va rivojlanib boruvchi tavsifga ega bo'ladi. Agar avvalgi yillarda jinsiy a'zolarining pastga tushishi va butunlay tushib qolishi asosan katta yoshdagi ayollarning kasalligi hisoblangan bo'lsa, so'ngi yillarda jinsiy a'zolarining prolapsi bilan og'rikan ayollarning yosharish tendensiyasi va reproduktiv yoshdagi bunday bemorlar sonining o'sishi qayd etilmoqda [M.K. Cho, J. H. Moon, C.H. Kim – 2017]. Buni ayrim mualliflarning ma'lumotlari tasdiqlaydi [Lucot, J.P.– 2018.], ularga ko'ra 30 yoshdan kichik bo'lgan ayollarda jinsiy a'zolar prolapsining tarqalganligi 10,1%, 30 dan 45 yoshgacha bo'lgan ayollarda 40,2%, 50 yoshdan katta bo'lgan ayollarda esa – 50 foizgacha yetadi. [Bejenar V. F. 2013].

Kasallanish nafaqat katta yoshli ayollar, balki yosh va o'rta yoshdagi ayollar orasida o'sib borishi tendensiyasi jarrohlarning va ginekologlarning diqqat markazida bo'lib kelmoqda. Xozirgi kunda jarroxlik amaliyotlarining aksariyati ayniqsa yesh ayollarda yani reprodaktiv yoshda uchrashi mavzuni yanada dolzarbligini anglatadi. Bu holat nafaqat reproduktiv yoshdagi ayollar salomatligiga balki ularning psixo-emotsional xolatiga jiddiy tasir ko'rsatadi.

**Tadqiqot maqsadi:** Reprodaktiv yoshdagi ayollarda uchraydigan jinsiy a'zolar prolapsini III-IV darajasini davolash va jarroxlik amaliyotidan keyingi yaqin va uzoq natijalarni aniqlash.

**Tadqiqot usuli va materiali.** Bizga murojoat qilgan jinsiy a'zolar prolapsining og'ir darajalari bilan jami 48 ta bemorni kuzatuvimizga oldik.. Ularning yoshi 25-39 yoshgacha tashkil etdi. Bemorlarga barcha tekshirish usullari o'tkazildi, ularning anamnezi, umumiy klinik va laborator tekshirishlar, jinsiy a'zolar prolapsi darajasi, kichik chanoq organlari UZI tekshiruvu, qo'shimcha asoratlari, kolposkopiya, qin surtmasi bakteriologik va bakterioskopik tekshirishlar o'tkazildi. Bundan tashqari birlamchi o'tkazilgan jarroxlik amaliyotlar turlari va xajmi, o'tkazilgan jarroxlik dan keyingi davri, va kuzatilgan asoratlari atroflicha o'rganildi va taxlil qilindi.

**Tadqiqot natijalari va ularning muhokamasi:** Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, genital prolaps qaytalanishi kuzatilgan bemorlarning (16 ta) POP-Q tasnifi bo'yicha shikoyatlari o'rganildi.



Jadvaldan ko'rinib turibdiki, asosan kasallikning asoratlari va klinikasi POP-Q tasnifi bo'yicha III-IV darajasida yaqqol namoyon bo'lishi aniqlandi. Bundan tashqari ko'shimcha asoratlar (kolpit, tservitsit, endotservitsit.) ko'proq kuzatilishi aniqlandi. Chanoq a'zolari prolapsida qo'llanilgan jarroxlik amaliyotlardan so'ng, kasallikning qaytalanishi kuzatilgan jarroxlik amaliyoti usullarini taxlil kildik.

Biz jinsiy a'zolar prolapsi bilan murojoat qilgan 36 ta bemorni tekshirishga oldik. Ularning yoshi 31-43 yoshgacha tashkil etdi. Bemorlarga barcha tekshirish usullari o'tkazildi, ularning anamnezi, umumiy klinik va laborator tekshiruvlar, jinsiy a'zolar prolapsi yangi zamonaviy POP-Q

tasnifi asosida darajalari aniqlandi. Kichik chanoq a'zolari UTT tekshiruvlari o'tkazildi. Bemorlarda genital prolapsi kelib chiqish sabablari va xayot sifatiga tasiri atroflicha o'rganildi va taxlil qilindi.

Tadqiqot natijalari va ularning muhokamasi: Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki tekshiruvga olingan bemorlarimizning 24 nafari genital prolapsning POP-Q tasnifi bo'yicha III-IV darajasi aniqlandi. Bemorlarning yoshi 34-41yoshni tashkil etdi. Kasallik klinikasida bemorlarimizning 11 (45,9%) nafari asosan qinda yot jisim xissi, disparyuniya, genitalgiya shikoyatlari dominant xisoblangan qolgan 13(54,1%) nafarida kasallikning og'ir asoratlari ya'ni siydik ushlab turaolmaslik, gaz ushlab turaolmaslik, tsistotsele, rektotsele asoratlari kuzatildi. Bemorlarning akusherlik anamnezi o'rganilganda deyarli 19 (79%) nafar bemorimizda tug'ruq asoratli kechganligi aniqlandi. 9 nafar bemorda xomila makrosomiyasi bilan oraliq va qin travmalari, 4 nafar bemorda epiziotomiya o'tkazilgan, 6 nafar bemor anamnezida xomila chanoq bilan kelishida bachadon bo'yni yirtilishi kuzatilgan. Yuqoridagi asoratlar va shikoyatlardan kelib chiqqan xolda bemorlarda prolapsning og'ir darajalarida a'zo saqlovchi jarroxlik amaliyoti o'tkazildi.

**Xulosa:** Zamonaviy adabiyotlar taxlili shuni kursatadiki. reproduktiv yoshdagi ayollarda jinsiy a'zolar prolapsi ginekologiyaning dolzarb muammosi hisoblanadi. Shuni takidlash kerakki, jinsiy a'zolar prolapsining qaytalanishi bemorlarning 35% dan ko'prog'i takroran jarroxlik amaliyoti o'tkazishadi. Jarroxlik amaliyoti ustunligi shundan iboratki, bemorlar keyingi kundan o'rindan turishadi. 3-4 kuni o'tirishi va yurishga ruxsat beriladi. 7- kuni bemorlarga javob beriladi. Davolashning samaradorligi 3 bosqichda 3, 6 oy va 1 yildan keyin ayollarning xayot sifati baxolandi. Operatsiyadan oldin 100% ayollarda xayot sifatini yomon baxolagan bulsa, jarroxlik amaliyotidan 1 yildan so'ng 40% xollarda «qoniqarli», 60% xollarda «yaxshi» baxolashdi. Jinsiy a'zolar prolapsida kuzatiladigan asoratlar 89%ga kamayadi.

Shuni takidlash kerakki jarroxlik amaliyotidan so'ng 3 yil davomida jinsiy a'zolar prolapsi retsidivi kuzatilmadi.

#### Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Ш. К. Абдиева, Н. Р. Насимова Жинсий аъзолар пролапси бўлган аёлларда кин микробиоценози хусусиятларини ўрганиш // Доктор ахборотномаси, № 4 (97), 2020. С.133-138. DOI: 10.38095/2181-466X-2020974-133-138
2. 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
3. X. Ш. Шавкатов, Б. Б. Негмаджанов Бачадон ва кин 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
4. Apokina A.N. Prognozirovaniye effektivnosti xirurgicheskoy korreksii prolapsa tazovyx organov. Avtoref. diss..kand. med.nauk.– Moskva, 2012
5. Aylamazyan E.K. Prolaps tazovyx organov u jenshin: etiologiya, patogenez, prinsipy diagnostiki: posobiye dlya vrachev. SPb.–2010
6. Baranov V. S. Geny «predraspolojennosti» prolapsa tazovyx organov // J. akush. i jen. bolezni.– 2010
7. Hendrix S. L., Clark A., Nygaard I. et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity // Am. J. Obstet.Gynecol. — 2002. — 186 (6). — P. 1160—1166.
8. Garshasbi A., Faghih-Zadeh S., Falah N. The status of pelvic supporting organs in a population of iranian women 18–68 years of age and possible related factors. Arch Iran Med 2006;9(2):124–8.
9. Gasparov A. S., Babicheva I. A., Dubinskaya Ye. D. i dr. Xirurgicheskoye lecheniye prolapsa tazovyx organov // Kazanskiy meditsinskiy jurnal. — 2014. — T. 95. — №3. — S. 341—347.
10. Krasnopolskiy V. I., Buyanova S. N., Petrova V. D. Kombinirovannoye lecheniye bolnyx s oprusheniye i vypradeniye vnutrennix polovyx organov i nederjaniye mochi s primeneniye antistressovyx texnologiy: Posobiye dlya vrachev. — M., 2003. — 41 s.
11. Kulakov V. I., Chernuxa Ye. A., Gus A. I. i dr. Otsenka sostoyaniya tazovogo dna posle rodov cherez yestestvennyye rodovyye puti. — Akusherstvo i ginekologiya. —2004. — S. 26–30.
12. Nygaard I., Barber M. D., Burgio K. L. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAMA 2008;300(11):1311–6.
13. Salimova L.Ya. Xirurgicheskoye lecheniye prolapsa genitaliy vlagalitsnym dostupom: Avtoreferat dis.kand. med. nauk.2012

## JINSIY A'ZOLAR PROLAPSI RETSIDIVI VA ASORATINI XIRURGIK DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH

X. Sh. Shavkatov, B. B. Negmadjanov

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

**Tayanch so'zlar:** jinsiy a'zolar prolapsi, genital prolaps, rektotsele, tsistotsele, apikal prolaps.

**Key words:** gynecological and surgical pathology, simultaneous operation.

**Ключевые слова:** гинекологическая и хирургическая патология, симультанные операции.

Maqolada turli xil ayollar jinsiy a'zolari prolapsining takrorlanishi bilan o'tkazilgan jarroxlik amaliyotlari taxlil qilingan. Tekshiruvimizda ayollarda uchragan jinsiy a'zolar prolapsi bilan 53ta bemor bo'lib ularning yoshi o'rtacha 45 dan 65 yoshgacha. Xamma bemorlarimizga barcha tekshirish usullari o'tkazildi ya'ni umumiy klinik-laborator va ginekologik tekshirishlar. Birlamchi jinsiy a'zolar prolapsi bilan o'tkazilgan jarroxlik amaliyotlari o'rganildi va taxlil qilindi.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ И ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

X. Ш. Шавкатов, Б. Б. Негмаджанов

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

В статье проанализированы оперативные вмешательства, выполненные при рецидивах различных пролапсов женских половых органов. В нашем исследовании было 53 пациентки с пролапсом гениталий у наших женщин, средний возраст от 45 до 65 лет. Всем нашим пациенткам были проведены все методы обследования: общеклинико-лабораторное и гинекологическое. Изучены и проанализированы хирургические вмешательства по поводу первичного пролапса гениталий.

## IMPROVING THE SURGICAL TREATMENT OF RELAPSES AND COMPLICATIONS OF GENITAL PROLAPSE

X. Sh. Shavkatov, B. B. Negmadjanov

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

The article analyzes surgical interventions performed in case of relapses of various prolapses of the female genital organs. In our study, there were 53 patients with genital prolapse in our women, with a mean age of 45 to 65 years. All our patients underwent all methods of examination: general clinical laboratory and gynecological. Surgical interventions for primary genital prolapse have been studied and analyzed.

**Mavzuning dolzarbligi.** Jinsiy a'zolar prolapsi hozirgi kunda nafaqat akusher ginekologlar, balki boshqa soxa vakillari urolog va proktologlar oldidagi dolzarb muammoligini saqlab qolmoqda. Ko'plab adabiyotlar ma'lumotida keltirilishicha chanoq a'zolar prolapsi uchrashi 28-40% ni tashkil qiladi. Xorijiy manbalarda bu ko'rsatgich bir buncha yuqori ya'ni 31-50% ni tashkil qiladi. (4-3). Women's Health Intiative Stady tekshirishlarida 16616 ta ayollar ichidan bachadon prolapsi - 14.2%, tsistotsele - 34,3%, rektotsele —18,6% ni tashkil qiladi. [2] Ko'p xollarda POP-Q (Pelvis Organ Prolapse Quantification) tasnifi bo'yicha ayollar kasallikning III-IV darajasida tibbiy yordamga murojoat qilishadi. [1,2] Ko'p xollarda kasallikning simptomsiz kechishi [9] (I-II darajasida) o'z navbatida kasallikning asoratlari ( tservitsit, endotservitsit, kolpit, uretrit) rivojlanishiga va bundan tashqari tsistotsele, rektotsele kabi bir qator salbiy oqibatlariga sabab bo'ladi. Janoq a'zolari prolapsining hozirgi kunda radikal davolash usuli bu- jarroxlik amaliyoti bo'lib, hozirgi kunda 300 dan ortiq jarroxlik amaliyotlari va ularning modifikatsiyalari ishlab chiqilgan. [6-7] Jarroxlik amaliyotida prolapsining retsidivini kamaytirish maqsadida hozirda keng qo'llaniladigan usul bu bachadon ekstrapatsiyasi xisoblanib, bu jarroxlik amaliyotidan keyin xam qin cho'ltog'ining prolapsi 6-12% kuzatilishi aniqlangan. [2]. Boshqa adabiyotlarda bu ko'rsatgich 43% ni tashkil qiladi.

Shunday qilib, adabiyotlardan kelib chiqqan xolda, bachadon to'liq tushishi va qin cho'ltog'ining prolapsi hozirgi kunda ginekologlar oldidagi dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda. [9]. Jarrohlik davolashning ko'plab usullari u yoki bu turlari xususiy to'qimalar, sintetik materiallar qo'lanilganda jinsiy a'zolar prolapsi va gisterektomiyadan keyingi qin cho'ltog'i

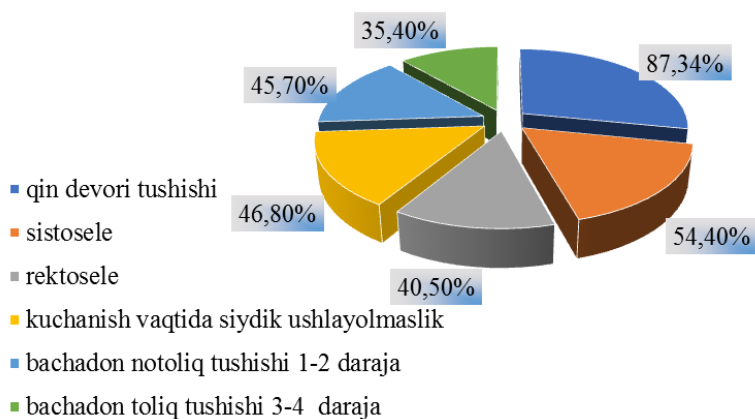
prolapsi retsidivi kamaymaganligini ko'rsatadi. O'z navbtida bizning qarashlarimiz shuni anglatadiki jinsiy a'zolar prolapsi og'ir darajalarida va gisterektomiyadan keyingi qin cho'ltoqi prolapsini davolashda yangi xirurgik davo usullarini ishlab chiqish va bu usulning effektivligini oshirishni ishlab chiqish o'z oldimizga maqsad qilib qo'ydik

**Tadqiqot maqsadi:** Ayollar jinsiy a'zolari prolapsi retsidivi va asoratlari takomillashtirilgan operativ usul bilan davolash samaradorligini oshirish.

**Tadqiqot usuli va materiali.** Biz jinsiy prolapsi retsidivi va asorati bilan 53 ta bemorni tekshirishga oldik. Ularning yoshi 45-65 yoshgacha tashkil etdi. Bemorlarga barcha tekshirish usullari o'tkazildi, ularning anamnezi, umumiy klinik va laborator tekshirishlar, jinsiy a'zolar prolapsi darajasi, kichik chanoq organlari UZI tekshiruv, qo'shimcha asoratlari, kolposkopiya, qin surtmasi bakteriologik va bakterioskopik tekshirishlar o'tkazildi. Bundan tashqari birlamchi o'tkazilgan jarroxlik amaliyotlar turlari va xajmi, o'tkazilgan jarroxlikdan keyingi davri, va kuzatilgan asoratlari atroflicha o'rganildi va taxlil qilindi.

**Tadqiqot natijalari va ularning muhokamasi:** Olingan natijalar shuni korsatadiki, genital prolaps qaytalanishi kuzatilgan bemorlarning POP-Q tasnifi bo'yicha shikoyatlari o'rganildi.

**Residivlangan prolaps xarakteri**



Rasmdan ko'rinib turibdiki, asosan kasallikning asoratlari va klinikasi POP-Q tasnifi bo'yicha III-IV darajasida yaqqol namoyon bo'lishi aniqlandi. Prolaps retsidivida jarayonning keyingi bosqichida ya'ni og'ir darajalarida organlar va qin anatomiyasi va biotsenozi buzilishi natijasida qo'shimcha asoratlar kolpit, qin shilliq qavati trofik yaralari

Bachadon "dekubitus" yarasi kuzatilishi aniqlandi. Bundan tashqari bemorlar kasallik tarixi o'rganilganda o'tkazilgan birlamchi jarroxlik amaliyoti o'rganildi.

Taxlil natijalari shuni ko'rsatdiki bemorlarimizning anamnezidan 32,9% transvaginal bachadon amputatsiyasi va old kolporafiya, orqa kolpoperenioplastika o'tkazilgan, 24,50% old kolporafiya, orqa kolpoperenioplevatroplastika, 11,3% da o'rta kolporafiya, hozirgi kunda kuplap retsidiv berishiga karamasdan bemorlarning 13,9% da bachadon ventrofiksasiyasi o'tkazilgan. Jarroxlik amaliyotidan keyingi qaytalanish davri qisqaligi ya'ni 1 yildan 6 yilgacha va yuqorida ko'rsatilgan shikoyat va asoratlarning u yoki bu belgilari bilan kechishi kuzatilgan. Barcha taxlil va tekshirishlardan kelib chiqqan xolda biz o'zimizning jarroxlik amaliyotimizni taklif qildik. Jarroxlik amaliyoti xajmi: jinsiy a'zolar prolapsi takrorlanishida transvaginal gisterektomiyadan so'ng, qin old devoridan eski chandiqlar kesib olinadi. Qin oldingi devoriga bachadon yumoloq boylami orqa devoriga dumg'aza-bachadon boylami cho'ltoq'i birgalikda aloxida uzlukliz «X» simon choklar bilan tikiladi. Natijada "bublik" formasiga ega mustaxkam karkaz xosil bo'ladi. Keyingi oldingi kolporafiya va taktika orqa kolpoperineolevatoroplastika bilan tugallaniladi.

**Xulosa:** Zamonaviy adabiyotlar taxlili shuni ko'rsatadiki jinsiy a'zolar prolapsi hozirgi kunda ginekologiyaning dolzarb muammosi xisoblanadi. Shuni takidlash kerakki, jinsiy a'zolar prolapsining qaytalanishi bemorlarning 35% dan ko'progi takroran jarroxlik amaliyoti o'tkazishadi. Jarroxlik amaliyoti ustunligi shundan iboratki, bemorlar keyingi kundan o'rnidan turishadi. 3-4 kuni o'tirish va yurishga ruxsat beriladi. Jinsiy a'zolar prolapsida kuzatiladigan asoratlar 89%ga

kamayadi (kultit, infiltrat) Jarroxlik amaliyoti qo'llanilgan modifikatsiyada «X» simon choklar, uzluksiz choklardan ko'ra to'qimalarga kamroq ziyon yetkazadi ya'ni to'qimalarning oziqlanishi va tiklanishi yaxshilanadi. Shuni takidlash kerakki jarroxlik amaliyotidan so'ng 3 yil davomida jinsiy a'zolar prolapsi retsidivi kuzatilmadi.

#### Foydalanilgan adabiyotlar:

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. 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
3. 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
4. Apokina A.N. Prognozirovaniye effektivnosti xirurgicheskoy korreksii prolapsa tazovyx organov. Avtoref. diss.kand. med.nauk.– Moskva, 2012
5. Aylamazyan E.K. Prolaps tazovyx organov u jenshin: etiologiya, patogenez, prinsipy diagnostiki: posobiye dlya vrachey. SPb.–2010
6. Buyanova S.N., Smolnova T.Yu., Ioseliani M.N., Kulikov V.F. K patogenezu opusheniya i vyipadeniya vnutrennix polovyx organov // Vestn. Ros. assots akush.-gi-nekol. — 1998. — №1. — S. 77-79.
7. Gasparov A. S., Babicheva I. A., Dubinskaya Ye. D. i dr. Xirurgicheskoye lecheniye prolapsa tazovyx organov // Kazanskiy meditsinskiy jurnal. — 2014. — T. 95. — №3. — S. 341—347.
8. Hendrix S. L., Clark A., Nygaard I. et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(6):1160–6.
9. Krasnopolskiy V. I., Buyanova S. N., Petrova V. D. Kombinirovannoye lecheniye bolnyx s opusheniyem i vipadeniyem vnutrennix polovyx organov i nederjaniyem mochi s primeneniym antistressovyx texnologiy: Posobiye dlya vrachey. — M., 2003. — 41 s.
10. Macher C.F, Qatawneh A.M., Dwer P.L. et al. Ab-dominal sacral colpopexy or vaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault prolapse: a prospective randomized study // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2004. — Vol. 190, N 1. — P. 20-26.
11. Negmadjanov B.B, Shavkatov X.Sh Ayollarda uchraydigan prolaps retsidivini jarroxlik amaliyotini optimallashtirish. “Tibbiyotda yangi kun” 4(34) 2020 yil. St. 504-506
12. Phillips C.H, Anthony F, Benyon C. et al. Colla-gen metabolism in the uterosacral ligaments and vaginal skin in women with uterin prolapse // *BJOG.* — 2006. — Vol. 113. — P. 39-46.

**СУРУНКАЛИ РИНОСИНУСИТИ БЎЛГАН ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА НУС  
ТЕРАПИЯСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ****И. Я. Шаматов, З. А. Шопулотова**

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** сурункали риносинусит (СРС), паст частотали ултратовуш (ПУТ) терапияси, хомиладорлик, антибиотикотерапия, ремиссия даври, фонофорез.

**Ключевые слова:** хронический риносинусит (ХРН), низкочастотная ультразвуковая (НУЗ) терапия, беременность, антибактериальная терапия, период ремиссии, фонофорез.

**Key words:** chronic rhinosinusitis (CRS), low-frequency ultrasound (LUS) therapy, pregnancy, antibiotic therapy, remission period, phonophoresis.

Ушбу мақола ремиссия давридаги сурункали риносинуситли хомиладор аёлларда паст частотали ултратовуш терапиясидан фойдаланиш натижаларини тақдим этади. Тадқиқотнинг мақсади паст частотали ултратовуш терапиясининг таъсирини ўрганиш ва антибиотик терапиясига алтернатив сифатида ушбу муолажанинг мақсадга мувофиқлигини асослаш эди. Тадқиқот СамДТУ клиникасининг ЛОР бўлимида ўтказилди. 2021 йилнинг куз мавсумида 30 нафар хомиладор аёл ўрганилди.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ НУЗ ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНУСИТОМ****И. Я. Шаматов, З. А. Шопулотова**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

В данной статье представлены результаты использования низкочастотной ультразвуковой терапии у беременных с хроническим риносинуситом в стадии ремиссии. Целью исследования явилось изучить влияния низкочастотного ультразвуковой терапии и обосновать целесообразность данной процедуры в качестве альтернативы антибиотикотерапии. Исследование проводилось в ЛОР отделении клиники СамМИ. Были изучены 30 беременных за осенний период 2021 года.

**EFFICACY OF LUS THERAPY IN PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS****I. Ya. Shamatov, Z. A. Shopulotova**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

This article presents the results of the use of low-frequency ultrasound therapy in pregnant women with chronic rhinosinusitis in remission. The aim of the study was to study the effects of low-frequency ultrasound therapy and to substantiate the feasibility of this procedure as an alternative to antibiotic therapy. The study was conducted in the ENT department of the SamMI clinic. 30 pregnant women were studied for the autumn period of 2021.

**Кириш.** Сурункали риносинусит (СРС) амбулатор ва стационар амалиётида энг кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, барча ёшдаги гуруҳларни бир хил даражада зарарлайди. СРС билан касалланишнинг барқарор ўсиши, унинг проградиянт йўналиши сезиларли асоратларга олиб келиши, бу нафақат тиббий, балки ижтимоий аҳамиятга ҳам эга ҳолатлигини курсатади [3,10].

Овчинников А.Ю (2020) тадқиқотида кўра ЕРОС нинг 2020 йилги ҳисоботи шуни кўрсатадики, барча бирламчи тиббий ёрдамга ташрифларнинг 18-20 % тасдиқланган (18%) ёки шубҳали (1-2%) риносинусит ҳолатларига тўғри келади. Шу билан бирга, АҚШнинг Касалликларни назорат қилиш ва олдини олиш марказларининг ҳисоботида кўра, АҚШда ҳар йили 2,8 миллиондан ортиқ одам антибиотикларга чидамли инфекциялардан азият чекади, бу эса 35,000 дан ортиқ ўлимга олиб келади [7].

Джаббаров Д.Р. (2018) маълумотларига кўра катта ёшли одамларнинг 5-15%, болаларнинг эса 5% турли риносинуситлар билан касалланган. Сунги йилларда ушбу касаллик хомиладор аёллар контингентига ҳам ушиб бормокда [2].

Албатта ушбу касалликни самарали даволаш, айниқса сурункали шаклини ремиссия даврини узайтириш жуда муҳим аҳамиятга эга. Барча яллигланиш касалликлари каби ушбу касалликни даволашда ҳам стандартларга қўра антибиотиклар қўлланилади, лекин ушбу даво муолажалари сурункали РС билан касалланган беморларда антибиотикларга нисбатан резистентликка олиб келиши кузатилади. Айниқса, хомиладор аёллар ичида СРС даволаш

хамон мунозарали булиб колмокда. Баъзи тадқиқотлар даво тактикасида кушимча равишда табиий препаратларни куллашни тавсия қилишади [1,3,7].

Сунги йилларда физиотерапевтик усуллар тобора такомиллашиб бормокда, ҳамда уз урнини барқарор эгалламокда. Паст частотали ультратовуш терапияси ҳозирда кенг куламда ишлатилмокда [11]. Шу билан бирга уларнинг хомиладорларда кулланилиши хали тулик урганилмаган.

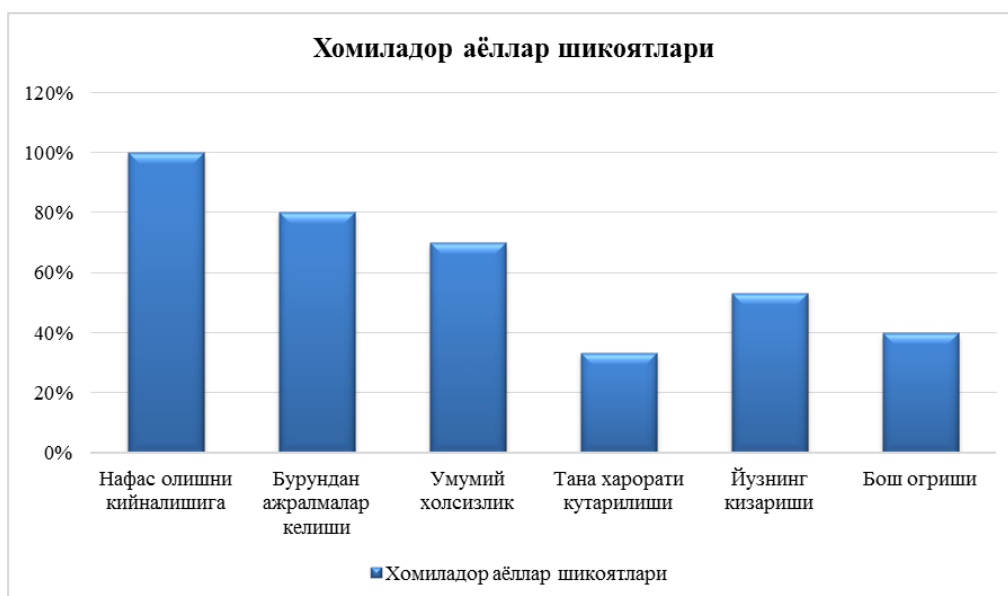
**Материал ва методлар.** Тадқиқот давомида 19 ёшдан 35 ёшгача бўлган 30 нафар хомиладор аёллар СамДТУ 1-сон клиникасининг отолорингология бўлимида тиббий кўриқдан ўтказилди ва даволанди. Касалликнинг давомийлиги 1 йилдан 3 йилгача етди. 10 нафар бемор касалхонага ётқизилган, 20 нафар беморга амбулатор ёрдам кўрсатилган.

Назорат гуруҳига стандарт даволаниш буюрилган СРС ташхиси қўйилган 30 нафар хомиладор аёлни ўз ичига олди. СРС мавжудлиги анамнез маълумотлари, отолорингологик текширув натижалари, бурун олди синуслари ва бурун бўшлиғидан олинган патологик ажралманинг бактериологик текшируви, нафас олиш ва ҳидлаш фаолиятини баҳолаш натижалари, бурунолди синусларнинг магнит-резонанс томографияси (МРТ) маълумотлари билан тасдиқланган.

Асосий гуруҳнинг хомиладор аёллари бурун шиллиқ қавати ва синуслари тозалангандан кейин, дастлабки анемизациядан сўнг, ремиссия даврида ПУТ ва 2-авлод антигистаминларини оғиз орқали юбориш фонида эндоназал тери ичига юбориш орқали антибактериал препаратларни олдилар. Ремиссия даврида бурун бўшлиғини дастлабки тозалаш ва ювишдан сўнг маҳаллий дори флумарин бурун спрейи 22 мг / мл ва ПУТ фонида новокаин билан фонофорез буюрилди.

Назорат гуруҳи бурун шиллиқ қаватининг кунлик оғриқсизлантиришидан сўнг антибактериал препаратни парентерал ҳолда (кунига 1 марта 1 г дозада цефамед) қабул қилган, шунингдек, 2-авлод антигистаминлари буюрилган.

**Натижалар.** Тадқиқот натижалари барча аёлларда риносинусит сурункали эканлиги, уртача касаллик давомийлиги  $1,7 \pm 0,68$  йил эканлигини курсатди. Беморлар умумий ҳолсизликка, бурундан ажралмалар келишига, нафас олишга кийналишларига шикоят қилдилар. 80% хомиладорларда фақат бурунни чайкаш билан нафас йулларини утказувчанлигини тиклашган, колганлари эса маҳаллий томир торайтирувчи спрейлардан фойдаланганлар. 1-расмда хомиладорларнинг шикоятлари таҳлили келтирилган.



Анамнез таҳлиliga кура 50% асосий гуруҳ беморлари аллергик касалликлари мавжудлигини таъкидлашди, назорат гуруҳида ҳам ушбу курсаткич сезиларли фаркга эга эмас эди (46,7%). Бир йил давомида уткир респиратор касалликлар ва тумов билан касалланиш даражаси уртача  $3 \pm 0,4$  мартага тугри келди. Ушбу курсаткич хомиладорлик вақтида

иммун тизим заифлашиши билан ҳам боғлиқ булиши мумкин.

Кон тахлили урганилганда беморларнинг аксариятида (66,7%) камконлик аникланди, улардан урта огир даража 30% да, енгил даража эса 70 % да аникланди. Лейкоцитар узгарилар 83,3% да кайд этилди, бундан 50% да лейкоцитоз сезиларли даражада эди. Лимфоцитлар ҳам ошиши, умумий оксил микдори камайиши кузатилди.

Асосий гуруҳ беморларига утказилган даво муолажаларидан сунг 28 (93,3%) нафар хомиладорлар ижобий натижа кайд этишди, назорат гуруҳида эса ушбу курсаткич 83,3% ни ташкил килди. Даво муолажалар давомийлиги асосий гуруҳда уртача  $5,03 \pm 0,54$  кунни, назорат гуруҳида эса  $6,12 \pm 1,02$  кунни ташкил килди. Ремиссия даврининг давомийлиги берилган тавсияларни бажаришда асосий гуруҳ беморларида узокрок эди.

**Хулоса.** Шундай қилиб, қиёсий таҳлил ПУТ билан биргаликда новокаиннинг маҳаллий антибиотик терапияси ва фонофорезнинг хавфсизлиги ва самарадорлигини, шунингдек, СРСни даволашда антибактериал дориларни парентерал ва маҳаллий қўллашдан устунлигини кўрсатди.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Азимов М., Ризаев Ж. А., Азимов А. М. К вопросу классификации одонтогенных воспалительных заболеваний // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 278-282.
2. Джаббарова Д. Р., Исмамова К. А. Аспекты клинических проявлений риносинуситов у беременных // Евразийский Союз Ученых. – 2018. – №. 2-2 (47). – С. 54-55.
3. Исламов Ш. Э. и др. Дефекты оказания медицинской помощи в практике оториноларингологии // Достижения науки и образования. – 2020. – №. 4 (58).
4. Карпищенко С. А. и др. Острые и хронические риносинуситы: дополнительные возможности консервативной терапии // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2018. – Т. 24. – №. 4. – С. 62-68.
5. Карпищенко С. А., Шумилова Н. А. Особенности течения и лечения риносинуситов у беременных // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2018. – Т. 24. – №. 4. – С. 38-48.
6. Касимова Ш. А. Патогенетические методы терапии хронических риносинуситов у беременных // Re-health journal. – 2020. – №. 2-1 (6). – С. 32-35.
7. М. Т. Насретдинова, И. Я. Шаматов, Ш. О. Коржавов Полипоз риносинусит билан оғриган беморларда айрим даво усулларининг самарадорлиги // Доктор ахборотномаси, № 2 (99), 2021. С.70-73. DOI: 10.38095/2181-466X-2021992-70-73
8. Овчинников А. Ю., Мирошниченко Н. А., Николаева Ю. О. о тактике лечения острого риносинусита у взрослых пациентов, включая беременных женщин, в период растущей антибиотикорезистентности // Consilium Medicum. – 2020. – Т. 22. – №. 11. – С. 25-30.
9. Ризаев Ж. А., Хасанова Л. Э., Фаттахов Р. А. Влияние синдрома эмоционального выгорания на гигиенические привычки по уходу за полостью рта. – 2020.
10. Сакович А. Р., Долина И. В. Риносинуситы. – 2018.
11. Шамкина П. А. и др. Эпидемиология хронических риносинуситов // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – №. 3. – С. 188-188.
12. Н. Ж. Хушвакова, У. М. Бурханов Сурункали риносинусит билан оғриган беморларда эндоскопик жаррохлик амалиётидан сўнг фагоцитозни нейтрофил бўғини кўрсаткичларини баҳолаш // Доктор ахборотномаси, № 4 (97), 2020. С.119-122. DOI: 10.38095/2181-466X-2020974-119-122
13. Шаматов И. Я. и др. Комплексное лечение хронического риносинусита в стадии обострения // Re-health journal. – 2019. – №. 2. – С. 5-10.



**HOMILADORLARDA VULVOVAGINAL INFEKSIYA ASORATLARI****M. Sh. Shamsieva, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, N. R. Насимова, U. T. Ochilova**  
Samarqand davlat tibbiyot universteti ,Samarqand, O'zbekiston

**Tayanch so'zlar:** vulvovaginit, kandidoz, bakterial vaginoz, aerobli vaginit, xorioamnionit, qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin yorilishi, kamsuvlilik, ko'psuvlilik.

**Ключевые слова:** вульвовагинит, кандидоз, бактериальный вагиноз, аэробный вагинит, хориоамнионит, дородовой разрыв плодного пузыря, маловодие, многоводие.

**Key words:** vulvovaginitis, candidiasis, bacterial vaginosis, aerobic vaginitis, chorioamnionitis, prenatal corneal rupture, insufficiency, multiplicity.

Ushbu maqolada homiladorlarda vulvovaginal infeksiya sabab yuzaga keluvchi asoratlar haqida so'z boradi. Yuqumli omilning homiladorlik va perinatal rivojlanishdagi rolini aniqlash va salbiy oqibatlari bo'yicha tadqiqotlar olib borish muhim ahamiyat kasb etadi. Asoratlar chastotasining yuqoriligi bakterial vaginoz, aerobli vaginit, vulvovaginal kandidoz kabi infeksiyalarning klinik namoyon bolishiga va qin mikroflorasidagi buzilishlarga bog'liq. Vulvovaginal infeksiyalar xorioamnionit, muddatdan oldingi tug'ruq xavfi, qog'onoq pardasining tug'ruqdan oldin yorilishi, ko'psuvlilik, kamsuvlilik kabi salbiy asoratlarga olib keladi.

**ОСЛОЖНЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ****М. Ш. Шамсиева, Б.Б. Негмаджанов, Г.Т. Раббимова, Н.Р. Насимова, У.Т. Очилова**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Эта статья расскажет о возможных осложнениях, вызванных вульвовагинальными инфекциями у беременных. Важное значение имеет определение роли инфекционного фактора в протекании беременности и перинатальном развитии, а также проведение исследований негативных последствий. Высокая частота осложнений обусловлена клиническими проявлениями таких инфекций, как бактериальный вагиноз, аэробный вагинит, вульвовагинальный кандидоз, нарушениями микрофлоры влагалища. Вульвовагинальные инфекции приводят к таким негативным осложнениям, как хориоамнионит, угроза преждевременных родов, дородовой разрыв плодного пузыря, многоплодие, недержание мочи.

**COMPLICATIONS OF VULVOVAGINAL INFECTIONS IN PREGNANT WOMEN****M. Sh. Shamsieva, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, N. R. Насимова, U. T. Ochilova**

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

This article will tell about possible complications caused by vulvovaginal infections in pregnant women. It is important to determine the role of the infectious factor in the course of pregnancy and perinatal development, as well as conducting studies of negative consequences. The high frequency of complications is due to the clinical manifestations of infections such as bacterial vaginosis, aerobic vaginitis, candidiasis, disorders of the vaginal microflora. Vulvovaginal infections lead to such negative complications as chorioamnionitis, the threat of premature birth, prenatal corneal rupture, multiple pregnancy, urinary incontinence.

**Dolzarbliqi.** Vulvovaginal infeksiyalar hozirgi kunda akusherlik va perinatologiya sohasida muhim muammolardan biridir. Vaginal infeksiyalar kasalxonada keng tarqalgan bo'lsada, jamiyat orasida ko'pincha muammo sifatida kam baholangan. Vulvovaginit- vulva shilliq qavatining (tashqi jinsiy a'zolar) va qinning yallig'lanish kasalligi hisoblanadi.

Kandidalar, aerobli vaginit, bakterial vaginoz, vulvovaginitning asosiy sabablaridir va ayollarning hayotida kamida bir marta infeksiya epizodiga ega va homiladorlik bunga moyillik qiluvchi omil hisoblanadi. Hozirgi kunda esa bu ko'rsatkich barcha ginekologik bemorlarda: jinsiy a'zolarining yuqumli va yallig'lanish kasalliklari 70% homilador bo'lmagan ayollarda, 50-60% ni esa homilador ayollarda tashkil qilmoqda. Vulvovaginal infeksiyalar ayolning hayot sifatiga salbiy ta'sir qiladi. Vaginal infeksiyalar ko'pincha faol jinsiy aloqada bo'lgan ayollarda, ayniqsa, tartibsiz jinsiy aloqadagilarda ko'p uchraydi.

Yuqumli va yallig'lanish kasalliklari kamdan-kam hollarda bitta patogen sabab bo'ladi. Vulvovaginitga sabab bo'luvchi infeksiyalar asosan: bakterial vaginoz, vulvovaginal kandidoz, aerobli vaginitlar, aralash va boshqa infeksiyalardir.

Qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin yorilishi- muddatdan oldingi tug'ruqqa olib keluvchi asosiy sabab hisoblanadi, bu ko'rsatkich erta homiladorlik davrida 70-92% gacha uchrashi aniqlangan.

Homiladorlikning erta muddatlarida qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin yorilish xavfini aniqlash va chuqur tekshiruvlar, homilaning morfofunktsional yetilishi, homilador ob'ektiv holatini baholash, infeksiya asorat berish xavfi ko'rsatkichlari pastligi homiladorlikni uzaytirish imkonini beradi.

Xorioamnionit- homila qog'onoq pardasining yallig'lanishi. Xorioamnionit-o'tkir bakterial infeksiyon kasallik bo'lib, amnion va amniotik suyuqlik infeksiya ta'sirida zararlanadi.) Yallig'lanish homiladorlik paytida yoki tug'ruq vaqtida shakllanadi, davolashsiz ona va bolada jiddiy infeksiyalarga olib keladi.

Xorioamnionit-polimikrob kasallik bo'lib, gipertermiya, bachadondagi og'riq, qindan yiringli sekreti kelishi bilan namoyon bo'ladi. Tashxis ginekologik tekshiruv, xomila KTG, laboratoriya tekshiruvlari, tos suyagi ultratovush tekshiruvi bilan qo'yiladi. Homilador ayolda taktikasi tabiiy tug'ruq yo'llari orqali yoki operativ turda shoshilinch tug'ruqni amalga oshirishni o'z ichiga oladi, shu bilan birga intensiv antibakterial, yallig'lanishga qarshi, infuzion terapiyani tayinlash muhim hisoblanadi.

Kamsuvlilik - amniotik suyuqlik hajmining kamayishi bo'lib, ob'ektiv tekshiruv va ultratovush orqali aniqlanadi.

Muddatidan oldingi tug'ruq xavfi – 22-36 haftalarda homila yetilmasdan amalga oshgan tug'ruq. Muddatdan oldingi tug'ruqning xavfli sabablari: ekstrogenital kasalliklar (giperterioz, yurak kasalliklari, kamqonlik 90 dan past), narkomaniya va chekish; kasb kasalliklari, irsiylik, o'tkazgan virusli infeksiyalar, anamnezdagi muddatdan oldingi tug'ruq, bachadonning nuqsonli rivojlanishi, bachadonning tortilishi (ko'p suvlik, makrosomiya), homiladorlik vaqtidagi xirurgik operatsiyalar, ayniqsa qorin bo'shligida bo'lsa.

Ko'psuvlilik (polyhydramnion) – homila bilan bog'liq o'tkazilgan infeksiyalar, endokrin patologiya va tashqi va ichki muhitning salbiy omillari natijasida kelib chiqadigan patologik jarayon.

**Tadqiqot maqsadi:** Vulvovaginal infeksiyasi bo'lgan homiladorlarda yuzaga keluvchi asoratlarni tahlili.

**Materiallar va tadqiqot metodlari.** Tekshirish uchun olingan 51 nafar 27-36 haftalik muddatdagi vulvovaginal infeksiyasi bo'lgan homiladorlarda quyidagicha tekshiruvlar o'tkazildi: Umumiy-klinik, bakteriologik, bakterioskopik, IFA, tug'ruq yo'llarini Bishop shkalasida baholash, bachadon va homila ultratovush tekshiruvi

**Natijalar.** Kuzatuvlar natijasida 29 nafar (57%) homiladorda muddatidan oldingi tug'ruq xavfi kuchayib, BISHOP shkalasi bo'yicha bachadon bo'yni yumshoq, kaltalashgan, markazlashganligi, bir va bir necha barmoq o'tkazishi aniqlandi. Ushbu homiladorlardan 11 nafari (22%) tug'ruqqa tayyorlanib muddatdan oldingi tug'ruq sodir etildi, qolgan 8 nafarida (16%) boshqa ko'rsatmalarni inobatga olib, Laparotomiya Bachadon pastki segmentidan Kesar kesish operatsiyasi o'tkazildi). Homiladorlarning 10 nafarida (20%) esa homiladorlik da'vo choralari bilan saqlanib, homila yetilgan muddatda tug'ilishiga erishildi.

Xorioamnionit aniqlangan 3 nafar (6%) (35- hafta, 33 hafta, 30 haftalik muddatlarda) homilador ayollarda zudlik bilan konsilium asosida homiladorlik to'xtatilishi kelishildi (Laparotomiya. Bachadon pastki segmentidan Kesar kesish operatsiyasi o'tkazildi).

Qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin yorilishi-43 nafarida (84%) da qabul bo'limiga qindan suvli ajralma kelishidan shikoyat bilan kelgan.

Ko'psuvlilik homiladorlarning 8 nafar (16%) ida, kamsuvlilik 13 nafarida (26%) ultratovush tekshiruvda aniqlandi.

Qinning 2-tozalik darajasi homiladorlarning 11 nafarida (22%), qinning pH-5.0-5.5 Doderleyn tayoqchalari kam, ko'plab anaerob bakteriyalar aniqlandi.

Qinning 3-tozalik darajasi homiladorlarning 19 nafarida (37%), (pH 6,0–6,5), kuchsiz kislotali muhit, juda oz miqdorda Doderleyn tayoqchalari, anaerob bakteriyalar, kokklar va leykotsitlar ko'p miqdorda uchrashi aniqlandi.

Qinning 4-tozalik darajasi homiladorlarning 14 nafarida (27%) kuchsiz ishqoriy muhit,

Doderleyn tayoqchalari yoq batsilla, ko'p miqdorda leykotsitalar, trixomonadalar borligi aniqlandi.

#### **Xulosa:**

1. Xulosa sifatida aytish mumkinki, vulvovaginal infeksiyalangan homiladorlarda yuzaga keluvchi asoratlarning darajasining yuqoriligi bakterial vaginoz, aerobli vaginit, kandidoz kabi infeksiyalarning klinik namoyon bo'lishiga va qin mikroflorasidagi buzilishlarga bog'liq.

2. Bu borada homilador ayollarda genital infeksiyalarni tashxislash va da'volashda mikroorganizmlarning aniqlash lozim va bu bilan birga yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldi olinadi.

#### **Foydalanilgan adabiyotlar:**

1. Доброхотова Ю. Э. и др. Состояние врожденного иммунитета и микробиоты влагалища при бактериальном вагинозе у беременных в I триместре //Акушерство и гинекология. – 2019. – №. 9. – С. 126-134.
2. Доброхотова Ю. Э. и др. Состояние врожденного иммунитета и микробиоты влагалища при бактериальном вагинозе у беременных в I триместре //Акушерство и гинекология. – 2019. – №. 9. – С. 126-134.
3. Кокоева Д. Н. и др. Профилактика преждевременных родов у беременных с вагинальным кандидозом // Медицинский совет. – 2019. – №. 7
4. Кузнецова И. В. Трудности терапии аэробного вагинита и пути их преодоления //Медицинский алфавит. – 2017. – Т. 2. – №. 10. – С. 23-29.
5. Ляликов С. С. и др. Характеристика микробных ассоциаций, выделенных из родовых путей у беременных при бактериальном вагинозе //Медико-социальные проблемы семьи. – 2020. – Т. 25. – №. 1. – С. 23-28.
6. Ф. Ш. Орипова, С. А. Саидов, Г. А. Ихтиярова, А. А. Мавлонов Бактериальный вагинит: состояние проблемы, перспективы диагностики и лечения // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.131-137. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-131-137
7. Селихова М. С., Смольянинов А. А. Новые возможности в лечении вагинальных инфекций //Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2019. – №. 1 (23).
8. Ткаченко Л. В. и др. Современный подход к лечению вульвовагинальных инфекций //Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2018. – №. 4 (22).
9. Щербакова Е. С., Лусевич А. И., Фаустова Ю. П. ВУЛЬВОВАГИНИТ //Аллея науки. – 2021. – Т. 1. – №. 5. – С. 124-127.
10. Konadu D. G. et al. Prevalence of vulvovaginal candidiasis, bacterial vaginosis and trichomoniasis in pregnant women attending antenatal clinic in the middle belt of Ghana //BMC pregnancy and childbirth. – 2019. – Т. 19. – №. 1. – С. 1-10.
11. Prevalence of Yadav K., Prakash S. Prevalence of vulvovaginal candidiasis in pregnancy //Glob J Med Med Sci. – 2016. – Т. 4. – №. 1. – С. 108-116.
12. Sayfieva M., Rabbimova G. T., Muhamadiev N. Q. Estimation of use efficiency of essential oil of anise in treatment of genital infections in pregnant women //Journal Homepage: <http://mbsresearch.com>. – 2019. – Т. 5. – №. 6.
13. Zisova L. G. et al. Vulvovaginal candidiasis in pregnant women and its importance for Candida colonization of newborns //Folia medica. – 2016. – Т. 58. – №. 2. – С. 108.

## ПЛАЦЕНТАЦИЯ ТУРИГА ҚАРАБ КЎП ҲОМИЛАЛИКДА ҲОМИЛАДОРЛИК, ТУҒРУҚ ВА ПЕРИНАТАЛ ОҚИБАТЛАРИНИ ЎЗИГА ҲОСЛИГИ

Х. Т. Шодиева, М. М. Халилова, Д. Э. Назарова, Н. И. Парвизи

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** кўп ҳомилалик, монохориал ва бихориал плацентациялаш тури, перинатал оқибатлар.

**Ключевые слова:** многоплодная беременность, монохориальный и бихориальный тип плацентации, перинатальные осложнения.

**Key words:** multiple pregnancy, monochorionic and bichorial type of placentation, perinatal results.

Бизнинг тадқиқотимиз кўпҳомилаликда плацента турига қараб ҳомиладорликни кечиши, туғруқ ва перинатал оқибатларни таҳлил қилиш эди. Тадқиқотимизда 90 та кўпҳомилали аёлларни плацента турига қараб икки гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳда 38та аёл монохориал плацента тузилишига эга, 2-гуруҳда 52та бихориал плацента тури бўлган аёлларни ўз ичига олди. Бир ҳомиланинг физиологик ривожланиши ва иккинчи ҳомиланинг гипотрофик ривожланиши 19,8% ҳолатда монохориал плацентация типига юзага келса, дихориал типда 9,2% ҳолатда юзага келди. Хориал турига қараб акушерлик асоратларини юзага келишида сезирарли даражада фарк кузатилмади, аммо кўпҳомилаликда ҳомиладорликни кечиши, туғруқда ва перинатал асоратлар юзага келиши бир ҳомилали ҳомиладорликга қараганда кўп ҳомилаликда 2 баробар юқоридир. Бизнинг тадқиқотимизда монохориал тузилишдаги хориал турида перинатал асоратлар: ҳомиланинг оғир даражадаги гипотрофияси, ҳомилаларнинг диссоцирланган ривожланиши ва янги туғилган чақалоқларда неврологик бузилишлар ривожланишида кўшимча бир хавф омили деб ҳисобланди.

## СВЯЗЬ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПРЕНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ПЛАЦЕНТАЦИИ

Х. Т. Шодиева, М. М. Халилова, Д. Э. Назарова, Н. И. Парвизи

Ташкентская Медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилась оценка течения беременности, родов и перинатальные осложнения в зависимости от типа плацентации. Под нашим наблюдением было 90 женщин с многоплодием которые были разделены на 2 группы в зависимости от типа плацентации: 1 группа (38) с монохориальным типом плацентации, 2 группа (52) с бихориальным типом. Физиологическое развитие одного плода и гипотрофия второго плода встречались в 19,8% случаев при монохориальном типе и в 9,2% при бихориальном типе плацентации. Достоверной разницы в частоте акушерских осложнений в зависимости от типа хориальности не выявлено, но при многоплодной беременности наблюдались осложнения связанные с течением беременности и родов 2 раза выше по сравнению с одноплодной. Наблюдалась связь перинатальных осложнений в зависимости от типа хориальности, монохориальный тип плацентации рассматривался как дополнительный фактор риска развития перинатальных осложнений таких как – гипотрофии, диссоциированное развитие плода и развитие неврологических нарушений у новорожденных.

## RELATIONSHIP OF THE COURSE OF PREGNANCY, BIRTH AND PRENATAL OUTCOMES OF MULTIPLE PREGNANCY DEPENDING ON THE TYPE OF PLACENTATION

Kh. T. Shodieva, M. M. Khalilova, D. E. Nazarova, N. I. Parvizi

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Our research aimed to study the perinatal outcomes in multiple pregnancies depending on the type of chorionicity. In the research, 90 women with multiple pregnancies were divided into 2 groups depending on the type of chorionicity. The first group consist of multiple pregnant women with monochorionic type of placentation. For the second group twin pregnant women with dichorionic diamniotic type of placentation were chosen. Physiological development of one of the fetuses and hypotrophy of the second one was revealed in the monochorionic type of placentation 19.2%, and the dichorionic 9.2%. The rate of occurring obstetric complications depending on type of placentation has not seen a remarkable difference. However, frequency of complication like perinatal, happening during current pregnancy and labor in twin pregnancy compare to singleton pregnancy two times higher. Our research has revealed that monochorionic type of chorinocity is the one of additional risk factors in development of perinatal complications like severe degrees of malnutrition, dissociated fetal development and poor neurological outcomes in newborns.

Бутун дунёда эгизакларнинг туғилиши ортиши сабабли кўп ҳомилали ҳомиладорликда юзага келадиган муаммоларни кўплаб тадқиқотларга қарамасдан, асосий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра кўп ҳомилаликнинг кечиши эрта токсикозлар, гипертензив бузилишлар, ҳомила/ҳомилаларнинг нотўғри жойлашиши, кўп

сувлилик, муддатидан олдинги туғруқ ва қоғонок пардасининг туғруқдан олдин ёрилиши каби асоратлар билан кечади [1, 2, 4]. Туғруқлар эса туғруқ фаолиятининг аномал кечиши, оператив туғруқларнинг сонининг ортиши, хомилаларнинг гипоксияси, асфиксияси ва қон кетишлар билан характерланади. Маълумки эгиз хомилаликда перинатал касалланиш ва ўлим кўрсаткичлари бир хомилаликга қараганда 3-7 баробар юқори бўлиб, хомила/хомилаларнинг ўсишдан орқада қолиши, туғма аномалиялар ва бир хомиланинг антенатал ўлими билан намоён бўлади [3, 5].

**Мақсад:** кўп хомилаликда хориал турига қараб хомиладорлик, туғруқни кечиши, ва перинатал оқибатларнинг ўзига хослигини ўрганиш.

**Материал ва тадқиқот усуллари:** Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникаси таркибидаги туғруқ комплексида 90 та кўпхомилали аёллардан туғилган 179 чақалоқлар ўрганилди. Хориал турига қараб 2 гуруҳга бўлинди. 1 - гуруҳ монохориал эгиз хомилали аёллар бўлиб, уларнинг сони 38тани ташкил этди. 2 - гуруҳ бихориал биамниотик тузилишга эга бўлган эгиз хомилали 51та аёлдан ташкил топди. Биз кўпхомилали аёлларда хомиладорликнинг кечиши, туғруқ ва перинатал оқибатларни баҳоладик. Хомиладорлик даврида хомила ҳолатини баҳолаш мақсадида динамикада клиник лаборатор ва инструментал текширувлар ўтказилди (УТТ ва доплероетрик текширув). Перинатал оқибатларни баҳолаш куйидаги мезонларни ўз ичига олди: туғилгандаги гестацион муддати ва чақалоқларнинг етилганлик даражаси, туғилгандаги тана вазни, бўйи, чақалоқларнинг интенсив терапия бўлимида ўтказган вақти ва шароити, марказий нерв тизимидаги бузилишлар ва нафас тизимида юзага келган бузилишлар даражаси.

**Натижалар:** Бизнинг анамнез маълумотлари тахлили шуни кўрсатдики, эгиз хомиладорлар аёлларнинг ёши 24 дан 32 ёшгача ташкил этди. Ўртача ёш 1- гуруҳда. 25,6 1,0, 2чи гуруҳда. 26,70,6 ташкил этди. Улардан биринчи хомиладорлик 1-гр. 36,8%, 2-гр. 23,5% кузатилди, қайта хомиладорлар тегишли равишда 63% ва 76,5% ни ташкил этди. Кўп хомилали аёлларда хомиладорликни тахлил қилишда плацента турига қараб турли асоратлар аниқланди. Ҳар иккала гуруҳда ҳам хомиладорликни биринчи ярмида токсикоз юзага келиш даражасида статистик фарқ кузатилмади. Эгиз хомилаликда хомиладорлик қусиши турли оғирлик даражаси 35,7%да учраб, улардан 19,2% стационар шароитида даволанган. Биринчи триместрда хомиладорлик тўхташ хавфи ҳар икки гуруҳда ҳам бир хил даражада 32,9 % 1-гуруҳда, 36,5% 2-гуруҳда кузатилди. Хомиладорликни иккинчи ярмида эрта туғиш хавфи 1-гуруҳда монохориал плацентацияланиш тури юқори бўлиб (53%) 2-гуруҳда бихориал плацентациялашда деярли икки баробар кам учради (28,8%). Юқоридаги маълумотлардан келиб чиқадики, хориалнинг турли типларида хомиладорликнинг биринчи ярмида хомиладорликнинг тўхташ хавфини учраш даражасида фарқ деярли бўлмади, аммо хомиладорликнинг иккинчи ярмида эрта туғиш хавфи монохориал типли плацентацияли кўпхомилаликда дихориал типли эгиз хомиладорликга қараганда 1,5 – 2 марта кўпроқ кузатилди.

Соматик касалликларни учраш даражасини тахлил қилинганда ҳар икки гуруҳда ҳам аёлларнинг иккидан бирида турли оғирликдаги камконлик, ҳар тўртдан бирида сийдик йўллари касалликлари ва юрак қон томир патологиялари (15,8% ва 19,4%) кузатилди. Хориал турига қараб. соматик касалликларнинг юзага келишида бирор-бир боғлиқлик аниқланмади. Монохориал типли плацентацияланиш турида дихориал типга қараганда гипертензив бузилишлар учраши кўпроқ кузатилди, монохориал типли плацентацияда бу кўрсаткич 36,2% дихориалда эса 26,5% ташкил қилди. Юқорида кўрсатилган сабаблар хомиладорликнинг ҳар бир триместрида амбулатор ва стационар равишда даволанишга кўрсатма бўлиб, бу кўпхомилаликнинг салбий кечишини тасдиқлайди. Кўпхомилаликда монохориал эгизларда туғруқ муддати 321,7 ҳафтада, 2 гуруҳда бу кўрсаткич 34,31,8 ташкил этиб, бу кўрсаткичлар бир биридан катта фарқ қилмади. Эгиз хомиладорликда туғруқни оператив йўли билан тугаши бир хомилаликга қараганда 2 марта кўп. Монохориал типли плацентациялашда туғруқни кесарча кесиш амалиёти билан тугаши 68,5 % ташкил этиб, бундан 42,3% шошилиш равишда амалга оширилган. Бу кўрсаткич бихориал типда 56% ташкил

қилиб, шошилинич ҳолатда операцияга кўрсатма 26,3% булган.

Перинатал оқибатларнинг тахлили шуни кўрсатдики, эгиз ҳомиладорликдан туғилган чақалоқларнинг деярли ярми гипотрофия билан туғилади. Эгизаклардан биринчи ва иккинчисида гипотрофия учраш даражасида сезиларли фарқ кузатилмади. Кўпхомилалликда хомилаларнинг диссоциялашган ривожланиши яна бир қўшимча перинатал хавф омилларидан бири бўлди [6]. Бизнинг кузатувимизда диссоцияланган ривожланиши 1 - гуруҳда монохориал тип 19,8% ҳолатда аниқланган булса, 2-гуруҳда 9,2% ҳолатда кузатилди. Эгиз ҳомиладорликда яна бир эътиборга лойиқ асоратларидан бири бу неврологик асоратлардир ушбу асоратлар бир ҳомилаликга қараганда кўп ҳомилаликда 3 маротаба куп учрайди. Монохориал типда бу асоратлар патогенезида асосан томирлар аро аностамозлар мавжудлиги ва асосан бош миянинг гипоксик ва ишемик зарарланиши ётади. Турли манбаларнинг маълумотларига кўра, болалар церебрал фалажи учраш кўрсаткичи монохориал типда 12% дан 20% гача ташкил қилса, бихориал турда 3,7% ҳолатда аниқланади патогенезида асосан томирлар аро аностамозлар мавжудлиги ва асосан бош миянинг гипоксик ва ишемик зарарланиши ётади [7,8]. Тадқиқотимизда бош мияда қон айланиши бузилиши 34,2% 1 гуруҳда , 24,6% 2 гуруҳда кузатилиб, янги туғилган чақалоқларда бош мияда қон айланишининг бузилиши асосий сабабларидан бири муддатидан олдинги туғруқ ва хомилаларнинг чала тугилганлиги сабаб бўлди.

Ҳомилаларнинг антенатал ўлими фақат 1 - гуруҳда икки ҳолатда кузатилди, улардан бирида иккала хомиланинг антенатал ўлими 26-ҳафталикда кузатилган, иккинчи ҳолатда бир хомиланинг антенатал ўлими кичик муддатларда содир бўлган. Бундан ташқари эрта неонатал даврда монохориал кўпхомилаликдан туғилган чақалоқларнинг 3 таси нобуд бўлган бўлиб, улар ҳомиладорликнинг 30-34 ҳафталигида туғилган. Янги туғилган чақалоқларнинг 8 тасида (5,8%) туғма нуқсон аниқланган, улардан бта ҳолатда, юрак туғма нуқсони билан (қоринчалар аро тўсиқ нуқсони, митрал клапан нуқсони), буйрақлар поликистози 1 ҳолатда, 1 ҳолатда омфалоцеледир. Туғма нуқсонлар билан туғилган болалар 1 - гуруҳда 6,6%, 2-гуруҳда 1,9% ҳолатни ташкил этди.

**Хулоса:** кўпхомиладорликнинг кечиши ва туғруқ оқибатларига доир ўтказган тахлилларимиздан кўринадики, кўп ҳомилаликда акушерлик асоратлари ривожланиш хавфи юқори: хомиладорлик қусиши, камқонлик, сийдик йўллари инфекцияси, гипертензив бузилишлар, плацентар етишмовчилик, эрта туғиш хавфи, ва эрта туғруқлар монохориал плацентация турида 2 баробар кўпроқ учрайди. Перинатал оқибатлардан - хомиланинг оғир даражадаги гипотрофияси, хомилаларнинг диссоцирланган ривожланиши ва янги туғилган чақалоқларда неврологик бузилишлар ривожланишида монохориал плацентация турида қўшимча бир хавф омили ҳисобланади. Кўп хомилаликда хомиладорлик кечиши, туғруқ, перинатал асоратлар тахлили, асоратлар юзага келиши плацента тузилиши билан боглиқ бўлиб, монохориал типда асоратлар юзага келиш ҳолати юқоридир. Бу эса ўз навбатида асоратларни уз вақтида диагностика қилиш ва даволашнинг замонавий усулларини талаб этади.

#### 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 // Журнал Акушерства и Гинекологии. - 2020. - №6. - С.50-58.
3. Косякова О.В., Беспалова О.Н. Сложности и перспективы прогнозирования преждевременных родов при

- многоплодной беременности // Журнал акушерства и женских болезней. — 2018. — Т. 67. № 4. — С. 48–59.
4. Макаров Р.А., Кинжалова С.В., Мамович Н.В., Маркова Т.В. Адаптация центральной гемодинамики матерей при одноплодной и многоплодной беременности в третьем триместре // Журнал Акушерства и Гинекологии. - 2019. - №2. - С. 74-77.
  5. Shodieva Khurshida, Pakhomova Janna, Nazarova Dilrabo. Improving the prevention of postpartum hemorrhage in women with multiple pregnancies //Journal of Hunan University (Natural Sciences) - Vol. 48. -No. 10. October 2021 – P. 820-829
  6. Mary D’Alton, Noelle Breslin. Management of multiple gestations// Obstetrics & Gynecology – 2020. – P. 3-9.
  7. Han Z.Y., Fang Q., Luo Y.M., Hou H.Y., Chen M.L., He Z.M. et al. Intrauterine growth characteristics of twins and those twins discordant birthweight. //Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. – 2016. - 47(5). – P. 337-41
  8. Barzilay E., Haas J., de Castro H., Yinon Y., Achiron R., Gilboa Y. Measurement of middle cerebral artery diameter as a method for assessment of brain sparing in intrauterine growth-restricted discordant twins //Prenat. Diagn.- 2015 - 35(2) - P 137-41
  9. Rajan Wadhawan, MD, William Oh, MD, and Rosemary D Higgins, MD Twin Gestation and Neurodevelopmental Outcome in Extremely Low Birth Weight Infants Pediatrics – 2015. - 123 (2). P. - e220–e227.

## ОСОБЕННОСТИ МАТОЧНО-ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ И ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Э. Х. Шопулатов, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова,  
А. Абдикаримов, Ш. Н. Валиев, Д. Т. Раббимова

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Таянч сўзлар:** йулдош ўсиб кириши, йулдош олдинда ётиши, бачадон артериялари доплерометрияси, бачадонда кесар кесиш операциясидан кейинги чандик.

**Ключевые слова:** приращение плаценты, предлежание плаценты, доплерометрия маточных артерий, рубец после кесарева сечения на матке.

**Key words:** placenta accretion, placenta previa, uterine artery dopplerometry, scar after caesarean section on the uterus.

Кесар кесишнинг учраш даражаси юкори туфайли йулдош бирикиш аномалияларининг учраши тобора ортиб бормоқда, шунинг учун йулдош бирикиши аномалиялари бўлган аёлларда ўз вақтида ташхис қўйиш ва бошқариш тактикасини танлаш долзарбдир. Мақолада йулдош бирикиш аномалияларининг диагностика хусусиятлари келтирилган. Допплерометрия ёрдамида қон оқиш хажмини аниқлаш ва васкуляризация индексини ҳисоблаш билан уч ўлчовли ультратовуш текшируви техникаси йулдош ўсишини ташхислаш имкониятларини кенгайтиришга ёрдам беради.

## ЙЎЛДОШ ОЛДИНДА ЁТИШИ ВА ЎСИБ КИРИШИ БЎЛГАН ХОМИЛАДОРДА БАЧАДОН-ЙЎЛДОШ ГЕМОДИНАМИКАСИНING ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Э. Х. Шопулатов, Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, А. Абдикаримов, Ш. Н. Валиев, Д. Т. Раббимова  
Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд, Ўзбекистон

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 saraton kabi yomon sifatli o'smalarning oldini olishga yordam berdi.

## FEATURES OF UTERO-FETOPLACENTAL HEMODYNAMICS IN PREGNANT WOMEN WITH PLACENTA PREVIA AND INCRETA

E. Kh. Shopulatov, B. B. Negmadjanov, G. T. Rabbimova, A. Abdikarimov, Sh. N. Valiev, D. T. Rabbimova  
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

The frequency of anomalies of placental attachment is steadily increasing due to the high frequency of cesarean section, therefore, timely diagnosis and the choice of management tactics for women with anomalies of placental attachment is relevant. The article describes the features of the diagnosis of anomalies of placental attachment, that the technique of three-dimensional ultrasound examination with the determination of volumetric blood flow and the calculation of the vascularization index using Dopplerometry makes it possible to expand the possibilities of diagnosing placental ingrowth.

**Кириш.** Дунё бўйлаб оналар ўлими сабаблари орасида биринчи ўринлардан бири акушерлик қон кетишдир (бунда оналар ўлими 25% ташкил қилади), замонавий акушерликни долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади [1,2,4]. Массив қон кетиш сабаблари таркибида етакчи сабаблардан йулдош омиллари ҳисобланади – бу йулдошнинг 20% қаттиқ бирикиши, 10% унинг олдинда ётиши [4]. Алоҳида эътиборга сазовор шуки, йилдан-йилга йулдош аномалиялар барқарор ўсиши кузатилмоқда; йулдош олдинда ётиш учраши 0,1% дан 3% гача ташкил қилади. Ушбу патологияга олиб келадиган хавф омилларига ёши, тез-тез абортлар ўтказилиши, кўп туғруқлар, эндометритлар киради, бунинг барчаси эндометрийнинг шикастланишига ва унинг васкуляризациясини бўзилишига олиб келади [1,2,3,4,5].

Бирок, барча тадқиқотчилар кесар кесиш операцияси частотасини оширилиши ва бачадонда чандик бор бўлганда йулдошнинг бирикиш аномалиялари кескин ошиб боради; масалан бачадон операция бўлмаганда хомиладор аёлларда бу асорат хавфи тахминан 3-5% таш-



кил этади ва кесар кесиш операцияси ўтказилганда 11-24%гача ошади (С. Л. Clark ва бошқ. 2016). Бачадонда битта чандиқ бўлганда йулдош олдинда етиш еҳтимоли 24% ни ташкил этади, бачадонда 4 ёки ундан ортиқ бўлганда бу патология - 67%гача ошади. Йулдош прогрессив ўсиб кириш хавфи бачадондаги чандиқлар сонига боғлиқ: бачадонда 1 чандиқ мавжуд бўлганда- 40%, 2 – 60%, 3 ва кўпроқ - 68.8% ни ташкил қилади (Латышкевич О. А., 2015й.), ва барча йулдош олдинда етишида 7-10% холатларда массив қон кетиш хавфини оширади (С. Л. Clark ва бошқ. 2016).

Ушбу муаммонинг муҳим жиҳати *antenatal* диагностиканинг ноинвазив усулларини (ултратовуш, МРТ) оптималлаштиришдир, ультратовуш текшируви йулдош олдинда ётиши ва усиб кириши ташхиси учун «олтин стандарт» сифатида эътироф этилади [6,7], лекин йулдош олдинда етиши ва усиб кириши ташхисланиши охиригача хал қилинмаган. Уз навбатида бу муаммо илмий изланишлар давом эттирилиши тухтамаслигига асосланади ва янги эхографик маркерларни ишлаб чиқилишига сабаб бўлади.

**Тадқиқот мақсади:** Кесар кесишдан кейин бачадондаги чандиқларда йулдош бириқиш аномалияларида доплерометрия усули орқали ташхислашни такомиллаштириш.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари:** Вилоят Перинатал Марказида 2019-2022 й.й. кесар кесиш операциясидан кейин бачадонда 2 ва ундан кўп чандиқлар мавжуд бўлган ҳомиладорларни ўрганиш: аёлларни ўртача еши  $27\pm 2,1$  ешни ташкил қилди.

I гуруҳ - кесар кесиш операциясидан кейин бачадондаги чандиқларда йулдош олдинда етиши билан - 25 аёл,

II гуруҳ - кесар кесиш операциясидан кейин бачадондаги чандиқларда йулдош ўсиб кириши билан - 25 аёл. Буларга умумий клиник-лаборатор текширув, УТ текшируви, доплерометрия текшируви, терапевт кўриги, анестезиолог кўриги ўтказилади.

Юқорида айтилганларни ҳисобга олган ҳолда, биз ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместрларида йўлдошнинг нормал жойлашиши, йўлдошнинг олдинда келиши ва ўсиб кириши бўлган беморларда ҳомиланинг бачадон артериялари, киндик артерияси ва ўрта мия артериясида қон оқими кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилдик. Олинган маълумотларни таҳлил қилиш натижасида йулдош олдинда ётиши билан булган беморларнинг гуруҳларида ҳомиладорликнинг 20-22 хафталигида бачадон артерияси ҳавзасида гемодинамиканинг интенсивлиги йулдош нормал локализацияси бўлган ҳомиладор аёлларга қараганда анча юқори эканлиги аниқланди. 2-клиник гуруҳ беморларида ўнг ва чап бачадон артерияларида пульсация индекси (Pi) мос равишда  $1,12\pm 0,3$  ва  $1,04\pm 0,3$ , 3-клиник гуруҳда -  $1,07\pm 0,4$  ва  $1,11\pm 0,6$  ни ташкил этди, мос равишда, бу 1-гуруҳ беморлар  $1,60\pm 0,4$  ва  $1,80\pm 0,4$  дан сезиларли даражада паст эди. Шу билан бирга, қон оқимининг энг юқори интенсивлиги йулдош ўсиши (2-гуруҳ) мавжудлигида қайд этилганлиги диққатга сазовордир. Шундай қилиб, ушбу беморларда ўнг ва чап бачадон артерияларидаги пульсация кўрсаткичи мос равишда  $0,90\pm 0,3$  ва  $0,99\pm 0,4$  ни ташкил этди.

Бундан ташқари, ҳомиладорликнинг 20-22 хафталигида қайд этилган ўнг бачадон артериясидаги қон оқими йулдош усиб кириши ва олдинда ётиши билан ҳомиладор аёллар ўртасида сезиларли фарқларни кўрсатди. Ўнг бачадон артериясининг Pi курсаткичи бошқа барча клиник гуруҳларда бу кўрсаткичдан анча паст эди. Йулдош ҳомила қисмининг микровакуляр тармоғи киндик артерияси учун ягона периферик канал бўлганлиги сабабли, бу томирдаги қон оқими тезлиги эгри йулдош томирларининг қаршилиги ҳолатини тавсифлайди, бу эса ривожланаётган ҳомиланинг етарли кислород билан таъминланишида хал қилувчи рол ўйнайди. Клиник гуруҳлардаги беморларда фето-йулдош гемодинамикаси ҳолатини ўрганиш нормал йулдош ва йулдош олдинда ётиши билан булган ҳомиладор аёлларда киндик артериясида қон оқимининг сезиларли фарқлари аниқланди. 2-клиник гуруҳдаги беморларда киндик артериясининг пульсация индекси  $1,0\pm 0,1$ , 3-клиник гуруҳда -  $1,18\pm 0,2$ , 4 -  $1,24\pm 0,2$  ни ташкил этди, бу 1-гуруҳдаги Pi –  $1,4\pm 0,2$  курсаткичига нисбатан бошқа гуруҳларда сезиларли даражада паст эди. Шундай қилиб, йулдош олдинда етиши кўзатилган беморлар гуруҳларида ушбу томирдаги қон оқимининг интенсивлиги йулдошнинг нормал

локализацияси бўлган ҳомиладор аёлларга қараганда сезиларли даражада юқори эди.

Шу билан бирга, ҳомила киндик артериясида йулдошнинг ўсиши бўлган беморлар йулдош олдинда ётиши билан текширилганларга қараганда сезиларли даражада юқори қон томир қаршилигини кўрсатди. Йулдош усиб кириши булган аёлларда ҳомила киндик артериясининг  $P_i$  қиймати 1,24-(0,2) ни ташкил этди, бу йулдош олдинда ётиши булган ҳомиладор аёлларда бу курсаткичдан сезиладиган даражада юқори -  $P_i$  1,00 (0,1) ( $P_{0,001}$ ).

Тадқиқотнинг ушбу қисмини хулоса қилиб, шуни таъкидлаш мумкинки, биз ўрганган йулдошнинг аномалиялари ҳомиладорликнинг барча босқичларида бачадон-йулдош гемодинамиканинг юқори интенсивлиги ва якуний босқичда ҳомила-йулдош билан бирга келган. Қон оқимига йулдош қаршилигининг пасайиши ҳомиладорликнинг ривожланиши пайтида, бачадон-йулдош қон оқимининг барқарорлигини таъминлайдиган механизмнинг асосидир. Ҳомиладорлик даврда 100 га яқин спирал артериялар онанинг қон айланишини йулдошнинг кучли қон томир ҳавзаси - ворсинкалараро бўшлиқ билан боғлайди. Ушбу томирлар қон айланиши ҳажмини 10 барабар ошириш учун зарур бўлган муҳим физиологик ўзгаришларга учрайди ва фетопласентар комплекснинг метаболик эҳтиёжларини таъминлайди [7,8,9].

Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида децидуал спирал артериялари деворларига трофобластнинг эндоваскуляр кириб боришининг биринчи тўлқини рўй беради, бу ҳомиладорликнинг 15-ҳафтасида *decidua basalis* ва миометрийнинг тугашуви даражасида тугайди.

Иккинчи триместрда трофобласт инвазиясининг иккинчи тўлқини спирал артерияларнинг мушак қатламга радиал артерияларнинг терминал қисмлари билан таъсир ўтказмасдан олдин содир бўлади, бу даврда уларнинг деворларининг мушак-эластик элементлари фибриноид ва бириктирувчи тўқима аралашмаси билан алмаштирилади - "деворнинг фибриноид некрози" [11]. Ушбу ноёб жараён натижасида спирал артерияларнинг қобиғи силлик мушак элементларидан бутунлай ажралиб чиқади ва турли прессор воситаларининг таъсирга бефарқ бўлиб қолади. Кичик спирал артерияларни катта қон томир каналлари билан алмаштириш утеройулдош қон айланишини юқори даражада чидамли қон томир тизимига айлантиради [10,11]. Таърифланган ўзгаришлар замонавий акушерликда кенг қўлланиладиган тадқиқот усули бўлган доплерометрия кўрсаткичларида аниқ акс этади [11,12,13]. Ҳомиладорлик ривожланишининг ажралмас қисми бўлган ва ҳомиладорликнинг II ва III триместрлари ўртасидаги кузатув динамикасида пульсация индексининг қийматлари пасайиши билан бирга бўлган иккала бачадон артерияси ҳавзасида периферик қон томир қаршилигининг пасайиши  $R_i$  (*rezistentlik indeksi*) текширилган барча клиник гуруҳларда аниқланди, аммо, йулдош олдинда ётиши ва усиб кириши бўлган беморларда бу жараён энг катта интенсивлик билан ажралиб турди. Бачадондаги чандиқ зонасида қон оқими ҳажмини ўрғаниш оркали куйидаги хусусиятларни аниқланди: йулдош олдинда ётиши билан ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг 30-32 ҳафталигида бачадондаги чандиқ зонасининг васкуляризация индексининг ўртача қийматлари 30% ни ташкил этди.

Йулдош усиб кириши бўлган барча беморларда бачадондаги чандиқ зонасининг васкуляризация индекси 50% дан ошди, унинг ўртача қиймати 67% ни ташкил этди: 25 бемордан 9 таси 56-60% оралиғида васкуляризация индексига эга эди 7 – 69- 80 %, 8-80-90% да бўлган йулдош олдинда ётиши билан ҳомиладор аёлларга қараганда (32,8%) анча юқори булди ( $P < 0,01$ ).

**Хулоса.** Биздаги олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, қон оқими ҳажмини аниқлаш ва доплерометрия ёрдамида васкуляризация индексини ҳисоблаш билан уч ўлчовли ультратовуш текшируви техникаси йулдош ўсишини ташхислаш имкониятларини кенгайтиришга ёрдам беради.

**Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Абдукадирова Н. Б., Раббимова Д. Т., Хаятова З. Б. The role of connective tissue dysplasias in pathology of various body systems // *Journal of Siberian Medical Sciences*. – 2020. – № 3. – С. 126-135
2. Латышкевич О.А., Курцер М.А., Савельева Г.М., Бреслав И.Ю., Евтеев В.Б., Платицын И.В., Щербаков Л.Н., Анисимова Н.Б. Антенатальная диагностика вростания плаценты у женщин с кесаревым сечением в анамнезе // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2013. – №6. – С.36-42;
3. Милованов А.П., Димова Е.А. Спорные вопросы патогенеза вростания в стенку матки // *Архив патологии*. - 2011. - Т. 73, № 2. - С. 54-57;
4. Б. Б. Негмаджанов, Г. Т. Раббимова, А. Абдикаримов, Ш. Н. Валиев, В. О. Ким Кесар кесишдан кейин ба-чадон чандикларида плацента бирикиш аномалиялари: замонавий ташхислаш ва даволаш // *Доктор ахборотномаси*, № 3 (100), 2021. С.128-136. DOI: 10.38095/2181-466X-20211003-128-136
5. Рязанов В.В., Иванов Д.О., Вихтинская И.А. Диагностические возможности магнитно-резонансной томографии у беременных женщин с патологической плацентацией // *Бюллетень федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова*. - 2012.-№ 3.- С. 21-27;
6. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Панина О.Б., Андреев А.И., Барыкина О.П., Латышкевич О.А. Вростание предлежащей плаценты (placenta accreta) у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. Клинико-морфологическое сопоставление. Акушерство и гинекология. - 2015 - №11 - С. 41;
7. Хасанов А. А. Диагностика, профилактика и органосохраняющие методы родоразрешения беременных с вростанием плаценты // *Казанский медицинский журнал*, 2016 - том 97, №4;
8. Aitken K., Allen L., Pantazi S. et al. MRI Significantly improves disease staging to direct surgical planning for abnormal invasive placentation: A single Centre experience. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2016; 38(3): 246–251;
9. D’Antonio F., Iacovella C., Palacios Jaraquemada J., Bruno C.H., Manzoli L., Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using magnetic resonance imaging: Systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2014; 44(1): 8–16;
10. Palacios-Jaraquemada J.M., D’Antonio F., Buca D. et al. Systematic review on near miss cases of placenta accreta spectrum disorders: correlation with invasion topography, prenatal imaging, and surgical outcome. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* 2019; 30: 1–8;
11. Parker SE, Werler MM. Epidemiology of ischemic placental disease: a focus on preterm gestations. *Semin Perinatol.* 2014;38(3):133–8;
12. Shamsiyev A. M., Rabbimova D. T. Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis // *Voprosy nauki i obrazovaniya*. – 2017. – С. 152
13. Wu Q, Yao K, Liu Z, Li L, Xin Z, Wang S, et al. Radiomics analysis of placenta on T2WI facilitates prediction of postpartum haemorrhage: a multicentre study [published correction appears in *EBio Medicine*. 2020 May; 55:102773];
14. Yoon S, You JY, Choi S, Oh SY, Kim JH, Roh CR. A combined ultrasound and clinical scoring model for the prediction of peripartum complications in pregnancies complicated by placenta previa. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2014;180:111–5;
15. Young BC, Nadel A, Kaimal A. Does previa location matter? Surgical morbidity associated with location of a placenta previa // *J Perinatol*.-2014.-34.-P.264-7.

**KOMBINIRLANGAN ORAL KONTRASEPTIV VOSITALARDAN FOYDALANUVCHI  
AUTOIMMUN TIREOIDIT KASALLIGI BO'LGAN AYOLLARDA  
QALQONSIMON BEZ HAJMI VA TIREOTROP GORMON  
KONSENTRATSIYASIDAGI O'ZGARISHLAR**

**M. B. Egamova, N. X. Raxmanova**

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch, O'zbekiston

**Tayanch so'zlar:** autoimmun tireodit, qalqonsimon bez, euterioz holat, gipotерioz holat, kombinirlangan oral kontraseptivlar.

**Ключевые слова:** аутоиммунный тиреодит, щитовидная железа, эутериоз, гипотериоз, комбинированные оральные контрацептивы.

**Key words:** autoimmune thyroiditis, thyroid gland, euteriosis condition, hypotheriosis condition, combined oral contraceptives.

Ushbu tadqiqotda autoimmun tireodit kasalligi bo'lgan ayollar kombinirlangan oral kontraseptivlardan foydalananda qalqonsimon bez hajmiga va tireotrop gormon konsentratsiyasiga ta'siri o'rganildi. Tadqiqot uchun kombinirlangan oral kontraseptivlardan 6 oy mobaynida foydalanadigan 15 nafar autoimmun tireodit kasalligi bo'lgan euterioz holatdagi ayollar, 15 nafar autoimmun tireodit kasalligi bo'lgan gipotерioz holatidagi ayollar va 15 nafar sog'lom nazorat guruhidagi ayollar o'rganildi. Tadqiqot natijalariga ko'ra, autoimmun tireodit kasalligi bo'lgan ayollar kombinirlangan oral kontraseptivlardan foydalananda qalqonsimon bez hajmi va tireotrop gormon konsentratsiyasiga salbiy ta'siri aniqlanmadi.

**ИЗМЕНЕНИЯ РАЗМЕРОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КОНЦЕНТРАЦИИ ТИРЕОТРОПНОГО  
ГОРМОНА У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ  
КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ**

**М. Б. Эгамова, Н. Х. Рахманова**

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

В этом исследовании изучалось влияние использования комбинированных оральных контрацептивов на размер щитовидной железы и концентрацию тиреотропного гормона у женщин с аутоиммунным тиреодитом. Для исследования были изучены 15 женщин в состоянии эутиреоза с аутоиммунным тиреодитом, 15 женщин в состоянии гипотериоза с аутоиммунным тиреодитом и 15 женщин в здоровой контрольной группе, которые использовали комбинированные оральные контрацептивы в течение 6 месяцев. Согласно результатам исследования, при использовании комбинированных оральных контрацептивов женщинами с аутоиммунным тиреодитом отрицательного влияния на объем щитовидной железы и концентрацию тиреотропного гормона в крови выявлено не было.

**THE USE OF COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES IS DUE TO CHANGES IN THE VOLUME OF THE  
THYROID GLAND AND THE CONCENTRATION OF THE THYROID HORMONE IN WOMEN WITH  
AUTOIMMUNE THYROIDITIS**

**M. B. Egamova, N. X. Raxmanova**

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench, Uzbekistan

In this study, women with autoimmune thyroiditis disease were studied for their effect on thyroid gland size and thyroid hormone concentration when using combined oral contraceptives. For the study, 15 women with autoimmune thyroiditis who used combined oral contraceptives for 6 months were studied, 15 women with autoimmune thyroiditis, and 15 women in the hypothermic condition who had autoimmune thyroiditis, and 15 women in the healthy control group were studied. According to the results of the study, women with autoimmune thyroiditis disease are more likely to have a negative effect on thyroid gland size and thyroid hormone concentration when using combined oral contraceptives.

**Kirish.** Ma'lumki, intergenetik intervalga rioya qilmaslik nafaqat ayol salomatligi yomonlashishiga, balki tug'ilgan va tug'ilajak farzandlar sog'lig'iga ham o'z ta'sirini ko'rsatadi. Homiladorliklar orasidagi qisqa intervallar ona va chaqaloq sog'lig'iga salbiy ta'sir qiladi, erta tug'ruqlar uchrashi, kam vaznli bolalar tug'ilishi, erta neonatal va chaqaloqlar o'limi uchrashish darajasini oshiradi [1].

Shu sababli, kontratsepsiya ayollar umumiy va reproduktiv salomatligini saqlashda katta ahamiyat kasb etadi.

Ayollarda eng ko'p uchraydigan autoimmun kasalliklardan biri bu ko'pincha ginekologik va akusherlik patologiyasi bilan birlashgan autoimmun tireoditdir. Autoimmun tireodit kasalligi ayollarda erkaklarga qaraganda 5-10 barobar ko'p uchraydi va odatda reproduktiv yoshda rivojlanadi. Reproktiv yoshdagi ayollar orasida autoimmun tireodit kasalligi 5-26% gacha uchraydi [2]. Ma'lumki, autoimmun kasalliklarining patogenezi asosan bir xil autoimmun jarayonlarga asoslanadi, chunki ko'pincha autoimmun kasalliklar bir-biri bilan birlashadi. Autoimmun tireodit – bu organga xos, T-hujayralari vositachiligidagi autoimmun kasallik, keyinchalik uning funksiyasining pasayishi bilan qalqonsimon bez to'qimalariga autoantitelolar hosil bo'lishi bilan tavsiflanadi [3].

Ko'pincha autoimmun tireodit kasalligi eutireoid shaklda bo'lganligi sababli ayollarimiz sog'ligidan shikoyat qilmaydi, shuning uchun tashxislash qiyinchilik tug'diradi. Faqat gipoteroid shaklda klinikasi namoyon bo'lgandagina shifokorga murojaat qilishadi va shundan keyingina aniqlash imkoni bo'ladi. Autoimmun tireodit natijasida reproduktiv yoshdagi ayollar orasida 2% hollarda asosiy gipotireoidizm rivojlanadi [4]. Gipotireoidizm patogenezinin asosi tireoid gormonlarning yetishmasligi tufayli energiya almashinuvining buzilishi bo'lib, bu asosiy metabolizmning pasayishiga olib keladi [5]. Metabolik o'zgarishlar natijasida turli organlar va tizimlar faoliyatining buzilishi, shu jumladan reproduktiv tizim disfunktsiyasining klinik ko'rinishlari rivojlanadi [6]. Gipotireoidizmning mavjudligi ikkilamchi giperprolaktinemiya, galaktoreya va hayz siklida turli xil buzilishlar rivojlanishiga olib keladi. Bu disfunktsiyalar, birinchi navbatda, tireotropin-relizing gormonining gipotalamus giperproduksiyasi va uning tireotropik gormon va prolaktin ishlab chiqarishida rag'batlantiruvchi ta'siri bilan bog'liq. Gipotireoid holatning uzoq muddatli mavjudligi adenogipofiz stimulyatsiyasi va ikkilamchi gipofiz adenomasining rivojlanishiga sabab bo'ladi [7]. Uzoq vaqt davomida kompensatsiyalanmagan holda mavjud bo'lgan gipotireoidizm ovulyatsiya disfunktsiyasiga va bepushtlikning rivojlanishiga olib keladi. Xorijiy adabiyotlarga ko'ra, gipotireoidizm bilan og'rigan ayollarda bepushtlik 2-34% hollarda aniqlanadi [8].

Autoimmun tireodit bilan kasallangan bemorlarning aksariyati jinsiy faol va shu munosabat bilan ular nafaqat yuqori samarali, balki asosiy kasallikka salbiy ta'sir ko'rsatmaydigan va oral qabul qilinadigan kontratseptiya usullariga ham ehtiyoj sezadilar.

**Tadqiqot materiali.** Xorazm viloyatida yashovchi kombinirlangan oral kontraseptivlardan 6 oy mobaynida foydalanadigan 15 nafar autoimmun tireodit kasalligi bo'lgan euterioz holatdagi ayollar, 15 nafar autoimmun tireodit kasalligi bo'lgan gipoterioz holatdagi ayollar va 15 nafar sog'lom nazorat guruhidagi ayollar o'rganildi.

**Tadqiqot usullari:**

- klinik tekshiruv (qalqonsimon bez UTT si)
- laborator tekshiruv (qalqonsimon bez gormonal holatini o'rganish)

**Tadqiqot natijalari.** Dinamikada qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvdagi o'lchamlari: 1) kombinirlangan oral kontraseptivlar qabul qilishdan oldin autoimmun tireodit kasalligi bo'lgan (eutireoz holatdagi) davolanishsiz ( $n=15$ ) bemorda  $16,5 \pm 0,3 \text{ sm}^3$ , 6 oy davomida kombinirlangan oral kontraseptivlar qabul qilgandan keyin  $14,8 \pm 0,6 \text{ sm}^3$ ; 2) kombinirlangan oral kontraseptivlar qabul qilishdan oldin autoimmun tireodit kasalligi bo'lgan (gipotireoz holatdagi) tiroksin qabul qiluvchi ( $n=15$ ) bemorda  $16,1 \pm 0,3 \text{ sm}^3$ , 6 oy davomida kombinirlangan oral kontraseptivlar qabul qilgandan keyin  $14,2 \pm 0,4 \text{ sm}^3$  ni; 3) Nazorat guruhidagi ayollarda kombinirlangan oral kontraseptivlar qabul qilishdan oldin  $12,2 \pm 0,5 \text{ sm}^3$ , kombinirlangan oral kontraseptivlar qabul qilgandan keyin  $11,0 \pm 0,4 \text{ sm}^3$  tashkil qilgan.

Dinamikada tireotrop gormonining qondagi konsentratsiyasi: 1) kombinirlangan oral kontraseptivlar qabul qilishdan oldin autoimmun tireodit kasalligi bo'lgan bemorlarda davolanishsiz tireotrop gormonining qondagi konsentratsiyasi  $2,1 \pm 0,5 \text{ XB/l}$ , 6 oy davomida kombinirlangan oral kontraseptivlar qabul qilgandan keyin  $2,0 \pm 0,2 \text{ XB/l}$ ; 2) kombinirlangan oral kontraseptivlar qabul qilishdan oldin autoimmun tireodit kasalligi bo'lgan tiroksin qabul qiluvchi bemorlarda  $1,9 \pm 0,1 \text{ XB/l}$ , 6 oy davomida kombinirlangan oral kontraseptivlar qabul qilgandan keyin  $1,4 \pm 0,2 \text{ XB/l}$ ; 3) Nazorat guruhidagi ayollarda kombinirlangan oral kontraseptivlar qabul qilishdan oldin

1,8±0,4 ХВ/л, 6 oy davomida kombinirlangan oral kontraseptivlar qabul qilgandan keyin 1,7 ±0,2 ХВ/л bo'lgan.

**Xulosa.** Kombinirlangan oral kontraseptivlarni qalqonsimon bez hajmi va funksiyasiga hech qanday salbiy ta'siri topilmadi. Bundan tashqari tireotrop gormonining qondagi konsentratsiyasiga ham ijobiy ta'siri aniqlandi.

Shunday qilib, kombinirlangan oral kontraseptivlarni autoimmun tireoidit kasalligi bo'lgan ayollarda qo'llashga qarshi ko'rsatmalar aniqlanmadi.

#### Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Барроу Дж.Н. Щитовидная железа и репродукция. В кн.: Барроу Дж.Н.. Репродуктивная эндокринология: Пер. с англ. М.: Меди-цина; 1998; т. 1: 587-612.
2. Буралкина Н.А., Батырова З.К., Киселева И.А., Хашенко Е.П. Гормональная контрацепция как тренд современного образа жизни Medica Mente. Лечим с умом. 2015; (1): 38-40.
3. Журнал акушерства и женских болезней. 2013; (5): 45-51.
4. И. С. Манасова, З. Ж. Жумаева Распространность эндемического зоба в условиях жаркого климата // Вестник врача, № 4, 2019. С.74-76.
5. Мгерян А. Н. Гормональная контрацепция у женщин с аутоиммунным тиреоидитом: Дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2010.
6. Пологойко Г.П. Гормональная контрацепция у женщин с диффузным нетоксическим зобом и аутоиммунным тиреоидитом.
7. Рахманова Н.Х. Аёлларда контрацепция усулларини индивидуал танлашнинг замонавий жихатлари. Назарий ва клиник тиббиёт. 2018; (1):82-856.
8. Фадеев В.В. Гипотиреоз и репродуктивная функция женщины. Врач.2003; (6): 29-31.
9. Arojoki M. et al. Hypothyroidism among infertile women in Finland. Gynecol. Endocrinol. 2000; 14 (2): 127-31

## ГЕНЛАР ПОЛИМОРФИЗМИ ВА ТУҒМА РИВОЖЛАНИШ АНОМАЛИЯЛАРИНИНГ ЭРТА ТАШХИСЛАШ

Г. Ш. Элтазарова

Самарқанд Давлат Тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** генлар полиморфизми, молекуляр-генетик, туғма ривожланиш аномалиялари, хомилдорлик, ирсий касалликлар, геном мутациялари, хромосом аномалиялар.

**Ключевые слова:** генный полиморфизм, молекулярно-генетические, врожденные аномалии развития, беременность, наследственные заболевания, геномные мутации, хромосомные аномалии.

**Key words:** gene polymorphism, molecular genetic, congenital developmental anomalies, pregnancy, hereditary diseases, genomic mutations, chromosomal abnormalities.

Охирги йилларда генларнинг полиморфизми туғма ривожланиш аномалияларини (ТРА) юзага келишида алоҳида касб эгалламоқда. Генлар полиморфизмини ТРА ни келтириб чиқарувчи генетик омил дейиш мумкин. Инсон ирсий касалликлари, фило ва онтогенезнинг ҳар хил босқичларидаги, мутацияларда, экзо ва эндоген сабабларга кўра намоён бўладиган патологияларидир. Бу патологияларни перинатал даврда ва эмбриогенезнинг эрта босқичларида аниқлаш мумкин.

### ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ

Г. Ш. Элтазарова

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

В последние годы особую роль в возникновении врожденных аномалий развития (ВНР) играют полиморфизмы генов. Можно сказать, что полиморфизм генов является генетическим фактором, вызывающим ВНР. Наследственные болезни человека – это патологии, возникающие на разных этапах филогенеза и онтогенеза, при мутациях, по экзо- и эндогенным причинам. Эти патологии диагностируются в перинатальном периоде и на ранних этапах эмбриогенеза.

### POLYMORPHISM OF THE GENES AND EARLY DIAGNOSIS OF CONGENITAL DEVELOPMENTAL ANOMALIES

G. Sh. Eltazarova

Samarkand State Medical university, Samarkand, Uzbekistan

In recent years, gene polymorphisms have played a special role in the occurrence of congenital developmental anomalies (CMD). We can say that gene polymorphism is a genetic factor that causes congenital malformations. Human hereditary diseases are pathologies that occur at different stages of phylogenesis and ontogenesis, with mutations, for exogenous and endogenous reasons. These pathologies are diagnosed in the perinatal period and at the early stages of embryogenesis.

Долзарблиги. Турли популяцияда генлар полиморфизми ўрганилган ва уларнинг ассоциацияси куйидагича: IRF6, MDR1, MTHFR, ADH1A, ADH1B, ADH1C, MSX1, NAT2, CYP1A1, PVR2α1, бу генлар хомиллада ТРН (Қуён лаб/бўри танглай) ривожланишига олиб келувчи ген омилларидир. Россияда биринчи бўлиб ТРН бронхо-окулофациал синдром (BOFS) ДНК диагностикаси ишлаб чиқилди. Мутация жойи TFAP2A генида яъний илгари маълум бўлмаган мутация TFAP2A генида аниқланган. 8 геннинг 10 полиморфизми комплекс молекуляр – генетик текширилган. Демак генлар полиморфизмининг ТРА ривожланишида ўрни борлиги маълум бўлди. Бу аниқланган генетик маркерлар ТРА ривожланиш хавфини кўрсатади (1,2, 5,6,9).

Хромосомалар сонли аномалияси, геном мутациялар орасида энг кўп учрайди. Хромосом аномалияларда 60-80% хомиланинг ўз-ўзидан тушиши юз беради. БЖССТ маълумотларига кўра ҳар йили туғма ривожланиш аномалиялари билан туғлиш кўрсаткичи 4-6%ни ташкил қилади (3,4,7,8).

Xenopus laevis, эмбрионларида ўтказилган тажрибалар шуни кўрсатдики, одамнинг frizzled-5 (hFz5) бу Wnt5a лигандининг рецепторидир ва Wnt5a/hFz5 сигналлари ўқнинг индукциясига воситачилик қилади. Шу билан бирга, каноник бўлмаган WNT5a, шунингдек, хужайра ва рецепторларнинг контекстига қараб, Ror1/2, RYK ва RTK билан боғланиб, хужайра пролиферацияси, кутбланиш, дифференциация ва апоптоздан тортиб, турли функ-

цияларни бажариши кўрсатилган.

WNT5a гени, шунингдек, аёл репродуктив тизимининг пайдо бўлишида ва туғруқдан кейин ривожланиши, эстроген жараёнида хужайра ва молекуляр жавобларнинг асосий компоненти ҳисобланади (9,10,11).

Умуман наслий патологияларнинг сабаблари бу генларнинг мутацияга учраши билан тушинтирилади. Ота ва онада наслий омилнинг бўлиши туғма ривожланиш аномалиялари билан туғилиш хавфини оширади.

**Мақсад ва вазифалари.** Туғма ривожланиш аномалияларининг эрта ташхислаш мақсадида молекуляр-генетик жиҳатдан, генлар полиморфизимини WNT5A генини турли генотипик вариантларини ўрганиш.

**Тадқиқот материаллари ва текшириш усуллари.** Самарқанд вилоят “Она ва бола скрининг” марказида 2020-2021 йилларда йиғилган порспектив материаллар. Тадқиқотларда WNT5A генининг генотип полиморфизмни аниқлаш мақсадида тақдим этилган 100 та ҳомиладорларнинг биологик қон намуналаридан генетик таҳлил тадқиқотлари ўтказилди. Уларнинг ҳомиласида ТРА аниқланган.

**Текшириш натижалари.** Гетерозиготали генотип -21 нафарида (21%) аниқланди. Шундан қариндошлик даражаси 4 нафарида (19%) учради. Гетерозигот генотип фониди туғма ривожланиш аномалиялари қуйидагича таркиб топди. Таянч тизим ТРА 6 нафарида (28,6%): оёқларнинг маймоқлиги 3 нафарида (50%), уларнинг 1 нафари (33,3%) қариндош никоҳ, ахондрогенезия, ҳомила бўйин соҳаси кистоз гегромаси + бармоқлар редукцияси билан, эгиз ҳомиладорликни биринчисида акрания (краниорахшизис) + қўлида амелия ва иккинчи эгизакда фето фетал синдром иборат бўлди 1 нафардан (16,7%). Сийдик ажратиш тизими ТРА 5 нафарида (23,8%) кузатилди. Улар, иккала буйрак пиелоектазияси + мегауретер, иккала буйрак гидронефроза, қариндош никоҳларда. Буйраклар мультикистози + асцит билан, уларда ҳам қариндош никоҳлик бўлган. Буйраклар поликистози ва ўнг буйрак гипоплазия + ривожланган кам сувлик билан 1 нафардан учраган (20%). Юрак қон томир тизими ТРАлари, туғма юрак нуқсонлари 4 нафарида (19%) аниқланди. 3 нафарида (75%) юрак атериоventрикуляр клапани нуқсонлари + вентрикуломегалия билан, 1 нафарида (25%) юрак ўнг қоринчасидан иккта магистрал катта қон томирларни аорта ва ўпка артериясини чиқиши + вентрикуломегалия билан. Бош мия ривожланиш аномалияси 3 нафарида (14,3%) юз берган. Гидроцефалия 2 нафарида (66,7%), шундан 1 нафарида қариндош никоҳлик мавжуд (50%), юқорида айтиб ўтилганидек 1 нафарида (33,3%) эгиз ҳомиладорликни биринчисида акрания (краниорахшизис) + қўлида амелия ва иккинчи эгизакда фето фетал синдром аниқланган. Ҳомиланинг ноиммун шиши + ҳомилани ривожланмай қолиши 2 нафарида (9,5%) топилди. Меъда ичак тизими ТРА, 1 нафарида (4,8%) гастрошиз кўринишида номоён бўлди. Ҳомила бўйин соҳаси кистоз гегромаси 1 нафарида (4,8%) учради.

Шундай қилиб, гетерозигот генотипда қариндошлик даражаси 4 нафарни (19%) ташкил қилди. ТРА орасида, таянч тизим ТРА 6 нафарида (28,6%), сийдик ажратиш тизими ТРА 5 нафарида (23,8%), юрак қон томир тизими ТРАлари, туғма юрак нуқсонлари 4 нафарида (19%), бош мия ривожланиш аномалияси 3 нафарида (14,3%) ва ҳомиланинг ноиммун шиши + ҳомилани ривожланмай қолиши 2 нафарида (9,5%) топилди. Меъда ичак тизими ТРА, 1 нафарида (4,8%) гастрошиз кўринишида номоён бўлди. Ҳомила бўйин соҳаси кистоз гегромаси 1 нафарида (4,8%) учради.

Гомозигот генотип 3 нафарида (3%) учради. Қариндошлик даражаси йўқ. Гомозигот генотип фониди сийдик чиқариш тизими аномалиялари 2 нафарида (66,7%) – чап буйрак гидронефроза ва пиелоектазия кўринишида номоён бўлди. 1 нафарида (33,3%) таянч тизими аномалияси, қўл панжаси ва бармоқлар редукцияси кузатилди. Гомозигот генотипда қариндошлик бирга учрамади. Гомозигот генотип фониди асосан сийдик ажратиш тизими ТРА аниқланди.

#### **Хулоса.**

1. Гетерозигот генотип фониди ТРА орасида, таянч тизим ТРА 6 нафарида (28,6%),



сийдик ажратиш тизими ТРА 5 нафарида (23,8%), юрак қон томир тизими ТРАлари, туғма юрак нуқсонлари 4 нафарида (19%) аниқланди ва кейинги ўринларни бошқа тизим ТРА эгаллади. Гоммозигот генотип фонида сийдик ажратиш тизими 2 нафарида (66,7%) ва таянч тизими ТРА лари 1 нафарида (33,3%) аниқланди.

2. Таянч тизим ТРА ва сийдик ажратиш тизими ТРА лари гетерозигот – ва гоммозигот генотиплар фонида учради. Жами таянч тизим ТРА ва сийдик ажратиш тизими ТРА 7 нафардан (33,3%) ташкил қилди.

3. Қариндошлик фақат гетерозигот генотипда кузатилди 4 нафарида (19%).

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Аверьянов А.И., Телитченко А.Г., Глазкова И.В. и др. Ранняя пренатальная диагностика врожденных пороков сердца в рамках комбинированного генетического скрининга I триместра беременности // <http://ultrasound.net.ua/materiali/materialii-konferencii-ta-zjzdiv/uafud-2020-kijiv/>
2. Акуленко Л.В., Богомазов Е.А., Захарова О.М., Ильяшенко Л.Д., Петрин А.Н., Тактаров В.Г. Медицинская и клиническая генетика для стоматологов: учебное пособие / Под ред. О.О. Янушевича. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 400 с.
3. Амелина С.С. Эпидемиология моногенной наследственной патологии и врожденных пороков развития у населения Ростовской области: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006. – 43 с.
4. Бочков Н.П., Пузырев В.П., Смирнихина С.А. Клиническая генетика: учебник. 4-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.
5. Гинтер Е.К., Зинченко Р.А. Наследственные болезни в российских популяциях // Вестник ВОГиС. – 2006. – Т.1, № 1. – С. 106-125.
6. Демикова Н.С., Кобринский Б.А. Эпидемиологический мониторинг врожденных пороков развития в Российской Федерации. – М.: ООО «ПрессАрт», 2011. – 236 с.
7. Жученко Л.А., Летуновская А.Б., Демикова Н.С. Частота и динамика врожденных пороков развития у детей в Московской области: материалы регистра врожденных пороков развития за период 2000 – 2005 гг. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2008. – № 2. – С. 30-38.
8. Козлова С.И., Демикова Н.С. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. – М.: «Товарищество научных изданий КМК Авторская академия», 2007. – 447 с.
9. Б.Б. Негмаджанов, Ф.Б. Остонакулова, М.Дж. Маматкулова, Ф.И. Ганиев, В.О. Ким, Э.Х. Шопулатов Формирование искусственного влагалища при аномалиях развития половых органов // Вестник врача, № 3, 2018. С.69-76.
10. Б. Б. Негмаджанов, С. Ш. Рафиков, Ф. И. Ганиев, В. О. Ким, Э. Х. Шопулатов Успешная хирургическая коррекция аномалии развития женских половых органов после перенесенных напрасных операций // Вестник врача, № 1 (93), 2020. С.157-159. DOI: 10.38095/2181-466X-2020931-157-159
11. Н. А. Рустамова, Б. Б. Негмаджанов, В. О. Ким Врожденная аномалия развития матки и патология желудочно-кишечного тракта // Вестник врача, № 4, 2019. С.155-157.
12. Ali A., Singh S.K., Raman R. MTHFR 677TT alone and IRF6 820GG together with MTHFR 677CT, but not MTHFR A1298C, are risks for nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in an Indian population // Genet. Test. Mol. Biomarkers. – 2009. – V.13 (3). – P. 355-360.
13. Chiquet B., Blanton S.H., Burt A., Ma D., et al. Variation in WNT genes is associated with non-syndromic cleft lip with or without cleft palate. // Hum. Mol. Genet. – 2008. – V.17. – P. 2212-2218.
14. Menezes R., Letra A., Kim A.H., et al. Studies with WNT Genes and Nonsyndromic Cleft Lip and Palate. // Birth Defects Res A Clin. Mol. Teratol. – 2010. – V.88 (11). – P. 995-1000.

**МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)****Д. З. Юнусова**

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

**Ключевые слова:** материнская смертность, структура, акушерские причины, косвенные причины, репродуктивное здоровье, коронавирусная инфекция, COVID-19.**Tayanch soʻzlar:** onalar oʻlimi, tuzilishi, akusherlik sabablari, bilvosita sabablar, reproduktiv salomatlik, koronavirus infeksiyasi, COVID-19.**Key words:** maternal mortality, structure, obstetric causes, indirect causes, reproductive health, coronavirus infection, COVID-19.

Медико-социальными аспектами материнской смертности в период пандемии COVID-19 являются: неблагоприятный социально-гигиенический статус женщин активного репродуктивного возраста, повторнородящие с высокой частотой экстрагенитальной и гинекологической патологии. Косвенные и прямые акушерские причины связаны как с коронавирусной инфекцией, так и качеством организации оказания медицинских услуг и низкой информированностью населения. Проведение аудита критических случаев акушерских осложнений позволит выявить упущенные возможности и обеспечить безопасное материнство.

**KORONAVIRUS INFEKTSIYASINING (COVID-19) PANDEMIYASI DAVRIDA ONALAR O'LIMINING TIBBIY VA IJTIMOY ASPEKTLARI****D. Z. Yunusova**

DTM «Tojikiston Respublikasi sogʻliqni saqlash sohasida diplomdan keyingi talim instituti», Dushanbe, Tojikiston  
COVID-19 pandemiyasi davrida onalar oʻlimining tibbiy-ijtimoiy jihatlari quyidagilardan iborat: faol reproduktiv yoshdagi ayollarning ijtimoiy-gigiyenik holatining yomonligi, ekstragenital va ginekologik patologiya bilan kasallanish darajasi yuqori boʻlgan koʻp tugʻgan ayollar. Bilvosita va toʻgʻridan-toʻgʻri akusherlik sabablari koronavirus infeksiyasi, va tibbiy xizmatlarni tashkil etish sifatining pastligi va aholining kam xabardorligi bilan bogʻliqdir. Akusherlik asoratlarning jiddiy holatlari boʻyicha audit oʻtkazish oʻtkazib yuborilgan imkoniyatlarni aniqlaydi va xavfsiz onalikni taʼminlaydi.

**MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF MATERNAL MORTALITY DURING THE CORONAVIRUS PANDEMIC COVID-19****D. Z. Yunusova**

State Education Institution "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan", Dushanbe, Tajikistan

The medical and social aspects of maternal mortality during the COVID-19 pandemic are: unfavorable social and hygienic status of women of active reproductive age, multiparous women with a high incidence of extragenital and gynecological pathology. Indirect and direct obstetric causes are associated with both coronavirus infection, quality of the organization of medical services and low public awareness. A comprehensive audit of critical cases of obstetric complications will identify missed opportunities and ensure safe motherhood.

**Актуальность.** Пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 явилась причиной широкого распространенной заболеваемости и смертности во всем мире и глобальной чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения [1,2,9]. Помимо этого, при пандемии значительно возрос риск косвенной заболеваемости и смертности от других предотвратимых и поддающихся лечению заболеваний при нарушении предоставления основных медицинских услуг [2, 3,4,7,9].

В настоящее время имеются немногочисленные данные о влиянии коронавирусной инфекции COVID-19 на течение беременности, родов, состояние плода и послеродовый период [1,2,3,4]. Это обычно связано с легочными проявлениями и появляется все больше доказательств многосистемного участия вируса [1,6,7]. По данным официальной статистики, в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 (2020г.) по сравнению с предыдущим годом (2019) материнская смертность в стране возросла с 21,9 до 26,7 на 100.000 живорожденных [5]. Вышеуказанное определило выбор настоящего исследования.

**Цель исследования:** изучить медико - социальные аспекты материнской смертности в условиях пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19) и предложить меры по профилактике материнских потерь в стране.

**Материал и методы исследования.** Проведено ретроспективное исследование 113 случаев материнской смертности за 2020-2021 годы. Предметом исследования явилась первичная медицинская документация погибших женщин (индивидуальные карты беременных (форма №029), обменные карты (форма № 087), истории родов, карты новорождённых).

Статистическая обработка проведена в виде абсолютных значений и их процентного соотношения с использованием компьютерных технологий.

**Результаты исследования.** Установлено, что средний возраст женщин, вошедших в материнскую смертность, за период пандемии коронавирусной инфекции составлял  $34,7 \pm 2,8$  года, при этом, почти каждая вторая пациентка ( $49,5 \pm 4,7\%$ ) находилась в активном репродуктивном возрасте, каждая третья ( $31,8 \pm 4,4\%$ ) - в позднем,  $16\% \pm 3,4\%$  - раннем. На долю женщин, находившихся в подростковом периоде, пришлось  $2,6\% \pm 1,5\%$ .

Из общего количества проанализированных случаев,  $83,1\%$  погибших женщин являлись жительницами села и только  $16,9 \pm 3,7\%$  пришлось на долю жителей г. Душанбе. Образовательный уровень исследуемых женщин оказался достаточно низким. Практически все пациентки были домохозяйками ( $87,7 \pm 3,0\%$ ) и с низким уровнем образования ( $72,5 \pm 4,2\%$ ). Так, высшее и незаконченное высшее образование было лишь у  $16,5\%$  человек, а доля женщин со средним и неполным средним образованием составила  $34,7 \pm 3,2\%$  (16). Подавляющее большинство женщин имели среднее специальное образование –  $48,8 \pm 4,4\%$ .

Важной характеристикой социального благополучия населения является количество детей в семье. Из паритета родов погибших женщин установлено, что более половины из них были повторнородящими ( $57,5 \pm 4,7\%$ ), почти каждая четвертая ( $22,1 \pm 3,9\%$ ) - первородящей, многорожавшие (4 и более детей) составили  $17,8 \pm 3,7\%$ . На долю первобеременных пришлось  $3 \pm 2,6\%$ .

Исследованием установлен низкий уровень здоровья погибших женщин, свидетельствующих о неблагоприятных социально-бытовых условиях их жизни. При анализе соматического статуса выявлено наличие экстрагенитальной патологии у  $89\%$  исследуемых групп, каждая из которых имела по 2-3 заболевания. Лидирующее место принадлежало анемии различной степени тяжести ( $68,4 \pm 4,4\%$ ), заболеваниям дыхательных путей ( $67,2 \pm 4,4\%$ ) и щитовидной железы ( $63,7 \pm 4,5\%$ ). Второе место заняли заболевания мочеполовой системы, которыми страдали более  $1/3$  женщин ( $38 \pm 4,6\%$ ). Ожирение встречалось в каждом пятом случае ( $20\%$ ), варикозная болезнь - в  $13,3 \pm 3,2\%$ , сахарный диабет диагностирован в  $3,5 \pm 1,7\%$  случаев.

Возможно, что соматическая патология, как потенциальная причина МС могла быть обусловлена обострением предсуществующих заболеваний в условиях коронавируной инфекции, либо возникла во время изменений показателей гомеостаза во время беременности или в послеродовом периоде.

Важным индикатором репродуктивного здоровья женского населения является гинекологическая заболеваемость. При анализе гинекологической заболеваемости установлено, что  $62,7 \pm 4,3\%$  женщин страдали той или иной гинекологической патологией, из которых более половины ( $57,5\%$ ) составляли воспалительные заболевания придатков и матки, остальные  $5,2\%$  - патологические процессы шейки матки.

В социально-гигиенической характеристике важную роль играет информированность населения. Исследование показало, что каждая пятая жительница регионов страны ( $21,2 \pm 3,8\%$ ) не была обследована и не состояла на учете по поводу настоящей беременности в Центрах репродуктивного здоровья. Этот факт с одной стороны, свидетельствует не только о ненадлежащем антенатальном уходе, связанным с карантинными ограничениями в период пандемии КОВИД-19, но и низкой информированностью женщин о влиянии существующей инфекции на здоровье. Установлено, что из числа состоявших на учете наблюда-

лись у акушера-гинеколога чуть более половины ( $54 \pm 5,3\%$ ) беременных,  $42,7 \pm 5,2\%$  - семейного врача, остальные  $3,6 \pm 1,6\%$  - семейной медсестры и акушерки. Количество посещений к медработникам до 4-х визитов было в  $14,1 \pm 3,3\%$  случаях, 4-5 посещений -  $34,5 \pm 4,5\%$ , 6-8-  $51,3 \pm 4,7\%$ .

У  $65,6 \pm 10,7\%$  погибших женщин роды начались преждевременно до срока родов; при доношенном сроке беременности погибла каждая четвертая родильница ( $25,0 \pm 9,7\%$ ), остальные  $10,0 \pm 3,7\%$  - при сроке 19-21 недели.

Из числа летальных исходов 20 ( $17,6 \pm 3,6\%$ ) женщин погибли беременными в различные сроки гестации. Были доставлены в родовспомогательное учреждение родственниками  $80,4 \pm 3,7\%$  женщин, машиной скорой помощи -  $19,6 \pm 3,7\%$ , что указывает на ненадлежащее качество оказания медицинских услуг, связанных с несоблюдением принципов направления/перенаправления в соответствующие родовспомогательные учреждения.

К сожалению, из общего количества проанализированных случаев, при поступлении в стационар у более половины ( $51,3 \pm 5,2\%$ ) умерших женщин состояние оценено как тяжелое, более  $1/3$  ( $34,5 \pm 4,9\%$ ) - средней тяжести,  $6,2 \pm 2,5\%$  - крайне тяжелое и только у  $8,6 \pm 2,9\%$  - удовлетворительное.

Более половины женщин ( $57,5 \pm 5,1\%$ ) были родоразрешены путем операции кесарево сечение, остальные  $42,4 \pm 5,1\%$  - через естественные родовые пути.

При анализе медицинской документации установлены причины, связанные, возможно с коронавирусной инфекцией. У каждой второй ( $50,7 \pm 4,7\%$ ) погибшей женщины причиной смерти являлась двухсторонняя пневмония, в  $40,0 \pm 4,6\%$  случаев - тромбоэмболия легочной артерии; отек легкого диагностирован почти у каждой десятой ( $9,1 \pm 2,8\%$ ), ДВС-синдром развился в  $14 \pm 3,2\%$  случаев. Основными прямыми причинами материнской смертности явились акушерские кровотечения ( $44,2 \pm 4,0\%$ ) и тяжелая преэклампсия ( $30 \pm 3,3\%$ ); на долю HELLP-синдрома пришлось  $8,8 \pm 2,7\%$ , сепсиса -  $9,8 \pm 2,8\%$ , ЭОВ- $4,4 \pm 1,9\%$ , эклампсии -  $2,9 \pm 1,5\%$ .

Из  $82,3 \pm 3,7\%$  родивших женщин более половины ( $56,9 \pm 5,2\%$ ) новорожденных родились доношенными, остальные 40 ( $43,1 \pm 5,2\%$ ) - недоношенными, при этом живорожденных было  $81,7 \pm 3,7\%$  младенцев, у остальных  $18,3 \pm 3,6\%$  новорожденных диагностирована перинатальная смертность (антенатальная гибель - в  $88,3\%$  случаев, интранатальная - в  $5,8\%$ , ранняя неонатальная -  $5,8\%$ ).

**Заключение.** Медико-социальными аспектами материнской смертности в период пандемии COVID-19 являются: неблагоприятный социально-гигиенический статус женщин активного репродуктивного возраста, повторнородящие с высокой частотой экстрагенитальной и гинекологической патологии. Косвенные и прямые акушерские причины связаны как с коронавирусной инфекцией, так и качеством организации оказания медицинских услуг и низкой информированностью населения. Проведение аудита критических случаев акушерских осложнений позволит выявить упущенные возможности и обеспечить безопасное материнство.

#### Использованная литература:

1. Адамян Л.В., Верочко В.И., Коньшева О.В., Харченко Э.И. Беременность и COVID-19. Актуальные вопросы (обзор литературы)//Проблемы репродукции. 2021. №27(3). с.70-77.
2. Адамян Л. В., Артымук Н.В., Беженарь В.Ф. Белокриницкая Т. Е.и др. Организация медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19//Методические рекомендации. 2021г. 130с.
3. Беженарь В.Ф., Зазерская И.Е., Бехтиер О.А., Нестеров И.М., Баутин А.Е. Спорные вопросы акушерской тактики при ведении беременности и родоразрешении пациенток с новой коронавирусной инфекцией

- COVID-19//Акушерство и гинекология.№5.2020. С. 13-21.
4. Белокриницкая Т.Е., Артымук Н.В., Филиппов О.С., Фролова Н.И. Материнские и перинатальные исходы в условиях новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в Дальневосточном и Сибирском федеральных округах//Проблемы репродукции.2021.№27 (2).С.130-136
  5. Ежегодные статистические сборники Национального Центра медицинской статистики МЗСЗРТ за 2018-2020г.г.
  6. 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
  7. 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.
  8. Ковальчук А. С., Кучерявенко А. Н. Течение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у беременной (клинический случай) // Журнал инфектологии. – 2020. – Т. 12. – №. 3. – С. 75-79.
  9. 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.
  - 10.Jafari M., Pormohammad A., Sheikh Neshin S.A. et al. Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with COVID-19 and comparison with control patients: A systematic review and meta-analysis// Rev Med Virol. 2021 Jan 2:e2208. doi: 10.1002/rmv.2208. Epub ahead of print. PMID: 33387448
  - 11.Lassi Z, Ali A, Das J, et al. A systematic analysis of pregnant women with COVID-19: clinical presentation, and pregnancy and neonatal outcomes as per COVID-19 severity. Systematic Review in progress. PROSPERO. International prospective register of systematic reviews. 2020;CRD42020182048
  - 12.Liu D et al. Pregnancy and Perinatal Outcomes of Women With Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Preliminary Analysis. AJR//Am J Roentgenol. 2020.P.1-6.
  - 13.Royal College of Obstetricians &Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy.2020. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-researchservices/guidelinescoronavirus-pregnancy>.

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

## LITERATURE REVIEW

DOI: 10.38095/2181-466X-20221042-99-103

УДК 618.346-074:616.98

## POSSIBILITIES OF ARGON PLASMA APPLICATION IN MODERN OBSTETRICIAN-GYNECOLOGIST PRACTICE

L. R. Agababyan, A. T. Akhmedova

Samarqand State Medical University, Samarqand, Uzbekistan

**Key words:** argon plasma coagulation, electrosurgical hemostasis, caesarean section, reparative process.**Таянч сўзлар:** аргонозардобли коагуляция, радиотўлкинли жаррохлик, кесар кесиш амалиёти, репаратив процесс.**Ключевые слова:** аргано-плазменная коагуляция, электрохирургический гемостаз, кесарево сечение, репаративные процессы.

The latest technologies of bloodless surgery (blood saving) are very quickly gaining more and more supporters all over the world. Currently, they are practicing in 120 specialized general surgical centers, 80 of them are located in the USA [2,3]. As it is known, bleeding is one of the eternal problems in obstetrics, which many generations of scientists have worked on trying to solve. The importance of prevention and treatment of this complication is determined by the fact that obstetric bleeding occupies one of the first places in the structure of maternal mortality causes and makes up 17 % in its structure as a pure form, 42 % as a competing cause and up to 78% as a background cause [6,8]. Today's shortage of high-quality donor blood and the risk of contamination by dangerous infections, makes the advantages of bloodless surgery undoubted and its main principle is to save a person who finds himself on the operating table as much blood as possible [15,17].

## АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГНИНГ ЗАМОНАВИЙ АМАЛИЁТИДА АРГОН ЗАРДОБИНИ ҚЎЛЛАШ ИМКОНИЯТЛАРИ

Л. Р. Агабабян, А. Т. Ахмедова

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Консиз жаррохликнинг (қонни сақлаш) энг янги технологиялари бутун дунё бўйлаб тобора кўпроқ тарафдорларни жуда тез забт этмоқда. Шу онда у 120 та, жумладан АҚШнинг 80 та ихтисослаштирилган умумий жаррохлик марказлари амалиётида қўлланилмоқда [2,3]. Маълумки, акушерликда ҳал қилиниши устидан қўплаб олимларнинг авлоди бош қотирган абадий муаммоларидан бири бўлиб қон кетиш ҳисобланади. Мазкур асоратни олдини олиш ва даволаш муаммоларининг муҳимлиги акушерлик қон кетиши оналар ўлими тузилмасида биринчи ўринлардан бирини эгаллаши билан боғлиқ бўлиб, унинг тузилмасини белгилайди ҳамда соф кўринишда 17%ни, рақобатчи сабаб шаклида 42%ни, фон сифатида 78%га қадарни ташкил этади [6,8]. Ҳозирги кундаги сифатли донорлар қонининг танқислигида ва хавфли инфекциялар билан зарарланиш хавфи мавжудлигида консиз жаррохликнинг афзаллиги шубҳасиз аниқ бўлиб, унинг бош тамойили – операция столдаги кишининг қонини иложи борича сақлашдан иборат [15,17].

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ В СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Л. Р. Агабабян, А. Т. Ахмедова

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Узбекистан

Новейшие технологии бескровной хирургии (кровесбережения) очень быстро завоевывают все больше сторонников во всем мире. В данное время она практикуется в 120 специализированных, общехирургических центрах, 80 из которых находятся в США [2,3]. Как известно в акушерстве одной из вечных проблем акушерства над решением которой трудились многие поколения ученых, является кровотечение. Важность проблемы профилактики и лечения данного осложнения обусловлена тем, что акушерские кровотечения занимают одно из первых мест в структуре причин материнской смертности, определяют ее структуру и составляют в чистом виде - 17%, как конкурирующая причина - 42%, как фоновая - до 78% [6,8]. При сегодняшнем дефиците качественной донорской крови и опасности заражения опасными инфекциями преимущества бескровной хирургии бесспорна главный принцип - сберечь как можно больше крови человека, оказавшегося на операционном столе [15,17].

The latest technologies of bloodless surgery (blood saving) are very quickly gaining more and more supporters all over the world. Currently, they are practicing in 120 specialized general surgical centers, 80 of them are located in the USA [2,3].

As it is known, bleeding is one of the eternal problems in obstetrics, which many generations of scientists have worked on trying to solve. The importance of prevention and treatment of this

complication is determined by the fact that obstetric bleeding occupies one of the first places in the structure of maternal mortality causes and makes up 17 % in it's structure as a pure form, 42 % as a competing cause and up to 78% as a background cause [6,8].

Today's shortage of high-quality donor blood and the risk of contamination by dangerous infections, makes the advantages of bloodless surgery undoubted and it's main principle is to save a person who finds himself on the operating table as much blood as possible [15,17].

Radiowave surgery and argonoplasma coagulation set new standards for minimizing intra and postoperative complications. Electrosurgical methods are increasingly used in the diagnosis and treatment of cervix, vagina, external genitalia diseases, as well as in "open" and endoscopic obstetric and gynecologic operations in our days.

Recent achievements in physics and medicine made it possible to create an innovative method for stopping bleeding and destruction of pathological formations using plasma energy [12, 15, 17].

Using scientific language, argon plasma coagulation is an electrosurgical non-contact monopolar method of high-frequency current exposure on biological tissues using ionized electrically conductive argon gas which creates impact field between the operated tissue in which the electric gas is ionized and argon plasma jet is formed.

Currently, a large number of studies have appeared on the effective use of argonoplasmic coagulation (APC) in various fields of medicine. The APC method has been successfully used in open surgery, laparoscopy and thoracoscopy for surgical interventions for more than 5-7 years [1]. The plasma jet forms an argon cloud, which is ionized by the applied high-frequency (HF) voltage and forms an argon plasma arc, which transmits high-frequency energy contactless to the treated tissue [22]. The non-contact effect of HF current on the fabric almost completely eliminates the possibility of instrument "sticking" to the fabric. Due to the regular coagulation of extensive tissue areas and the possibility of limiting the depth of thermal exposure, the number of complications decreases and the effectiveness of treatment increases. Overheating and charring of tissues (carbonization) does not occur, since argon, is an inert gas which prevents combustion. Continuous gas supply reduces the temperature on the surface of the biological tissue, that results in minimization necrosis zone, and argon flow allows to conduct effective coagulation.

Radio waves usage is based on local heating of biological tissues, rapid heating leads to violent intracellular fluid boiling and vapors formation that tear the tissue at macro level, forming an incision, slow heating with a monopolar instrument leads to gradual evaporation of the liquid, protein denaturation and clogging of small vessels, and bipolar instrument causes gluing the walls of large vessels due to collagen formation, this effect lies in the basis of electrosurgical hemostasis. Thus, working with just one device, give the obstetrician-gynecologist the opportunity to simultaneously obtain a number of effects such as: cutting, cutting with coagulation, contact and non-contact coagulation, which occurs due to heating of biological tissues during direct tissue-device contact. This method completely allows to prevent sticking of the instrument applicator to the treated tissue, ensures uniform coagulation of large surfaces, control and limit the depth of thermal exposure, which reduces the risk of complications after operations and simplifies the surgeon's activities.

The main advantages of APC are [9, 16] the following:

- contactless coagulation;
- objectively controlled tissue coagulation depth - no more than 3 mm;
- application in three-dimensional space without instrument reorientation;
- possibility of usage on parenchymal organs;
- absence of smoke and odors;
- high efficiency of hemostasis;
- bactericidal effect;
- activation of repair processes as a result of increased neoangiogenesis;
- reduction of the adhesive process recurrence.

The disadvantages of the method are:

- insufflation of an additional volume of gas into the cavity when using endoscopic access (compensated by the usage of modern electronic insufflators);
- the effectiveness of hemostasis in bleeding from vessels with a diameter of less than 1.5 mm (due to modern innovations, it is possible to eliminate this disadvantage in the nearest future).

However, it is obvious that the number and value of the advantages significantly exceeds the minor disadvantages, which determines the choice of APC as an alternative method for high-quality and gentle surgical manipulation.

Modern obstetrics is impossible to imagine without cesarean section (CS), which is often used as a method of delivery. This increases the number of women of reproductive age with anamnestic indications for CS. Complications occur more often after such delivery than during childbirth per vias naturalis, that is why it is so important to find measures aimed to reduce their frequency.

Cesarean section (CS) has become more commonly used worldwide and has made a certain contribution to reducing the perinatal mortality rate [3, 5, 10,11]. Currently, according to M. Oden [8], "it can be stated that childbirth by CS and childbirth per vias naturalis differ little in terms of safety in modern well-equipped and organized hospitals in economically developed countries". The frequency of CS complications, according to different authors [2, 3, 6], varies from 2 to 15%, which is largely due to the existing differences in the methods of morbidity accounting. The probability of complications is caused by wound infection, hemostasis violation in it, operation techniques defects. Simultaneously with an increase in the frequency of abdominal labor, the question of the possibility of delivering women with uterus scar per vias naturalis is becoming more actual, but this requires the presence of a full-fledged scar [5, 12]. The main conditions for optimal tissue regeneration and the formation of a full-fledged scar are good blood circulation in the wound, excluding the development of ischemia and hypoxia of tissues in the suture area, and minimal inflammatory reaction, which is determined by the method of restoring the dissected uterine wall and the type of suture material [1, 4,7, 9, 13]. Data about influencing the methods on the activity of repair and the formation of a full-fledged scar are very few in literature [12, 13].

As it's known, CS in the lower uterine segment by a transverse incision with the imposition of a single-row continuous suture and uncomplicated postoperative period course is accompanied by the formation of a full-fledged uterus scar, promotes further delivery per vias naturalis. At the same time, the main problem is the improvement of the reparative process in the scar area after CS. In order to form a more complete uterus scar in CS, argonoplasmic coagulation (APC) is now used in modern obstetrics.

Argonoplasma coagulation is one of the methods that improve the condition of the uterus scar and increase the effectiveness of surgical delivery outcomes. The ability to use argonoplasma coagulation in CS results in achieving the viability of the uterus scar, reducing intraoperative blood loss, improving the quality of life by lowering the severity of pain syndrome, abandoning antibacterial therapy and limiting the use of analgesics in the early postoperative period, as well as reducing the length of hospital stay.

Performing a caesarean section using broadband argonoplasma technology safely and effectively creates conditions for a "bloodless" clean surgical field, contributes high-quality hemostasis, provides a reduction in the severity of postoperative pain syndrome, leads to a good wound healing, and a reduction in the length of hospital stay.

According to scientific research [9], in general, the duration of operation by using the APC decreased by 15-20 minutes. The course of the postoperative period was characterized by infiltration and soreness of the anterior abdominal wall suture absence on the 2nd-3rd days. There was also a lack of infiltration and / or liquid inclusions in the uterus suture and pre-bubble tissue (according to ultrasound), a decrease in the frequency of narcotic and non-narcotic analgesics administration, wound healing by primary tension, earlier discharge (on the 5th-6th day, without APC, discharge was carried out on the 7th-8th day) [4]. An important aspect of APC in CS use is a



reduction in the length of uterus suture by 10-15% according to ultrasound data obtained on the 2nd day after surgery [9]. As a result of argonoplasmic coagulation, almost complete replacement of the incision zone with myocytes was found, while the traditional technique of surgery makes the scar completely presented by connective tissue [4].

The perspective of further research can be associated with the study of long-term results in operated women, which will become possible as they realize further reproductive plans.

It was noted that the processing of uterus suture with an argonoplasma torch in CS leads to the formation of not only a full-fledged scar, but also a wealthy myometrium zone adjoining the scar in the long-term period after childbirth. This fact is of great practical importance, since, as a number of studies shows, uterine rupture during childbirth does not occur along the scar itself, but next to it - in the area of tissues adjoining to the scar [7, 9]. The problem of injury healing (ruptures after childbirth) remains unexplored. It is known that these injuries lead to further pelvic organ tissue prolapse, urinary incontinence and deterioration of life quality [3,5]. In our opinion, the APC can be used to prevent all these complications.

APC is effectively used in cervix, vagina and external genitalia diseases treatment in gynecological practice [2, 11]. The issue of organ-preserving operations for uterine fibroids remains the main problem of operative gynecology to date. Myomectomy as a method of surgical treatment, depending on the size, number and localization of nodes, has three negative aspects: the likelihood of the disease recurrence, massive intraoperative blood loss, incomplete viability of the uterus scar [12, 14].

Bleeding from myometrium tissues during myomatous node removal was stopped using APC in the FULGUR mode (forced deep argonoplasmic coagulation), after which the bed was carefully treated with an argon plasma torch in SPRAY mode (soft smooth argonoplasmic coagulation). According to research data, the presented technique of surgery using APC can also be successfully applied in pregnant women and women in labor if there are indications for conservative myomectomy during cesarean section [4, 9].

The ultrasound data [4] on the 4th-5th day after surgery differed from those obtained using traditional techniques: the infiltration of the suture was moderate, liquid inclusions in the suture were not detected. It should be noted that the thermal effect of argon plasma torch on myometrium in the area of myomatous node bed leads to a reduction of collagen fibers, as well as to decreasing the size of uterine defect and compacting its edges.

Analyzing studies on the effectiveness of APC usage in laparoscopic and "open" myomectomy, revealed that the duration of surgery decreased by an average of 10-20 minutes, intraoperative blood loss and the duration of hospital stay compared with traditional electrosurgical technologies significantly decreased [3].

In recent years, APC has been used for the laparoscopic surgical treatment of external genital endometriosis. According to single studies [19], APC completely removes foci from the tissue surface without complications and with minimal thermal necrosis of coagulated areas.

Taking into account the unique features of argonoplasma effects on tissues, it is currently actively used for cervix pathology treatment. Modern conditions of care for patients with cervical pathology require adequate monitoring for one category of patients, and epithelium ablation (destruction) or cervix excision for another category [15,16]. Therefore, the requirements for the methods that doctor uses for adequate and effective treatment have increased significantly. When comparing the methods of cryodestruction, diathermoelectrocoagulation (DEC) and argonoplasmic ablation in patients with histological diagnosis of epidermizing endocervicosis, for example, it can be noted that APC has high efficiency, good tolerability and provides high rates of endocervix epithelialization [17]. According to colposcopy [11], recovery in 2.5 months after APC was 92%, after DEC - 88% and 48% after cryodestruction. More gentle electrosurgical effect of APC on tissues in comparison with diathermocoagulation, and the absence of rough cervix scarring in the long-term period after treatment can serve as an additional argument for its usage in nulliparous women. Complete recovery after using APC method occurs much faster than after cryodestruction

[2, 11].

These data prove the advantages of using argonoplasmic coagulation in operative gynecology with laparoscopic access.

Thus, at present, APC can be used in obstetrics and gynecology during operations on uterus (cesarean section, conservative myomectomy), at patients with external genital endometriosis, ovarian cysts and cervix pathology. The use of APC is possible both in laparotomy and laparoscopic gynecological operations [18,19].

The usage of APC increases the efficiency of hemostasis, shortens operation duration and the time of postoperative rehabilitation, accelerates the repair processes and reduces the severity of the surgical defect [14,16].

Researches aimed on studying the effects of this type of energy on biological tissues remain relevant in our days, confirming the effectiveness of APC usage in surgery, taking into account the assessment of tissue injury degree, as well as improving the methods of using APC in an obstetrician-gynecologist practice.

The practical application of innovative techniques is an indicator of the progressiveness of a modern obstetrician-gynecologist striving to improve his own system of skills.

#### References:

1. Adamyany L.V. Rol sovremennoy gormonomoduliruyushey terapii v kompleksnom lechenii genitalnogo endometrioz / L.V. Adamyany, E.N. Andreeva // Problemi reproduktzii. - 2011. - № 6. - p. 66-77.
2. Analiz vzaimosvyazi mejdru kliniko-anamnesticheskim, kliniko-laboratornimi dannimi, osobennostyami induktzii superovulyatsii i ishodami EKO i EKO/IKSI / A.A. Amirova, T.A. Nazarenko, T.V. Kolesnichenko [et al.] // Problemi reproduktzii. - 2011. - № 1. - p. 73-77.
3. Andreeva V.O. Sostoyanie ovarialnogo rezerva u devochek-podrostkov s autoimmunnim ooforitom / V.O. Andreeva, I.A. Gerasimova, A.A. Mashtalova // Reproduktivnoe zdorovya detey I podrostkov. - 2013. - № 1. - p. 35-43.
4. Apresyan S.V. Mediko-psihologicheskie aspekti besplodiya / S.V. Apresyan, A. A. Abashidze, V.F. Arakelyan // Akusherstvo, ginekologiya i reproduktziya. - 2013. - T. 7, № 1. - p. 8-10
5. Assessment of ovarian reserve in patients with ovarian endometriosis following laparoscopic enucleation of a cyst accompanied by CO2 laser ablation or electroablation / E. Posadzka, A. Nocun, R. Jach [et al.] // Przegł. Lek. - 2016. - V. 73, № 1. - P. 6-10.
6. Effects of bipolar electrocoagulation versus suture after laparoscopic excision of ovarian endometrioma on the ovarian reserve and outcome of in vitro fertilization / A. Takashima, N. Takeshita, K. Otaka [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Res. - 2013. - V. 39, № 7. - P. 1246-1252. Doi: 10.1111/jog.12056.
7. Gluhov E.Yu., Oboskalova T.A. Primenenie sovremennih elektrohrirurgicheskikh metodov v lechenii dekubitalnih yazv vlagalisha i sheiki matki. Ginochiy Likar 2010;2:28:22—25.
8. Gluhov E.Yu., Oboskalova T.A., Mamin E.L. Ispolzovanie shirokopolosnoy radiovolnovoy hirurgii i argonoplazmennoy koagulyatsii pri laparoskopicheskoy i «otkritoy» miomektomii. Ginochiy Likar 2010;5:32:15—19.
9. Gluhov E.Yu., Oboskalova T.A., Butunov O.V. Sovremennie elektrohrirurgicheskie tehnologii v akusherstve. Ginochiy Likar 2010;1:27:10—14.
10. Zulumyan T.N. Reproduktivnoe zdorovye molodih jenshin posle operativnogo lecheniya dobrokachestvennih nevospalitelnih bolezney yaichnikov: avtoref. dis. ... kand. med. nauk : 14.01.01 / Zulumyan Tatevik Nshanovna. - Moskva, 2013. - 24 p.
11. Kramarskiy V.A., Dudakova V.N., Mashakevich L.I., Netzvetaeva T.D., Kostyukova O.M. Otznochnie kriterii zayivleniya rani na matke posle kesareva secheniya. Alush i gin 2003; 3: 29—31. 18 Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa 1, 2014
12. Krasnopolskiy V.I., Logutova L.S., Petruhin V.A., Buyanova S.N., Popov A.A. Mesto abdominalnogo i vlagalishnogo rodorazresheniya v sovremennom akusherstve. Realnost i perspektivi. Akush i gin 2012; 1: 4—9.
13. Oleneva M.A., Esipova L.N., Vuchenovich Yu.D. Argonoplazmennaya koagulyatsiya tkaney pri kesarevom sechenii. StatusPraesens 2010;2:4:61—64.
14. Reshetov I.V., Sokolov V.V., Olshanskiy V.O. i dr. Endolaringealnaya hirurgiya i fotodinamicheskaya terapiya s ispolzovaniem gibkoy videoendoskopicheskoy tehniki pri predrake i rake gortani. Vestn otorinolar 2010;3:50—56.
15. Perminova E.I. Patomorfologicheskiy analiz rubtzov miometriya posle kesareva secheniya i konservativnoy miomektomii: Aftoref. dis. ... kand. med. nauk. Novosibirsk 2010.
16. Radzinskiy V.E., Esipova L.N., Vuchenovich Yu.D. Argonoplazmennaya koagulyatsiya tkaney pri kesarevom sechenii. Akush i gin 2010; 6: 28—29.
17. Rogovskaya S.I. Diagnostika i lechenie zabolevaniy sheiki matki, vlagalisha i narujnih polovih organov metodami shirokopolosnoy radiovolnovoy hirurgii i argonoplazmennoy ablatzii. Posobie dlya vrachey / S.I. Rogovskaya, V.N. Prilepskaya, T.N. Bebnava // Ekaterinburg.: Izd. A.G. Mednikov - 2015 - 48 p.

**COVID-19 И ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ,  
ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА****Л. Р. Агабабян, З. Ж. Донабоева**

Самаркандский Государственный Медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Ключевые слова:** COVID-19, пандемия, коронавирус SARS-CoV-2, инфекция, беременность, роды, плод, новорожденный, клиника болезни, лабораторные исследования, лечение, профилактика.

**Таянч сўзлар:** COVID-19, пандемия, SARS-CoV-2 коронавирус, инфекция, ҳомиладорлик, туғруқ, ҳомила, янги туғилган чақалоқ, касаллик клиникаси, лаборатория текширувлари, даволаш, профилактика.

**Key words:** COVID-19, pandemic, SARS-CoV-2 coronavirus, infection, pregnancy, childbirth, fetus, newborn, clinical picture of the disease, laboratory research, treatment, prevention.

Пандемия коронавирусной инфекции пока продолжается, но человечество уже накапливает опыт по борьбе с ней. Беременность - состояние, сопровождающееся изменением иммунного статуса, что делает женщину более восприимчивой к различного рода вирусным агентам. В этой связи имеются опасения, что пандемия, вызванная вирусом COVID-19, может иметь серьезные последствия для беременных женщин.

**COVID-19 VA ҲОМИЛАДОРЛИК, ТУҒРУҚ, ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ****Л. Р. Агабабян, З. Ж. Донабоева**

Самарканд Давлат Тиббиёт университети, Самарканд, Ўзбекистон

Коронавирус пандемияси ҳали ҳам давом этмоқда, аммо инсоният унга қарши курашишда анчагина тажриба орттирмоқда. Ҳомиладорлик бу организм иммунитет ҳолатининг ўзгариши билан бирга кечадиган ҳолат бўлиб, бу ҳомиладорни турли хил вирусли агентларга кўпроқ мойиллигини оширади. Шу муносабат билан, COVID-19 вируси келтириб чиқарадиган пандемия ҳомиладор аёллар учун жиддий оқибатларга олиб келиши мумкинлиги ҳақида маълумотлар мавжуд.

**COVID-19 AND PECULIARITIES OF PREGNANCY, DELIVERY, POSTNATAL PERIOD****L. R. Agababyan, Z. J. Donaboeva**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

The coronavirus pandemic is still ongoing, but humanity is already gaining experience in combating it. Pregnancy is a condition accompanied by a change in the immune status, which makes a woman more susceptible to various kinds of viral agents. In this regard, there are fears that the pandemic caused by the COVID-19 virus could have serious consequences for pregnant women.

**Актуальность исследования.** Изначально новый коронавирус, случаи которого впервые были зарегистрированы в китайском городе Ухань в декабре 2019 года, получил название 2019-nCoV (от англ. 2019 novel coronavirus). В феврале 2020 года по решению Международного комитета по таксономии вирусов (ICTV) возбудителю коронавирусной инфекции было присвоено новое название SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2). ВОЗ ввела термин для обозначения заболевания, вызываемого новым коронавирусом, – COVID-19 [от англ. Corona Virus Disease 2019]. 11 марта 2020 года Всемирная Организация Здравоохранения объявила пандемию коронавируса COVID-19, который к тому моменту поразил 118 тысяч человек в 114 странах. К настоящему моменту пандемия охватила 188 стран. Сегодня болезнь имеет одно название (COVID-19), а вирус – другое (SARS-CoV-2) [17, 19, 21, 22].

**Передача инфекции.** Считается, что распространение SARS-CoV-2 происходит воздушно-капельным путем и напоминает пути распространения гриппа. Передача инфекции происходит при разговоре, кашле, чихании зараженного [1, 4, 5, 6].

При COVID-19 у беременных специфических клинических проявлений не зарегистрировано. По данным ВОЗ, COVID-19 чаще протекает бессимптомно у беременных, чем у небеременных. При тяжелой форме заболевания потребность в интенсивной терапии высока. К группе риска относятся беременные с экстрагенитальными заболеваниями (ЭГЗ): пневмония, бронхиальная астма, сахарный диабет, артериальная гипертензия, хронические воспалительные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания. Эти ЭГЗ повышают напряже-

ние иммунного статуса организма, гемостаз и стресс у беременных при наличии злокачественных опухолей у беременных и увеличивают объем циркулирующей крови. В результате частота дыхания, то есть насыщение крови кислородом (SpO<sub>2</sub>), снижается и приводит к развитию различных других осложнений. При наличии у женщин следующих дополнительных заболеваний их включают в группу риска: преэклампсия, гипертония, кровотечения, нарушения кровообращения, анамнез - преждевременные роды, недоношенные беременность до конца, перенесение различных операций [1, 8, 12, 20].

COVID-19 особенно опасен во втором и третьем триместрах беременности. Потому что во время этой беременности возникает напряжение в различных системах организма. Ф.М. Аюпова рассказала об оказании медицинской помощи беременным женщинам на основании временных клинических рекомендаций Минздрава «COVID-19 и ведение беременности, родов и послеродового периода», выпущенных в 2020 году [2, 6].

Наиболее частым серьезным клиническим проявлением COVID-19 в общей популяции является пневмония, характеризующаяся в первую очередь повышением температуры, кашлем, одышкой, появлением билатеральных инфильтратов в легких [9, 18].

Не выявлено специфических клинических проявлений, которые могли бы помочь отличить COVID-19 от других вирусных респираторных инфекций [1, 4, 5].

Анализ клинических проявлений COVID-19 у 138 пациентов в Ухане показал, что наиболее частой симптомами на момент манифестации были: лихорадка (повышение температуры) - 99%, слабость - у 70%, сухой кашель - у 59%, отсутствие аппетита - у 40%, миалгии - у 35%, продукция мокроты - у 27% [4,5,6,7].

Другие, менее распространенные симптомы включают головную боль, боль в горле и появление насморка. Некоторые пациенты, кроме симптомов со стороны органов дыхания, могут предъявлять жалобы на расстройства желудочно-кишечного тракта (например, тошнота и диарея) [11, 20]. В некоторых случаях к симптоматике присоединяются спутанность сознания (9%), головные боли (8%), кровохарканье (5%), сердцебиение.

Известно и о случаях бессимптомного течения заболевания, однако частота такого варианта продолжает оставаться невыясненной [6, 12, 16, 21].

Также, как и у пациентов общей популяции, большинство беременных будут предъявлять жалобы, похожие на проявления простуды, гриппа легкой или средней степени тяжести. Следует помнить о склонности беременных к развитию более тяжелых форм, развитию тяжелой пневмонии и гипоксии. Хотя известно, что такие формы COVID-19 характерны для пожилых людей, людей, с иммунодефицитными состояниями, страдающих хроническими заболеваниями, как например сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания легких, следует проявлять настороженность и в отношении беременных. Хотя абсолютный риск незначителен, симптомы тяжелого заболевания у беременных необходимо идентифицировать и безотлагательно проводить надлежащую терапию [4, 5, 11].

Клиническая картина развития пневмонии у беременных с COVID-19 хорошо описана в исследовании Liu et al. В связи с отсутствием какой-либо системной информации, считаем необходимым привести выдержку из работы [1,18,21,22].

**Лабораторные исследования.** При постановке диагноза использовались рекомендации ВОЗ, а также лабораторные диагностические тесты на MERS. При подозрении на присутствие вируса метод амплификации нуклеиновой кислоты и повторная транскрипция полимеразной цепной реакции (ПЦР) должны быть проверены диагностическими методами. Если необходимо обосновать диагноз, тогда пациенты должны быть проверены на респираторные патогенные возбудители с помощью методов лабораторной диагностики, выявляющих внебольничную пневмонию. Поскольку эти случаи с большей вероятностью ассоциированы с другими инфекциями, этих пациентов следует обследовать на COVID-19 независимо от того, был ли идентифицирован респираторный патоген. Респираторные патогены - рассчитывается высокий диагностический критерий. Однако вирус может быть обнаружен в других биологических продуктах, а также в кале и крови. Образец берется из верхних дыхательных

путей, мазок - из носа и горла пациентов. Материал разливают в контейнеры из дакрона или полиэстера и хранят при 2-8°C. Методы амплификации нуклеиновых кислот (АНК) для COVID-19. Стандартный метод подтверждения заражения COVID-19 основан на обнаружении вирусной РНК. Это достигается с помощью процесса полимеразной цепной реакции (ТТ-ПЦР в реальном времени) с обратной транскрипцией в течение определенного периода времени и подтверждается секвестрацией нуклеиновых кислот на последующих стадиях, если это необходимо. В настоящее время гены N, E, S и RdRp являются генами COVID-19 [5, 6].

Первичное обследование: общий анализ крови, биохимический анализ крови, уровень глюкозы в крови, рентгенография грудной клетки, ЭКГ, забор анализ верхних дыхательных путей для вирусологического исследования (ТТ-ПЦР), забор крови на анализ бактериальный посев (желательно до антибактериальной терапии). Процесс забора образцов на анализ не должен вызывать затягивания антибактериального лечения [5, 6, 15].

Первоначально пациента оценивают на предмет пульсоксиметрии, частоты дыхания, артериального давления, пульса, температуры тела и сознания. Медицинский осмотр, дополнительная аускультация, измерение SpO<sub>2</sub>, рентгенография грудной клетки и другие методы выполняются в соответствии с указаниями [11, 12].

Диагностика сепсиса. Поражение центральной нервной системы, гипоксия в дыхательной системе ниже SpO<sub>2</sub> 90, снижение диуреза в мочевыделительной системе, повышение креатинина, парез кишечника в пищеварительной системе, нарушение функции печени (повышение билирубина и аминотрансферазы), нарушения гемостаза - повышенное или пониженное МНО, протромбиновое время и тромбоциты снижаются. Наблюдается метаболический ацидоз. При недостаточности кровообращения: гипотония, похолодание рук и ног. Превышение уровня лактата  $\geq 2$  ммоль/л подтверждает диагноз септического шока [11, 16].

Сравнение COVID-19 с другими вирусными инфекциями. В клинике COVID-19 часто развиваются слабость, жар, одышка. При ОРВИ наблюдаются общие симптомы, иногда может быть одышка. При гриппе заболевание начинается остро, повышается температура тела, появляется слабость, редко бывает одышка [1, 4, 6, 14].

**Акушерская тактика.** В зависимости от клинического течения заболевания, общего состояния беременной и плода, а также учитывается срок беременности.

При тяжелой или средней степени тяжести заболевания, сроке беременности до 12 недель в первую очередь лечат беременную. Тогда беременность прерывается. Если женщина не желает прерывать беременность, на 12-14 неделе беременности проводится биопсия ворсинок хориона, а также патология плода выявляется амниоцентезом на 16 неделе. В результате будет пересмотрен вопрос о прерывании беременности. При остром периоде болезни прерывание беременности, увеличивает летальность и материнская смертность. Усугубляет течение болезни: увеличивается одышка, акушерские кровотечения, внутриутробную гибель плода, развитие послеродовых гнойно-септических заболеваний. Однако вопрос о прерывании беременности рассматривается при септическом шоке, в тяжелых случаях дыхательной недостаточности (ДН), что требует искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Кесарево сечение выполняется для спасения жизни женщины после 20 недель беременности и для спасения жизни как женщины, так и плода после 24 недель беременности. Конечно, параллельно проводится профилактика коагулопатического и атонического кровотечения комплексными мерами по предотвращению кровотечений. По возможности обезболивание должно быть местным, если нет противопоказаний. Кесарево сечение следует проводить только при наличии абсолютных акушерских показаний. Как было сказано выше, это выполняется только с целью летального прекращения материнской смертности и выживания плода. Обеспечивается одновременная противовирусная, антибактериальная терапия, дезинтоксикационная терапия и респираторная поддержка. Во втором периоде родов необходимо ограничить напряжение, чтобы не допустить дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Например, можно поставить вакуум-экстрактор или акушерские щипцы

[3, 9,15, 18].

Критерии выписки из стационара. Если температура тела женщины не повышается в течение 3 дней, исчезают респираторные жалобы, нормализуются результаты лабораторных анализов, нет акушерских осложнений, 2 раза получают отрицательный результат анализа на РНК SARS-Cov-2 в течение 2 дней [1, 5, 7].

После родов, на 1, 3, 7 и 10 дни жизни новорожденного берется мазок на COVID-19 из носоглотки. При рождении малыша отделяют в отдельную палату. Если ребенку нужна реанимация, первичные реанимационные мероприятия проводят в том же родильном зале или в отделении интенсивной терапии. Если будет подтверждено, что у женщины есть инфекция за 14 дней до родов или в течение 28 дней после родов, и она контактировала с больным, инфицированным COVID-19, ее ребенок будет находиться в отдельной палате. Даже у ребенка нет клиники, но если тест обнаружит SARS-CoV-2, т.е. результат будет положительным, за ребенком будут наблюдать в отдельной палате и ему будет оказана медицинская помощь [8, 9, 16].

**Лечение.** Беременным женщинам ВОЗ рекомендовала антенатальную терапию кортикостероидами. Их назначают для профилактики острого респираторного дистресс-синдрома с 24 до 34 недель беременности. Даже если у матери нет признаков инфекции, если IgG положительный на COVID-19, их назначают даже во время родов, чтобы помочь новорожденному. Кислород назначается, когда SpO<sub>2</sub><92. Из антибактериальных препаратов: Амоксициллин/клавуланат (амоксиклав) 1,2 гр. каждые 6-8 часов, Азитромицин (сумамед) 500 мг. 1 раза в день 3 дня, цефтриаксон (роцефин, медаксон, мовигин) 2 гр. внутривенно или внутримышечно каждые 24 часа, Цефотаксим (цефабол, клафоран) 2 гр. внутривенно или внутримышечно каждые 8 часов, Цефепим (максим) 2-3 гр. внутривенно каждые 12 часов, Имипинем / циластатин (тиенам)) 500 мг. внутривенно каждые 6 часов или 1 гр. внутривенно каждые 8 часов, Ванкомицин (ванкозин, ванкоцин, эдицин) внутривенно по 1 гр. каждые 12 часов, линезолид (зивокс) 600 мг внутривенно каждые 12 часов. Из муколитиков можно назначать Сальбутамол. Эффективность лечения оценивается по повышению уровня SpO<sub>2</sub> на 95% и более, улучшению общего состояния пациента [5, 10, 17].

**Профилактика.** Изоляция беременных и лиц с подозрением на заболевание, своевременное начало этиотропного лечения, соблюдение правил гигиены, ношение одноразовой маски, меры дезинфекции, правильная утилизация отходов, правильная транспортировка больных, своевременная консультация и лечение. Выдача раздаточных материалов. Подготовка и переподготовка медицинских кадров. Усиление санитарно-просветительных работ. Формирование группы риска среди беременных, работа с ними в установленном порядке по клиническому руководству “Временное клиническое руководство по ведению COVID-19 при беременности, родах и послеродовом периоде”. Обучение женщин репродуктивного возраста профилактике заболевания и укрепление человеческого организма, каждому заботиться о себе, а также ухаживать за своим организмом. Один из наших приоритетов - информировать женщин об их личной ответственности за собственное здоровье. Болезнь COVID-19 угрожает всему миру, и каждый должен это почувствовать. Эти приоритетные проблемы и задачи стоят сегодня перед каждым медицинским работником [5,8,13,14,18,22].

Итак, уход за беременными, роженицами и родильницами относится к основным видам оказания помощи и должен проводиться наряду с другими видами медицинского обслуживания. Клиническим опытом доказано, что если женщинам помощь не оказывается, риск материнской смертности, мертворождений и прочих акушерских осложнений резко возрастает. Врачи пока не нашли эффективного средства лечения коронавируса, есть вакцина, но нет пока рекомендаций по вакцинации беременных. Однако, сейчас очевидно, что снизить дополнительный риск заражения и облегчить течение заболевания можно вполне доступным способом. Один из наших приоритетов - информировать женщин об их личной ответственности за собственное здоровье. Эти приоритетные проблемы и задачи стоят сегодня перед у каждого медицинскоого персонала.

**Цель и задачи.** Изучить последствия гестации и родов у беременных, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19.

**Материалы и методы.** Изучение особенностей клинического течения гестации и роды у женщин с коронавирусной инфекцией COVID-19. Проведение статистического анализа.

Изучены беременные женщины, обратившиеся в областной перинатальный центр, городские родильные дома 1-основная группа (n = 75). Изучение особенностей клинического течения гестации и роды у женщин, не болеющих коронавирусной инфекцией COVID-19, 2-контрольная группа (n = 22).

**Результаты исследования.** Место жительства женщин в исследовании показали, что в 1-гр городское население составляло 13 (17,3%), сельской местности - 62 (82,7%), во 2-гр городское население составляло 8 (36,4%), сельское - 14 человек (63,6%). По профессии в 1-гр 49 домохозяйек (66%), 26 служащих (34%), во 2-гр 15 домохозяйек (68,2%), 7 служащих (31,8%).

Клинические признаки Covid-19 у беременных, в 1-гр : повышение температуры тела у 22 беременных (29,3%), анорексия у 35 беременных (46,7%), отсутствие чувства запаха у 16 беременных (21,3%), безвкусице у 14 беременных (18,7%), общая слабость у 55 беременных (73,3%), быстрая утомляемость у 2 беременных (2,7%), одышка у 3 беременных (4%), нехватка воздуха у 5 беременных (6,7%), заложенность носа у 29 беременных (38,7%), зуд в горле у 58 беременных (77,3%), сухой кашель у 22 беременных (29,3%). Эти беременные женщины с симптомами Covid-19 получали лечение в согласно протоколам: Временное клиническое руководство по ведению COVID 19 при беременности, в родах и послеродовом периоде. Минздрав РУз, Ташкент 2020. Во 2-гр таких клинических симптомов у беременных не наблюдалось и они не лечились.

Роды у беременных женщин, перенесших Covid-19: в 1-гр количество срочных родов составило 74 (98,7%), а количество преждевременных родов — 1 (1,3%). У 59 (78,7%) беременных роды происходили естественным путем, у 16 (21,3%) было проведено кесарево сечение. У 11 (14,7%) женщин наблюдалась преждевременное отхождение околоплодных вод. Показания к кесареву сечению: рубец на матке у 12 беременных (16%), диспропорция плода у 2 беременных (2,7%), дистресс плода, тяжелая преэклампсия и тазовое предлежание у 2 беременных (2,7%). Во 2-гр срочные роды произошли у 21 (95,5%) и преждевременные роды у 1 (4,5%). Естественными родами закончились 13 (59,1 %) беременностей, 8 (36,4 %) — путем операции кесарева сечения. Преждевременное отхождение околоплодных вод наблюдалось у 5 (22,7%) рожениц, у 1 из них (4,5%) развился хориоамнионит и произведено кесарево сечение. Показания к кесареву сечению: хориоамнионит, несостоятельность рубца на матке, диспропорция плода, дистресс плода, тяжелая преэклампсия, тяжелая отслойка нормально расположенной плаценты.

Новорожденные: в 1-гр родились 9 новорожденных (12%) с оценкой по Апгар 6-7 баллов, 51 (68%) 7-7 баллами и 15 (20%) 8-10 баллов. 2 (2,7%) ребенка родились с обвитием пуповины. 1 (1,3%) ребенок родился с пороком развития плода - врожденным пороком сердца (дефектом межжелудочковой перегородки). Врожденный порок сердца у плода выявлен при пренатальном ультразвуковом исследовании, до родов. 1 (1,3%) ребенок родился с перенесенными фетальными симптомами. Если описывать плаценту этих новорожденных, то петрификация в плаценте выявлена у 61 (81,3%) и кальцинаты у 14 (18,7%), а плацента стала матовой и зеленой. Во 2-гр родились 10 (45,5%) новорожденных оценкой по Апгар 6-7 баллов и 12 (54,5%) 7-7 баллами. 1 (4,5%) ребенок родился с обвитием пуповины вокруг шеи.

**Выводы.** 1. Covid-19 характеризуется выраженными клиническими симптомами у беременных женщин.

2. Осложнения родов: у 16 беременных (21,3%) было выполнено кесарево сечение, у 11 (14,7%) женщин наблюдалась преждевременное отхождение околоплодных вод. Осложне-

ния родов наблюдались в обеих группах.

3. Дети рождались с оценкой по Апгар на 1 и 5 минуте преимущественно по 6-7 и 7-7. Тяжелой асфиксии мы не наблюдали. 1 (1,3%) ребенок родился с врожденным пороком сердца.

4. В случаях, когда в обеих группах выявлялась плацентарная патология, дети рождались с нормальной антропометрией. Это можно объяснить степенью компенсации плаценты.

#### Использованная литература:

1. Агабабян Л.Р., Негмаджанов Б.Б. Махмудова С.Э. Прогнозирование и особенности течения тяжелой преэклампсии в условиях пандемии COVID-19. //Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №1.1. (126). ст 17-19.
2. Аюпова Ф.М., Нигматова Г.М., Курбонов Ж. Оценка коагуляционной системы и состояние гормонального статуса беременных при антенатальном гибели плода.// Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №1.1. (126). ст 55-56.
3. Беженарь В.Ф., Зазерская И.Е., Беттихер О.А., Нестеров И.М., Баутин А.Е. Спорные вопросы акушерской тактики при ведении беременности и родоразрешении пациенток с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 // Акушерство и гинекология. 2020. №5. DOI:10.18565/aig.2020.5.13-21.
4. Всемирная организация здравоохранения. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (2019-nCoV). Временные рекомендации. Дата публикации: 25 января 2020 г. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/426206/RUS-Clinical-Management-ofNovel\\_CoV\\_Final\\_without-watermark.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/426206/RUS-Clinical-Management-ofNovel_CoV_Final_without-watermark.pdf?ua=1).
5. Временное клиническое руководство по ведению COVID 19 при беременности, в родах и послеродовом периоде. Минздрав Руз. Ташкент 2020.
6. Временные санитарные правила и нормы по организации деятельности государственных органов и иных организаций, а также субъектов предпринимательства в условиях пандемии covid-19 (новая редакция), СанПиН, Ташкент, 2020
7. Донабоева З.Ж., Агабабян Л.Р., Элтазарова Г.Ш. Янги коронавирус инфекцияси COVID – 19 нинг ҳомиладор аёллардаги клиник белгилари.// Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №1.1. (126). ст 85-86.
8. Ихтиярова Г.А., Дустова Н.К., Насриддинова Ш.И., и др. Прогнозирование внутриутробной задержки и гибели плода у женщин перенесших коронавирусную инфекцию. // Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №1.1. (126). ст 132-134.
9. Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID - 19. Методические рекомендации. Москва, 2020. ВЕСТНИК НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ. Электронное периодическое издание – 2020 – N 6
10. Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России URL: <https://nmfo-vo.edu.rosminzdrav.ru/#/user-account/view-iom/e8b1f2ca-6be5-9125-4a1e>
11. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID 19). Временные методические рекомендации. МЗ Российской Федерации. Версия 5. (08.04.2020)
12. Элтазарова Г.Ш., Донабоева З.Ж. Самарқанд вилоятида туғма ривожланиш аномалияларининг учраши.// Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №1.1. (126). ст 334-335.
13. Элтазарова Г.Ш., Донабоева З.Ж. Ҳомила ичи инфекциясининг чақалоқлар касал туғилишидаги ўрни.// Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №1.1. (126). ст 336-337.
14. Al-Tawfiq J. A., Memish Z. A. Update on therapeutic options for Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) // Expert review of anti-infective therapy. 2017. 15. № 3. С. 269–275
15. Baig A.M. et al. Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host–Virus Interaction, and Proposed Neurotropic Mechanisms. ACS Chem. Neurosci. 2020. doi:10.1021/acscchemneuro.0c00122.
16. Bassetti M. The Novel Chinese Coronavirus (2019-nCoV) Infections: challenges for fighting the storm <https://doi.org/10.1111/eci.13209> URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eci.13209>
17. Behzadi M.A., Leyva-Grado V.H. Overview of Current Therapeutics and Novel Candidates Against Influenza, Respiratory Syncytial Virus, and Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infections // Frontiers in microbiology. 2019. № 10. p. 1327.
18. Canada.ca. 2019 novel coronavirus: Symptoms and treatment The official website of the Government of Canada URL: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/symptoms.html>
19. CDC. 2019 Novel Coronavirus URL: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>
20. FDA. Novel coronavirus (2019-nCoV) URL: <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-issues/novel-coronavirus-2019-ncov>
21. COVID-19 бўйича миллий қўлланма. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти. Тошкент, 2020
22. Thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium, reducing the risk (Green-top Guideline No. 37a). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2015.



**ГОРМОНАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ****Б. К. Бадридинова**Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино,  
Бухара, Узбекистан**Key words:** thyroid hormones, thyrotoxicosis, hyperthyroidism, pregnancy.**Tayanch soʻzlar:** qalqonsimon bez gormonlari, tireotoksikoz, gipertiroidizm, homiladorlik.**Ключевые слова:** гормоны щитовидной железы, тиреотоксикоз, гипертиреоз, беременность.

Наличие патологий щитовидной железы при беременности представляет собой серьезную проблему для матери, поскольку во время беременности потребность в гормонах увеличивается вдвое. По мнению множества авторов дисфункция щитовидной железы у матери связана с повышенным риском раннего аборта, преждевременных родов, неонатальной заболеваемости и других акушерских осложнений. Ранняя диагностика патологий щитовидной железы и лечение во время беременности важны и экономически эффективны, чтобы избежать осложнений, как у плода, так и у матери, вторичных по отношению к дисфункции щитовидной железы. Цель этого обзора состояла в том, чтобы оценить изменения функции щитовидной железы, происходящие во время беременности, различные расстройства с их последствиями для матери и плода, лабораторную диагностику и наилучшие способы лечения этих состояний.

**HOMILADOR AYOLLARDA QALQONSIMON BEZNING GORMONAL DISFUNKTSIYASI****Б. К. Badritdinova**

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, Oʻzbekiston

Homiladorlik onaning qalqonsimon bezi uchun jiddiy muammodir, chunki homiladorlik davrida gormonlarga boʻlgan ehtiyoj ikki baravar ortadi. Ona qalqonsimon bezining disfunktsiyasi erta abort, erta tugʻilish, neonatal nuqsonlar va boshqa akusherlik asoratlari xavfining oshishi bilan bogʻliq. Homilador ayollarda qalqonsimon bez disfunktsiyasini erta tashxislash va homiladorlik davrida qalqonsimon bez disfunktsiyasini davolash homilada ham, onada ham qalqonsimon bez disfunktsiyasi natijasida yuzaga keladigan asoratlarni oldini olish uchun muhim ahamiyatga ega hisoblanadi. Shuning uchun ushbu sharhning maqsadi homiladorlik davrida yuzaga keladigan qalqonsimon bez funktsiyasidagi oʻzgarishlarni, ularning ona va homila uchun oqibatlarini bilan bogʻliq turli xil oʻzgarishlarni, laboratoriy diagnostikasi va davolashning eng yaxshi usullarini baholash xisoblanadi.

**HORMONAL DYSFUNCTION OF THE THYROID GLAND IN PREGNANT WOMEN****Б. К. Badritdinova**

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

The presence of thyroid pathologies during pregnancy is a serious problem for the mother, since during pregnancy the need for hormones doubles. According to many authors, maternal thyroid dysfunction is associated with an increased risk of early abortion, preterm birth, neonatal morbidity, and other obstetric complications. Early diagnosis of thyroid disorders and treatment during pregnancy are important and cost effective to avoid complications in both the fetus and mother secondary to thyroid dysfunction. The purpose of this review was to evaluate changes in thyroid function that occur during pregnancy, various disorders with their consequences for the mother and fetus, laboratory diagnosis, and the best treatment for these conditions.

Беременность — это естественные физиологические изменения, которые сопровождаются гормональными и метаболическими изменениями, вызванными различными состояниями, что приводит к множеству патофизиологических процессов, некоторые из которых могут привести к серьезным последствиям, если их не лечить. Заболевания щитовидной железы во время беременности связаны с осложнениями у матери и плода. Поэтому в этой статье мы попытаемся рассмотреть нарушения функции щитовидной железы, возникающие во время беременности, различные нарушения с их последствиями для матери и плода, лабораторную диагностику и наилучшие способы лечения этих состояний.

Гормоны щитовидной железы (ТГ) очень важны для роста и развития мозга плода и новорожденного, а также для многих других аспектов беременности, роста и развития плода [4]. Дисфункции щитовидной железы, такие как гипотиреоз и тиреотоксикоз, могут повлиять на здоровье матери, а также на ребенка до и после родов, что может привести к заболеванию плода; у людей это включает высокую частоту умственной отсталости [11]. Щитовидная железа плода начинает концентрировать йод и синтезировать ТГ после нескольких

месяцев беременности. Хотя до этого времени потребность в ТГ обеспечивается исключительно матерью, что наиболее важно для развития мозга плода, существенное развитие мозга плода продолжается значительно дольше первого триместра [3]. Очевидная недостаточность щитовидной железы у матери в первой половине беременности была связана с несколькими осложнениями беременности, включая преэклампсию, преждевременные роды, гибель плода, низкую массу тела при рождении и умственные нарушения у потомства [1].

ТГ оказывают наиболее сильное влияние на терминальные стадии дифференцировки и развития головного мозга плода, включая синаптогенез, рост дендритов, миелинизацию аксонов и миграцию нейронов. Рецепторы ТГ широко распространены в головном мозге плода и существуют до того момента, когда плод способен синтезировать ТГ. Доказательства подтвердили, что идентифицировать молекулярные мишени для действия ТГ в развивающемся мозге сложно, но некоторые улучшения были достигнуты [10].

Стимуляция щитовидной железы начинается уже в первом триместре с помощью гормона  $\beta$ -ХГЧ, который имеет некоторую структурную гомологию с тиреотропным гормоном (ТТГ). Существует также, опосредованное эстрогенами повышение уровня циркулирующего тиреоид связывающего глобулина (ТСГ) во время беременности в 2-3 раза по сравнению с концентрацией ТСГ в сыворотке крови. ТВГ, который является одним из многочисленных белков, транспортирующих ТГ в крови, с высоким сродством к тироксину (Т4), увеличивается в сыворотке через несколько недель после зачатия и достигает плато в середине гестационного периода. Механизм этого увеличения ТВГ включает как повышенный синтез ТВГ в печени, так и опосредованное эстрогеном сохранение сиалированного ТВГ, что увеличивает период полувыведения с 15 минут до 3 дней до полностью сиалированного ТВГ [13].

Повышенные уровни ТСГ приводят к снижению концентрации свободного Т4, что приводит к увеличению секреции ТТГ гипофизом и, как следствие, к усилению продукции и секреции ТГ. Чистый эффект повышенного синтеза ТВГ заключается в установлении нового равновесия между свободными и связанными ТГ и, следовательно, в существенном увеличении уровней общего Т4 и трийодтиронина (Т3). Повышенная потребность в ТГ достигается примерно к 20 неделе беременности и сохраняется до срока [2,3].

Отражая изменения в метаболизме йода, который является важным требованием для синтеза ТГ, повышенная потребность в йоде возникает в результате значительного связанного с беременностью увеличения клиренса йода почками и выведения йодида из материнского организма плодом. Во время беременности наблюдается повышенная экскреция йода с мочой в результате увеличения клубочковой фильтрации и снижения всасывания в почечных канальцах. Кроме того, материнский йод активно транспортируется в фетоплацентарную единицу, что способствует состоянию относительного дефицита йода [1,3].

Другим фактором является воздействие ХГЧ, выделяемого плацентой человека. Стимуляция щитовидной железы в ответ на тиреотропную активность ХГЧ подавляет нормальное действие гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы обратной связи. ТТГ, который может связывать и передавать сигнал от рецептора ТТГ на эпителиальных клетках щитовидной железы. К концу первого триместра беременности у людей, когда уровни ХГЧ достигают пика, значительная часть тиреостимулирующей активности приходится на ХГЧ. В это время уровень ТТГ в крови снижается. Тиреотропная активность ХГЧ фактически вызывает у некоторых женщин транзиторный гипертиреоз [4,6].

Потенциальным источником ТГ для плода является собственная щитовидная железа и щитовидная железа матери. Плоды человека приобретают способность синтезировать ТГ примерно в первом триместре беременности. Текущие данные по нескольким видам указывают на значительный перенос материнских ТГ через плаценту, а также на то, что плацента содержит дейодиназы, которые могут преобразовывать Т4 в Т3. Защита беременных женщин и младенцев является приоритетом в области здравоохранения, поскольку эти группы населения в наибольшей степени подвержены заболеваниям и смерти. Дисфункция щито-

видной железы является одним из частых осложнений беременности и вносит значительный вклад в заболеваемость и смертность матери и плода. Существует ограниченное внимание и информация, связанные с дисфункцией щитовидной железы и ее осложнениями во время беременности. Таким образом, цель этого обзора состояла в том, чтобы оценить масштабы дисфункции щитовидной железы у матери и плода и ее осложнения во время беременности, вторичные по отношению к дисфункции щитовидной железы.

Гипертиреоз обычно представляет собой болезненный процесс, при котором синтезируется и выводится избыточное количество ТГ, тогда как термин тиреотоксикоз относится к повышенному количеству ТГ в кровотоке [11]. Это может произойти примерно у 1% населения и до 0,4% беременностей [12]. Предыдущее исследование Wang в своих исследованиях показало, что распространенность дисфункции щитовидной железы составляет 10,2%, гипертиреоза, гипотиреоза и гипотироксинемии — 1,8, 7,5 и 0,9% соответственно [11].

Есть 2 причины гипертиреоза, такие как классические причины, которые встречаются у населения в целом, и другие причины, характерные для беременности. Истинный гипертиреоз отличается от других форм повышенным поглощением радиоактивного йода (RAIU). Другие формы отличаются от истинного гипертиреоза снижением RAIU, например, гипертиреоз, вызванный факторами, отличными от гиперактивности щитовидной железы, может быть результатом воспалительного заболевания щитовидной железы, связанных с беременностью ассоциаций (таких как гиперемезис беременных и эхинококковая моль) и наличия эктопической ткани щитовидной железы. или экзогенными источниками ТН [9,11].

Тканевые эффекты гипертиреоза включают ускоренный метаболизм, подавление ТТГ в сыворотке, низкий уровень холестерина в сыворотке, повышенный обмен костей и снижение плотности костей с повышенным риском остеопороза и переломов [11,12]. Исследование Marvisi и соавторы показало, что гипертиреоз тесно связан с более низкими значениями ТТГ и повышенным давлением в легочной артерии, что приводит к тяжелой легочной гипертензии [11]. В первом триместре беременности нормальное повышение уровня общего Т4 и общего Т3, обусловленное эстроген-индуцированным повышением концентрации ТСГ и стимуляцией щитовидной железы ХГЧ с подавлением уровня ТТГ в сыворотке, может приостановить трудности в диагностике гипертиреоза у матери [10].

**Гестационный тиреотоксикоз:** Гестационный тиреотоксикоз представляет собой транзиторное повышение секреции щитовидной железы, приводящее к тиреотоксикозу различной степени тяжести, которое может возникнуть при очень высоком уровне ХГЧ и считается достаточно нормальным явлением. Поскольку ХГЧ является стимулятором щитовидной железы, состояние гиперстимуляции щитовидной железы часто встречается на ранних сроках беременности. Эта форма гипертиреоза отличается от БГ тем, что возникает у женщин без БГ в анамнезе и при отсутствии обнаруживаемых антител к ТТГ [1,4]. Это расстройство встречается в 0,2% беременностей. В основном у пациентов с гиперемезисом беременных до 60% проявляют гипертиреоз [5,7]. Интересно, что более сильная рвота связана с большей степенью стимуляции щитовидной железы и более высоким уровнем ХГЧ. При лабораторном исследовании уровень FT4 в сыворотке чаще повышается по сравнению с уровнем FT3 в сыворотке [6].

Клиническое значение преходящего гестационного тиреотоксикоза (ГТТ), вероятно, недооценивают. Из недавних исследований в настоящее время считается, что распространенность ГТТ может достигать 2-3% всех беременностей, что в 10 раз чаще, чем гипертиреоз из-за БГ [9]. Синдром ГТТ важно дифференцировать от БГ, потому что течение обоих состояний, связанные с ними риски для плода, а также лечение и последующее наблюдение совершенно разные [7].

Гипертиреоз из - за автономии щитовидной железы: токсическая аденома, как автономный узел щитовидной железы, представляет собой дискретное образование щитовидной

железы, функция которого является независимым или нормальным контролем гипофиза. Эти узлы могут быть токсичными аденомами или горячими узлами на основании их поглощения радиоактивным йодом и внешнего вида при сканировании щитовидной железы с радиоактивным йодом. Токсические или горячие узелки секретируют ТГ независимо от гипофиза, потому что эта ткань содержит мутированные TSHR. У этих пациентов обычно повышены уровни тироксина, иногда повышены только уровни Т3 [13]. Следовательно, если у таких пациентов концентрации Т4 в норме, следует определить уровни Т3, чтобы исключить токсикоз Т3.

При токсическом многоузловом зобе щитовидная железа в норме увеличивается в ответ на повышенную потребность в ТГ, возникающую при беременности, дефиците йода и иммунологических, генетических нарушениях. Во время этих явлений наблюдается повышенная секреция ТТГ и компенсаторное увеличение тиреоидных фолликулов и синтеза ТГ. Когда ситуация с избыточной продукцией ТГ стихает, секреция ТТГ снижается, и щитовидная железа возвращается к нормальным размерам. Однако в некоторых фолликулярных клетках могли возникнуть стойкие изменения, которые могут функционировать автономно по отношению к ТТГ. Эти автономные фолликулы могут продуцировать избыточный ТГ, не регулируемый ТТГ, что приводит к симптомам тиреотоксикоза, сходным с БГ, без инфильтративных глазных проявлений или микседемы

**Диагностика гипертиреоза:** Измерение уровня ТТГ является единственным начальным тестом, необходимым у пациента с возможным диагнозом гипертиреоза без признаков заболевания гипофиза. Если уровень ТТГ низкий, то следует измерить FT4 для выявления тиреотоксикоза. Измерение FT3 полезно в клинической диагностике тиреотоксикоза, когда значения FT4 неожиданно оказались нормальными [1]. Уровни тиреотропных антител можно использовать для мониторинга эффектов лечения антитиреоидными препаратами у пациентов с БГ [2]. Высокое поглощение йода наблюдается при заболеваниях, вызывающих повышенный синтез Т4, включая БГ, токсический многоузловой зоб, токсическую аденому и пузырьный занос. Низкое поглощение йода — это заболевание, которое вызывает воспаление и высвобождение Т4, включая подострый тиреоидит, тиреотоксикоз, прием йода внутрь и послеродовой тиреоидит [2,3].

**Лечение гипертиреоза во время беременности.** Исход для матери и плода напрямую связан с контролем гипертиреоза. Во время беременности мягкий гипертиреоз, при котором ТТГ низкий, но FT4 нормальный, не требует лечения. Более сильное повышение концентрации ТГ лечится антитиреоидными препаратами. Препараты проникают через плаценту в небольших количествах и могут снижать выработку ТГ плода, поэтому следует использовать минимально возможную дозу, чтобы избежать гипотиреоза у ребенка. Лекарства могут вызывать побочные эффекты у некоторых людей, такие как аллергические реакции, у пациентов с лейкопенией, которая может снизить устойчивость человека к инфекции, печеночная недостаточность, в редких случаях [11,12]. Следует также учитывать заболевание моляров, которое потенциально может привести к фульминантному гипертиреозу, особенно у женщин с ранее существовавшим автономным узловым зобом. Однако неосложненный пузырьный занос в настоящее время легко диагностируется на ранних стадиях беременности и, следовательно, редко приводит к тяжелому гипертиреозу, поскольку длится всего несколько недель или месяцев и быстро излечивается путем удаления патологического трофобласта.

**Заключение.** Различные исследования показали, что дисфункция щитовидной железы часто встречается во время беременности. Основными причинами которого являются гормональные и метаболические изменения во время беременности, приводящие к глубоким изменениям биохимических показателей функции щитовидной железы. Понимание нормальной физиологической адаптации гипофизарно-щитовидной оси во время беременности позволяет нам управлять случаями дисфункции щитовидной железы. Некорректированная функция щитовидной железы во время беременности оказывает неблагоприятное воздей-

ствии на благополучие плода и матери. Заболевания щитовидной железы обычно поражают женщин репродуктивного возраста, и уход за такими женщинами во время беременности требует тщательного наблюдения как за матерью, так и за плодом. Надлежащая диагностика, уход и лечение дисфункции щитовидной железы в период до беременности, во время беременности и после беременности важны для сведения к минимуму риска осложнений.

#### Использованная литература:

1. Дедов, И. И. Эндокринология: национальное руководство / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2013. – 1072 с
2. Валдина, Е. А. Заболевания щитовидной железы / Е. А. Валдина, 2006. – 386 с
3. Фадеев, В. В. По материалам клинических рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы во время беременности и в послеродовом периоде Американской тиреоидной ассоциации / Перевод и комментарии В. В. Фадеева // Клиническая и экспериментальная тиреологика. – 2012. – Т. 8, № 1. – С. 7–18.
4. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, Grobman WA, Laurberg P, Lazarus JH, Mandel SJ, Peeters RP, Sullivan S. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid*. 2017 Mar; 27(3):315-389.
5. Brent GA. The debate over thyroid-function screening in pregnancy. *New Eng J Med*. 2012;366:562–563
6. Cleary-Goldman J, Malone FD, Lambert-Messerlian G, Sullivan L, Canick J, Porter TF, et al. Maternal thyroid hypofunction and pregnancy outcome. *Obstet Gynecol*. 2008;112:85–92
7. Komal PS, Mestman JH. Graves's hyperthyroidism and pregnancy: a clinical update. *Endocrine Pract*. 2010;16:118–129
8. Köse Aktaş A, Gökçay Canpolat A, Aydın Ü, Yılmaz H, Aydoğan Bİ, Erkenekli K, Koç G, Aral Y, Erdoğan MF. *Biol Trace Elem Res*. 2021 Sep 1. doi: 10.1007/s12011-021-02903-y
9. Marvisi M, Brianti M, Marani G, Del Borello R, Bortesi ML, Guariglia A. Hypothyroidism and pulmonary hypertension. *Respire Med*. 2002;96:215–220
10. Patil-Sisodia K, Mestman JH. “Graves hyperthyroidism and pregnancy: a clinical update,”. *Endocrine Pract*. 2010;16:118–129.
11. Shi X, Han C, Li C, Mao J, Wang W, Xie X, Li C, Xu B, Meng T, Du J, Zhang S, Gao Z, Optimal and safe upper limits of iodine intake for early pregnancy in iodine-sufficient regions: a cross-sectional study of 7190 pregnant women in China. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015 Apr;100(4):1630-8.
12. Wang W, Teng W, Shan Z, Wang S, Li J, Zhu L, et al. The prevalence of thyroid disorders during early pregnancy in China: the benefits of universal screening in the first trimester of pregnancy. *Eur J Endocrinol*. 2011;164:263–268
13. Singh S, Sandhu S. *Thyroid Disease and Pregnancy*. [Updated 2021 Jul 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022

**ЭПИДЕМИОЛОГИК НОҚУЛАЙ ВАЗИЯТДА РИВОЖЛАНМАЙ ҚОЛГАН  
ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ КЕЧИШИДА МИКРОНУТРИЕНТЛАР ВА****Д ВИТАМИНИНИНГ АҲАМИЯТИ****Х. Х. Буриев, Л. М. Абдуллаева**

Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент, Ўзбекистон

**Таянч сўзлар:** ривожланмаган ҳомиладорлик, микронутриентлар, Д витамини, прегавидар тайёргарлик.**Ключевые слова:** неразвивающаяся беременность, микронутриенты, витамин Д, прегавидарная подготовка.**Key words:** undeveloped pregnancy, micronutrients, vitamin D, pre-pregnancy preparation.

Замонавий дунёда витаминлар, микроэлементлар ва нутриентларнинг танқислиги, тиббий билимларнинг ривожланганлиги ва маълумотларнинг мавжудлигига қарамасдан, XXI асдаги пандемия сифатида тан олинган муаммо бўлиб ҳисобланади. Охири вақтда репродуктиология, акушерлик ва гинекологияда Д витамини ва баъзи бир микронутриентларнинг роли фаол равишда ўрганилмоқда. Жаҳонда ҳомиладорлар орасидаги витамин ва баъзи микронутриентлар танқислик ҳолатлари 50-80%га етмоқда, Бу эса, уз навбатида имплантация жараёни, эмбрион ва ҳомиланинг ривожланиши учун ноқулай шароитларни яратади. Шунинг учун эпидемиологик ноқулай вазиятда ривожланмай қолган ҳомиладорликнинг кечишида микронутриентлар ва Д витаминининг аҳамиятини ўрганиш зарурати туғилади.

**ЗНАЧЕНИЕ ВИТАМИНА Д И МИКРОНУТРИЕНТОВ В РАЗВИТИИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ  
БЕРЕМЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ СИТУАЦИИ****Х. Х. Буриев, Л. М. Абдуллаева**

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Экспертами ВОЗ дефицит и низкая обеспеченность витамина D оцениваются как новая пандемия XXI века. Для выявления механизма влияния низкой обеспеченности витамином D на развитие осложнений течения беременности необходимы дальнейшие исследования. В связи с увеличением доли неразвивающейся беременности в структуре ранних репродуктивных потерь и последующими неблагоприятными последствиями выявление факторов риска является актуальной проблемой практического здравоохранения. Дефицит витаминов, микроэлементов и нутриентов в современном мире является проблемой, которая признана пандемией XXI века, несмотря на развитие медицинских знаний и доступность информации. В последнее время активно изучается роль витамина D в репродуктиологии, акушерстве и гинекологии. Витамин дефицитные состояния среди беременных в мире достигают 50–80%, что создает неблагоприятные условия для процесса имплантации, развития эмбриона и плода. В связи с этим изучение значения витамина D и микронутриентов в развитии неразвивающейся беременности в эпидемиологической неблагоприятной ситуации является обоснованной.

**THE IMPORTANCE OF VITAMIN D AND MICRONUTRIENTS IN THE DEVELOPMENT OF AN  
UNDEVELOPED PREGNANCY IN AN EPIDEMIOLOGICAL UNFAVORABLE SITUATION****H. H. Buriev, L. M. Abdullayeva**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

WHO experts assess vitamin D deficiency and low availability as a new pandemic of the XXI century. Further studies are needed to identify the mechanism of the effect of low vitamin D availability on the development of pregnancy complications. Due to the increase in the proportion of undeveloped pregnancy in the structure of early reproductive losses and subsequent adverse consequences, the identification of risk factors is an urgent problem of practical health care. Deficiency of vitamins, trace elements and nutrients in the modern world is a problem that is recognized as a pandemic of the XXI century, despite the development of medical knowledge and the availability of information. Recently, the role of vitamin D in reproduction, obstetrics and gynecology has been actively studied. Vitamin deficiency conditions among pregnant women in the world reach 50-80%, which creates unfavorable conditions for the implantation process, the development of the embryo and fetus. In this regard, the study of the importance of vitamin D and micronutrients in development is not developing.

Замонавий дунёда витаминлар, микроэлементлар ва нутриентларнинг танқислиги, тиббий билимларнинг ривожланганлиги ва маълумотларнинг мавжудлигига қарамасдан, XXI асдаги пандемия сифатида тан олинган муаммо бўлиб ҳисобланади. Охири вақтда репродуктология, акушерлик ва гинекологияда Д витаминининг роли фаол равишда ўрганилмоқда. Жаҳонда ҳомиладорлар орасидаги витамин танқислик ҳолатлари 50-80%га етмоқда, ва бу уз навбатида имплантация жараёни, эмбрион ва ҳомиланинг ривожланиши учун ноқулай шароитларни яратади.

D витаминининг етишмовчилиги фонида турли ёшдаги беморларда сурункали яллиғланиш юзага келади ҳамда организмнинг бактериял ва вирусли касалликларга резистентлигини сезиларли даражада пасайтиради. D витаминининг вирусга қарши иммунитетни қувватлашдаги биологик ролини ҳамда D витамини етишмовчилигининг катта даражада тарқалганлигини ҳисобга олиб, унинг компенсацияси COVID-19 янги коронавирусли инфекцияни олдини олишда муҳим таркибий қисм бўлиб ҳисобланади. D витамини вирусга қарши химоянинг интерферонга боғлиқ оксиллар даражаси ва фаоллигини сақлаш, “цитокин бўрони” таъсирини сусайтириш ҳамда коморбид патологияларнинг компенсацияси учун негизан зарурдир [1,12].

Одам организмида D витаминининг роли ҳақида олинган илмий маълумотларни умумлаштириш ва тизимлаш ҳомила ичи ривожланиш давридан бошлаб, бир қатор касалликларнинг профилактикаси ва давоси учун истиқболларни очади. Охириги йилларда ўтказилган тадқиқотларда аниқланишича, ҳомиладорлар ва эрта ёшдаги болаларда D витаминининг танқислиги турли патологиянинг ривожланиш хавфини оширади, мия тузилмалари шаклланишининг секинлашишини, туғма катаракта, диабетнинг I типи, аутоиммун касалликлар, турли локализациядаги онкологик патология (йўғон ичак, простата), юрак-томир касалликлари (АГ, юракнинг ишемик касаллиги), атопик касалликлар ва бошқаларни дастурлашади [5,11]. Ҳомиладорлик мобайнида ва ҳомиланинг саломатлиги шаклланишида D витаминининг биологик ролини ўрганиш катта аҳамиятга эга. Ҳозирги кунда D витаминининг физиологик функциялари ҳақида мавжуд бўлган янги қарашлардан келиб чиқиб, она-йўлдош-ҳомила тизимида D витаминининг алмашинув жараёнлари, шунингдек унинг метаболитларини пренатал таъсирлари катта қизиқиш уйғотади. Маълумки, йўлдош ички секреция безлари функциясини бажаради ва она-ҳомила тизими ҳосил бўлишида воситачи бўлиб хизмат қилади [7,13].

Ҳозирги вақтда D витаминининг плейотроп таъсири, шу жумладан унинг ҳомиладор аёл ва ҳомила организмига таъсири ҳақида тобора кўпроқ маълумотлар пайдо бўлмоқда. Аниқланишича, D витаминининг етарли даражадаги миқдори имплантация ва йўлдошнинг шаклланиш пайтидан бошлаб бутун ҳомиладорлик давомида зарур. D витамини “она-йўлдош-ҳомила” тизимининг мувофиқ фаолият юритишида муҳим роль ўйнайди, шунингдек эмбриогенез, интра- ва постнатал даврларнинг кечишига ижобий таъсир кўрсатади [4,8].

Ҳомиладорлик вақтида она организми ривожланаётган ҳомила учун микронутриентлар манбаи бўлиб ҳисобланади. Охириги йилларда ер шарининг аҳолиси ўртасида овқатланиш статусидаги турли оғишлар, турли туман парҳезларга риоя этиш, ҳазми осон бўлган углеводларни ҳаддан ортиқ истеъмол қилиш ва бошқалар оқибатида макро- ва микронутриентли танқислик ҳолатлари кенг тарқалган. Одам организмнинг нормал фаолияти учун микроэлементларнинг ўрни беқиёс катта ҳисобланади. Ушбу микроэлементлар хилма хил бўлиб, уларнинг айримлари инсон организмида синтез бўлса, баъзилари озик- овқат орқали экзоген тарзда киритилади. Инсон организми учун зарур микроэлементлардан бири кальций, магний, рух ҳисобланади. Магний организм учун ўсиш ва регенерация фаолияти учун, оксил ва ферментлар ҳосил бўлиши учун, организм тўқималарининг РНК ва ДНК синтези учун, томирлар эндотелийсининг фаолияти ва марказий асаб тизимининг нейронлар функциясини барқарорлаштириш ҳамда мушаклар тизимидаги импульсларни тизимлаштириш ва микроэлементлар балансини сақлаш учун хизмат қилади [3,12].

Магний инсон организмига экзоген тарзда, яъни озик – овқат ҳамда ичимлик суви орқали киритилади, қондаги ва тўқималардаги қиймати истеъмол қилинадиган маҳсулот ҳамда яшаш жойига боғлиқ бўлади, инсон организмидаги патологик омиллар натижасида унинг концентрацияси ўзгариб туради. Магний танқислиги кўпинчи белгиларсиз кечади ёки соматик касалликларнинг белгиларига ўхшаш бўлган турли хил клиник симптомлар билан намоён бўлади [2].

Магнийга бўлган физиологик суткалик эҳтиёж катталар учун 400-800 мг/сут. ни, яъни

5 мг/кг/сут., болалар учун эса 5-10 мг/кг/сут. ни ташкил этади. Ҳомиладорлик вақтида магнийга бўлган эҳтиёж анча катта бўлиб, бошқа вақтга нисбатан 2-3 мартаба зиёд бўлади. Олимларнинг таъкидлашича, ушбу эҳтиёж ҳомиланинг ўсиши, айланиб юрувчи қон ҳажмининг ошиши, қондаги гормонлар концентрациясининг ўзгариши билан боғлиқ. Бизга маълумки, ҳомиладорлик вақтида бачадон ҳажми 10 мартага, сут безлари ҳам бир неча мартаба катталашади, ушбу ўзгаришлар ҳам магнийга бўлган эҳтиёжни оширади. Аёл организмнинг ҳомиладорлик вақтида ушбу микроэлемент билан етарли даражада таъминланганлиги соғлом фарзанд кўриш учун асос яратади [3,5].

Асаб-мушак кўзгалувчанлиги катта даражада трансмембранали электрик потенциалга боғлиқ. Мазкур макроэлемент “секин” кальций каналларни блоклайди ва хужайралар мембраналарини барқарорлаштиради. Шу билан бирга, қатор ферментларнинг кофактори бўлиб, магний эндотелиал хужайраларнинг меъёрдаги фаолиятини таъминлаш учун катта роль ўйнайди, қон ивиш тизимига ифодаланган даражада таъсир кўрсатади [2,7].

Шуни таъкидлаш жоизки, магнийнинг катта даражадаги танқислиги оғир гипокальциемияга олиб келади, магнийнинг ўрни тўлдирилганда эса кальцийнинг даражаси тезликда меъёрга келади. Магний митоз ва мейоз жараёнларида ДНКни барқарорлаштиради, мазкур ҳолат эса ривожланишнинг генетик нуқсонлари шаклланишини, ҳомила тўқималарининг кислородга бўлган эҳтиёжини қоплайди. Организмдаги бош мия нейронлари, юрак қон томир тизими, бачадон ва ҳомиладорлик вақтида трофобласт ва йўлдош тўқималари фаолияти учун магний микроэлементи муҳим ҳисобланади. Ҳомиладорликда қон зардобидаги магнийнинг концентрацияси камаяди, бир вақтда миометрийда ҳам магнийнинг хужайра ичи концентрацияси камаяди ҳамда сийдик билан магнийнинг кўп ажралиши қайд этилади [5,7].

Шунингдек, магнийнинг танқислиги ҳомиланинг эрта муддатда нобуд бўлиши билан боғлиқ бўлиб [4,7], кўнғир ёғ тўқимасида ҳарорат нуқтасининг ўзгаришига олиб келувчи терморегуляция механизмларининг сусайишига сабаб бўлади. Ҳомиланинг эрта нобуд бўлиши баъзи шакллари онада магнийнинг сурункали танқислиги оқибатида ривожланиши мумкин, мазкур ҳолат онада ушбу микроэлементнинг сурункали танқислигини келтириб чиқаради ҳамда терморегуляциянинг бузилиши ва ҳарорат нуқтасининг ўзгаришига олиб келади. Магнийнинг танқислиги туфайли келиб чиққан ҳомиланинг нобуд бўлишининг профилактикаси аёлда магнийнинг ўринбосар терапияси ёрдамида амалга оширилиши мумкин [11,13].

Шундай қилиб, адабиёт маълумотларининг таҳлили магний ва кальций нутриент равишда етарли даражада тушмаган ҳолатларда ривожланмай қолган ҳомиладорликнинг ортишига мойиллиги ҳақида, уларнинг ҳомиладорлик, туғруқнинг асоратли кечишида ва ҳомила шаклланишидаги роли ҳақида далолат беради. Мазкур муаммо РХ қайд этилган ҳомиладорларда ҳомила томонидан кузатиладиган асоратларнинг, анте- ва постнатал ўлимнинг кўп учраши туфайли муҳим тиббий-ижтимоий аҳамиятга эга.

Ҳомиладорликнинг асоратли кечишида цинк танқислиги ҳам муҳим роль ўйнайди. Бошқа микронутриентлар каби цинк ҳам тухум хужайра ривожланиши, уруғланиш жараёни, имплантация, эмбрио-, фетогенез, туғруқ, лактацияда алоҳида ўрин эгаллайди [1]. Цинк – ҳам инсон физиологияси учун муҳим микронутриентлардан бири ҳисобланади. Цинкнинг биологик аҳамияти охириги йил адабиётларида мунозаларга сабаб бўлмоқда. Цинк оксил, углевод, ёғлар, нуклеин кислоталар, энергетик алмашинувида қатнашиб, остеобластлар ва ишқорий фосфатаза активлигини сақлайди, уруғланиш ва онтогенезда, инсулин алмашинувида қатнашиб, антиоксидант ҳисобланади.

Цинк генлар экспрессиясида муҳим роль ўйнайди, ДНК боғловчи оксиллар таркибига кириб, (“цинк бармоқлари”) ДНК полимераза таркибий қисмини ташкил қилади. Цинк танқислиги фермерт структурасини ўзгартириб, хромосомали аномалиялар ривожланишига олиб келади. Шундай қилиб, эмбрион ривожланишининг эрта босқичларида цинкнинг ҳам бошқа микронутриентлар каби етарли миқдори катта аҳамиятга эга.



Одам организмида цинк асосан хужайра ичида жойлашган бўлиб, тўқималардаги ўртача миқдори— 2–3 г.ни ташкил қилади. Алиментар киритилган цинк ингичка ичакда сўрилиб, фекалиялар (80–90%) ва сийдик (10–20%) билан чиқарилади. Буйраклар патологиясида цинкнинг сийдик билан экскрецияси ортади, қондаги миқдори бунинг натижасида камаяти [2, 4, 5].

Ҳомиладор аёлда цинк миқдорининг камайтиши ҳомиланинг тушиш хавфига, муддатдан олдинги туғруқларга, туғруқ фаолияти бузилишига, ҳомиланинг она ичида нобуд бўлишига, хромосомали аномалиялар ривожланишига, анэнцефалия, гипотрофия, ҳомила нуксонларининг ривожланишига олиб келади [4, 6]. Цинк танқислиги бугунги кунда кенг тарқалган бўлиб, ер куррасининг қарийб 30% аҳолисида ушбу микроэлемент етишмовчилиги кузатилади. Ҳомиладорлар орасида ушбу кўрсаткич 70-80%гача етади. Цинк танқислигининг асосий сабаблари— алиментар тарзда етарли миқдорда киритилмаслиги, сўрилиш жараёнининг бузилиши, буйрак, жигар, ичак фаолиятининг бузилиши ва баъзи бир дори воситаларнинг (глюкокортикоидлар, цитостатиклар) қабул қилиши сабаб бўлади.

РХ да цинк танқислиги 79,5% ҳолатларда учраб, ушбу кўрсаткич такрорий ривожланмаган ҳомиладорлик содир бўлган аёлларда 88,5% да учрайди. Шунинг учун биз ўз тадқиқотимизда юқорида кўрсатилган микроэлементлар ва Д витаминини текширишни мақсад қилиб қўйдик.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Беспалова О. Н. и др. Экспрессия витамина D и его рецепторов в ворсинчатом хорионе при неразвивающейся беременности //Акушерство и гинекология. – 2019. – №. 11. – С. 89-96.
2. Денисова Т. Г. и др. Обеспеченность витамином D пациенток с неразвивающейся беременностью //Acta Medica Eurasica. – 2021. – №. 1. – С. 11-17.
3. Денисова Т.Г., Денисов М.С., Герасимова Л.И., Левицкая Л.М. Медико-биологические факторы риска нарушений менструальной функции у девушек-студенток // Таврический медикобиологический вестник. 2018. Т. 21, № 2-2. С. 20–25.
4. Доброхотова Ю. Э., Хлынова С. А., Таалайбекова А. Т. Использование комплекса витаминов и минералов в сочетании с незаменимыми омега-3 кислотами в прегравидарной подготовке и во время беременности // Opinion Leader. – 2020. – №. 2. – С. 62-68.
5. Игитова М. Б. и др. Нутриентный статус женщин с неразвивающейся беременностью //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2019. – Т. 18. – №. 6. – С. 46-50.
6. Мальцева Л.И., Васильева Э.Н., Денисова Т.Г., Гарифуллова Ю.В. Влияние витамина D на течение и исходы беременности у женщин // Практическая медицина. 2020. № 2. С. 12–20.
7. М. М Нормухаммедова, С. Т. Джурабекова Современные подходы к неразвивающейся беременности и её реабилитации у женщин // Вестник врача, № 4, 2019. С.144-147.
8. Радзинский В. Е. и др. Беременность ранних сроков. От прегравидарной подготовки к здоровой гестации. – 2018
9. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н и др. Предиктивное акушерство.-2021.-520 с.
10. Радзинский В. Е. и др. Неразвивающаяся беременность. – 2019.
11. Boushra M. N., Koymfan A., Long B. COVID-19 in pregnancy and the puerperium: A review for emergency physicians //The American journal of emergency medicine. – 2021. – Т. 40. – С. 193-198.
12. Evans K.N., Bulmer J.N., Kilby M.D., Hewison M. Vitamin D and placental-decidual function. J Soc Gynecol Investig., 2004, vol. 11(5), pp. 263–271. DOI: 10.1016/j.jsigi.2004.02.002.
13. Rasmussen S. A., Jamieson D. J. Pregnancy, postpartum care, and COVID-19 vaccination in 2021 //Jama. – 2021. – Т. 325. – №. 11. – С. 1099-1100.
14. Rotshenker-Olshinka K. et al. COVID-19 pandemic effect on early pregnancy: are miscarriage rates altered, in asymptomatic women? //Archives of gynecology and obstetrics. – 2021. – Т. 303. – №. 3. – С. 839-845.
15. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Infection prevention and control/WASH. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-19/technical-guidance/infection-prevention-and-control>.
16. Zauche L. H. et al. Receipt of mRNA Covid-19 vaccines and risk of spontaneous abortion //New England Journal of Medicine. – 2021. – Т. 385. – №. 16. – С. 1533-1535.

**ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ХАРАКТЕРИСТИКИ  
ХРОНИЧЕСКОЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНФЕКЦИИ****Ф. Д. Каримова, С. Ш. Рахманова, З. А. Раджабова, Х. З. Садикова**Центр Развития Повышения Квалификации Медицинских работников,  
Ташкент, Узбекистан**Ключевые слова:** беременность, внутриматочная инфекция, роды, хориоамнионит.**Таянч сўзлар:** хомиладорлик, бачадон ичи инфекцияси, туғруқ, хориоамнионит.**Key words:** pregnancy, intrauterine infection, childbirth, chorioamnionitis.

Независимо от их этиологии, в результате сбоя иммунной системы эти факторы могут привести к неблагоприятным результатам, таким как внутриутробная гибель плода, преждевременная роды, задержка роста плода, нарушение развития и дифференцировки внутренних органов. Женщинам планирующим беременность необходима прегравидарная подготовка с учетом лечения возможных источников инфекции, всем беременным необходим мониторинг для раннего выявления амниотического инфицирования.

**СУРУНКАЛИ БАЧАДОН ИЧИ ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ГИСТОЛОГИК ЖИХАТЛАРИ  
ВА ХУСУСИЯТЛАРИ****Ф. Д. Каримова, С. Ш. Рахманова, З. А. Раджабова, Х. З. Садикова**

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Иммунитет тизимининг ногўғри ишлаши натижасида инфекциялар хомила ўлими, муддатдан олдинги туғруқ, хомила ўсишининг сустлашиши, ривожланишнинг бузилиши ва ички органларнинг дифференциацияси каби салбий натижаларга олиб келиши мумкин. Хомиладорликни режалаштираётган аёллар хомиладорликдан олдин тайёргарлик кўришлари, инфекциянинг мумкин бўлган манбаларини даволашни ҳисобга олган ҳолда, барча хомиладор аёллар амниотик инфекцияни эрта аниқлаш учун кузатувда бўлишлари лозим.

**HISTOMORPHOLOGICAL ASPECTS AND CHARACTERISTICS OF CHRONIC  
INTRAUTERINE INFECTION****F. D. Karimova, S. S. Rakhmanova, Z. A. Rajabova, H. Z. Sadykova**

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

Regardless of their etiology, as a result of a malfunction of the immune system, these factors can lead to adverse results, such as fetal death, premature birth, fetal growth retardation, impaired development and differentiation of internal organs. Women planning pregnancy need pre-pregnancy preparation, taking into account the treatment of possible sources of infection, all pregnant women need monitoring for early detection of amniotic infection.

Беременность является особым состоянием, когда организм претерпевает временные физиологические изменения направленные на обеспечения развития и рождения здорового ребенка. В понятия временного состояния относятся временное увеличение объема циркулирующей крови, иммуносупрессия, доминанта беременности и нейроэндокринные изменения. В акушерстве особое внимание следует уделить временно образованному, но выполняющему колоссальную нагрузку органу-плацента. Патология плацентации, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты являются состояниями угрожающими жизни матери и плода. Многие вопросы, касаемые патологий плаценты достаточно изучены, рекомендации по ведению пациенток отражены в протоколах и национальных стандартах, однако вопросы инфицирования, амниотическая инфекция требуют изучения, Поскольку одно из первых мест в структуре акушерской патологии занимают инфекционные и воспалительные заболевания беременной, часто скрыто протекающие, достигающие 15–30% всех преждевременных родов (ПР). Плацента – важный эндокринный орган, основное предназначение которого – снабжение кислородом и питательными веществами развивающийся плод во время беременности. При физиологическом течении беременности плацента также обеспечивает иммунологическую толерантность организма матери по отношению к плоду, предотвращая развитие аутоиммунных реакций, являясь своеобразной «подушкой безопасности», а также выполняет эндокринную функцию, синтезируя те гормоны, которые эндокринная система плода не способна синтезировать [1, 2]. Для иммунной системы матери во время

беременности баланс между реактивностью и иммуносупрессией склоняется в сторону реактивности. Однако не менее важна барьерная роль плаценты в защите плода от различных микроорганизмов. Локальные иммунные реакции могут потенциально активировать материнский иммунный ответ, что также способствует проникновению патогенных микроорганизмов в амниотическую жидкость, ткань плаценты, проникновение их в ткани, и иммунокомпетентные органы плода. Иммунная система плода ещё незрелая, не готова адекватно распознать болезнетворные бактерии и их эллиминировать. В качестве антигенов могут выступать как микроорганизмы, так и аллоантигены плода, антигены плаценты, аутоантигены матери, которые становятся мишенью для материнского организма. Независимо от их этиологии, в результате сбоя иммунной системы эти факторы могут привести к неблагоприятным результатам, таким как внутриутробная гибель плода, преждевременная роды, задержка роста плода, нарушение развития и дифференцировки внутренних органов. Хориоамнионит (ХА) встречается примерно у 15% беременных [3]. Распространенность ХО составляет в 3–5% плацент доношенного срока гестации из которых в 94% проявляется на 21–24 неделе беременности [4]. В соответствии с современной международной морфологической классификацией повреждений плаценты, разработанной Амстердамской рабочей группой (Amsterdam Placenta Working Group) (2014) [5], воспалительные изменения плаценты делятся на изменения, обусловленные инфекционными агентами и связанные с асептическим воспалением, опосредованные иммунными процессами. В свою очередь воспаление, вызванное инфекционными факторами, бывает с преобладанием воспалительного ответа со стороны матери (преимущественно острым (например, воспаление амниотических оболочек – острый хориоамнионит, или со стороны плода (васкулиты сосудов пуповины – фунизит), поражения ворсин плаценты и межворсинчатого пространства – виллиты и интервиллиты), а также децидуальной пластинки, граничащей с полостью матки – децидуит. Воспаление, обусловленное иммунопатологическими процессами, чаще бывает хроническим и представлено хроническим виллитом и хроническим ХА, хроническим децидуитом с инфильтрацией лимфоцитами и плазмощитами, а также к хроническому воспалению относятся Т-клеточный эозинофильный фетальный васкулит, хронический гистиоцитарный интервиллузит.

Взаимосвязь инфекции влагалища и цервикального канала с ХА, разрывами плодных оболочек и преждевременными родами показано рядом авторов [5]. Однако соответствие гистологических критериев, клинических признаков воспаления и выявление возбудителя (выявленного посредством ПЦР) происходит менее чем в половине случаев [4].

Как и все органы, плацента и плацентарная площадка содержат популяции резидентных воспалительных клеток, которые, как считается, играют решающую роль в развитии и функционировании плаценты. К наиболее важным относятся популяции больших зернистых (гранулярных) лимфоцитов в децидуализированном эндометрии и клетки Гофбауэра стромы ворсин. Первые состоят преимущественно из натуральных киллеров и играют роль в трансформации и ремоделировании спиральных артерий [5], имеют тенденцию к образованию кластеров около желёз эндометрия, и материнских сосудов, но это не сопровождается повреждением тканей. Клетки Гофбауэра представляют собой тканевые макрофаги и, как полагают, принимают участие в васкуляризации ворсин плаценты и защите плода от патогенов и других потенциально опасных медиаторов, которые могут нарушить гемоплацентарный барьер [2], а также играют роль в ангиогенезе, который проявляется на этапе незрелых промежуточных ворсин, когда присутствуют клетки стромы, формирующие пространство будущего кровеносного сосуда с образованием так называемых стромальных каналов, в просвете которых циркулируют макрофаги [1], что особенно важно на ранних сроках гестации. Клетки Гофбауэра обычно по внешнему виду выглядят одинаковыми и, как правило, равномерно распределены в строме ворсин и больше представлены в плаценте на ранних сроках. Выявление в ткани плаценты и матки нейтрофилов, эозинофилов, В- и Т-лимфоцитов, а особенно плазмощитов составляет основу для патологического воспаления ткани плаценты. Острый воспалительный ответ с преобладанием нейтрофилов наблюдается

преимущественно в амниотических оболочках, при ХА, и выявляется примерно в 20% всех плацент [1]. Хронический хориоамнионит (ХХА) воспаление с преобладанием лимфоцитов встречается в 5–15% плацент нередко связано инфекцией, но может быть опосредовано аутоиммунными заболеваниями или аллоиммунными реакциями против последствий предыдущих инфекций или инфекций, вызванных еще нераспознанными патогенами, хотя этот вопрос требует дальнейшего изучения. Хориоамниониты являются отражением большого количества факторов риска, при котором гистологические критерии не всегда полно отражают клиническую картину. ХА часто сочетаются с воспалением других частей плацентарного диска (децидуальной оболочки (децидуит), ворсин плаценты (виллит), пупочного канатика (фунизит)).

#### **Острый хориоамнионит.**

Гистологически острый хориоамнионит (ОХА) определяется как материнская нейтрофильная реакция на бактериальную инфекцию с или без сопутствующего ответа со стороны плода. ХА традиционно имеет место две основных классификации: гистологическую базирующуюся на воспалительной инфильтрации плодных оболочек (нейтрофилами, макрофагами и Т-лимфоцитами). Вторая основана на клинической манифестации локального и системного воспаления:

- 1) температура более 37,5°C;
- 2) наличие болезненности при пальпации матки;
- 3) боли внизу живота;
- 4) неприятный запах при влагалищном исследовании;
- 5) тахикардия у беременной (более 100 ударов в минуту);
- 6) тахикардия у плода (более 160 ударов в минуту);
- 7) повышение лейкоцитов крови матери более 15 000 тыс/мм<sup>3</sup>) [2].

Кроме того, повышение температуры тела может быть ассоциировано также с эпидуральной анальгезией, что затрудняет дифференциальную диагностику [1].

Наибольшим фактором риска в развитии острого ОХА являются микроорганизмы, присутствующие в цервико-влагалищном тракте, нарушение нормальной микрофлоры влагалища, истмико-цервикальная недостаточность, преждевременное раскрытие шейки матки и разрыв плодных оболочек, а также длительный безводный период [2]. Менее распространенными путями заражения, которые нередко не учитываются, но которые не являются менее важными, являются гематогенный путь распространения, например инфекция периодонта, а также патогенная микрофлора органов малого таза (например, инфекция мочевого пузыря, фаллопиевых труб, прямой кишки) может привести к ОХА, после проникновения микроорганизмов в ткань плаценты.

При гистологически подтвержденном ОХА анаэробные бактерии при микробиологическом исследовании выделяются примерно в 50% случаев. В меньшем проценте наблюдений ОХА ассоциированы с более высокопатогенными организмами, представляющими угрозу жизни и здоровья плода (например, стрептококки, грамотрицательные бациллы и стафилококки), обладающие повышенной способностью к проникновению в организм плода. При ХО, обусловленных этими микроорганизмами, имеет место повышенный риск к развитию внутриутробной инфекции, а также заболеваниям неинфекционной природы, например образованию очагов ишемического повреждения головного мозга, которые бывают вызваны *Escherichia coli* [3]. Распространенность ХО с подтвержденными гистологическими признаками снижается в зависимости от гестационного возраста: выявляется до 70% в плаценте от младенцев, рожденных на сроке до 30 недель гестации и приблизительно в 10% у доношенных новорожденных [1]. Считается, что 25% всех преждевременных родов обусловлены ХО [4], из которых ХО, ассоциированные с интактными плодными оболочками (без их разрыва) до 45%, из них только 14–21% случаев с гистологически подтвержденным ХО. Случаи с преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРО) [4] составляют 30% наблюдений, из них только от 26% до 50% случаев гистологически подтвержденного ХО.

Менее 5% случаев хориоамнионита протекают наиболее тяжело, имеют угрозу для здоровья матери и плода.

Наряду с этим обнаружены микроорганизмы в ткани плаценты, которые могут не вызывать воспалительную реакцию (асимптоматическое течение ХО, однако нередко приводящие к ПРО и преждевременным родам [1]. В исследовании Hillier (1988) до 65% наблюдений с гистологически подтверждённым ХО из плацент была выделена *Ureaplasma urealyticum*. Более того, данный микроорганизм был ассоциирован с другими микробными агентами и определялся более, чем в половине наблюдений [2]. Подтверждением этому служит колонизация *U. urealyticum* дыхательных путей плода, связанная с увеличением хронических заболеваний легких у недоношенных детей [1].

Гистологические критерии острого хориоамнионита. Классификация. Согласно Амстердамской классификации поражений плаценты выделяют материнский и фетальный воспалительный ответ. К материнскому воспалительному ответу относятся поражения плодных оболочек, к фетальному ответу – поражения сосудов пуповины, сосудов створочных ворсин, васкулиты хориальной пластинки (рис. 1, А–Е).

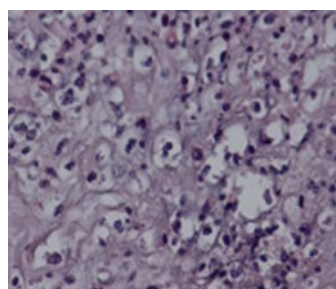
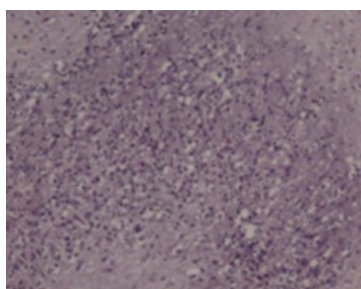


Рис. 1. А, Б.

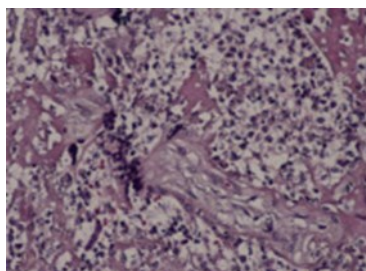
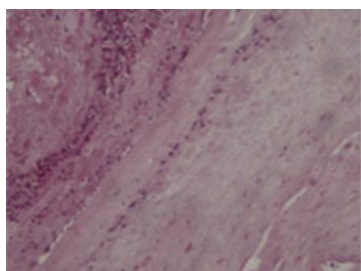


Рис. 1. В, Г.

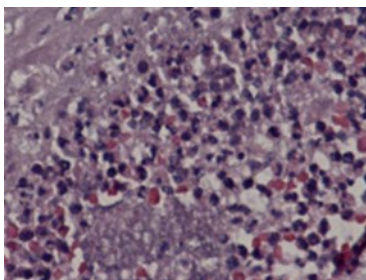
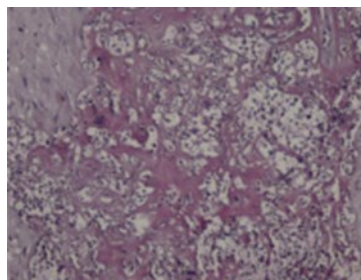


Рис. 1. Д, Е.

В материнском воспалительном ответе выделяют стадии, отражающие прогрессию заболевания.

*Стадия 1.* (острый субхориоамнионит/ранний острый хориоамнионит) = очаговое и диффузное скопление полиморфно-ядерных лейкоцитов (ПЯЛ) и под хориальной пластинкой и/или в под амниотической базальной мембраной (отмечаются несколько разбросанных ПЯЛ в менее чем в половине толщины хориальной пластинки и / или в соединительной ткани мембранозной части хориальной пластинки). Воспалительная инфильтрация отмечается лишь под хориальной пластинкой, в последующем нейтрофилы инфильтрируют также как плодный фибриноид под хориальной пластинкой, так и границу децидуальной и хориальной пластинок (острый субхорионит), а затем вовлекаются децидуальные посткапиллярные венулы (острый хорионит). Эта стадия длится обычно менее 12 часов.

*Стадия 2.* Острый хориоамнионит. Количество нейтрофилов увели-

чено в хориальной пластинке и / или мембранозной части хориальной пластинке оболочках амниона. Стадия длится в течение 12–24 часов.

*Стадия 3.* Некротический хориоамнионит. Отмечается распад ПЯЛ (кариорексис), утолщение амниотической базальной мембраны, которая становится эозинофильной, присутствует также дистрофия и слущивание амниотического эпителия. После длительной экспозиции инфекции (>48 часов) нейтрофилы подвергаются кариорексису, слущенные амниотические эпителиальные клетки проникают в амниотическую жидкость, что является следствием появления ярко-красной полосы фибриноида на базальной мембране амниона. Это обнаруживается в 50% случаев и является признаком некротического хориоамнионита.

Спустя несколько дней или недель острые воспалительные инфильтраты стихают и смешанная нейтрофильно-гистиоцитарная инфильтрация сохраняется только в верхних слоях хориона. Этот вариант ХО был назван подострым ХО, который коррелирует с увеличением заболеваемости хроническими заболеваниями легких новорожденных [4]. Важно, что наличие субхориальных микроабсцессов на любой стадии инфекции является проявлением повышенного риска развития тяжелых осложнений, включая сепсис [1].

*Степень хориоамнионита (отражает выраженность воспалительных реакций)*

**Степень 1** (умеренно выраженная): присутствуют единичные или мелкие скопления материнских ПЯЛ, диффузно инфильтрирующих амниотические оболочки, хориальную пластинку и/или расположенный под хориальной пластинкой плодный фибриноид.

**Степень 2** (тяжелая): присутствие трех или более микроабсцессов в хориальной пластинке (не менее 10–20 ПЯЛ), а также между хориальной и децидуальной пластинками в экстраплацентарных оболочках и / или под хориальной пластинкой плацентарного диска. Поражение может иметь вид непрерывной линии из более 10 ПЯЛ, занимающую более половины плодного фибриноида, расположенного под хориальной пластинкой или один оборот в «ролле» плодных оболочек. Хронический (или подострый) ХО диагностируется на основании более выраженной инфильтрации мононуклеарами (обычно макрофагами), в хориальной пластинке (чаще под амнионом). В ряде случаев макрофаги присутствуют как реакция на отложение экзогенных пигментов (например, мекония или гемосидерина).

#### **Фетальный воспалительный ответ.**

Стадии, отражающие прогрессию заболевания.

**Стадия 1** (васкулит хориальных сосудов / флебит пупочной вены): выявление ПЯЛ в стенке сосудов хориальной пластинки или стенке пупочной вены. Проникновение ПЯЛ в вартонов студень допустимо при этой стадии, но пока отсутствуют микроабсцессы и концентрические полосы, окружающие пупочную вену.

Фетальный воспалительный ответ, обусловленной инфильтрацией ПЯЛ на бактериальную инфекцию при беременности, может развиваться с 15 недели гестации, но значительно чаще имеет место при доношенных сроках беременности [2]. Фетальный воспалительный ответ начинается с сосудов хориона или пупочной вены, практически всегда сопровождается материнским ответом в виде острого (подострого) хориоамнионита. Острый васкулит фетальных сосудов как изолированное состояние является дискуссионным вопросом.

**Стадия 2** (васкулит пупочных сосудов): нейтрофилы присутствуют в стенке одной или обеих пупочных артерий и в пупочной вене. Наличие ПЯЛ в вартоновом студне допустимо при отсутствии микроабсцессов, и концентрических полос, окружающих пупочные сосуды. Фетальные воспалительные реакции в стенке пупочных артерий (пупочный артериит) возникают позже, их развитие коррелирует с повышенным уровнем циркулирующих цитокинов в пупочной крови).

Впоследствии ПЯЛ могут мигрировать в вартонов студень пуповины, где они образуют полосу, выявляемую при гистологическом исследовании, окружающие фетальные сосуды (стадия 3).

**Стадия 3** (некротический фунизит или концентрический периваскулит пупочных сосудов): диагностируют на основании присутствия ПЯЛ, клеточного детрита, эозинофильных преципитатов, и/или отложений солей кальция, которые визуализируются в виде полосы или ободка, окружающих один или все пупочные сосуды (в большинстве случаев наиболее тяжелые изменения присутствуют на участках близким к периферии пуповины). Полосу или ободок, который образуют ПЯЛ некоторые авторы называют некротический или субнекротический фунизит и связывают с отложением иммунных комплексов, состоящих из бактериального антигена амниотических оболочек и материнских иммуноглобулинов, диффундирующих из пупочных сосудов [2]. Через несколько недель клетки и эти аркуатные структуры могут исчезнуть, и смениться на эозинофильные преципитаты, микрокальцинаты, при этом нередко вовлекаются хориальные сосуды мелкого диаметра

Степень, отражающая интенсивность воспаления fetalного воспалительного ответа  
**Степень 1** (умеренно выраженная): разбросанные инфильтраты, образованные ПЯЛ, расположены субэндотелиально или стенках хориальных или пупочных сосудов.

**Степень 2** (тяжелая): стенки сосудов хориальной пластинки (или сосудов пуповины) с выраженной инфильтрацией ПЯЛ и отёком, наличием повреждения гладкомышечной стенки сосудов на стороне, близкой к амниотической полости. Кроме того, часто отмечаются тромбозы fetalных сосудов (свежие тромбы в сосудах хориальной пластинки или пуповины). Все эти признаки являются отражением картины fetalного воспалительного ответа – англ. fetal inflammatory response syndrome (FIRS) – по аналогии с SIRS (англ. Systemic inflammatory response syndrome). Важно отметить, что воспалительный ответ плода не всегда свидетельствует о fetalной инфекции, но является показателем иммунной активации, которая ассоциируется с высокими уровнями цитокинов плода, что приводит к увеличению риска повреждений головного мозга и заболеваний лёгких плода [2–4]. При 2 степени тяжести васкулиты хориальных сосудов ассоциированы с повышенным риском ишемического повреждения головного мозга плода; тромбы в их просвете являются также дополнительным фактором риска [2].

**Другие специфические изменения.** К другим специфическим изменениям плаценты, ассоциированным с ОХА, относится: периферический фунизит, диагностируемый на основании наличия мелкоочечных абсцессов с участками инфильтрации ПЯЛ на внешней стороне пуповины; острый виллит: присутствие ПЯЛ в строме ворсин и /или под трофобластом; острый интервиллузит / внутриворсинчатый абсцесс – ПЯЛ располагаются в пределах периворсинчатого фибриноида или периворсинчатого пространства, а также в ряде случаев отмечается инфильтрация ПЯЛ децидуальной пластинки (острый децидуит) (рис. 2, Д–Е).

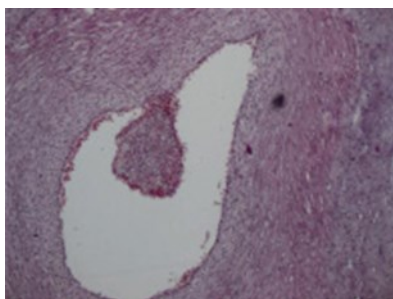


Рис. 2. А, Б.

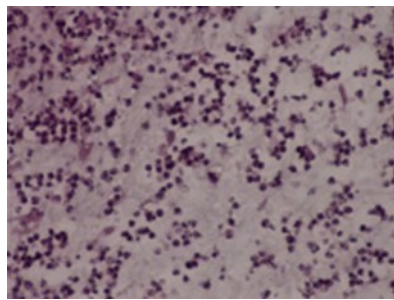
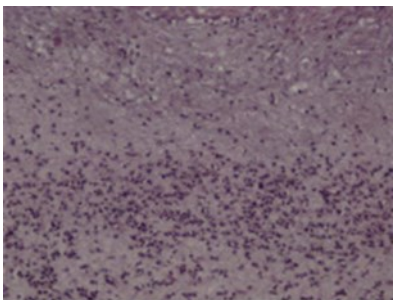


Рис. 2. В, Г.

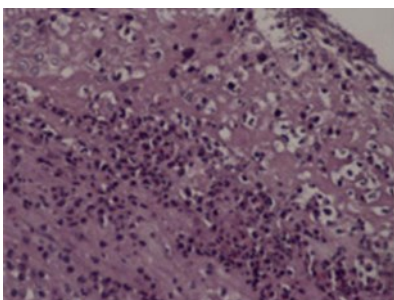
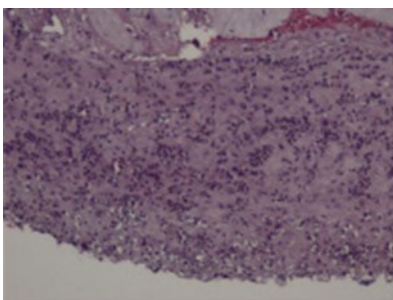


Рис. 2. Д, Е.

Другие воспалительные изменения, ассоциированные с ОХА, особенно на ранних сроках гестации, включают лимфоплазматический децидуит, и свежие ретроплацентарные гематомы вызывающие диагностическую сложность из-за интенсивной инфильтрации ПЯЛ. В некоторых случаях ОХА могут быть вызваны специфическими микроорганизмами. Так, ОХА с острым интервиллузитом и образованием межворсинчатого абсцесса (так называемые септические инфаркты) чаще всего ассоциируются с *Listeria monocytogenes* [2]. ОХА с ассоциации с периферическими абсцессами пуповины наиболее часты при инфекции *Candida*, и часто связаны с преждевременным разрывом плодных оболочек, истмико-цервикальной недостаточностью, а также присутствием внутриматочной спирали или вагинальных колец [2]. ОХА в сочетании с острым виллитом наблюдаются при врожденном

бактериальном сепсисе, обычно вызванном стрептококками или грамотрицательными бактериями, в частности *E. coli*. ОХА в ассоциации с очаговым острым интервиллузитом и периворсинчатым отложением плодного фибриноида могут сочетаться с материнским сепсисом, нередко вызываемого стрептококками и грамотрицательной флорой [2]. Гибель плода редко является следствием непосредственно ОХА, гораздо чаще это происходит при развитии врождённого сепсиса. Преждевременные роды, связанные с ХО, имеют высокий риск рецидива. К возможным причинам этого относят наличие дефектов матки, подострого хронического эндометрита, вызванного стрептококками группы В, бактериального вагиноза, истмико-цервикальной недостаточности.

Изолированный фетальный васкулит может поражать артерии и вены пуповины, хориальной пластинки или крупных стволых ворсин. Хотя обычно сопровождается острым хориоамнионитом или хроническим виллитом, эти повреждения иногда могут наблюдаться изолированно. Поражения с инфильтрацией ПЯЛ или смешанной воспалительной инфильтрацией (с примесью ПЯЛ) и/или эозинофилами чаще всего обусловлены воздействием мекония, более часто встречаются в стенке пупочной вены [3]. Наблюдения с лимфоцитарной или смешанной лимфоцитарной / эозинофильной инфильтрацией (эозинофильный Т-клеточный хорионический васкулит) имеют место в хориальных или крупных сосудах стволых ворсин, но данный вопрос является недостаточно изученным [1, 2].

Хронический хориоамнионит (ХХ) встречается в двух различных клинко-патологических вариантах [3]: подострый (хронический) хориоамнионит, является преимущественно затяжной формой инфекционного хориоамнионита и связан чаще с микроорганизмами с низкой патогенностью, такими как микоплазма или вагинальные анаэробы [1]. Один из морфологических вариантов представлен преобладающей воспалительной инфильтрацией гистиоцитами, мононуклеарами с примесью единичных нейтрофилов под амнионом. Этот вариант сочетается с экстремально низкой массой тела детей при рождении и является одной из причин преждевременных родов, часто сочетается с хроническим виллитом. Второй морфологический вариант диагностируется как преобладание лимфоцитарной инфильтрации, по выявленной локализации в хорионе в средней части амниона в виде полос.

**Хронический децидуит (ДХ)** диагностируется на основании обнаружения инфильтрации мононуклеарами и/или с наличием плазмочитов [4]. В ряде случаев обнаруживается также большое количество эозинофилов.

Есть предположение, что ДХ может быть результатом эндометритов низкой степени активности и подострых эндометритов, вызванных микоплазмой или другими микроорганизмами с низкой патогенностью, что может быть связано с нарушением микрофлоры влагалища [5]. Это может приводить к преждевременным родам во втором и третьем триместрах. ДХ часто сочетаются с ХО.

Известно, что при отсутствии лечения хронический эндометрит – фактор высокого риска при невынашивании беременности. Кроме того, хронические виллиты сочетаются в 25–30 % случаев с лимфоплазмочитоидными хроническими децидуитами.

В этих случаях ДХ могут представлять собой неинфекционный воспалительный материнский ответ на аутоантигены или аллоантигены плода [3]. Пациенты с ДХ часто имеют высокий процент аутоиммунных заболеваний различного генеза [3]. Общая перинатальная смертность высока. Антенатальная гибель плода, привычное невынашивание беременности также часто ассоциированы с ДХ. У выживших младенцев нередко отмечается задержка роста и развития. Данное состояние следует также отличать от морфологической картины, при инфицировании *Plasmodium falciparum* во время беременности.

Децидуальный васкулит/периваскулит диагностируется по наличию выраженности воспалительной инфильтрации вокруг артериол децидуальной пластинки, включая децидуальную пластинку плодных оболочек [3]. Это поражение наиболее часто наблюдается у пациентов с преэклампсией, задержкой развития плода, при невынашивании беременности.



Децидуальный васкулит может быть как изолированным, так и сочетаться с острым атерозом и гипертрофией стенок сосудов [3].

Хотя интраамниотическая инфекция обычно считается причиной острого хориоамнионита и фунизита, а также причиной преждевременного разрыва плодных оболочек, однако данные ряда авторов свидетельствуют о том, что «асептическое» внутриамниотическое воспаление (без выявленного микробного агента), может происходить в отсутствии видимых микроорганизмов, и повреждающее действие связано с молекулами повреждения или молекулы «опасности» (DAMP – от англ. Damage-associated molecular pattern или danger-associated molecular patterns), а также интерлейкинами, хемокинами и другими «сигналами опасности». В контексте внутриамниотической инфекции интерлейкины и хемокины (например, интерлейкин-8 и хемотаксические факторы гранулоцитов) создают градиент, который способствует миграции нейтрофилов из системы кровообращения матери или плода в плодные оболочки или пуповину, соответственно. Молекулы повреждения, которые высвобождаются в при повреждении и гибели клеток также в свою очередь могут способствовать высвобождению хемокинов и нейтрофилов. Таким образом, восходящий тип инфекции, обусловленный воспалительным ответом, вызываемый микробными агентами вовлекает 2 типа иммунного ответа: (1) материнский, с инфильтрацией воспалительной инфильтрации (прежде всего ПЯЛ) хориоамниона и хориальной пластинки; и (2) фетальный, определяемый как воспалительная инфильтрация (преимущественно ПЯЛ) вартонова студня, стенок крупных сосудов хориальной пластинки и сосудов пуповины. В связи с чем следует унифицировать и внедрить повсеместно принципы учета возможных рисков, в плане хронической инфекции. Женщинам планирующим беременность необходима прегравидарная подготовка с учетом лечения возможных источников инфекции, всем беременным необходим мониторинг для раннего выявления амниотического инфицирования. Необходимо внедрить обязательное гистоморфологическое исследование плаценты.

#### Использованная литература:

1. Д. Н. Абдуллаев, Л. С. Абдуллаева Влияние токсоплазменной инфекции на акушерскую и гинекологическую патологию // Вестник врача, № 3, 2019. С.6-8.
2. Д. Н. Абдуллаев, Л. С. Абдуллаева Инфекция генитального тракта в невынашивании беременности // Вестник врача, № 3, 2019. С.9-11.
3. Д. Т. Исанова, Ю. Д. Азизов Репродуктив ёшдаги аёллар сийдик йўллари инфекциялари кўзгатувчиларининг микробиологик тавсифи ва таксономик белгилари ўзгарувчанлигини аниқлашнинг материал ва усуллари // Доктор ахборотномаси, № 3 (100), 2021. С.52-55. DOI: 10.38095/2181-466X-20211003-52-55
4. Сухих, Г. Т. Хронический эндометрит / Г. Т. Сухих, А. В. Шуршалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
5. Гинекология: национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Г. М. Савельевой, И.Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
6. Морфологические особенности хронического эндометрита / А. В. Кузнецова [и др.] // Архив патологии. – 2001. – № 5. – С. 8–12.
7. Хронический эндометрит – проблема и решения / А. З. Хашукоева [и др.] // Лечащий врач. – 2012. – № 3. – С. 25–28.
8. Унанян, А. Л. Хронический эндометрит: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение. Роль антифиброзирующей терапии / А. Л. Унанян, Ю. М. Коссович // Лечащий врач. – 2012. – № 11. – С. 37–42.

**COVID-19 И БЕРЕМЕННОСТЬ****Д. А. Кенжаева, З. Ж. Донабоева, Г. Ш. Элтазарова**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Ключевые слова:** COVID-19, инфекция, беременность, симптомы, клиника заболевания, осложнения.**Таянч сўзлар:** COVID-19, инфекция, хомилдорлик, касаллик симптомлари, касаллик клиникаси, асоратлар.**Key words:** COVID-19, infection, pregnancy, symptoms, clinic of the disease, complications.

Инфекция COVID-19 стала одной из самых актуальных проблем медицины конца первой четверти XXI века. В настоящее время миллиарды людей инфицированы COVID-19 в разных странах. На конец 2020 года в Узбекистане выявлено 234 случая заражения вирусом COVID-19 среди беременных женщин. Среди них смертность составила 2,9%. Беременные женщины и их новорожденные больше нуждались в специализированной помощи. У беременных, перенесших COVID-19, отмечены преждевременные роды (39%), синдром задержки развития плода (10%), невынашивание плода (4%), что может привести к развитию тяжелых осложнений: обострению основного заболевания и, как следствие, осложнения - дыхательная недостаточность, акушерское кровотечение, интранатальная гибель плода, развитие послеродовых гнойно-септических заболеваний.

**COVID-19 VA ҲОМИЛАДОРЛИК****Д. А. Кенжаева, З. Ж. Донабоева, Г. Ш. Элтазарова**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд, Ўзбекистон

COVID-19 касаллиги XXI асрнинг биринчи чораги охирида тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бирига айланди. Турли мамлакатларда ҳозирги вақтда миллиардлаб одамларни COVID-19 билан касалланиши давом этмоқда. 2020-йил охирига келиб, Ўзбекистонда хомилдор аёлларнинг 234 нафарига COVID-19 вируси билан касалланиш аниқланди. Улар орасида ўлим кўрсаткичи 2,9% ни ташкил қилди. Ҳомилдор аёллар ва уларнинг янги туғилган чакалоқлари ихтисослашган ёрдамга кўпроқ мухтож бўлди. COVID-19ни бошдан кечирган хомилдор аёлларда муддатидан олдинги туғруқ (39%), хомилани ривожланишдан орқада қолиш синдроми (10%) ва хомиланинг кўтараолмаслик (4%) учрайди. Касаллик авж олган вақтида хомилдорликни тўхтатиш ёки туғдириш, оналар ўлимини кўпайишига ва жиддий асоратларни юзага келишига сабаб бўлади: асосий касалликларнинг кучайишига ва улар оқибатида келиб чиқадиган асоратлар - нафас етишмовчилиги, акушерлик қон кетиши, хомиланинг интранатал ўлими, туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликлар ривожланишига олиб келиши мумкин.

**COVID-19 AND PREGNANCY****D. A. Kenjaeva, Z. J. Donaboeva, G. Sh. Eltazarova**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

COVID-19 infection has become one of the most pressing medical problems of the end of the first quarter of the 21st century. Currently, billions of people are infected with COVID-19 in different countries. At the end of 2020, 234 cases of infection with the COVID-19 virus were detected in Uzbekistan among pregnant women. Among them, the mortality rate was 2.9%. Pregnant women and their newborns needed more specialized care. Pregnant women who had COVID-19 experienced premature birth (39%), fetal growth retardation syndrome (10%), miscarriage (4%), which can lead to the development of severe complications: exacerbation of the underlying disease and, as a result, complications - respiratory failure, obstetric bleeding, intrapartum fetal death, development of postpartum purulent-septic diseases.

**Тадқиқотнинг долзарблиги.** COVID-19 касаллиги XXI асрда тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бирига айланди. Турли мамлакатларда ҳозирги вақтда миллиардлаб одамларни COVID-19 билан касалланиши давом этмоқда.

Статистик маълумотлардан кўриниб турибдики COVID-19 билан касалланиш кўпроқ Европа мамлакатларида учраган. Шу қаторда Ўзбекистонда ҳам касаланиш даражаси салқокли ўринни эгаллаган (1-жадвал).

ЖССТ маълумотларига кўра, хомилдор аёллар COVID-19 билан боғлиқ жиддий асоратлар хавфи юқори эканлигини билишлари керак. Масалан, Қўшма Штатларда COVID-19 вирусини юқтирган 15735 нафар хомилдор аёлларнинг 37 нафари вафот этди, 4086 нафари касалхонага ётқизилди, 12183 нафари реанимация бўлимига ётқизилди ва 66 нафари, ўпка сунъий вентилляциясига мухтож бўлган [9,11,28,30,32].

1 жадвал.

Турли мамлакатларда COVID-19 билан зарарланиш кўрсаткичи.

Маълумотлар 08.02.2022 ҳолатига							
Жами	399703365	+2230464	5775856	+12160	319685906	+2820590	74241603
Мамлакат	Жами зарарланиш		ўлим ҳолатлари		Соғайиш даражаси		Ҳозирда касаллар сони
<u>АҚШ</u>	78428487	+287204	930747	+3860	48506133	+358633	28991607
<u>Хиндистон</u>	42339611	+67597	504078	+1173	40840658	+180456	994875
<u>Бразилия</u>	26605137	+68540	632720	+431	22846652	+128745	3125765
<u>Франция</u>	20804372		132923		15042541	+435750	5628908
<u>Буюкбритания</u>	17932803	+66171	158677	+314	15493580	+113107	2280546
<u>Россия</u>	13147666	+165643	336721	+698	10706142	+81188	2104803
<u>Турция</u>	12446111	+111096	89211	+241	11579338	+82168	777562
<u>Италия</u>	11765767	+102429	149512	+415	9688455	+164915	1927800
<u>Германия</u>	11344183	+145443	119653	+158	8257400	+115300	2967130
<u>Испания</u>	10439302	+43831	94931	+361	7070336	+115900	3274035
<u>Грузия</u>	1350454	+24616	15300	+54	1124442	+18221	210712
<u>Қозоқистон</u>	1276611	+5657	13381	+25	1176775	+19794	86455
<u>Жанубий Корея</u>	1081681	+36718	6922	+36	675059	+20438	399700
<u>Ўзбекистон</u>	230401	+773	1588	+2	213123	+474	15690
<u>Афғонистон</u>	167739	+815	7454	+12	147215	+136	13070
<u>Хитой</u>	106524	+105	4636		100415	+127	1473
<u>Тожикистон</u>	17351	+4	124		17203	+8	24
<u>Ватикан</u>	29				28		1
<u>Тонга</u>	15	+6			2		13
<u>Вануат</u>	7		1		6		
<u>Микронезия</u>	1				1		

Ҳомиладор аёллар хавф остида эканлигини ҳисобга олсак, ЖССТ уларни COVID-19 учун ўз вақтида текшириб кўриш муҳимлигини таъкидлайди. Вирус фаол равишда айланиб юрадиган ҳудудларда ва лаборатория текширишлари чекланган жойларда ҳомиладор аёллар биринчи навбатда синовдан ўтказилиши керак. Мутахассисларнинг таъкидлашича, COVID-19 тасдиқланиши мумкин бўлмаганда, COVID-19 гумон қилинган ҳар қандай ҳомиладор аёл юқтирган ҳисобланади.

ЖССТ миллий соғлиқни сақлаш ташкилотлари ҳомиладор аёлларни COVID-19 дан қандай ҳимоя қилиш бўйича кўрсатмалар беради [1,5,6,8,9, 11,13, 24,26].

COVID-19нинг она сути орқали юқиши ҳақида ҳеч қандай далил йўқ. Шу муносабат билан БМТ мутахассислари юқтирган оналарни янги туғилган чақалоқлардан ажратмасликни маслаҳат беришади, ақс ҳолда уларни ниқоб ва бошқа зарур ҳимоя воситалари билан "жиҳозлаш" керак [4,5,6,7,8,31].

Бугунги кунда нашр этилган олимларнинг хулосаларига кўра, COVID-19 натижасида оғир асоратларни ривожланиш эҳтимоли, шунингдек, диабет ёки гипертония каби касалликларга чалинган COVID-19 билан касалланган ҳомиладор аёлларда асоратлар кўп учрамоқда.

"Далиллар, ҳомиладорликдан қатъий назар, диабет ёки юқори қон босими каби қўшма касалликларга бўлганида хавф юқорилигини айтади", дейди тадқиқот муаллифи Мерседес Боне (uznews.uz category).

Маълумотларга қараганда ҳомиладор аёллар ва яқинда ҳомиладор бўлган аёллар учун, айниқса уларда сурункали касалликлар бўлса, COVID-19 дан ҳимоя қилишнинг барча чораларини кўриш зарурлигини яна бир бор тасдиқлайди [2,3,5,29].

Бритиш Медикал журналида чоп этилган янги тадқиқот COVID-19нинг ҳомиладор

аёллар ва уларнинг болалари учун хавфини яхшироқ тушунишга ёрдам беради. Мақола муаллифлари таъкидлаганидек, COVID-19 касаллиги ёки тасдиқланган вирус билан касалхонага ётқизилган ҳомиладор аёлларда иситма ёки мушак оғриғи камроқ бўлади, аммо оғир ҳолатларда улар ҳомиладор бўлмаган аёлларга қараганда интенсив даволанишга мухтождир [12,15,17,25,27,32].

Бугунги кунга келиб, ҳомиладор аёллар умумий популяциядаги одамларга қараганда кўпроқ юқтиришга қодир эканлиги тўғрисида ҳеч қандай далиллар йўқ. Аммо ҳомиладор аёлларнинг танасида иммунитет реакциясининг ўзгариши туфайли янада оғир клиник кўришни ривожланиш эҳтимоли ошиб боради деган хавотир мавжуд [9,10,11,12,14,16,24].

Узоқ муддатли психоэмоционал стресс ҳомиладор аёлларда психик касалликларнинг ривожланишига сабаб бўлди. Бу соматоформ ва психосоматик касалликларни ривожлантиради ва уларнинг сони вақт ўтиши билан ошиб боради. Психосоматик патологиянинг кучайиб бориши ва оғирлашишидан азият чекканлар ва касалланганлар, коронавирус инфекциясига чалинган беморлар сонидан анча кўп бўлди. Психосоматик бузилишларни профилактикаси мақсадида, ҳомиладор аёлларга психиатрик ёрдам кўрсатишни ташкил этиш мақсадга мувофиқдир. Инфекцион касалликларни қайта тарқалиш хавфи илмий изланишларни давом эттиришни ва таҳлил қилишни талаб қилади [1,16,18,17,19,23,25].

2019-йилда пайдо бўлган COVID-19 касаллиги бутун дунё бўйлаб Соғлиқни сақлаш соҳасида жиддий муаммоларни келтириб чиқарди. COVID-19 вирусни ҳомиладорликни асоратли кечишига ва перинатал оқибатларни ёмонлашишига сабаб бўлиши мумкин [7,8,12].

2020-йил охирига келиб, Ўзбекистонда ҳомиладор аёллар орасида COVID-19 вирусни билан касалланиш 234 нафарида аниқланди. Улар орасида ўлим кўрсаткичи 2,9% ни ташкил қилди. Ҳомиладор аёллар ва уларнинг янги туғилган чақалоқлари ихтисослашган ёрдамга кўпроқ мухтож бўлди [5,8,12,15,34,35].

COVID-19ни бошдан кечирган ҳомиладор аёлларда муддатидан олдинги туғруқ (39%), ҳомилани ривожланишдан орқада қолиш синдроми (10%) ва ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши (4%) учради [4,6,15,23,33].

Касаллик авж олган вақтида ҳомиладорликни тўхтатиш ёки туғдириш, оналар ўлимини кўпайишига ва жиддий асоратларни юзага келишига сабаб бўлади: асосий касалликларнинг кучайишига ва улар оқибатида келиб чиқадиган асоратлар-нафас етишмовчилиги, акушерлик қон кетиши, ҳомиланинг интранатал ўлими, туғруқдан кейинги йирингли-септик касалликлар ривожланишига олиб келиши мумкин [26,28, 30].

COVID-19 ни бошдан кечирган ҳомиладорларнинг янги туғилган ҳар тўртинчи чақалоқлари неонатология бўлимига ётқизилган. COVID-19ни онадан ҳомилага вертикал юқиш йўли ҳозирда кўриб чиқилмоқда. Ҳозирги вақтда вирус ҳомила ривожланишига таъсир қилиши эҳтимолдан йироқ эмас. Ҳозирда вируснинг тератоген эканлиги тўғрисида ҳам ҳеч қандай далиллар йўқ [11,12,13,20,32].

Кўпгина мамлакатлар, шу жумладан Россияда, ҳомиладор аёллар учун COVID-19 билан касалланиш эҳтимолини камайтириш мақсадида қатъий ўзини изоляция қилиш режими тавсия қилинади. Аммо вируснинг ҳомила ривожланишига таъсири ҳақида маълумотлар кам. "Агар хавф даражаси жуда юқори бўлганида, биз бу ҳақида аллақачон билган бўлар эдик", дейди Кристоф Лиз, Лондон Империял коллежи акушерлик ва гинекология кафедраси профессори. Кўпгина одамлар сингари, вирусни юқтирганда, ҳомиладор аёллар одатда йўтал, иситма, нафас қисиши, бош оғриғи ва ҳидни йўқотиш каби енгил ва мўътадил аъломатларга дуч келишади. Аксарият аёллар бир неча кун ичида соғаяди. Жуда камдан-кам ҳолларда ҳомиладор аёлларда касалликни оғир аъломатлари кузатилади. Юрак, астма, диабет, буйрак ёки жигар касалликлари билан оғриганлар маълум бир хавф гуруҳига кирадилар ва имкон қадар уйда ўтириш ва ҳар қандай ижтимоий алоқадан қочиш тавсия этилади. Баъзи ҳомиладорликда вируслари жуда хавфлидир, аммо COVID-19 ушбу тоифага кириши ҳақида ҳеч қандай далил йўқ. Британиялик олимлар ҳанузгача тадқиқотда иштирок этишга рози бўлган ҳомиладор аёллар ёрдамида маълумот тўплашмоқда ва ушбу муаммони

ўрганишмоқда. Сўнгги пайтларда, вируснинг оғир шакли бўлган ҳомиладорларда, эрта туғруқ бўлиши ҳақида хабарлар пайдо бўлди. Бироқ, эрта туғилишнинг аниқ сабаблари ҳали ҳам номаълум. "Айтилган сабаблар орасида ҳомилада дистресс синдроми (яъни, нафас олиш бузилиши синдроми) ривожланиши ёки аёлда қоннинг кислород билан таъминланиш даражаси паст бўлганида самарали даволанишни таъминлаш учун туғруқ тезлаштирилган", - дея тушунтиради қиролича Шарлот касалхонаси ходими Ед Муллинс [1,2,3,9,10,14,22,32].

Ҳомиладорлик даврида ўсаётган ҳомила аёлнинг ўпкасини ва юрагини боса бошлайди ва қон айланишини қийинлаштиради. Агар она COVID-19 билан оғир касал бўлса, бу унинг ахволини ёмонлаштириши ва нафас олишни қийинлаштириши мумкин. Бундай ҳолатларда шифокорлар касалхонада ётган аёлни диққат билан кузатадилар. "Иситмани келтириб чиқарадиган жиддий касалликлар баъзида эрта туғилиш ва туғиш билан боғлиқ", - дейди Оксфорд университети профессори Мариан Найт. Унинг қўшимча қилишича, аксарият ҳолларда COVID-19га чалинган ҳомиладорларда, аёлнинг нафас олишига ёрдам бериш учун кесар-кесиш операцияси ўтказилган. Ҳомиланинг ўз-ўзидан тушишга хавфини оширишига олиб келадиган далиллар йўқ [3,11,15,19,21].

Онадан ҳомилага вирус юқиши мумкин. Болага онадан COVID-19 юктирган бир неча ҳолатлар ҳақида биз биламиз, аммо барча болалар тузалиб, касалхонадан чиқарилган. Хитой тадқиқотлари натижасида COVID-19 билан касалланган 33 ҳомиладор аёлдан учта шундай ҳолат аниқланган. Болани қаердан юктирганлигини аниқ аниқлаш жуда қийин: Бачадонда, туғруқ пайтида ёки туғилгандан кейинги биринчи дақиқаларда. Британия қироллик акушерлик ва гинекологлар коллежи ушбу вируснинг боланинг ривожланишига салбий таъсир кўрсатадиган далиллар йўқлигини айтди. [5,10,27,29].

Агар ҳомиладор бўлса ва COVID-19 аниқланса, Россия Федерацияси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳомиладор аёлларга COVID-19 ҳолатида тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича ўз тавсияларини эълон қилди. Маҳаллий ҳокимият идоралари ҳам ўзларининг маслаҳатларини берадилар, масалан, Москва Соғлиқни сақлаш бошқармаси бўлажак оналардан ўзини ажратиб қўйишни ва ўзларини ва боласини ҳимоя қилиш учун шифокорга режалаштирилган ташрифларини кейинга қолдиришни сўрайди. Агар COVID-19 ташхиси тасдиқланса - касалликнинг енгил шакли билан - ҳомиладор аёллар терапевт назорати остида уйда даволанишлари мумкин. Касалликнинг ўртача ва оғир шакллари билан касалхонага ётқизиш талаб этилади. Бундай ҳолатда, Россия Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳомиладор аёлни ажратилган бўлимга жойлаштиришни тавсия қилади. COVID-19 билан касалланган аёлларнинг аксарияти бир неча кундан кейин ўтиб кетадиган енгил аъломатларга дуч келишади. Аммо ўзини ёмон ҳис қилиши ҳам мумкин [11,28,30].

Ҳомиладор аёлларда COVID-19 асоратлари кўпроқ учрайди. COVID-19 ҳақида ҳали кўп нарса номаълум бўлса-да, бир қатор тадқиқотлар шуни кўрсатадики, янги COVID-19 билан касалланган ҳомиладор аёллар касалхонага ётқизишни ва хатто сунъий ўпка вентилляциясини талаб қиладиган жиддий асоратлар кузатилиши аниқланганлиги ҳақида Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) хабар бермоқда [11,12,13,23].

Мутахассислар, шунингдек, пандемия шароитида, кўплаб мамлакатларда одамларнинг ҳаракатланишига чекловлар жорий этилганда ва кўплаб клиникалар ёпилганда, ҳомиладор аёллар ҳомиладорликнинг кечишини кузатиб бориш учун доимий равишда шифокорга мурожаат қила олмасликларини таъкидладилар. Бу шуни англатадики, аёл ёки ҳомила ҳолатидаги ўзгаришлар вақтида аниқланмай қолиши ва она ва ҳомила соғлиги учун таҳдид солиши мумкинлигини айтиб ўтади [14,22,30].

COVID-19 нинг ҳомиладорлик ва ҳомила соғлиғига қандай таъсир қилиши ҳақида ҳали жуда оз маълумотлар мавжуд. Буюк Британияда олиб борилган бир тадқиқот шуни кўрсатадики, 2020 йилнинг 1-мартдан 14-апрелигача COVID-19 вируси билан касалхонага ётқизилган 427 нафар ҳомиладор аёлнинг аксарияти иккинчи уч ойлик охирида ёки учинчи уч ойликда бўлган. Уларнинг 145 нафари бошқа касалликларга чалинган. 41 нафар аёл ўпка сунъий вентилляциясига мухтож бўлган ва беш нафари вафот этган. Тадқиқотга кўра, янги

туғилган 265 нафар чақалоқдан 12 тасида COVID-19 борлиги тасдиқланган [4,15,19,25].

Испанияда 874 нафар ҳомиладор аёл иштирок этган яна бир тадқиқот шуни кўрсатдики, симптомлари бўлган ва касалхонага ётқизишни талаб қиладиган аёллар орасида ҳомиладорликнинг охирига ойларида бўлган аёллар сони кўпроқ бўлган.

Америка Касалликларни Назорат қилиш Марказининг мутахассислари -репродуктив ёшдаги, ҳомиладор ва ҳомиладор бўлмаган, COVID-19 билан касалланган аёлларнинг соғлиғи ҳолатини таққосладилар. Маълум бўлишича, ҳомиладор аёллар сурункали ўпка касаллиги, қандли диабет ва юрак-қон томир касалликларига чалинган. Уларнинг касалхонага ётқизилиши 5,4 баробар, реанимация бўлимида 1,5 баравар, ўпка сунъий вентилляциясига мухтожлар 1,7 баравар кўп бўлган.

COVID-19 нинг инкубацион даври 2 кундан 14 кунгача, ўртача 5-7 кунни ташкил қилади. [21,22,24,30,31].

Уҳан шаҳридаги 138 нафар беморда COVID-19 нинг клиник кўринишини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, текшириш натижаларини шуни кўрсатдики энг кўп учрайдиган симптомлар [20]: • Иситма (кўтарилган ҳарорат) - 99% • Ҳолсизлик - 70% • Қуруқ йўтал - 59% • Иштаҳасизлик - 40% • Миалгия - 35% Балғам ҳосил бўлиши - 27%, бошқа симптолар кам учради.

Аҳоли орасидаги кўпчилик беморларда қандай клиник белгилар кузатилган бўлса, ҳомиладор аёлларнинг ҳам аксарияти шамоллаш, грипп, енгил ёки ўртача оғирликдаги шикоятлар билан мурожаат қилган. Ҳомиладор аёлларда COVID-19 нинг оғирроқ шакллари ривожланиш тенденцияси-оғир пневмония ва гипоксия ривожланиши эхтимолли борлиги маълум. COVID-19 нинг, диабет, саратон, ўпка касалликлари каби сурункали касалликларга чалинган иммунитет танқислиги бўлган одамларда яъни, кекса ёшдаги одамларга хос эканлиги маълум бўлса-да, ҳомиладор аёллар ҳам шу иммунитет танқислиги бўлган одамлар гуруҳига киради. Ҳомиладор аёлларда COVID-19 нинг оғир кечишига мутлоқ хавф жуда оз бўлса-да, касаллик симптомларини ўз вақтида аниқлаш ва зудлик билан тегишли терапияни бошлаш керак. COVID-19 бўлган ҳомиладор аёлларда пневмония ривожланишининг клиник кўриниши бошқаларнинг тадқиқотида яхши тавсифланган [8,12,17,25,28]. Маълумотлар камлиги сабабли, ушбу тадқиқотдан мисоллар келтирамиз. Муаллифлар қабул пайтида енгил пневмония ташхиси қўйилган SARS-CoV-2 учун ПЗР тестлари ижобий бўлган 15 нафар беморда касалликнинг кечиши тўғрисида маълумот берди. Беморларнинг ёши 23 дан 40 ёшгача, ҳомиладорлик даври 12 дан 38 ҳафтагача. Бир бемор талассемия ва ҳомиладорлик қандли диабет билан оғирган, бошқаси 10 йил олдин митрал ва учтабақали юрак клапанлари алмаштирилган, беморлардан бирида плацентанинг тўлиқ олдинда ётиши бўлган. 15 нафар беморларнинг 13 тасида 37,6-39°C даражасида ҳарорат кўтарилган ва иситма касалхонага ётқизилишидан 2-10 кун олдин бошланган. Бундан ташқари, тўққизта бемор йўталдан, тўрттаси умумий ҳолсизликдан, биттаси томоқ оғриғидан, бошқаси диареядан шикоят қилди. Икки нафар аёлда пневмониянинг клиник белгилари кузатилмаган, шунинг учун касалликнинг бошланганлиги вақтида аниқланмаган.

Туғруқдан кейинги даврдаги битта бемор ҳароратнинг максимал 38,5°C гача кўтарилишини кўрсатди, туғруқдан кейинги 1-кун охирида унинг ҳолати яхшиланди. 12 нафар аёлда лимфоцитлар сонининг камайиши, 11 нафаридан - С-реактив оқсил даражасининг ошиши кузатилди. Тадқиқот охирига келиб, 11 та аёлда ҳомиладорлик охирига етди ва 4 нафар аёлнинг ҳомиладорлиги давом этмоқда. Тукқан 11 нафар ҳомиладорнинг ўнтаси кесаркесиш йўли билан ва бир нафари ўзи табиий туғруқ йўллари орқали туғди. Уларда неонатал ўлим ва асфиксиянинг ривожланиши ҳолатлари бўлмаган. Барча янги туғилган чақалоқларда Апгар шкаласи буйича кўрсаткичлари нормал даражада туғилган. Туғруқ пайтида 11 нафар аёлларнинг ҳаммаси туғруқдан олдин антибиотик терапия, бурун орқали кислород олган. Туғруқдан кейинги даврда юқоридаги давога қўшимча вирусларга қарши даво ҳам қўшилган. Тўрт нафар ҳомиладорлиги давом эттирилганларнинг ҳаммаси эмпирик антибиотик терапия олган ва уч нафарига қабул қилинган пайтдан бошлаб кислород бе-

рилган. Ушбу ҳомиладорларнинг ҳеч бири вирусга қарши терапия олмаган. Тадқиқот охирида ва даволанишдан сўнг 15 нафар ҳомиладорларнинг 14 тасида SARS-CoV-2 учун ПЗР тестлари салбий чиққан. 15 нафар аёлларнинг ҳаммасида С-реактив оксил даражаси нормал чиққан ва улардан 14 нафарида лимфоцитлар сони нормал кўрсаткичларга эга бўлган. Даволанган барча 15 нафар аёлларда йўтал ва бошқа клиник аломатлар йўқолган ва тузалган [5,8,12,13,18,30].

COVID-19ни онадан ҳомилага вертикал юқиш йўли ҳозирда кўриб чиқилмоқда. Ҳозирги вақтда вирус ҳомила ривожланишига таъсир қилиши эҳтимолдан йироқ эмас. Ҳозирда вируснинг тератоген эканлиги тўғрисида ҳам ҳеч қандай далиллар йўқ [13,31]. “Она-плацента-ҳомила” тизимини баҳолашда ультратовуш текшириш энг хавфсиз ва ягона усулдир. Адабиётлардан маълумки қоғоноқ сувларини кўпайиши ёки камайиши ва унинг сифатини бузилишида инфекциялар, она организмидоги сурункали касалликлар салмоқли ўрни эгаллайди. Кўп сувлик кўпинча инфекция белгиси ҳисобланади. Кам сувлик ҳомила ривожланиш аномалиялари ва инфекцияни билдирувчи белгилардан бири. Қоғоноқ сувларининг сифатини ифлосланишида, ҳомила гипоксияси ва бир қанча тизимларнинг касалликлари яъний перинатал касалланиш ва ўлимга даражаси юқоридир [4,5,7,12,15,17,19,22,30]. Ушбу патологиялар янги коронавирус COVID-19 билан касалланган ҳомиладорларда, гестация даврида, туғруқда, туғруқдан кейин ва чақалоқларнинг перинатал касал туғилиши ва ўлимида маълум даража учрамоқда. Бу муаммолар тиббиётнинг илмий долзарб ўрганиш керак бўлган масаласидир.

**Мақсад ва вазифалари:** COVID-19 инфекцияси билан касалланиб ўтган ҳомиладорларда гестациянинг клиник кечишини ўрганиш.

**Материаллар ва текшириш усуллари.** 2021 йил Самарқанд вилоят “Она ва бола скрининг” марказига ҳомиладорлик анамнезидан COVID-19 инфекцияси билан касалланиб ўтиб, пренатал скринингдан ўтиш мақсадида келган ҳомиладорлар n=80. Ушбу ҳомиладорлар 1 - асосий гуруҳ деб белгиланди (1-АГ). COVID-19 инфекцияси билан касалланмаган ва пренатал скрининг мақсадида мурожаат қилиб келган ҳомиладорлар 2 - назорат гуруҳи (2-НГ) деб белгилаб олинди n=50. Жами тадқиқот учун n=130 нафар ҳомиладорлар олинди. Ушбу ҳомиладорлар яшаш жойлари бўйича COVID-19 вирусига оғиз бўшлиғи ҳалқум соҳасидан материал топширган. Текшириш полимераза занжир реакцияси (ПЗР) усулида ўтказилиб натижаси мусбат тасдиқланганлар.

Текшириш натижалари, тадқиқот гуруҳларидаги ҳомиладорларнинг анамнезидан яшаш ҳудудлари бўйича кўриб чиқсак, 1-АГ да шаҳар аҳолиси 22 нафар (27,5%), қишлоқ аҳолиси -58 нафар (72,5%), 2-НГ да шаҳар аҳолиси 13 нафар (26%), қишлоқ аҳолисини -37 нафар (74%) ташкил қилди. Мехнат фаолияти бўйича 1- АГ да уй бекалари 63 нафар (78,8%), ишчилар 17 нафар (21,2%), 2-НГ да уй бекалари 37 нафар (74%), ишчилар 13 нафар (26%) дан иборат бўлди.

Covid -19 вирусининг ҳомиладорликда клиник кечиш хусусиятлари, 1-АГ да умумий ҳолсизлик 14 нафарида (17,5%), иштахасизлик 11 нафарида (13,7%), тана хароратининг ошиши 15 нафарида (18,7%), хид сезмаслик 2 нафарида (2,5%), там сезмаслик 2 нафарида (2,5%), тез чарчаш 3 нафарида (3,7%), хансираш 1 нафарида (1,2%), нафас етишмаслиги 2 нафарида (2,5%), бурун битиши 5 нафарида (6,2%), тамоқ қичиши 21 нафарида (26,2%), қуруқ йўталлар 4 нафарида (5%), зотилжам 1 нафарида (1,2%) каби клиник симптомлар бўлган. Касалликни кечиши нафас етишмовчилиги ва зотилжам билан асоратланган. Тадқиқотдаги ушбу аёллар Ўзбекистон республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлар томонидан ишлаб чиқилган клиник протоколлар бўйича даволанган.

2-НГ да умумий ҳолсизлик 7 нафарида (14%), иштахасизлик 10 нафарида (20%), тез чарчаш 2 нафарида (4%), бурун битиши 3 нафарида (6%), тамоқ қичиши 5 нафарида (10%), қуруқ йўталлар 2 нафарида (4%) каби ЎРИ клиник белгилари кузатилган. Ушбу ҳомиладорлар ҳам инсти, витаминлар ва микроэлементлар қабул қилган. Қолган 2-НГдаги 40 нафар (80%) ҳомиладорлар даволанмаган.

**Хулоса.** Covid-19 вирусининг ҳомиладорликдаги қўпроқ учраган клиникаси, тамоқ қичиши 21 нафарида (26,2%), тана хароратининг ошиши 15 нафарида (18,7%), умумий ҳолсизлик 14 нафарида (17,5%), иштахасизлик 11 нафарида (13,7%) кузатилди.

Covid-19 вирусининг ҳомиладорликда учраган оғир клиник кечиши яъний асоратланиши, 2 нафарида (2,5%) нафас етишмаслиги, 1 нафарида (1,2%) зотилжам ривожланиши билан номоён бўлди.

1-Асосий гуруҳдаги Covid-19 вируси билан касалланган ҳомиладорлар, Ўзбекистон республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлар томонидан ишлаб чиқилган клиник протолллар бўйича даволанган.

2-Назорат гуруҳдагида тамоқ қичиши 5 нафарида (10%), бурун битиши 3 нафарида (6%), куруқ йўталлар 2 нафарида (4%) каби ўРИ клиник белгилари учради. Ушбу ҳомиладорлар инсти, витаминлар ва микроэлементлар қабул қилиб даволанган.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Агабабян Л.Р., Негмаджанов Б.Б. Махмудова С.Э. Прогнозирование и особенности течения тяжелой преэклампсии в условиях пандемии COVID-19. //Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №1.1. (126). ст 17-19.
2. Агабабян Л.Р., Индиаминова Г.Н., Донабоева З.Ж., COVID-19 инфекцияси фонида йўлдошнинг морфофункционал ҳолати//Абу Али Ибн Сино (Авицена) ва COVID-19 мавзусида COVID-19 XI халқаро Ибн Сино ўқишлари –илмий-амалий анжуман. Бухоро 2021 й. 25-26.11. Ст. 10.
3. Аюпова Ф.М., Нигматова Г.М., Курбанов Ж. Оценка коагуляционной системы и состояние гормонального статуса беременных при антенатальном гибели плода.// Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №1.1. (126). ст 55-56.
4. Беженарь В.Ф., Зазерская И.Е., Беттихер О.А, Нестеров И.М., Баутин А.Е. Спорные вопросы акушерской тактики при ведении беременности и родоразрешении пациенток с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 // Акушерство и гинекология. 2020. №5. DOI:10.18565/aig.2020.5.13-21.
5. Заплатников А.Л. Османов И.М., Горев В.В., Дмитриев А.В. и др. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 в практике неонатолога и педиатра.//Российский Вестник перинатологии и педиатрии, 2020:65 (3). ст.11-17.-обзоры литературы
6. Донабоева З.Ж., Агабабян Л.Р., Элтазарова Г.Ш. Янги коронавирус инфекцияси COVID – 19 нинг ҳомиладор аёллардаги клиник белгилари.// Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №1.1. (126). ст 85-86.
7. 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
8. 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.
9. Ихтиярова Г.А., ДустоваН.К., Насриддинова Ш.И., и др. Прогнозирование внутриутробной задержки и гибели плода у женщин перенесших коронавирусную инфекцию. // Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №1.1. (126). ст 132-134.
10. Иноятов А.Ш., Облокулов А.Р., Тешаев Ш.Ж., Мирзоева М.Р. Коронавирусли инфекциялар. Ўқув қўлланма. Бухоро 2020. б 381.
11. Ковальчук А. С., Кучерявенко А. Н. Течение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у беременной (клинический случай) // Журнал инфектологии. – 2020. – Т. 12. – №. 3. – С. 75-79.
12. 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.
13. Элтазарова Г.Ш., Донабоева З.Ж. Самарқанд вилоятида туғма ривожланиш аномалияларининг учраши.// Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №1.1. (126). ст 334-335.
14. Элтазарова Г.Ш., Донабоева З.Ж. Ҳомила ичи инфекциясининг чакалоқлар касал туғилишидаги ўрни.// Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №1.1. (126). ст 336-337.
15. Всемирная организация здравоохранения. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (2019-nCoV). Временные рекомендации. Дата публикации: 25 января 2020 г. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/426206/RUS-Clinical-Management-ofNovel\\_CoV\\_Final\\_without-watermark.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/426206/RUS-Clinical-Management-ofNovel_CoV_Final_without-watermark.pdf?ua=1).
16. COVID-19 бўйича миллий қўлланма. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги Жаҳон



- соғликни сақлаш ташкилоти. Тошкент, 2020
17. Временное клиническое руководство по ведению COVID 19 при беременности, в родах и послеродовом периоде. Минздрав Руз. Ташкент 2020.
  18. Временные санитарные правила и нормы по организации деятельности государственных органов и иных организаций, а также субъектов предпринимательства в условиях пандемии covid-19 (новая редакция), СанПиН, Ташкент, 2020
  19. Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID - 19. Методические рекомендации. Москва, 2020. Вестник новых медицинских технологий. Электронное периодическое издание – 2020 – N 6 journal of new medical technologies, eEdition – 2020 – N 6
  20. Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России URL: <https://nmfo-vo.edu.rosminzdrav.ru/#/user-account/view-iom/e8b1f2ca-6be5-9125-4a1e>
  21. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID 19). Временные методические рекомендации. МЗ Российской Федерации. Версия 5. (08.04.2020)
  22. Al-Tawfiq J. A., Memish Z. A. Update on therapeutic options for Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) // Expert review of anti-infective therapy. 2017. 15. № 3. С. 269–275
  23. Baig A.M. et al..Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host–Virus Interaction, and Proposed Neurotropic Mechanisms. ACS Chem. Neurosci. 2020. doi:10.1021/acchemneuro.0c00122.
  24. Bassetti M. The Novel Chinese Coronavirus (2019-nCoV) Infections: challenges for fighting the storm <https://doi.org/10.1111/eci.13209> URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eci.13209>
  25. Behzadi M.A., Leyva-Grado V.H. Overview of Current Therapeutics and Novel Candidates Against Influenza, Respiratory Syncytial Virus, and Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infections // Frontiers in microbiology. 2019. № 10. p. 1327.
  26. Canada.ca. 2019 novel coronavirus: Symptoms and treatment The official website of the Government of Canada URL: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/symptoms.html>.
  27. Thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium, reducing the risk (Green-top Guideline No. 37a). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2015.
  28. CDC. 2019 Novel Coronavirus URL: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>
  29. FDA. Novel coronavirus (2019-nCoV) URL: <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-andresponse/mcm-issues/novel-coronavirus-2019-ncov>.
  30. <https://www.who.int/ru/news/item/01-09-2020-new-research-helps-to-increase-understanding-of-the-impact-of-covid-19-for-pregnant-women-and-their-babies>.
  31. <https://news.un.org/ru/story/2020/08/1384342>.
  32. <https://www.bbc.com/russian/features-52584870>.
  33. <https://github.com/cssegisanddata/covid-19>.
  34. [uznews.uz > category](https://uznews.uz/category).
  35. covid19 (rosminzdrav.ru.).
  36. <https://github.com/cssegisanddata/covid-19>.
  37. [index.minfin.com.ua > geography > uzbekistan](https://index.minfin.com.ua/geography/uzbekistan).
  38. Covidinfo.uz | Koronavirus COVID–19.
  39. Стат отдел Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, 2020.

**К ЭВОЛЮЦИИ СКРИНИНГА ПРЕЭКЛАМПСИИ: ПОСЛЕДНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ****Ю. Г. Расуль-Заде, А. А. Климашкин, С. К. Усманов, Д. С. Атабаева**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент

Медицинский институт Каракалпакстана, Нукус, Узбекистан

**Ключевые слова:** преэклампсия, скрининг, беременность.**Таянч сўзлар:** преэклампсия, скрининг, хомиладорлик.**Key words:** preeclampsia, screening, pregnancy.

Проведен анализ последних публикаций, сфокусированных на области исследований преэклампсии, в которых оценивается прогностическая ценность ряда клинических, биохимических, генетических и ультразвуковых критериев в целях улучшения диагностики преэклампсии у женщин с риском или подтвержденной преэклампсией.

**ПРЕЭКЛАМПСИЯ СКРИНИНГИНИНГ ЭВОЛЮЦИЯСИ САРИ: СЎНГГИ ЮТУҚЛАР****Ю.Г. Расуль-Заде, А.А. Климашкин, С.К. Усманов, Д.С. Атабаева**

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент,

Қорақалпоғистон тиббиёт институти, Нукус, Ўзбекистон

Преэклампсия ривожланиш хавфи мавжуд ёки преэклампсия ҳолати тасдиқланган аёлларда преэклампсия диагностикасини яхшилаш мақсадида бир қатор клиник, биокимёвий, генетик ва ультратовуш мезонларнинг прогностлаш аҳамияти баҳолаган преэклампсияни ўрганишга йўналтирилган сўнгги нашрлар таҳлили ўтказилди.

**TOWARDS THE EVOLUTION OF SCREENING FOR PREECLAMPSIA: RECENT ADVANCES****Yu.G. Rasul-Zade, A.A. Klimashkin, S.K. Usmanov, D.S. Atabayeva**

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent

Medical Institute of Karakalpakstan, Nukus, Uzbekistan

A review of recent publications focused on the field of preeclampsia research has been conducted that evaluates the prognostic value of a number of clinical, biochemical, genetic, and ultrasound criteria to improve the diagnosis of preeclampsia in women at risk or with confirmed preeclampsia.

Гипертензивные расстройства осложняют в среднем 10% всех беременностей и, по оценкам, являются причиной 40 000 случаев материнской смертности в мире ежегодно [1,2]. Беременности, осложненные преэклампсией, характеризуются ростом материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Преэклампсия является трудно диагностируемым состоянием и серьёзным осложнением беременности. Примерно у 25% пациенток с хронической гипертензией развивается наложенная преэклампсия, которая определяется как обострение гипертензии в сочетании с недавно возникшей дисфункцией органов матери [3].

Известно, что форсированное родоразрешение при преэклампсии на поздних сроках беременности может защищать от неблагоприятных исходов матерей, но повышает риск госпитализации в неонатальное отделение.

В последнее время произошли ощутимые изменения в прогнозировании, профилактике, диагностике и лечении ПЭ. В 2019 году Международное общество по изучению гипертензии при беременности (FIGO) опубликовало обновленное руководство по диагностике и лечению гипертензивных расстройств при беременности. Пересмотренное определение преэклампсии – это гипертензия de novo после 20 недель беременности без/с протеинурией, дисфункцией основных органов, включая почечные, печеночные, гематологические или неврологические особенности, или ограничением роста плода [4]. Важным изменением является то, что это определение не требует наличия протеинурии для постановки диагноза преэклампсии. Эти более широкие диагностические критерии соответственно увеличили число женщин с подозрением на преэклампсию, число обследований и нагрузки на медицинских работников. Последние исследования были посвящены вопросу о том, влияет ли

амбулаторный или домашний динамический контроль артериального давления на исходы для матери при преэклампсии (Munungula J. и др.) [5]. Исследование BUMP (Мониторинг Артериального Давления При Беременности Высокого Риска для Улучшения Выявления и Мониторинга Гипертонии) – это РКИ, сфокусированное на определении возможной пользы самоконтроля для более ранней диагностики повышенного артериального давления и в снижении среднего систолического артериального давления между исходным уровнем и родами [6]. Исследование OPTIMUM (Optimising Titration and Monitoring of Maternal Blood Pressure) – РКИ по приемлемости самоконтроля артериального давления во время беременности для женщин с хронической гипертензией, цель которого – оценить возможность проведения более крупного исследования [7]. Дискуссии ведутся и по оценке протеинурии. Выполнение «Золотого стандарта» оценки протеинурии с суточным сбором мочи оказалось сложным с логистической точки зрения и чревато ошибками. В исследовании DAPPA (Диагностическая Точность Оценки Протеинурии при Преэклампсии) сравнили соотношение протеин/креатинин (PCR) и соотношение альбумин/креатинин (ACR) с эталонным стандартом 24-часового сбора мочи [8] при тяжелой преэклампсии. Диагностическая точность ПЦР и ACR была идентична с 24-часовым сбором мочи, но чувствительность ACR была значительно выше - 99% по сравнению с ПЦР- 90%. Поэтому NICE рекомендует проводить скрининг на протеинурию с помощью тест-полоски и, в случае положительного результата (1+ или более), использовать ACR или ПЦР для количественного определения протеинурии [9].

Как известно, преэклампсию трудно предсказать. Неадекватное распознавание риска способствует некачественной медицинской помощи, связанной с материнской смертностью. Поэтому прогнозированию риска уделяется большое внимание в области исследований преэклампсии. Обозначилась потребность в более совершенных методах диагностики и стратификации риска у женщин, подверженных риску преэклампсии.

Моделирование риска используется для выявления женщин, потенциально наиболее подверженных развитию преэклампсии, а также для прогнозирования неблагоприятных исходов для матери при подтвержденном заболевании. Проведено значительное количество исследований, в которых изучались множественные маркеры для прогнозирования преэклампсии аналогично скринингу анеуплоидии в первом триместре беременности.

В норме начальная стадия формирования плаценты происходит в относительно гипоксической среде, что может способствовать инвазии клеток трофобласта и образованию кровеносных сосудов. Клетки трофобласта обладают свойствами инвазии и миграции, подобно опухолевым клеткам. Однако постоянная гипоксия приводит к аномальной дифференцировке трофобласта и недостаточной инвазии, что приводит к нарушению перестройки спиральной артерии матки и снижению перфузии плацентарной крови. В конечном итоге ангиогенетическая функция плаценты становится аномальной (Verkane и др., 2007). Недостаточная инвазия клеток трофобласта и плохое ремоделирование сосудов связаны с осложнениями беременности, включая привычный аборт, преэклампсию/эклампсию и внутриутробное ограничение роста.

По сравнению с поздней ПЭ, ранняя ПЭ обычно имеет меньшую фракцию плацентарной перфузии и более тяжелые осложнения (Lisonkova и др., 2014; Sohlberg и др., 2014). Патологические особенности ранней ПЭ обусловлены неглубокой инвазией трофобласта, которая влияет на ремоделирование спиральных артерий, в результате чего снижается маточно-плацентарный кровоток и оксигенация, что приводит к усилению плацентарного окислительного стресса. Нарушения ремоделирования сосудов при ПЭ приводят к снижению плацентарной перфузии и оксигенации, усиливая окислительный стресс, связанный с перекисным окислением липидов (Myatt, 2010). Снижение плацентарной перфузии и окислительный стресс являются ключевыми факторами, стимулирующими высвобождение цитокинов, антиангиогенных факторов и связанных с ними продуктов. В конечном итоге при ПЭ, особенно ранней стадии, наблюдаются воспаление и эндотелиальная дисфункция мно-

гих органов и систем (включая сосудистую систему, почки, печень и мозг) (Kim и др., 2017).

ПЭ позднего периода проявляется в результате перегрузки ворсин в срок. Из-за ограниченного газообмена и поступления нутриентов рост клеток конкурентно подавляется, что в конечном итоге приводит к плацентарному окислительному стрессу (Salomon и др., 2017).

Недостаточная реконструкция маточной спиральной артерии может быть связана с факторами регуляции ангиогенеза, дисбаланс которых обуславливает повреждение эндотелия сосудов (Zhang M. и др., 2016). Сбалансированный динамический характер взаимодействия между вазопрессорными факторами – эндотелиальным фактором роста (VEGF) и его рецептором -sFlt-1 (Zhu и др., 2009), плацентарным фактором роста (PLGF) и эндотелином способствует поддержанию целостности интимы сосудов и проницаемости плацентарных сосудов.

Роль ангиогенных биомаркеров в диагностике и стратификации риска преэклампсии интенсивно изучалась, и в последнее время появились новые разработки. Ангиогенные биомаркеры тесно связаны с патофизиологией преэклампсии, а нарушения в концентрации ангиогенных биомаркеров, таких как PlGF и sFlt-1, были выявлены за 10 недель до клинического начала заболевания [10]. В большом проспективном многоцентровом исследовании PELICAN были сделаны выводы, что низкие концентрации PlGF имели высокую чувствительность (0,96, 95% ДИ 0,89-0,99) и отрицательную прогностическую ценность (0,98, 95% ДИ 0,93-0,995) для диагностики преэклампсии, требующей родоразрешения в течение 2 недель у женщин с подозрением на раннюю преэклампсию [11].

С точки зрения клинической и экономической выгоды обновленное руководство NICE по гипертензии при беременности рекомендует проведение одного теста на основе PlGF при подозрении на раннюю преэклампсию в период от 20 до 34+6 недель беременности [12]. В большом систематическом обзоре сравнивались "простые" модели риска развития преэклампсии, использующие рутинно собираемые характеристики матери, и "специализированные" модели, включающие специальные тесты [13]. Модель для прогнозирования раннего начала преэклампсии, использующая паритет, преэклампсию в анамнезе, этническую принадлежность, хроническую гипертензию и метод зачатия, достигла площади под кривой (AUC) 0,76 (95% доверительный интервал [ДИ] 0,74-0,77), и результат был расценен как малозначимый. В последующем, в девяти исследованиях, сравнивших простые и специализированные модели в одной и той же популяции, AUC была выше в пользу специализированных моделей. У простой модели оказалось меньше ложных результатов, чем в рекомендованном NICE спектре факторов риска, и клиническая ценность различных моделей относительно профилактики аспирином еще не определена.

Изучен эффект двухэтапного скрининга: проведение на первом этапе скрининга популяции беременных на основе материнских факторов риска, а на втором - "тройной тест" для отнесенных к группе высокого риска с дополнительным акцентом на среднее артериальное давление, индекс пульсации маточных артерий и PlGF (Райт и др.) [14]. Исходные характеристики участников были получены из их медицинских карт и с помощью вопросника, который включал следующее: индекс массы тела, способ зачатия (самопроизвольное, индукция овуляции, ЭКО), курение во время беременности (любое количество сигарет в день), употребление алкоголя во время беременности (любой объем), употребление наркотиков во время беременности, анамнез (хроническая гипертензия, сахарный диабет, преэклампсия в семейном анамнезе (у матери или сестры) и акушерский анамнез, включая паритет и преэклампсию при предыдущей беременности. В результате проведенного авторами исследования показано, что предложенный ими тройной тест превосходит скрининг на основе факторов риска и может предсказать 90% ранней преэклампсии (требующей родоразрешения до 32 недель беременности) и 75% поздней преэклампсии при частоте положительных результатов скрининга 10% [15]. По мнению авторов, использование этой двухэтапной стратегии скрининга означает, что только 7 из 10 беременных потребуется тройной тест, что в пер-

спективе означает экономические и финансовые преимущества по сравнению с интенсивным скринингом всего населения.

Адаптация маточной среды к благоприятной иммунологической и воспалительной среде является физиологическим процессом, необходимым для нормальной беременности. Аномальная активация воспалительных путей матки не только вносит вклад в патогенез акушерских синдромов, таких как повторная потеря беременности – привычное невынашивание, преждевременные роды и преэклампсия, но и коррелирует с их тяжестью. Более глубокое понимание молекулярных механизмов воспаления, вовлеченных в патогенез акушерских синдромов, может привести к идентификации новых потенциальных терапевтических мишеней. Так, роль воспаления в развитии ПЭ интенсивно изучается. Окончательного ответа на вопрос, какой тип воспаления участвует в возникновении свойственных ПЭ признаков пока не найдено, поскольку иммунные реакции при ПЭ не всегда схожи с вызываемыми инфекционными агентами - бактериальными и вирусными инфекциями (Girard и др., 2014). Озвучено мнение о ряде причин локального и системного воспаления, не связанных с инфекционными агентами (Girard и др., 2014; Brien и др., 2019). В частности, были описаны протеинопатии (заболевания, связанные с неправильным формированием белков из-за нарушенного свертывания, агрегации и старения), как возможные эффекторы повышенного воспаления при ПЭ (Burton and Yung, 2011; Cheng и др., 2016; Homayouni и др., 2020; Paolino и др., 2021),

В последнее десятилетие измерение циркулирующей внеклеточной ДНК (cf-DNA) для скрининга анеуплоидии плода получило широкое клиническое применение. Далее наблюдался беспрецедентный рывок в применении этой технологии для мониторинга пренатального здоровья путём измерения циркулирующей РНК в цельной крови либо внеклеточной РНК (cf-RNA) в плазме. В настоящее время измерения циркулирующей и cf-RNA применяются для прогнозирования и характеристики сопряжённых с беременностью осложнений, таких как спонтанные преждевременные роды, преэклампсия и внутриутробное ограничение роста. В отличие от уровней внеклеточной (cf-DNA, уровни cf-RNA определенных генов изменяются во время гестации предсказуемым образом. Доказана их тесная связь с экспрессией плацентарных и фетальных генов [16]. Эти временные закономерности позволяют получить моментальный снимок пренатального здоровья на протяжении всего периода гестации и могут быть использованы для прогнозирования осложнений беременности за несколько месяцев до постановки клинического диагноза, а возможно, и для мониторинга здоровья плода [17].

Аналогичные аргументы можно приводятся в ряде научных источников и в отношении гестационного сахарного диабета (Homayouni и др., 2020; Paolino и др., 2021).

В течение многих лет ультразвук был и остается основным инструментом, используемым для мониторинга здоровья плода. Метод позволяет напрямую регистрировать некоторые аспекты физиологии плода, все из которых важны для его развития. В исследовании, проведенном (Gurgel и др., 2014) на сроках от 19 до 23 недель беременности у женщин с риском ПЭ, отношение максимальной систолической скорости превосходило индекс пульсации маточных артерий, среднее артериальное давление, сывороточный плацентарный фактор роста и растворимую fms-подобную тирозинкиназу-1 в качестве индивидуальных биомаркеров в прогнозе как ранней, так и поздней преэклампсии. Таким образом, отношение пиковой систолической скорости улучшило прогнозирование преэклампсии, обеспечиваемое всеми другими биомаркерами [18]. В исследовании на сроке гестации 35-37 нед (Andrietti и др., 2016) показатель пиковой систолической скорости улучшал прогноз в отношении последующего развития преэклампсии, обеспечиваемый только материнскими факторами и их комбинациями со средним артериальным давлением, индексом пульсации маточных артерий, кровообращением [19].

В последние годы опубликованы работы, в которых исследования были направлены на определение потенциальной ценности доплерографии глазных артерий в прогнозировании

нии ПЭ (Kalafat и др., 2018) [20]. Глазная артерия ответвляется непосредственно от внутренней сонной артерии и является легкодоступным сосудом для доплеровской оценки. Фактически, глазная артерия предоставляет информацию о менее доступном внутричерепном кровообращении. У женщин с преэклампсией, при сравнении с нормотензивными беременными, наблюдается снижение сопротивления кровотоку и увеличение скоростных показателей на кривых скорости кровотока в глазных артериях.

Допплерография глазных артерий на 35-37 неделе беременности может предсказать последующее развитие преэклампсии, особенно если это происходит в течение трех недель после оценки. Наиболее полезным доплеровским индексом глазной артерии является отношение второй систолической пиковой скорости к первой. При оценке доплерографии глазных артерий необходимо использовать среднее значение одного измерения для каждого глаза, чтобы свести к минимуму вариабельность измерений (Panaitescu и др.) [21]. Клинические преимущества данного исследования, по мнению авторов, выражаются в том, что доплерография глазной артерии может быть полезна для прогнозирования преэклампсии, однако необходимы дальнейшие исследования для определения потенциальной аддитивной ценности по сравнению с другими установленными биофизическими и биохимическими маркерами.

В проспективном обсервационном исследовании с участием женщин, посещающих плановый стационар на сроках беременности 35+0-36+6 недель, визит включал запись демографических характеристик матери и истории болезни, а также оценку кривых скорости потока в глазной артерии матери. Результаты исследования показали, что доплерография глазных артерий даёт представление о системных сосудистых изменениях у матери, которые предшествуют развитию преэклампсии, демонстрируя, что такие изменения не ограничиваются маточно-плацентарным сосудистым руслом [22].

Материнская смерть – самое разрушительное осложнение преэклампсии. Поиски и использование новых маркеров скрининга позволят ускорить диагностику и минимизировать неблагоприятные материнские исходы у женщин с риском преэклампсии.

#### Использованная литература:

1. Ф. К. Ахмедов Иммунологические аспекты развития преэклампсии // Вестник врача, № 2 (99), 2021. С.124-128. DOI: 10.38095/2181-466X-2021981-121-128
2. А. М. Бабаханова Преэклампсия кузатилган аёлларда фетоплацентар қон айланининг бузилиши // Доктор ахборотномаси, № 3 (95), 2020. С.14-16. DOI: 10.38095/2181-466X-2020953-14-16
3. 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
4. Ives CW, Sinkey R, Rajapreyar I, Tita ATN, Oparil S. Preeclampsia-Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 2020 Oct 6;76(14):1690-1702. doi: 10.1016/j.jacc.2020.08.014. PMID: 33004135.
5. Jim B, Karumanchi SA. Preeclampsia: pathogenesis, prevention, and long-term complications. Semin Nephrol 2017;37:386–97.
6. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, et al. The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. Pregnancy Hypertens 2018;13:291–310.
7. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: a pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. Int J Gynaecol Obstet. 2019;145 (Suppl 1):1-33. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12802>.
8. Munyungula J, Shakwane S. Self-monitoring of blood pressure for preeclampsia patients: Knowledge and attitudes. Curationis. 2021 Sep 21;44(1):e1-e8. doi: 10.4102/curationis.v44i1.2195. PMID: 34636622; PMCID: PMC8517804.
9. Tucker KL, Hodgkinson J, Wilson HM, Crawford C, Stevens R, Lay-Flurrie S, Dale M, Astbury N, Chappell LC, McManus RJ. Current prevalence of self-monitoring of blood pressure during pregnancy: the BUMP Survey. J Hypertens. 2021 May 1;39(5):994-1001. doi: 10.1097/HJH.0000000000002734. PMID: 33399304.

10. Duhig K, Vandermolen B, Shennan A. Recent advances in the diagnosis and management of pre-eclampsia. *F1000Res*. 2018;7:242. Published 2018 Feb 28. doi:10.12688/f1000research.12249.1.
11. Côté AM, Brown MA, Lam E, von Dadelszen P, Firoz T, Liston RM, Magee LA. Diagnostic accuracy of urinary spot protein:creatinine ratio for proteinuria in hypertensive pregnant women: systematic review. *BMJ*. 2008 May 3;336(7651):1003-6. doi: 10.1136/bmj.39532.543947.BE. Epub 2008 Apr 10. PMID: 18403498; PMCID: PMC2364863.
12. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE guideline [NG133].
13. Serra B, Mendoza M, Scazzocchio E, Meler E, Nolla M, Sabrià E, Rodríguez I, Carreras E. A new model for screening for early-onset preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Jun;222(6):608.e1-608.e18. doi: 10.1016/j.ajog.2020.01.020. Epub 2020 Jan 21. PMID: 31972161.
14. Chappell LC, Duckworth S, Seed PT, Griffin M, Myers J, Mackillop L, Simpson N, Waugh J, Anumba D, Kenny LC, Redman CW, Shennan AH. Diagnostic accuracy of placental growth factor in women with suspected preeclampsia: a prospective multicenter study. *Circulation*. 2013; 128:2121–2131. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003215.
15. Tan MY, Wright D, Syngelaki A, et al. Comparison of diagnostic accuracy of early screening for pre-eclampsia by NICE guidelines and a method combining maternal factors and biomarkers: results of SPREE. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018;51:743–50.
16. Allen RE, Zamora J, Arroyo-Manzano D, et al. External validation of preexisting first trimester preeclampsia prediction models. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;217:119–25.
17. Wright D., Syngelaki A., Akolekar R., Poon L.C., et al. Competing risks model in screening for preeclampsia by maternal characteristics and medical history. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 213: 62.e1–10.
18. O’Gorman N., Wright D., Poon L.C., et al. Multicenter screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11–13 weeks’ gestation: comparison with NICE guidelines and ACOG recommendations. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017; 49: 756–60.
19. Moufarrej MN, Wong RJ, Shaw GM, Stevenson DK and Quake SR (2020) Investigating Pregnancy and Its Complications Using Circulating Cell-Free RNA in Women’s Blood During Gestation. *Front. Pediatr*. 8:605219. doi: 10.3389/fped.2020.605219.
20. Munchel S, Rohrbach S, Randise-Hinchliff C, Kinnings S, Deshmukh S, Alla N, et al. Circulating transcripts in maternal blood reflect a molecular signature of early-onset preeclampsia. *Sci Transl Med*. (2020) 12:eaa0131. doi: 10.1126/scitranslmed.aaz0131.
21. Gurgel Alves JA, Praciano de Sousa PC, Bezerra Maia E Holanda Moura S, Kane SC, da Silva Costa F. First-trimester maternal ophthalmic artery Doppler analysis for prediction of pre-eclampsia. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2014 Oct;44(4):411-8. doi: 10.1002/uog.13338. Epub 2014 Aug 29. PMID: 24585555.
22. Andrietti S, Silva M, Wright A, Wright D, Nicolaidis KH. Competing-risks model in screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 35-37 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016 Jul;48(1):72-9. doi: 10.1002/uog.15812. Epub 2016 May 30. PMID: 26566592.
23. Kalafat E, Laoreti A, Khalil A, Da Silva Costa F, Thilaganathan B. Ophthalmic artery Doppler for prediction of pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018 Jun;51(6):731-737. doi: 10.1002/uog.19002. Epub 2018 May 3. PMID: 29330892.
24. Panaitescu A, Ciobanu A, Syngelaki A, Wright A, Wright D, Nicolaidis KH. Screening for pre-eclampsia at 35-37 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018 Oct;52(4):501-506. doi: 10.1002/uog.19111. Epub 2018 Aug 27. PMID: 29896778.
25. Sarno M, Wright A, Vieira N, Sapantzoglou I, Charakida M, Nicolaidis KH. Ophthalmic artery Doppler in prediction of pre-eclampsia at 35-37 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020 Nov;56(5):717-724. doi: 10.1002/uog.22184. Epub 2020 Oct 20. Erratum in: *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2022 Mar;59(3):407. PMID: 32857890.

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ И ЛЕЧЕБНУЮ ДОЗЫ  
ВИТАМИНА D У БЕРЕМЕННЫХ****Ф. Р. Турдиева, Д. Т. Каюмова**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
акушерства и гинекологии, Ташкент,  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**Ключевые слова:** холекальциферол, беременность, профилактическая и лечебная доза, недостаточность витамина D.**Tayanch so'zlar:** xolekalsiferol, homiladorlik, profilaktika va davolovchi doza, D vitamini etishmovchiligi.**Key words:** cholecalciferol, pregnancy, prophylactic and therapeutic dose, vitamin D deficiency.

Витамин D относится к стероидным гормонам с эндокринным, паракринным и аутокринным эффектом. Он контролирует 3% генома, влияя на различные физиологические процессы, не ограничиваясь только костным или фосфорно-кальциевым обменом. Он активно влияет на иммунитет, воспаление, мышечную проводимость, пролиферацию, клеточный рост и апоптоз. Эти свойства привлекательны для подбора профилактической и лечебной дозы недостаточности или дефицита витамина D особенно у беременных.

**HOMILADOR AYOLLARDA VITAMIN D MIQDORINING PROFILAKTIK VA DAVOLOVCHI DOZASI  
HAQIDA ZAMONAVIY QARASHLAR****F. R. Turdieva, D. T. Qayumova**Respublika ixtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent  
Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

D vitamini endokrin, parakrin va avtokrin ta'sirga ega bo'lgan steroid gormonidir. U suyak yoki fosfor-kaltsiy almashinuvi bilan cheklanib qolmasdan, turli fiziologik jarayonlarga ta'sir ko'rsatadigan genomning 3% ni nazorat qiladi. U immunitetga, yallig'lanishga, mushaklarning o'tkazuvchanligiga, proliferatsiyasiga, hujayra o'sishiga va apoptozga faol ta'sir qiladi. Bu xususiyatlar, ayniqsa, homilador ayollarda vitamin D etishmasligining profilaktik va terapevtik dozalarini tanlash uchun muhimdir.

**MODERN VIEW ON PREVENTIVE AND THERAPEUTIC DOSE OF VITAMIN D  
IN PREGNANT WOMEN****F. R. Turdieva, D. T. Kayumova**Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology, Tashkent  
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.

Vitamin D is a steroid hormone with endocrine, paracrine and autocrine effects. It controls 3% of the genome, influencing various physiological processes, not limited to bone or phosphorus-calcium metabolism. It actively influences immunity, inflammation, muscle conduction, proliferation, cell growth and apoptosis. These properties are attractive for the selection of prophylactic and therapeutic doses of vitamin D insufficiency or deficiency, especially in pregnant women.

В современном мире проблема дефицита и недостаточности витамина D является актуальной. Дефицит витамина D был признан общепризнанной пандемией [33]. Анализ исследований, проведенных в разных странах, свидетельствует о высоком уровне распространенности недостаточности и дефицита витамина D, который составляет около 1 млрд - 30-50% человек в мире [1,2,5]. Беременные и кормящие женщины, дети и подростки относятся к группам риска по возникновению дефицита витамина D, что подтверждается результатами многочисленных эпидемиологических исследований [18,19,20].

Распространение дефицита витамина D подтверждено во всем мире, особенно среди беременных женщин в странах Ближнего Востока и Азии [9,27]. Необходимость применения профилактических доз витамина D у беременных не вызывает сомнений. В одних странах его принимают в виде поливитаминно-минеральных комплексов, в других – в виде масляного или водного раствора холекальциферола. Выбор дозы по настоящее время остается дискуссионным, так как крупные интервенционные исследования не смогли показать явной пользы. Это может быть связано с ограничениями в дизайне исследований, поскольку большинство исследований не отвечали основным требованиям исследования по



вмешательству в питание, включая популяции с высоким содержанием витамина D, слишком малые размеры выборки и непоследовательные методы вмешательства в отношении дозы и метаболитов [8]. Дефицит витамина D во время беременности приводит к повышению числа случаев преэклампсии, гестационного диабета, преждевременных родов, бактериального вагиноза, а также влияет на здоровье младенцев [21,22]. Рекомендации по витамину D отличаются в разных организациях и сообществах. Так, в рекомендуемой норме потребления питательных веществ, установленной ВОЗ, Food and Agriculture Organization of the United Nations, доза витамина D для беременных составляет 200 МЕ/день [4,19,32]. Тогда как рекомендуемое диетическое пособие, установленное Institute of Medicine (US) Committee составляет 600 МЕ/день холекальциферола [7]. Этот показатель был увеличен по сравнению с предыдущим рекомендованным уровнем для поддержания концентрации 25-гидроксивитамина D в сыворотке крови более 50 нмоль/л на основании исследований, рекомендуемых для здоровья скелетно-мышечной системы. В Европе рекомендуемый уровень витамина D в различных странах варьирует: от 400 МЕ/день - в Великобритании Royal College Obstetricians and Gynecologists (RCOG), Нидерландах, Nordic Council of Ministers, Ирландии и Франции, а также в соответствии с Европейской комиссией; до 600 МЕ/сут - в Испании; и 800 МЕ/день – в Австрии, Бельгии, Германии и Швейцарии. Однако совсем недавно European Food Safety Authority (EFSA) впервые опубликовал рекомендации по витамину D для европейских беременных женщин на уровне 600 МЕ/день, установленному Institute of Medicine (US) Committee [10,13,16,24,28]. Беременным с темным оттенком кожи и ожирением RCOG рекомендует не менее 1000 МЕ/день, кроме того, женщинам с высоким риском развития преэклампсии рекомендуется, как минимум, 800 МЕ/сут витамина D в сочетании с кальцием [23,24].

В 2013 году группа экспертов опубликовала практические рекомендации по добавкам витамина D в Центральной Европе, где во время беременности рекомендована доза от 1500 до 2000 МЕ / сут [3]. Тем не менее, в недавних рекомендациях по питанию American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG) не рекомендуется использование витамина D во время беременности за исключением лиц с ограниченным воздействием солнечного света или тех, кто использует солнцезащитные крема [7]. Кроме того, в рекомендациях ВОЗ [33] по добавкам при беременности также не рекомендуются добавки с витамином D в рамках обычной дородовой помощи, главным образом из-за отсутствия доказательств случаев дефицита витамина D, что соответствует руководству ACOG [7].

Christoph P., с соавт.,(2020) провели ретроспективное обсервационное перекрестное исследование 1382 беременных женщин в Швейцарии и пришли к выводу что, доза витамина D 600 МЕ беременными женщинами недостаточна и новые стратегии, такие как общий скрининг дефицита витамина D, определение времени приема до зачатия и индивидуально подобранная дозировка витамина D, скорее всего должны быть обязательными для улучшения здоровья матери и пользы для детей в долгосрочной перспективе как в Швейцарии, так и во всем мире [12].

Согласно другим рекомендациям, опубликованным в 2009 г., добавки витамина D у беременных должны быть назначены со II триместра в суточной дозе 800–1000 МЕ/сут [31]. В литературе представлены данные об использовании безопасных при беременности более высоких суточных доз холекальциферола – 2000, 4000 МЕ [34]. Прием препаратов витамина D 4000 МЕ/сут наиболее эффективен в оптимизации концентрации 25(OH)D в сыворотке крови у матерей и их младенцев. Эти данные могут применяться к другим группам населения, в которых имеется дефицит витамина D [29]. Согласно данным American Diabetes Association добавки витамина D, начиная с 14 недели беременности, не улучшают уровень глюкозы, тем не менее у женщин с исходным уровнем 25(OH)D<32 нг/мл прием холекальциферола 5000 МЕ/сут хорошо переносится и эффективен в предотвращении дефицита витамина D у новорожденных [25]. На юге Китая проведено проспективное исследование с участием 1953 беременных женщин, у которых в сроки 16–20 нед был

произведен забор биологических образцов на 25(OH)D. В дальнейшем его уровень был соотнесен с исходом беременности: не было выявлено никаких существенных различий в уровне витамина D и исхода в большинстве случаев [35].

Согласно обзору, выполненному в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А.Алмазова» (Санкт Петербург) в 2014 г., с целью профилактики осложнений беременности, послеродового периода и состояния плода, безопасным считается ежедневное применение доз витамина D до 6000 МЕ [1]. Назначение доз свыше 6000 МЕ требует лабораторного контроля 25(OH)D каждые 2–3 мес для исключения гипервитаминоза и предотвращения токсических эффектов [26].

Е.Л. Хазова с соавт., (2014) показали, что применение холекальциферола в суточной дозе 2000 МЕ в течение беременности увеличивает концентрацию 25(OH)D в сыворотке крови в среднем в 2,5 раза, а 500 МЕ – в 1,2 раза. Данное исследование показало эффективность применения суточной дозы 2000 МЕ холекальциферола, которая может быть рекомендована для дополнительного приема во время беременности при уровне 25(OH)D <30 нг/мл [6].

В.W. Hollis et al., (2011) в рандомизированных контролируемых исследованиях подтверждают безопасность и эффективность 4000 МЕ/сут витамина D в течение 6 месяцев беременности [21]. Это исследование демонстрирует значительное уменьшение осложнений беременности, включая первичное кесарево сечение, гестационные гипертензивные расстройства и сопутствующие заболевания [21]. Однако не было найдено никакой корреляции между материнским витамином D и массой тела новорожденных. Одновременно ни в одном случае не было зарегистрировано никаких побочных эффектов, вызванных витамином D. Это исследование имеет значение из-за продолжительности исследования (от 12 недель беременности), используемой дозы (400, 2000 и 4000 МЕ в день), этического решения иметь контрольную группу, получения нового одобрения лекарства от Food Drug Administration (FDA), а также тот факт, что это первое исследование, посвященное этому вопросу за почти три десятилетия [22]. Сходные результаты были получены А. Dawodu et al., (2013), которые, начиная с 12-16 недель беременности, саплементировали витамин D в дозах 2000 и 4000 МЕ/сут арабским женщинам из регионов с его дефицитом [14]. Таким образом, результаты обоих исследований могут быть экстраполированы на другие гелиофобные страны с дефицитом витамина D, такие как Индия. Еще одно исследование из Новой Зеландии доказало безопасность и полезность добавления 2000 МЕ /сут витамина D с 27 недель и продолжения приема 800 МЕ/сут у детей в возрасте до 6 месяцев [17]. Эти исследования не были включены в самый последний (2012 г.) Кохрейновский обзор по добавкам витамина D для женщин во время беременности. Этому может послужить причина, что авторы Кохрейновского обзора пришли к выводу, что для оценки этого предмета требуется «дальнейшие строгие рандомизированные исследования» [15]. Дополнительный Кохрейновский обзор был проведен для оценки эффектов и безопасности различных режимов приема витамина D отдельно или в сочетании с кальцием или другими витаминами, минералами или питательными веществами во время беременности. [32]. Не существует единого мнения о том, какой уровень 25 (OH) D при беременности следует принимать за «нормальный». Рекомендации Institute of Medicine (US) Committee предлагают считать этот уровень - 20 нг/мл [11], тогда как Эндокринное общество - рекомендует 30 нг/мл или более [VIN]. Однако, используя математические модели, В.W. Hollis et al., (2013) предполагают, что у беременных женщин циркулирующий витамин D должен быть >40 нг/мл, независимо от того, каким путем этот уровень достигается [30].

**Заключение.** Симптоматический или выявленный лабораторно/субклинический дефицит витамина D у беременных следует лечить так же, как у небеременных. Для лечения беременных рекомендуются дозы 4000 МЕ/сут. Использование более низких доз витамина D, которые содержатся в большинстве препаратов кальция и витаминно-минеральных

комплексах (100-800 МЕ) для беременных, не являются и не должны считаться достаточными у пациентов с симптомами или у пациентов с выявленным низким уровнем.

У здоровых беременных без симптомов недостаточности и дефицита витамина D во II и III триместрах следует рекомендовать ежедневную дозу 1000-2000 МЕ, не опасаясь за его токсичность или тератогенность [30]. Однако доказательные данные по безопасности для I триместра в этой дозе отсутствуют.

Как и в других областях акушерской эндокринологии, существует острая необходимость в расширении исследований в области терапии витамином D при беременности. Пока общество ждет более надежные данные, необходимо продолжать назначение витамина D всем беременным, начиная с 12-й недели беременности. Ежедневные дозы 1000-2000 МЕ могут быть рекомендованы для всех женщин в антенатальном периоде в Центральной Азии, включая нашу страну, без оценки уровня 25(OH) D в сыворотке. Более высокие дозы можно использовать у женщин с симптомами недостаточности и дефицита, а также у женщин с документированным тяжелым дефицитом витамина D в сыворотке крови.

#### Использованная литература:

1. Новикова Т.В., Зазерская И.Е. и др. Насыщенность организма витамином D и течение перинатального периода. Обзор. //Журн. акушерства и женских болезней. 2014; LXIII; 3.С -71-81
2. Плешнева А.В., Пигарова Е.А., Джеранова Л.К. Витамин D и метаболизм: факты, мифы и предупреждения. //Ожирение и метаболизм. 2012;2:33-42. <https://doi.org/10.14341/omet2012233-42>
3. Плутовский П. D-дефицит – это болезнь или фактор риска заболеваний? //Consilium Medicum. Педиатрия. (Прил.) 2016; 01: 36-42
4. Скрипникова И.А. Диагностика, лечение и профилактика дефицита витамина D. //Остеопороз и остеопатии. 2012;1:34-37.
5. Снопов С.А. Механизм действия витамина D на иммунную систему. //Медицинская иммунология. 2014;16:6:499-530. <https://doi.org/10.15789/1563-0625-2014-6-499-530>
6. Хазова Е.Л., Барт В.А., Зазерская И.Е., Беляева Е.Н. Оценка насыщенности организма беременной витамином D при применении разных доз колекальциферола. //Гинекология. 2014; 6: 49-53
7. American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG). Vitamin D: Screening and supplementation during pregnancy. Committee Opinion No. 495. Obstet Gynecol 2011; 118: 197-8.
8. Amrein, K., Scherkl, M., Hoffmann, M. et al. Vitamin D deficiency 2.0: an update on the current status worldwide. Eur J Clin Nutr 74, 1498–1513 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41430-020-0558-y>
9. Bhowmik B, Siddique T, Majumder A, Mdala I, Hossain IA, Hassan Z, et al. Maternal BMI and nutritional status in early pregnancy and its impact on neonatal outcomes at birth in Bangladesh. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):413. doi:10.1186/s12884-019-2571-5.
10. Canadian Paediatric Society position statement – Vitamin D supplementation: Recommendations for Canadian mothers and infants. Paediatr Child Health 2007; 12(7): 583–589.
11. Catharine R., Christine L.T, Ann L.Y., and Heather B.D., Institute of Medicine (US) Committee to Review Dietary Reference Intakes for Vitamin D and Calcium; Editors: A Washington (DC): National Academies Press (US); 2011 doi: 10.17226/13050
12. Christoph P, Challande P, Raio L, Surbek D. Swiss High prevalence of severe vitamin D deficiency during the first trimester in pregnant women in Switzerland and its potential contributions to adverse outcomes in the pregnancy Med Wkly. 2020
13. Curtis E.M., Moon R J., Maternal Vitamin D Supplementation during Pregnancy. Author manuscript; available in PMC 2018 Jun 15. Br Med Bull.2018 Jun 1; 126(1): 57–77. doi: 10.1093/bmb/ldy010
14. Dawodu A, Saadi HF, Bekdache G, Javed Y, Altaye M, Hollis BW. Randomized controlled trial (RCT) of vitamin D supplementation in pregnancy in a population with endemic vitamin D deficiency. J Clin Endocrinol Metab. 2013; 98:2337–46. [PubMed] [Google Scholar]
15. De-Regil LM, Palacios C, Ansary A, Kulier R, Peña-Rosas JP. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2012;2: CD008873.
16. European Food Safety Authority. Vitamin D: EFSA sets dietary reference values.2016
17. Grant CC, Stewart AW, Scragg R, Milne T, Rowden J, Ekeroma A, et al. Vitamin D during pregnancy and infancy

- and infant serum 25-hydroxyvitamin D concentration. *Pediatrics*. 2014 Jan;133(1):e143-53. doi: 10.1542/peds.2013-2602.
18. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, Murad MH, Weaver CM. Endocrine Society. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. // *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96:7:1911-1930. doi: 10.1210/jc.2011-0385.
  19. Holick MF. Resurrection of vitamin D deficiency and rickets. Department of Medicine, Section of Endocrinology, Nutrition, and Diabetes, and Vitamin D, Skin and Bone Research. // *J Clin Investigat*. 2006;116:8:2062-2072. <https://doi.org/10.1172/jci29449>
  20. Holick MF. Vitamin D deficiency. // *N Engl J Med* 2009; 357: 266–81
  21. Hollis BW, Johnson D, Hulsey TC, Ebeling M, Wagner CL. Vitamin D supplementation during pregnancy: Double-blind, randomized clinical trial of safety and effectiveness. // *J Bone Miner Res*. 2011;26:2341–57. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  22. Hollis BW, Wagner CL. Vitamin D and pregnancy: Skeletal effects, nonskeletal effects, and birth outcomes. *Calcif Tissue Int*. 2013;92:128–39. [PubMed] [Google Scholar]
  23. Institute of medicine, food and nutrition board. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. Washington, DC: National Academy Press. 2010. [www.nap.edu](http://www.nap.edu)
  24. International Organization for Migration. World migration report. 2011. <http://www.iom.int>
  25. Karras SN. Maternal vitamin D status during pregnancy: the Mediterranean reality. // *Eur J Clin Nutr* 2014. 2014 Aug;68(8):864-9. doi: 10.1038/ejcn.2014.80.
  26. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care. <http://www.nice.org.uk>.
  27. Palacios C, Kostiuik LK, Peña-Rosas JP. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;7(7):CD008873. doi:10.1002/14651858.CD008873.pub4.
  28. Royal college of obstetricians and gynecologists statement on new study on maternal vitamin D levels in pregnancy. March. 2013
  29. Skowrońska-Józwiak E. Assessment of adequacy of vitamin D supplementation during pregnancy. // *Ann Agric Environ Med* 2014.
  30. Tangpricha V., Khazai N.B., What are the Endocrine Society recommended daily doses of vitamin D ? // *Medscape*. Oct 29, 2019
  31. Weinert LS. Maternal-Fetal Impact of Vitamin D Deficiency: A Critical Review. *Maternal Child Health J* 2014.
  32. World Health Organisation handbook for guideline development. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>, accessed 21 May 2020).
  33. World Health Organisation. Guideline: Vitamin D supplementation in pregnant women. Geneva: 2012.
  34. Yap C. Vitamin D supplementation and the effects on glucose metabolism during pregnancy: a randomized controlled trial. // *Diabetes Care* 2014, Jul; 37(7): 1837-1844. <https://doi.org/10.2337/dc14-0155>
  35. Zhou J. Associations between 25-hydroxyvitamin D levels and pregnancy outcomes: a prospective observational study in southern China. // *Eur J Clin Nutr* 68, 925–930 (2014). <https://doi.org/10.1038/ejcn.2014.99>

**MODERN CONCEPTS ABOUT POSTMASTECTOMIC LYMPHODEME, METHODS OF ITS TREATMENT AND PREVENTION****S. M. Uzakov, M. N. Karimova**Samarkand Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Samarkand,  
Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan**Key words:** lymphedema, postmastectomy, breast cancer.**Ключевые слова:** лимфедемы, постмастэктомический, рак молочной железы.**Таянч сўзлар:** лимфадема, постмастэктомик, сут беги раки.

The article presents data on postmastectomy lymphedema, the causes of its development, and the main directions and stages in the development of methods for conservative and surgical treatment of lymphedema of the upper extremities, both domestic and foreign authors. In particular, ways to prevent post-mastectomy lymphedema of the upper limb are presented.

**ПОСТМАСТЭКТОМИК ЛИМФОДЕМА ҲАКИДАГИ ХОЗИРГИ ЗАМОН КАРАШЛАРИ, ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ****С. М. Узаков, М. Н. Каримова**

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий - амалий тиббиёт маркази Самарқанд филиали, Самарқанд

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Ушбу мақолада постмастэктомик лимфодемалар ҳақидаги маълумотлар баён этилган, уни келиб чиқиш сабаблари, асосий йўналишлари ва ривожланиш босқичлари, лимфадемани консерватив ва хирургик даволаш борасида хорижий ва маҳаллий муаллифларнинг карашлари акс эттирилган. Шу жумладан кўлдаги постмастэктомик лимфадемани олдини олиш буйича профилактик чора – тадбирлар баён этилган.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКОЙ ЛИМФОДЕМЕ, МЕТОДАХ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ****С. М. Узаков, М. Н. Каримова**

Самарқандский Филиал Республиканского Специализированного научно-практического медицинского центра Онкологии и Радиологии, Самарқанд

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Узбекистан

В статье представлены данные о постмастэктомической лимфедеме, причины ее развития и основные направления и этапы развития методов консервативного и хирургического лечения лимфедемы верхней конечностей, как отечественных, так и зарубежных авторов. В частности представлены пути профилактики постмастэктомической лимфедемы верхней конечности.

Breast cancer over the past 10-15 years has occupied the 1st place in the structure of oncological morbidity in women (Kaprin A.D. et al., 2015), and a significant part of them are women of working age. Thus, the problem of medical rehabilitation of this category of patients acquires a social aspect (Komova-Polevaya E.B., Chistyakov S.S., 2006; Puzin S.N. et al., 2010). Against the background of radical treatment of breast cancer, especially when it is accompanied by lymphodessection or radiation therapy, a complex of functional disorders occurs, in which the leading place belongs to lymphatic edema of the upper limb on the side of the operation or the so-called post-mastectomy lymphedema, the presence of which contributes to the disability of patients and this negatively affects their psychological state and thus worsening the quality of life. (Andronov O.V., 2007; Zerkalov V.N., 2009; Strozhev S.V., 2014; Grushina T.I. et al., 2016). Lymphatic edema of the upper limb is not an indispensable complication of radical treatment of breast cancer.

This is due to the fact that the lymphatic structures have sufficient regenerative capacity and in some patients new lymphatic collaterals are formed. In their absence or failure in the occurrence of lymphedema, various factors become important. Of the associated factors in the development of lymphatic edema of the upper limb, the leading one is regional lymphodessection, which is performed with various types of radical operations. Due to the fact that, until recently, radical mastectomy according to Halsted-Meyer, according to Patey, according to Madden, was performed in the

surgical treatment of breast cancer, doctors began to call the edema of the upper limb “post-mastectomy edema” or “post-mastectomy lymphedema”. The volume of lymphadenectomy performed directly affects the development of lymphedema. S. F. Senur et. al. (2005) [1], believes that removal of one sentinel lymph node reduces the likelihood of developing edema of the upper limb to approximately 3%. So, according to A.M.V. Ermoshchenkov et al. (2013) [2], the risk of developing lymphedema increases to 50% if the patient has 8-10 lymph nodes removed.

Analyzing the literature data M Goker et. al. (2013) [3] noted that the risk of developing lymphedema after surgery with the inclusion of lymphadenectomy is 30%. In the treatment of 681 patients with breast cancer, S. A. Norman et. al. (2010) [4], showed that the risk of developing lymphedema was increased by axillary lymphadenectomy followed by radiation therapy, this risk did not increase, but a combination of lymphadenectomy with adjuvant chemotherapy with the inclusion of anthracyclines led to a 4-5-fold increase in it. In contrast, S Allgra et. al. (2002) [5] report that with the combined use of surgical treatment and external beam radiation therapy, edema of the upper limb occurs in more than 70% of cases, while, as soon as after lymphadenectomy, in 20% [6].

N. Olszewski (2003) [7], gave such a definition of lymphedema - this is a pathological condition in which an increase in the mass of soft tissues of the limb occurs due to the accumulation of high-protein fluid in the intercellular space and lymphatic pathways, an increase in the number of keratinocytes, fibroblasts, as well as migrating immunocomponent cells and intercellular substance. V. Foldi (1994) [8], described lymphedema as follows - lymphedema is a chronic progressive disease characterized by swelling of one or more limbs due to the accumulation of fluid with a high protein content in the interstitial space, mainly in the subcutaneous fatty tissue, due to a violation of lymph transport along lymphatic vessel. There are common pathogenetic aspects characteristic of postmastectomy lymphedema. Removal of lymph nodes, transection of lymphatic tracts, and trauma to the vascular nerve bundle during surgery disrupt lymphodynamics in the upper limb at several levels of the lymphatic system, which leads to loss of the normal resorption capacity of the lymphatic capillaries [9]. According to the modern view on the structure and physiology of the lymphatic system, the area of the lymphatic vessel between the two valves is the lymphangion. Lymphangions are combined into a common circuit thanks to the "boundary valve". [10]. Thus, during contraction, the lymphangion pushes the lymph into the adjacent central lymphangion and thereby provides lymph flow. With the development of lymphedema, the vascular wall is affected, its muscular-elastic complex. This complex softens the pushes of the lymph to the valves [11]. L.V. Potashov et al. (2002) [12], notes that when networks and bundles of myocytes, as well as elastic fibers, are destroyed, they are replaced by growing collagen tissue. In this case, the contours are smoothed, and the segmental structure of the lymphatic vessel is lost (2010) [13].

N.A. Bubnov et al. On the basis of experiments and clinical data, they put forward a theory according to which the main etiological factor of lymphedema is the defeat of the contractile function of lymphangions. As a result of such processes, highly active proteins and products of protein metabolism accumulate in the intercellular space.

According to G.G. Karavanova et al. (1967) [14] - these are mainly albumins, while the amount of globulins in the lymph decreases. Protein binds acid mucopolysaccharides, which are plastic materials for the development of connective tissue [15]. G.G. Karavanov et al. (1967) [14] D.D. Zerbino (1974, 2008) [16,17], proved that the emerging morphological changes in the soft tissues of the limb, regardless of the etiopathogenesis of edema, lead to fibrosis [18]. This, in turn, impedes the circulation of fluid and protein through the membranes and contributes to further compression of the lymphatic vessels and an increase in the already existing edema [19,20].

According to T.I. Grushina (2006) [21], impaired lymphatic drainage after radical treatment of breast cancer is often combined with impaired venous outflow. These disorders lead to an increase in venous pressure, which increases the filtration of fluid in the tissue, increases extracellular pressure, and thereby leads to even greater difficulty in blood circulation in the upper limb.

The treatment of lymphedema is still a difficult task, for the solution of which the efforts of

many domestic and foreign specialists are being made (Vyrenkov Yu.E et al.) 2011; Klimovich Ya.K., 2012; Cormier L. N. Et. al., Degtyareva A.A., 2013; Makorova V.S. 2014). [22] Believe that there is no radical treatment for lymphedema today, and the main rehabilitation measures can only be aimed at reducing edema. To resolve postmastectomy lymphedema, representatives of different scientific schools use conservative or surgical methods of treatment.

Conservative methods of treating mastectomy lymphedema include various medications, elastic and compression products, medical massage, therapeutic exercises, as well as the use of physical factors such as pneumatic compression, electrotherapy, shock wave, laser and phototherapy (Oremus M., 2012; Grushina T.I., 2014; Shao J .2014; Ezzo, 2015).

According to a number of domestic and foreign authors, conservative treatment of lymphedema is aimed at the main links in the violations of the lymphatic outflow [23]. This is provided for the purpose of improving the drainage function of the lymphatic system, strengthening the tone of the lymphatic vessels, increasing the speed of lymph outflow, normalizing the microcirculatory bed and redox processes of the interstitial tissue, increasing the compensatory adaptive mechanisms of the body. The International Society of Lymphologists has named complex physical therapy as the method of choice in the treatment of upper limb lymphedema. Complex physical therapy consists of a phased application of a number of conservative measures: manual lymphatic drainage, compression therapy, therapeutic exercises, oral lymphotonizing agents throughout the patient's life. The effectiveness of lymphatic drainage massage for all degrees of postmastectomy lymphedema ranges from 4.33 to 55.7%. When comparing the effectiveness of lymphatic drainage massage with standard anti-edematous therapy L. Andersen et al. (2000) [24] noted a reduction in edema in both cases, with a 12% greater reduction in edema due to the addition of lymphatic drainage massage. T.W. Huang et al. (2013) [25], and J. Ezzo et al. (2015) [26], in their randomized trials noted that lymphatic drainage massage is most effective in patients with initial and moderate manifestations of lymphedema.

Compression bandaging is used as an integral part of complex anti-edematous therapy and is performed after a session of manual lymphatic drainage. K. Didem et al. (2005) [27], and M.L. McNeely et al. (2004) [28], using bandaging, achieved a 36% reduction in edema. and by 38.6%.

The use of elastic compression products in the form of sleeves makes it possible to create selective pressure on the upper limb: maximum - in the distal, minimum - in the proximal sections, which contributes to the normalization of lymph flow, improvement of microcirculation [29,30,31]. Analyzing the literature A. Moseley et al. (2007) noted an 8% effectiveness of patients wearing elastic products.

Also, for the purpose of compression, a fairly new method of treatment is used - taping. To do this, latex-free fabric tapes are used, similar in elasticity to skin, on a hypoallergenic adhesive basis. With the help of a special adhesive layer, they provide muscle support, while maintaining the full mobility of the patient, improve blood circulation and lymph flow. H.J. Tsai et al. (2009) [32] note that tapes can serve as an alternative to bandaging in standard decongestant therapy.

D. Morris et al. (2013) and D. Melgaard (2016) compared the effectiveness of bandaging and kinesio taping for reducing lymphedema. The authors note the same effectiveness of both methods, but emphasize the economic benefits of using teips.

The method of intermittent multisectional pneumatic compression is based on the contraction of the smooth muscles of the walls of the lymphatic and blood vessels, the acceleration of venous and lymphatic outflow, the increase in fibrinolytic activity, and the regulation of neurohumoral mechanisms [33,34,35.]. The efficiency of this method ranges from 3 to 86%. Lydase electrophoresis, magnetotherapy, and laser therapy are also used to treat postmastectomy lymphedema.

Thus, the analysis of the literature showed that conservative rehabilitation measures play an important role in the treatment of postmastectomy lymphedema, improving lymphodynamics in the upper limb at several levels of the lymphatic system and interstitial exchange. However, they do not affect other known causes of lymphedema development, and therefore, their use alone does not solve the problem of medical rehabilitation of breast cancer patients with edema of the upper

limb on the side of the operation.

Surgical treatment of lymphedema is fundamentally divided into two main types - draining and resection operations, which differ from each other in the surgical principle of eliminating edema [36,37,38,39,40].

When performing draining operations, new ways of lymph outflow are created in various ways of own and intact lymphatic structures [41,42,43].

Depending on the general condition of the patient and the degree of edema, resection operations can be staged or one-stage. During resection operations, the subcutaneous tissue with fascia is removed and the subsequent wound surface is closed using reconstructive plastic surgery [44,45,46].

In 1908, for the first time, a draining operation for lymphedema of the limbs was performed by W. Sampson Handley. The author placed several sterile silk threads into the subcutaneous adipose tissue along the entire length of the upper limb. At the same time, it was assumed that the lymph can rise more proximally and then move along the collaterals to other lymphatic spaces. This operation was called "lymphangioplasty" [47]. D. Silver et al. (1976) [48], a Teflon thread was used for drainage and, at the same time, postoperative complications were not observed and edema was reduced in terms of up to 5 years. On the contrary, some authors have noted a short-term therapeutic effect during threading due to overgrowing with scar tissue. N.P. Shmatkov (2013) [49], returned to the development of passive lymph drainage in the 21st century.

So, with postmastectomy lymphedema, he suggested performing vertical, horizontal or combined tunneling and spiral drainage of subcutaneous or subcutaneous-muscular canals and collectors.

R. Baumeister (1990) [50], performed direct restoration of lymphatic outflow during autotransplantation of unchanged lymphatic vessels into the subcutaneous fat of the affected limb. A number of authors have suggested using an autovein for lymphatic shunting of the affected limb.

Thus, C. Campisi et al. (2006) [51], reported that when using an autovein and performing lymphovenous lymphoplasty, a "significant" objective decrease in edema was noted in 83% of patients, while the "average decrease" reached 67% of excess limb volume.

P. Trevidic et al. proposed free grafting on microvascular anastomoses to improve lymphatic drainage from the edematous limb of the axillary flap with lymphatic vessels and nodes.

Lymph-venous anastomosis for the treatment of lymphedema was first proposed by B.M O'Brien et al. The authors proved the regression of lymphatic edema from 42 to 83% in patients who underwent microsurgical operations.

In 1983 L.Nieuborg used direct lympho-venous shunting in patients with post-mastectomy edema and at the same time reduced edema by 47% after 6 months, and 57% after 12 months.

In 2003 M.S. Bardychev et al., using lympho-venous shunting, in 32% of cases recovered patients with complete reduction of edema, and in 43% of cases there was a significant reduction in edema of the upper limb. Yu.A. Abramov et al., combined the imposition of lymphovenous anastomoses with traditional bandaging and intermittent pneumocompression. Edema reduction was achieved in 14.5% of cases, a significant reduction in edema - in 61.8% of cases.

A.A. Malinin reported that when applying lymphovenous anastomoses for the treatment of postmastectomy lymphedema, good results were observed in 24.4% of patients, satisfactory - in 43% and unsatisfactory - in 32.6% of patients.

M.A. Smagin, combining the operation of applying lympho-venous anastomoses with injections of a drug mixture from solutions of marcaine and proserin into the region of the brachial plexus in the treatment of patients with breast cancer with stage II-III lymphedema, noted a decrease in the diameter of the edematous limb by 43.6%, an increase in lymphatic outflow by 66,7%, decrease in the thickness of the subcutaneous fat of the limb by 41%.

There is evidence that after the normalization of pressure in the lymphatic system, most anastomoses are thrombosed. When analyzing the biopsy material, the patency of lymphovenous anastomoses up to 8 months was revealed in 53% of cases, and in the remaining 47% of cases, oc-



clusion of the anastomosis penetrating from the side of the vein was diagnosed.

Transplantation of vascularized tissue in the area of transplantation of microsurgical anastomosis. K. Becker et al. (2006) associated with the site of transplantation of inflammatory nodes in the armpit in 17 patients and in 7 patients - in the cubital fossa. Complete regression of lymphatic edema was achieved in 42% of patients, partial regression of edema was noted in 50% of patients.

Thus, it can be assumed that the use of drainage operations, including microsurgical ones, is advisable only with reversible changes and a compensated state of the lymphatic channel, i.e. with lymphedema I-II degree.

To date, a large number of different resection operations have been proposed, differing from each other in terms of the volume of excision of the affected tissues.

These operations were originally proposed for the treatment of lymphedema of the lower extremities, but subsequently they were used for lymphedema of the upper extremities. The main disadvantage of operations of this type is the development in the late postoperative period of a pronounced cicatricial process with limb deformity, which does not justify the hopes of patients and the efforts of surgeons.

At the end of the 80s of the last century, some authors suggested using liposuction not only in bariatric surgery, but also for the treatment of benign symmetrical lipomatosis, gynecomastia, gigantomastia, and also lymphedema of the extremities. This was due primarily to cosmetic considerations.

During liposuction, subcutaneous tissue is removed from a small incision using special instruments - a cannula and vacuum suction.

A.G. Warren et al. Based on the analysis of literature data, of all types of surgical interventions for lymphedema, liposuction is considered the most promising.

Currently, there are no unified approaches to the surgical treatment of postmastectomy lymphedema. The largest study in the post-Soviet space was carried out by M.O. Myasnikova at the St. Petersburg State Medical University. Academician I.P. Pavlov and summarized the analysis of data on 500 patients with varying degrees of severity of postmastectomy lymphedema treated since 1980. Despite the long follow-up period and a large sample of patients, data were presented on 47 patients who underwent lymphovenous bypass grafting and 16 patients who underwent resections. operations. Immediate and long-term results of surgical intervention were evaluated. The authors noted that directly satisfactory results of resection operations in half of the cases worsened after 2-5 years. By the end of the study (15 years of follow-up), no positive results were noted. In the long term, only 40% of patients were satisfied with the results of resection surgery. Out of 47 patients operated on with lymphovenous anastomoses, "good" (according to the terminology of the authors) results in the long-term period were transformed into satisfactory ones (67%), and in 29% of cases a poor long-term result was stated. It was also reported that the factors that worsened the long-term results in both groups of observation were recurrent erysipelas and patients who violated the frequency of conservative therapy or completely refused it.

It was noted that the decrease in the volume/circumference of the extremities varied from 2 to 50%, regardless of the type of surgical intervention, and persisted for 1 to 132 months. Thus, based on the review of the literature, it can be concluded that there is no unified approach to the surgical treatment of postmastectomy lymphedema. The very variety of proposed methods of surgical treatment of this pathology indicates their low efficiency. Any options for radical operations performed for the treatment of postmastectomy lymphedema have significant drawbacks and a relatively low percentage of long-term positive results.

The positive effect of radical resection operations for postmastectomy lymphedema in the long term is achieved in no more than 40% of cases. This type of operation is associated with high trauma and is characterized by a large number of postoperative complications. In contrast to the surgical practice of treating primary lymphedema, when planning resection interventions for postmastectomy edema, the question always arises of choosing unaltered tissues for closing the wound defect. In the previously performed complex treatment for locally advanced breast cancer, which

includes a component of radiation therapy, the collection of a sufficient volume of intact tissues to close the defect is always problematic. A high percentage of edema recurrence after resection-type operations necessitates repeated surgical interventions, each of which is associated with greater technical difficulties compared to the previous one.

Drainage-type operations in surgery for post-mastectomy lymphedema have a good result, provided that an adequate lymphovenous bypass anastomosis is created.

This is possible when using a variant of microsurgical technique, which requires large material costs, long-term surgical intervention, special equipment and trained personnel. The optimal and long-term positive effect with this treatment option is observed in the early stages of post-mastectomy lymphedema, in which the issue of improving the patient's quality of life can be resolved using less traumatic and financially costly measures. In general, the frequency of a persistent effect of drainage operations in this pathology does not exceed 60%. Regardless of whether a resection or drainage type of surgery is used, maintaining a long-term positive result requires patient motivation for repeated courses of conservative therapy, compliance with a number of physical activity restrictions, and prevention of inflammatory processes, which is not always achievable.

In recent years, research on the prevention of lymphedema has been actively conducted. In 2016, it was proposed to perform prophylactic lymphovenular anastomoses when removing small pelvic tumors, since, regardless of the degree of lymph node dissection in the small pelvis, most of these patients experience lymphostasis. A number of authors suggest using T-BAR and LYMPHA technology for primary prevention of lymphedema, as well as predicting the development of lymphedema depending on the number and groups of removed lymph nodes using various technologies (indocyanine green control, computer simulation).

The priority in creating artificial lymphovenous anastomoses belongs to N.I. Makhov (1950), who was the first to propose and implement the connection of the lymphatic collectors of the thigh with the saphenous vein by introducing a lymphatic vessel into the lumen of the vein, while he did not put sutures on the anastomosis, that is, he did not fix it. Subsequently, the technique of lymphovenous anastomoses was modified so that in their works the peripheral end of the transected lymphatic vessel was implanted into the lumen of the vein using a needle with a thread and fixed with one suture to the vein wall. The essence of the LVA technique is the creation of a path for the outflow of lymph into a venous vessel using an anastomosis. To detect the lymphatic duct, a contrast agent was injected - a 2% solution of methylene blue intradermally 2 cm away from the axillary region. Lymphatic vessels are visualized using a magnifier 40 times (microsurgical glasses). With the help of LVA, a visual assessment of the state of the lymphatic vessels was carried out in terms of their diameter and contractility. In accordance with these criteria, the most functional and active lymphatic vessel is selected for the formation of the LVA. End-to-end suturing of the lymphatic and venous vessel is performed. Simultaneous formation of lymphovenous anastomosis is a modern surgical approach for the prevention of lymphostasis in patients with breast cancer. Drainage of lymph into the venous bed leads to a shortening of the term of lymphorrhea and thereby eliminates the risk of lymphedema. This, in due time, restores working capacity and improves the quality of life of patients with breast cancer.

#### References:

1. Sener S.F. Axillary recurrence following sentinel node biopsy /S.F Sener, E.M. Brinkman et al. // Ann Surg Oncol. - 2005. - No. 11. - P.58-62.
2. Ermoshchenkova, M.V. Federal clinical guidelines for the diagnosis and treatment of postmastectomy syndrome / M.V. Ermoshchenkova, E.V. Filonenko, A.D. Zikiryakhodzhaev // M.: MNIOI im. P.A. Herzen branch of the Federal State Budgetary Institution "NMIRC" of the Ministry of Health of Russia. - 2013.- 38 p.
3. Göker M. Systematic review of breast cancer related lymphoedema: making a balanced decision to perform an

- axillary clearance/ M. Göker, N. Devoogdt, G. Van de Putte et al //Facts Views Vis Obygn. - 2013. - Vol. 2. No. 2. - P.106–115.
4. Norman S.A. Risk factors for lymphedema after breast cancer treatment / S.A. Norman, A. R. Localio, M. J. Kallan et al. // Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. -2010. - Vol.19. No. 11. - R.2734–2746.
  5. Allegra C. Morphologic and functional changes of the microlymphatic network in patients with advancing stages of primary lymphedema / C. Allegra, R. Sarcinella, M. J. Bartolo // Lymphology. - 2002. - Vol. 35. No. 3.- P. 114–120.
  6. Zalutsky, I.V. Complex treatment of patients with postmastectomy lymphedema of the extremities using lymphatic drainage operations / I.V. Zalutsky, N.N. Antonenkova, A.G. Zhukovets // Annals of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. - 2002. - No. 4. - S. 50-51.
  7. Olszewsky W. Inflammation is a natural consequence of lymph stasis / W. Olszewsky // XIX Int. Kong. of Lymphology. - 2003. - P. 120-141.
  8. Foldi M. The therapy of lymphedema / M. Foldi // The European Journal of Lymphology. - 1994. - Vol. 5. No. 16. - P.43–51.
  9. Mortimer P.S. The pathophysiology of lymphedema/ P.S. Mortimer // Cancer. - 1998. - No. 83. - P.2798-2802.
  10. Borisov, A.V. Anatomy of a lymphangion / A.V. Borisov // Nalchik: Publishing House "Polygraphservice and T", 2007. - 296 p.
  11. Petrenko, V.M. Fundamentals of Embryology. Questions of development in human anatomy / V.M. Petrenko / St. Petersburg: St. Petersburg State Medical Academy, - 2003. - 400 p.
  12. Potashov, L.V. Surgical lymphology /L.V. Potashov, N.A. Bubnova and others // St. Petersburg: LETI, - 2002. - 272 p.
  13. Bubnova, N.A. The value of lymphangion as a structural and functional unit in the new theory of the structure and function of the lymphatic system / N.A. Bubnova, R.P. Borisova // Bulletin of lymphology. - 2010. - No. 4. - S. 32-36.
  14. Karavanov, G.G. Elephantiasis of the limbs / G.G. Karavanov, A.N. Retvinsky // Kiev: Health. -1967. - 134s.
  15. Ermoshchenkova, M.V. Federal clinical guidelines for the diagnosis and treatment of postmastectomy syndrome / M.V. Ermoshchenkova, E.V. Filonenko, A.D. Zikiryakhodzhaev // M.: MNIOL im. P.A. Herzen branch of the Federal State Budgetary Institution "NMIRC" of the Ministry of Health of Russia. - 2013.- 38 p.
  16. Zerbino, D.D. General pathology of the lymphatic system / D.D. Zerbino // Kiev: Health. - 1974. - 160 p.
  17. Zerbino, D.D. Visualization of the pathology of the lymphatic system: the discovery of the morphological basis of the forms and stages of its insufficiency / D.D. Zebrino // Bulletin of lymphology. - 2008. - No. 2. - P.13-14.
  18. Vavilov, M.P. Post-radiation-mastectomy syndrome: aspects of evidence-based medicine / M.P. Vavilov, E.V. Kizhaev, M.N. Kusevich // Tumors of the female reproductive system. - 2008. - No. 2. - P.7-13.
  19. Casley-Smith J.R. Lack of correlation of oedema with electrical resistance of tissue / J.R. Casley-Smith // Br J Plast Surg. - 1988. - Vol. 41. No. 5. - P.558-559.
  20. Földi M. Lehrbuch der Lymphologie für Mediziner, Masseur und Physiotherapeuten/ M. Földi, E. Földi, S. Kubik. –GmbH, Munchen: Elsevier, 2005.
  21. Grushina T.I. Rehabilitation in oncology: physiotherapy. / T. I. Grushina // M., 2006. - 239 p.
  22. Abalmasov, K.G. Modern strategy for the treatment of limb lymphedema / K.G. Abalmasov, Yu.E. Vyrenkov, A.A. Malinin // Phlebolympology. - 2011. - No. 12. - P.13-16.
  23. Shmatkov, N.P. Complex treatment of lymphedema in cancer patients / N.P. Shmatkov // Bulletin of lymphology. - 2013. - No. 4. - P.25-35.
  24. Andersen L. Treatment of breast-cancer-related lymphedema with or without manual lymphatic drainage - a randomized study / L. Andersen, I. Højris, M. Erlandsen, J. Andersen // Acta Oncol. - 2000. - Vol.39. No. 3. - P. 399–405.
  25. Huang T.W. Effects of manual lymphatic drainage on breast cancer-related lymphedema: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / T.W. Huang, S.H. Tseng, C.C.Lin //World J SurgOncol. - 2013. No. 24.- P. 11-15.
  26. Ezzo J. Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment / J. Ezzo, E. Manheimer, M.L. McNeely et al. // Cochrane Database Syst. Rev. - 2015. - No. 21. - R. 123-131.
  27. Didem K. The comparison of two different physiotherapy methods in treatment of lymphedema after breast surgery / K. Didem et al. // Breast Cancer Res.Treat. - 2005. - Vol. 93. No. 1. - P. 49–54.
  28. McNeely M.L. The addition of manual lymph drainage to compression therapy for breast cancer related lymphedema: a randomized controlled trial /M.L. McNeely, D.J. Magee, A.W. Lees // Breast Cancer Res Treat. - 2004. - Vol.86. No. 2. - P. 95–106.
  29. Malinin, A.A. Comprehensive treatment of lymphedema and damage to the lymphatic vessels: Dis... Dr. med. Sciences: 14.00.44 / Malinin Alexander Alexandrovich. M., 2004. - 327 p.
  30. Myasnikova, M.O. Postmastectomy lymphedema of the upper extremities: possibilities of conservative treatment / M.O. Myasnikova // Modern Oncology. - 2007. - V.9. No. 3. - S. 30-33.
  31. McKenzie D.C. Effect of upper extremity exercise on secondary lymphedema in breast cancer patients: a pilot study / D.C. McKenzie, A.L. Kalda // J Clin Oncol. - 2003. - Vol.21. No. 3. - P. 463-466.

32. Tsai H.J. Could Kinesio tape replace the bandage in decongestive lymphatic therapy for breast-cancer-related lymphedema? A pilot study / H.J. Tsai, H.C. Hung, J.L. Yangetal. //Support Care Cancer. - 2009. - Vol.17. No. 11. - P. 1353-1360.
33. Grushina T.I. Physiotherapy in cancer patients / T. I. Grushina // M., 2001. - 207 p.
34. De Rezende LF. Two exercise schemes in postoperative breast cancer: comparison of effects on shoulder movement and lymphatic disturbance / L.F. de Rezende, R.L. Franco, M.F. de Rezende et al. // Tumori. - 2006. - No. 92. - P. 55-61.
35. Wienert V. TJ - substans of lymphedema / V. Wienert, G. Gallansebuper, M. Junger // Phlebologie.- 2005. - No. 5. - P. 34-36.
36. Abalmasov, K.G. Long-term results of reconstructive operations for lymphatic edema of the extremities / K.G. Abalmasov, Yu.S. Egorov // Cardiovascular diseases: Proceedings. I Congress of Lymphologists of Russia. - 2003. - Volume 4. No. 5. - P. 94.
37. Berezina, S.S. Surgical treatment of lymphedema of the extremities (literature review) / S.S. Berezina, A.L. Boddanskaya, I.A. Zolotukhin // Phlebology. - 2012. - No. 14. - S. 12-16.
38. Malinin, A.A. Pathogenetic substantiation of resection operations in the treatment of lymphedema. Methods and techniques for their implementation (lecture) / A.A. Malinin // Bulletin of lymphology. - 2010. - No. 2. - P.4-12.
39. Nimaev, V.V. Surgical and lymphotropic technologies in the treatment of patients with secondary lymphedema of the upper extremities: dis. ...Dr. med. Sciences: 14.00.27 / Nimaev Vadim Valerievich. - Novosibirsk, 2007. - 220 p.
40. Shi Y.D. Flap transplantation combined with liposuction to treat upper limb lymphedema after mastectomy /Y.D. Shi, F.Z. Qi, X.J. Zhang et al. // Zhonghua Zheng Xing Wai KeZaZhi. - 2003. - No. 19. - P. 430-432.
41. Ivashkov, V.Yu. Modern aspects of surgical treatment of lymphatic edema of the upper extremities in patients after complex treatment of breast cancer / V.Yu. Ivashkov, V.A. Sobolevsky, Yu.S. Egorov // Sarcomas of bones, soft tissues and skin tumors. - 2016. - No. 1. - P.70-75.
42. Milanov, N.O. Postmastectomy syndrome and its surgical treatment: dis. ...Dr. med. Sciences: 14.00.27 / Milanov Nikolay Olegovich. - M., 1984. - 394 p.
43. Degni M. New microsurgical technique of lymphatico-venous anastomosis for the treatment of lymphedema /M. Degni // Lymphology. - 1981. - Vol.14. No. 2. - P.61-63.
44. Ivashkov, V.Yu. Modern aspects of surgical treatment of lymphatic edema of the upper extremities in patients after complex treatment of breast cancer / V.Yu. Ivashkov, V.A. Sobolevsky, Yu.S. Egorov // Sarcomas of bones, soft tissues and skin tumors. - 2016. - No. 1. - P.70-75.
45. Malinin, A.A. Pathogenetic substantiation of resection operations in the treatment of lymphedema. Methods and techniques for their implementation (lecture) / A.A. Malinin // Bulletin of lymphology. - 2010. - No. 2. - P.4-12.
46. Miller T.A. Surgical management of lymphedema of the extremity / T.A. Miller // PlastReconstr Surg. - 1975. - Vol.56. No. 6. - P.633-641.
47. Paukshto M. Best new investigator award: development update: a promising surgical procedure for treating secondary lymphedema /M. Paukshto, C. Hadamitzky, T. Zaitseva et al. // Lymphlink Reprint. - 2015. - Vol. 28. No. 1. - R.12.
48. Silver D. Lymphangioplasty: a ten year evaluation /D. Silver, C.L. Puckett // Surgery. - 1976. - Vol.80. No. 6. - P. 748-755.
49. Shmatkov, N.P. 42-year experience in the treatment of lymphedema in patients without progression and with progression of the oncological process / N.P. Shmatkov // Bulletin of lymphology. - 2013. - No. 3. - P.34-36.
50. Baumeister R.G.H. Treatment of lymphedemas by microsurgical lymphatic grafting: what is proven? / R.G.H. Baumeister, S. Siuda // Plast. Reconstr. Surg. - 1990. - Vol.1. - P.64-74.
51. Campisi C. Microsurgical techniques for lymphedema treatment: derivative lymphatic-venous microsurgery / C. Campisi, F. Boccardo // World J Surg. - 2004. Vol.28. No. 6. - P. 609-613.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НА ФОНЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА****Р. Ф. Ширинбоева, Г. Ш. Элтазарова, З. Ж. Донабоева**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Ключевые слова:** беременность, гепатит В, гепатит С, вирусные гепатиты, осложнения, инфекция, невынашивание беременности, послеродовое кровотечение.

**Таянч сўзлар:** ҳомиладорлик, гепатит В, гепатит С, вирусли гепатитлар, инфекция, касаллик клиникаси, туғруқни кечиши, туғруқдан кейинги қон кетиш, асоратлар.

**Key words:** pregnancy, hepatitis B, hepatitis C, viral hepatitis, infection, miscarriage, postpartum hemorrhage, complications.

Несмотря на большие успехи в изучении гепатитов, некоторые важные вопросы эпидемиологии, клиники и перинатологии этого заболевания все еще требуют изучения. Эпидемиологическая распространенность гепатитов, активное вовлечение населения репродуктивного возраста, концентрация среди них лиц с хроническими инфекциями определяет актуальность проблемы вирусных гепатитов в акушерстве и перинатологии. В связи с этим важным является своевременное выявление клиники заболевания у беременных, диагностика, эпидемиология, оценка тяжести заболевания, выбор рационального лечения и акушерской тактики. Это, в свою очередь, служит мерой заблаговременного предотвращения осложнений и снижения риска для жизни матери и плода.

**ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР ФОНИДА ҲОМИЛАДОРЛИКНИ ВА ТУҒРУҚНИ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ****Р. Ф. Ширинбоева, Г. Ш. Элтазарова, З. Ж. Донабоева**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд, Ўзбекистон

Гепатитларни ўрганишдаги катта ютуқларга қарамай, ушбу касалликнинг эпидемиологияси, клиникаси ва перинатологиясининг баъзи муҳим масалалари ҳалигача ўрганиш керак бўлган муаммолардандир. Гепатитнинг эпидемиологик кенг тарқалиши, репродуктив ёшдаги аҳолининг фаол жалб этилиши, улар орасида сурункали инфекцияга чалинган одамларнинг тўпланиши, акушерлик ва перинатологияда вирусли гепатит муаммосининг долзарблигини белгилайди. Шу муносабат билан ҳомиладор аёлларда касаллик клиникасини ўз вақтида аниқлаш, таъхис қўйиш, эпидемиологияси, касалликнинг оғирлигини баҳолаш, рационал даволаш ва акушерлик тактикасини танлаш муҳимдир. Бу ўз навбатида олдиндан асоратларни олдини олишга, она ва ҳомила ҳаёти учун хавфни камайтиришга хизмат қилади.

**FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF PREGNANCY AND DELIVERY IN THE BACKGROUND OF VIRAL HEPATITIS****R. F. Shirinboeva, G. Sh. Eltazarova, Z. J. Donaboeva**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Despite great advances in the study of hepatitis, some important issues of the epidemiology, clinic and perinatology of this disease still require study. The epidemiological prevalence of hepatitis, the active involvement of the population of reproductive age, the concentration of people with chronic infections among them determines the relevance of the problem of viral hepatitis in obstetrics and pediatrics. In this regard, it is important to timely identify the clinic of the disease in pregnant women, diagnosis, epidemiology, assessment of the severity of the disease, the choice of rational treatment and obstetric tactics. This, in turn, serves to prevent complications in advance and reduce the risk to the life of the mother and fetus.

**Долзарблиги.** Вирусли гепатит ва ҳомиладорлик акушерликнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Россия Федерациясида ва хусусан Доғистонда вирусли гепатит билан боғлиқ ноқулай эпидемиологик вазият ривожланди. Сўнгги 10 йил ичида ҳомиладор аёлларда вирусли гепатит билан касалланиш кўпайди, бу эса муаммони фавқулодда ҳолга келтириб, "Эпидемия" нисбатларини оширди. Турли манбаларга кўра, Россияда 5 миллиондан ортиқ гепатит вирусини ташувчиси мавжуд. Шу билан бирга, уларнинг 80% касалланиши 15-30 ёш орасига тўғри келади [1,6,28].

Аниқланишича, инфекция ўчоқларида инфекция учун қулай шароитлар мавжуд бўлганда, ҳомиладор аёллар ҳомиладор бўлмаган аёлларга қараганда вирусли гепатит билан

5 марта кўпроқ касалланади. Бу ҳомиладор аёл танасининг юқумли касалликларга юқори сезувчанлиги билан изоҳланиши мумкин. Жигар функциясининг ўзгариши, тананинг иммунитет кучларининг заифлашиши туфайли гепатит вируси ҳомиладор аёл организмида ривожланиши учун қулай шароит бўлади.

Ҳомиладор аёлларда вирусли гепатит ҳомиладор бўлмаган аёлларга қараганда оғирроқ ўтади, она ва ҳомила учун жиддий хавф туғдиради. Ушбу касалликка чалинган ҳомиладор аёллар юқори хавф гуруҳига киради, чунки аёлларнинг ушбу контингентда ҳомиладорлик асоратлари кўп учрайди (она томондан ҳам, ҳомила томонидан ҳам). Гепатитларни тўғри ташхислаш катта аҳамиятга эга, чунки вирусли гепатит туғруқхоналарда 1,2% ҳолларда учрамоқда [2,11,13].

Вирусли гепатитлар, гепатотроп вирус келтириб чиқарадиган ўткир юқумли касаллик бўлиб, ҳаётий аъзолар ва тизимларга, айниқса жигарга таъсир қилади. Гепатит А, В, С, Д, Е патоген вируслари келтириб чиқарадиган жигарги патологик ўзгаришлар, инфекцияларга хос бўлган кўринишларнинг бутун спектрига эга. Вирусли гепатит билан касалланган ҳомиладорларда касаллик асосан 40-70% тез тез даволаниб турадиган аёллар орасида, қон орқали юқанлиги маълум бўлди. Бу гепатит В, С, Д турларидир [5,28,33].

Ҳомиладорликни охиригача кўтара олиши ёки кўтара олмаслиги, ГВларнинг шаклига боғлиқ (ўткир шакли, сурункали шакли ёки сурункали шаклини кўзгалганлигига). Касалликни шакли трансминазаларнинг юқори фаоллиги, жигарда фаол патологик жараённинг бошқа лаборатория ва клиник кўрсаткичлари билан белгиланади. Паталогик жарённинг фаоллиги она ва ҳомиланинг ҳаёти учун хавф туғдиради.

Гепатит В, Д, Е вируслари билан ҳомиладорликда касалланиш акушерлик ва гинекология соҳасининг долзарб муаммоларидан биридир. Ҳомиладор аёлларда гепатит оғир кечади, айниқса касалликни кейинги босқичларида, иктерик даврнинг 4-6 кунда касаллик оғирлашади. Касалликнинг кейинги дастлабки уч кун ичида организмда интоксикация белгилари кучайиши ҳомиладорнинг аҳволи ёмонлашади.

Туғруқ, эритроцитлар гемолизи билан боғлиқ гемоглобинурия, геморрагик синдром, туғруқ пайтида қон йўқотишнинг кўпайиши, ўткир жигар етишмовчилигининг ривожланиши, кома ва энцефалопатия билан асоратланади [1,22,27,28,33].

Санитария эпидемиологик меёр ва қоидаларга (СЭМваҚ) риоя қилмаслик, перинатал юқишга сабаб бўлади. Натижада чақалоқга касаллик юқади, касалланган янги беморларнинг пайдо бўлишига олиб келади ва эпидемия муаммоси юзага келади. СЭМваҚларга риоя қилиш гепатитларни кенг тарқалишига қарши курашиш чораларидан биридир.

Юқоридаги маълумотлар ҳомиладор аёлларда вирусли гепатитнинг кечиш хусусиятларини, ҳомиладорлик, туғиш ва ҳомилага таъсирини ўрганиш зарурлигини кўрсатди [3,25,31].

Доғистон Республикасида сўнгги 3 йил ичида вирусли гепатитнинг сурункали шакллари (СГА - 12% ва СГС - 3,6% га) билан касалланган ҳомиладор аёллар сони, айниқса шаҳар аҳолиси орасида ўсди. Қишлоқларда яшовчиларга қараганда СГС 2 марта кўпроқ аниқланган. Ҳомиладор аёлларда СГВ ва СГС билан касалланиш кўпинча ҳомиладорликни биринчи (31,8%) ва учинчи уч ойлик муддатларида (45,5%) содир бўлаган. СГлар ҳомиладорлик ёши қанча катта бўлса шунча боғлиқ беморларнинг жигар фаолиятининг ёмонлашишини кўрсатди 82,4%. Биохимиявий текширишларда трансминазалар (АЛТ, АСТ) миқдори ошди. Ҳомиладор аёлларда асосий клиник кўринишлар астеноневротик синдром, минимал ёки ўрта даражада ифодаланган цитолитик синдром ва холестаза синдромлари билан намоён бўлди. Вирусли гепатит билан ҳомиладорлик кечиши кўпинча, анемия (58,2%), ҳомила-плацентар етишмовчилик (47,3%), ҳомилани ўз - ўзидан тушиш хавфи (41,8%), муддатидан олдин туғилиш (18,2%) каби асоратларни ривожланиши билан мураккаблашади. Туғруқда, туғруқ кучлари аномалиялари 29,1% гача ва туғруқдан кейинги эрта чилла даврда қон кетиши 10,9% гача учрайди. Чилла даврида янги туғилган чақалоқларда эрта неонатал даврнинг асоратлари, соғломларга қараганда сезиларли даражада юқори бўлган. Ҳомила ва янги

туғилган чақалокларда гепатит билан энг кўп учрайдиган асоратлар: асаб тизимининг гипоксик шикастланиши - 38,2% (4,8 марта кўп), назорат гуруҳига қараганда 2,5 баравар кўп, сурункали ҳомила гипоксия ривожланади (20%); 4,5 баравар кўп, етуклик - (27,3%); 5,5 марта кўп асфиксия (21,8%); 6 марта кўп - ВГРП синдроми - (12,7%). Сурункали вирусли гепатитга чалинган репродуктив ёшдаги аёллар диспансер ҳисобига олинади ва уларда режали соғломлаштириш курсларини ўтказиш шарт. Предгравидар тайёргарлик бўйича таклиф этилаётган чора-тадбирлар мажмуасини амалга ошириш, ҳомилани ўз – ўзидан тушиши хавфини 2,5 баробарга, муддатидан олдин туғилишни 2,5 баробарга, организмдаги сурункали касалликларни оғирлашишини 3,2 баробарга камайтириш имконини берди. Ўз навбатида сурункали ҳомила гипоксияси 1,6 бараварга, янги туғилган чақалокнинг асфиксияси - 6 бараварга камайди ва янги туғилган чақалокнинг етуклиги даволанмаган гуруҳга қараганда 1,9 баравар кам учради [4,12,16,28].

Вирусли гепатит бутун дунё бўйлаб энг муҳим соғлиқни сақлаш соҳасининг муаммоларидан биридир. Маълум бўлган барча нозологик шакллардан энг долзарблари гепатит В ва С. Бу уларнинг кенг тарқалганлиги, инсон саломатлиги ва меҳнат қобилиятига салбий таъсири, шунингдек сурункали гепатит, жигар циррози, гепатоцеллюляр карсинома каби нохуш оқибатларнинг кўпроқ ривожланиши билан боғлиқ.

Гепатит В кенг тарқалган юқумли касаллик сифатида таснифланади. Тахминан 2 миллиард одамлар гепатит В вируси (ГВ) билан касалланган ва ҳар йили 2 миллионга яқин бемор ГВ инфекцияси билан боғлиқ патологиядан вафот этади.

Дунёда гепатит С вируси (ГС) билан касалланганлар сони (ЖССТ маълумотларига кўра) 250 миллион кишидан ошади. Уларнинг аксарияти яширин ташувчилардир. Сурункали инфекцияга ўтиш ўткир гепатит С билан оғриган беморларнинг 65-85% да ривожланади, вирус организмда ўнлаб йиллар давомида кўпаяди. Кейинги 20 йил давомида ЎГС ташхиси қўйилган шахслар орасида ҳар бешинчида сурункали гепатит ва жигар циррози, ҳар йигирматасида жигар саратони ривожланди. XX аср охирига келиб, ЎГС-инфекциясидан вафот этган беморларнинг сони ОИВ инфекциясидан ўлганлар сонидан ошиб кетди (7,10,18,29).

В ва С гепатитлари билан касалланиш ёшлар орасида энг кўп учрайди, бу инфекциянинг асосий юқиш йўллари - парэнтерал, жинсий ва вертикал. Сўнгги йилларда ёшлар ўртасида гиёҳвандликнинг кенг тарқалиши гепатит В ва С билан касалланишнинг кўпайишига, шунингдек, улуши ортиб бораётган бирлашган этиологияли гепатит (аралаш гепатит) пайдо бўлишига олиб келди. Волгоградда, шаҳар Давлат санитария-эпидемиология назорати марказининг маълумотларига кўра, 1996 йилдан буён ўткир гепатит В (ЎГВ) ва С (ЎГС) билан касалланишнинг кўпайиши кузатилди. Сўнгги икки йил ичида, касалланиш тенденцияси пасайди. Аммо сурункали гепатит С (СГС) шакллар нисбати ортиб бормоқда. Шундай қилиб, 1998 йилда Волгоградда сурункали вирусли гепатит (СВГ) билан касалланиш 100 минг аҳолига 11,7 ни, 2002 йилда эса 100 минг аҳолига 111,7 ни ташкил этди. Бундан ташқари, аҳолини В ва С гепатитлари маркерлари бўйича скрининг текшируви давомида аниқланган серопозитив шахслар сони ортиб бормоқда: масалан, агар 1998 йилда бу кўрсаткич СГВ инфекцияси бўйича 100 минг аҳолига 36,7, СГС инфекцияси бўйича - 100 минг аҳолига 51,7, кейинги 2002 йилда мос равишда 163,4 ва 594,2 ни ташкил этди.

Гепатит В (ГВ) га қарши ишлаб чиқилган вакцина туфайли кейинги ўн йилликларда СГВ инфекцияси муаммосини муваффақиятли ҳал қилиш мумкин. Ушбу инфекцияга қарши курашиш учун ЖССТ дастурларни ишлаб чиқмоқда ва амалга оширмоқда ва ҳозирда барча мамлакатлар ушбу дастурларни амалга оширишда иштирок этмоқда. Аксинча, гепатит С муаммоси ҳал бўлмади. ГС сурункали шакли юқори фоизида бўлишидан ташқари, ўтказилган ГС инфекцияси С вирусининг бошқа штамлари билан инфекцияни истисно қилмайди. Бу ушбу инфекцияни олдини олиш учун вакцина йўқлигининг сабабларидан биридир. ЖССТ прогнозларига кўра, яқин ўн йилликларда ГС билан касалланганлар орасида жигар циррози билан оғриган беморлар сонини 60 фоизга, гепатокарсинома билан оғриган беморлар сонини 68 фоизга ва жигар декомпенсацияси билан касалланганлар сонини 280

фоизга оширади. Бу жигар касалликларидан ўлим даражасини икки баравар оширади.

Гепатит В ва С билан касалланишнинг кўпайиши муқаррар равишда репродуктив ёшдаги аёлларнинг, шу жумладан ҳомиладор аёлларнинг эпидемик жараёнга кўпайишига олиб келади. Бу тенденция сўнгги йилларда Волгоград шаҳрида кузатилган. Давлат санитария-эпидемиология назорати марказининг маълумотларига кўра, аёлларни ҳомиладорлик бўйича режали кўриқдан ўтказишда 1999 йилдан 2003 йилгача СГВ инфекцияси билан касалланган серопозитив шахслар сони 4,4 баробар, СГС инфекциялари эса 19,1 баробар кўпайган [5,8,14,28,34].

Гепатит В ва С ҳомиладор аёлларда энг кўп учрайдиган инфекциялардан биридир, шунинг учун илмий тиббиёт ва амалий соғлиқни сақлаш вирусли жараённинг ҳомиладорлик, туғиш ва туғруқдан кейинги даврга таъсири муаммосига дуч келмоқда. Вирусли гепатитларнинг ҳомиладорликни кечиши ва натижаларига таъсири. Бугунги кунда ҳомиладор аёлларда вирусли гепатитнинг клиник ва лаборатория диагностикасида ягона тактика ишлаб чиқилмаган. Парэнтерал вирусли гепатит билан касалланган аёлларда ҳомиладорлик давридаги асоратлар сони касал бўлмаган аёлларга қараганда деярли икки баравар, туғруқдаги асоратлар эса 1,5 баравар кўпайган. ГС нинг салбий таъсири нафақат онанинг соғлиғига, балки ривожланаётган ҳомилага соғлиғига ҳам неготив таъсир кўрсатади. ГВ билан оғриган ҳомиладор аёлларда соғлом ҳомиладор аёлларга қараганда кўпроқ ҳомиланинг ахволини ёмонлашиши ва перинатал ўлим юқори фоизларда кузатилади [20,23,25].

Бугунги кунга қадар гепатит В ва ГС нинг ўткир ва сурункали шакллари бўлган ҳомиладор аёлларда иммунитет ҳолатидаги ўзгаришлар бўйича етарлича ишончли кенг қамровли тадқиқотлар мавжуд эмас; ушбу мавзу бўйича нашрлар кам. Ҳомиладорлик даврида, шунингдек, туғиш ва туғруқдан кейинги даврда асоратларни олдини олиш учун ҳомиладорлик даврида гепатит В ва С ни даволаш тактикаси масаласи ҳал этилмаган. Ушбу масалаларни ҳал қилиш учун биз ҳомиладор аёлларнинг ГВ ва ГС фонида иммун тизимидаги ўзгаришларнинг характерини, уларнинг ҳомиладорлик даврига қараб оғирлик даражасини ўрганишни муҳим деб ҳисоблаймиз. Аниқланган клиникалар СГВ ва СГС инфекцияси бўлган ҳомиладор аёлларни туғри даволаш тактикасини аниқлаш мезонлари сифатида ишлатилиши мумкин.

Ушбу қоидалар ҳам акушер-гинекологлар, ҳам юқумли касалликлар шифокорлари амалиёти учун муҳим бўлган ушбу тадқиқотнинг мақсадга мувофиқлиги ва долзарблигини кўрсатади [15,21,23,35].

Волгоградда В ва С гепатитлари билан боғлиқ эпидемиологик вазият юзага келди. Сўнгги йилларда гепатитнинг умумий таркибида сурункали шаклларнинг улуши сезиларли даражада ошди (1998 йилдан 2003 йилгача бўлган даврда 9,5 марта), айниқса СГС ҳисобига кўпайди. Аҳолини гепатит В ва С белгиларига скринингдан ўтказишда репродуктив ёшдаги серопозитив аёллар, шу жумладан ҳомиладор аёллар орасида сони ортиб бормоқда. Шундай қилиб, 1999 йилдан 2003 йилгача СГВ инфекцияси бўлган серопозитив ҳомиладор аёллар сони 4,4 баравар, СГС инфекцияси билан - 19,1 баробар ошди. СГВ ва СГС инфекцияси билан ҳомиладорликнинг кечиши назорат гуруҳига қараганда кўпроқ асоратланди: ҳомиладорликни ўз-ўзидан тушуш хавфи 1,6 марта; гипертензив ҳоллар 1,7 бараварга; плацента етишмовчилиги 2,3 марта; муддатидан олдин туғилиш 4,1 марта. Ушбу патологиялар фонида туғруқнинг ўзига хос хусусиятлари, қоғонок пардасининг эрта ёрилиши - 39,5% гача, эрта туғруқдан кейинги даврда қон кетиш - 5,9% гача, бу назорат гуруҳидаги кўрсаткичлардан мос равишда 2,3 ва 2,8 баравар юқори. Ҳомиладорлик фонида УГВ кечиши касалликнинг холестатик шаклларининг устунлиги (63,8% да, ҳомиладор бўлмаган аёлларга қараганда 4,2 марта кўп) ва кўп (26,1%) шаклланиши билан тавсифланади. Касалликнинг узок давом этадиган даври. Касалликнинг энг оғир даври ҳомиладорликнинг учинчи уч ойлик муддатида кузатилади. Ҳомиладор аёлларда ГВ- ва ГС-инфекцияларининг сурункали шаклларининг клиник кечиши, назорат гуруҳига нисбатан касалликнинг репликатив босқичида турли хил ва аниқ намоён бўлади. Астеновегетатив симптомларнинг устунлиги билан ифодаланади



СГВ билан (93,8%) ва СГС билан 97,2%. СГлар билан диспептик синдромлар СГВ билан 87,5% ва СГС билан 72,2% учрайди. Холестаз синдроми назорат гуруҳига қараганда 2 марта кўп кузатилади (СГВ билан 18,8% ва СГС билан 19,4%). СГС репликация босқичидаги лаборатория параметрлари билирубин, аминотрансфераза даражаси ва диспротеинемиянинг ўртача ўсиши билан тавсифланади, улардаги ўзгаришлар ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи уч ойлик муддатларида энг аниқ намоён бўлади [9, 17, 19, 21,23].

Гепатит В ва С билан оғриган ҳомиладор аёлларда иммун тизимининг дисфункциясининг пренатологик шакллари таркибида, энг кўп учрайдиган юқумли синдром (гепатит В билан 44,9%, СГВ билан 62,7% ва СГС билан 66,7%) учрайди. Иккинчи ўринда аллергия (мос равишда ГВ 26,1%, СГВ 31,4% ва СГС 35,8%), ҳомиладор аёлларнинг 35,3% икки ёки ундан ортиқ синдромга эга. Ўткир гепатит В билан оғриган ҳомиладор аёлларда иммунологик ўзгаришлар цикликдир. Касалликнинг авж олиш даври учун иммун тизимда мутлоқ Т-ёрдамчи типдаги Т-хужайраларнинг етишмовчилиги устунлиги билан лимфопения, СГСнинг патоген шакллариининг тўпланиши, фагоцитар хужайраларнинг ингибицияси. Гуморал иммунитетнинг ўзгариши В-лимфоцитлар даражасининг ошиши, IgA синтезининг ингибицияси ва IgM таркибининг ошиши билан тавсифланади. Ушбу ўзгаришларнинг оғирлиги ҳомиладорлик жараёнининг ривожланиши билан ортади ва касалликнинг авжида учинчи уч ойлик муддатида аниқ намоён бўлади. СГВ ва СГС бўлган ҳомиладор аёлларда доимий Т-лимфопения ҳам ёрдамчи ва эффектор фенотипли хужайралар туфайли, В-лимфоцитларда сезиларли ўзгаришларсиз нейтрофилларнинг фагоцитар фаоллигининг пасайиши қайд этилади. Ушбу ўзгаришлар барча уч ойлик муддатларида кузатилади, лекин I ва II уч ойлик муддатларида аниқ намоён бўлади. Бундан ташқари, вируснинг репликацияси ва патологик жараённинг фаоллиги қанчалик юқори бўлса, хужайравий иммунитет билан боғлиқ депрессия даражаси шунчалик юқори бўлади. Ҳомиладор аёлларни СГВ- ва СГС-инфекцияси билан вобензим ва виусид ёрдамида даволаш, касалликнинг шакли ва босқичига қараб, прогнозни яхшилаш ва СГВ учун касалхонада даволаниш муддатини  $10,1 \pm 1,2$  га қисқартириш имконини берди. Кун давомида СГВ ва СГС билан касалланган беморларда клиникаси анъанавий терапия олганлар билан солиштирганда 2,7 баравар юқори бўлди ва беморларнинг 33,3% касаллик фаоллиги даражасининг сезиларли даражада пасайишини кўрсатди. Терапия ҳомиладорлик, туғиш ва туғруқдан кейинги даврга фойдали таъсир кўрсатади, уларнинг асоратлари хавфни сезиларли даражада камайтиради [23,24,26,30,32].

**Мақсад ва вазифалари:** гепатитлар билан касалланган ҳомиладорларда гестациянинг клиник кечишини ва туғруқ асоратларини ўрганиш.

**Материаллар ва текшириш усуллари.** Самарқанд вилоят перинатал маркази инфекция бўлимида 2021 йил гепатит билан касалланиб даволанган ва туғруққа келган ҳомиладорлар (n=30). Ушбу ҳомиладорлар 1 - асосий гуруҳ деб белгиланди (1-АГ). Гепатит билан касалланмаган ҳомиладорлар ва туғруққа келганлар 2 - назорат гуруҳи (2-НГ) деб белгиланди (n=20). Жами тадқиқот учун (n=50) нафар ҳомиладорлар олинди.

Текшириш натижалари. 1-АГда гепатит В билан 23 нафари (76,7%), гепатит С билан 7 нафари (23,3%) касалланган. Касаллик клиникаси 11 нафарида (36,7%) томоқни қизариши ва оғриши, барчасида ҳолсизлик ва тез чарчаш, иштаҳасизлик билан бошланган. Барчасида касалликни кейинги босқичларида тери ва шиллик қаватларнинг сарғайиши, тери қичиши, сийдикни тўқ рангда қизариши кузатилган. 14 нафарида (46,7%) тана хароратининг ошиши бўлган. Биохимиявий текширишларда билирубин миқдори, АЛТ, АСТ ва тимол синамаси ошган.

Ҳомиладорликни кечиши, ҳомиладорлик қусиши 9 нафарида (30%), ҳомиланинг тушуш хавфи 16 нафарида (53,3%), ҳомилани муддатидан олдин туғилиш хавфи 5 нафарида (16,7%), сурункали пиелонефритнинг кўзғалиши 4 нафарида (13,3%), анемия ўрта оғир даражаси 18 нафарида (60%), анемия оғир даражаси 2 нафарида (6,7%), ЎРВИ 11 нафарида (36,7%) кузатилган.

Туғруқда, 2 нафарида (6,7%) муддатидан олдинги туғруқ ва қолган 28 нафарида

(93,3%) муддатидаги туғруқлар бўлиб ўтди. Туғруқлар асосан 25 нафариди (83,3%) табиий туғруқ йўллари орқали бўлиб ўтди 5 нафариди (16,7%) акушерлик кўрсатмалари (ҳомиланинг ноаниқ ҳолати, бачадондаги чандиқ, бош-чанок диспропорцияси) бўйича кесар кесиш операцияси ўтказилди. Туғруқнинг асоратланиши қоғоноқ сувларини вақтидан олдин барвақт кетиши 3 нафариди (10%), муддатидан олдинги туғруқ 2 нафариди (6,7%), туғруқдан кейинги эрта чилла даврида қон кетиш 1 нафариди (3,3%), чилла даврида бачадон субинвалюцияси 1 нафариди (3,3%) учради.

2-НГда, ҳомиладорликни кечиши ҳомиладорлик қусиши 7 нафариди (35%), ҳомиланинг тушуш хавфи 9 нафариди (45%), ҳомилани муддатидан олдин туғилиш хавфи 1 нафариди (5%), сурункали пиелонефритнинг кўзғалиши 1 нафариди (5%), анемия ўрта оғир даражаси 11 нафариди (55%), анемия оғир даражаси 1 нафариди (5%), ЎРВИ 8 нафариди (40%) кузатилган.

Туғруқлар барчасида муддатида бўлиб ўтди. Туғруқлар асосан 18 нафариди (90%) табиий туғруқ йўллари орқали бўлиб ўтди 2 нафариди (10%) акушерлик кўрсатмалари (бачадондаги чандиқ, бош-чанок диспропорцияси) бўйича кесар кесиш операцияси ўтказилди. Туғруқнинг асоратланиши қоғоноқ сувларини вақтидан олдин барвақт кетиши 2 нафариди (10%), чилла даврида бачадон субинвалюцияси 1 нафариди (5%) кузатилди.

Хулоса. Гепатитлар клиникаси ҳомиладорликда аниқ ривожланиши билан номоён бўлди. Ҳомиладорликни кечишида 1-АГда, ҳомилани муддатидан олдин туғилиш хавфи 5 нафариди (16,7%), анемия оғир даражаси 2 нафариди (6,7%), ЎРВИ 11 нафариди (36,7%) устун белгилари билан кечди.

Туғруқда, қоғоноқ сувларини вақтидан олдин барвақт кетиши 3 нафариди (10%), муддатидан олдинги туғруқ 2 нафариди (6,7%), туғруқдан кейинги эрта чилла даврида қон кетиш ва чилла даврида бачадон субинвалюцияси 1 нафардан (3,3%) билан асоратланди.

2-НГ да гестациянинг кечиши, ҳомиланинг тушуш хавфи 9 нафариди (45%), анемия ўрта оғир даражаси 11 нафариди (55%), ЎРВИ 8 нафариди (40%) кузатилган. Туғруқлар, барчасида муддатида бўлиб ўтди. Туғруқнинг асоратланиши қоғоноқ сувларини вақтидан олдин барвақт кетиши 2 нафариди (10%), чилла даврида бачадон субинвалюцияси 1 нафариди (5%) учради.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ахмедова М. Д., Ташпулатова Ш. А., Ихтиярова Г. А., Каримова М. Т. Хронические вирусные гепатиты В и D у беременных: распространенность, течение и исходы (обзор литературы) // Журнал инфектологии. 2021;13(2):29-37. <https://doi.org/10.22625/2072-6732-2021-13-2-29-37>/<https://journal.niidi.ru/jofin/article/view/1202>.
2. Абдурахманова, А. Т. Гепатит С у беременных: влияние на течение беременности, роды и потомство: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Абдурахманова Ариза Тинавпа. - Ростов-на-Дону, 2004. — 21 с.
3. Безнощенко Г.Б., Сафонов А.Д., Яркое А.Н. Желтухи у беременных. М., Медицинская книга. Н.Новгород: Изд-во НГМД., 2004-74 с.
4. Белопольская, М.А. Тактика ведения беременности у женщин с хроническим гепатитом В / М.А. Белопольская // Вестник РУДН, серия Медицина. - 2013. -№ 5. - С. 235-240.
5. Жданов К.В., Лобзин Ю.В., Гусев Д.А., Козлов К.В. Вирусные гепатиты: монография // . - СПб.: Фолиант, 2011. - 304 с
6. Гурская, Т.Ю. Беременность и хронический HCV-гепатит: вопросы патогенеза, клиники, диагностики, состояния фето-плацентарной системы: автореф. дис. ... д-ра мед.наук: 14.00.01 / Гурская Татьяна Юрьевна. - М., 2006. - 46 с.
7. Даминов, Т.А. Клинико-эпидемиологические аспекты генотипов вируса гепатита В встречающихся в Узбекистане / Т.А. Даминов [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т. 2, №3. - С. 98-100.
8. Евстигнеева, Е.С. Клинико-иммунологические особенности различных вариантов острой и хронической HBV-инфекции: автореф. дис. ... канд.мед.наук: 14.00.10/ Евстигнеева Инна Сергеевна. — Новосибирск, 2007. — 24 с.
9. Епалеева, Д.Ш. Зависимость активности аланинаминотрансферазы от пола пациента при вирусных гепатитах В / Д.Ш. Епалеева, Д.Т. Бешимова // Казанский медицинский журнал. - 2012. - Т. 93, № 3. - С. 456-457.
10. Ершова, О. Н. Современные проявления эпидемического процесса гепатита С, активность естественных путей передачи, совершенствование профилактики этой инфекции: автореф. дис. ... д-ра мед. наук:

- 14.00.30 / Ершова Ольга Николаевна. — М., 2006.-47 с.
11. Ефанова, Т.С. Структура психических расстройств у беременных с угрозой прерывания / Т.С. Ефанова, Р.И. Захаров // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. -2013. -№ 5 (80). -С. 51-53.
  12. Жаров, С.П. Терапия вирусных гепатитов [Электронный ресурс] / С.Н. Жаров, Б.И. Санин // Лечащий врач. - 2009. - № 2. - Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2009/02/7155254/>.
  13. Зейналова, Х.П. Вирусные гепатиты В и С: эпидемиологическая ситуация в Азербайджане в последние годы / Х.П. Зейналова // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. -2010. -№ 4 (53). - С. 66-67.
  14. Знойко, О.О. Клинико-патогенетические особенности естественного течения вирусного гепатита С и оптимизация лабораторно-диагностических критериев исходов заболевания: автореф. дис. ... д-ра мед.наук: 14.00.10 / Знойко Ольга Олеговна. — М., 2007. - 44 с.
  15. Игнатова, Т.М. Хронический вирусный гепатит и беременность / Т.М. Игнатова // Гепатологический форум. - 2009. - № 3. - С. 2-11.
  16. Ильмухина, Л.В. Клинико-лабораторные особенности хронического гепатита В у лиц старше 50 лет: автореферат дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.10 / Ильмухина Лариса Владимировна. - СПб., 2009. - 20 с.
  17. Ихтиярова, Г.А. Факторы риска перинатальных осложнений по данным ретроспективного анализа / Г.А. Ихтиярова, Ф.М. Аюпова, Г.М. Негматова // Педиатрия. - 2019. - № 1. - С. 223-229.
  18. Колгушина Н.В., Макацария Л.Д. Вирусные инфекции у беременных. Руководство для врачей. Триада-Х, Москва, 2004, 144 с.
  19. Кувшинова, Т.Д. Прогнозирование и профилактика осложнений беременности на фоне вирусных гепатитов: дис. ... канд. мед. наук / Т.Д. Кувшинова. - М., 2008. - 90 с.
  20. Канева, О.Я. О трудностях установления путей передачи парентеральных вирусных гепатитов при сборе эпидемиологического анамнеза / О.Я. Канева // Инфекция и иммунитет. - Материалы X съезда ВНПОЭМП, Москва, 12—13 апреля 2012 г. - С. 444.
  21. Кипчатова, Т.Ю. Психовегетативный статус беременных с хронической фетоплацентарной недостаточностью и возможности ее коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.11 / Кипчатова Татьяна Юрьевна. - Саратов, 2011. - 26 с.
  22. Кистенева, Л.Б. Клинико-лабораторные особенности цитомегаловирусной и НС-вирусной инфекции у беременных и новорожденных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.09 / Кистенева Лидия Борисовна. - М., 2010. - 52 с.
  23. Кишкун, А.А. Иммунологические исследования и методы диагностики инфекционных заболеваний в клинической практике: монография / А.А. Кишкун. — М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2009. — 712 с.
  24. Корсакова, Ю.Л. Ревматические синдромы при вирусных гепатитах В и С / Ю.Л. Корсакова // Доктор.ру. - 2011. -№ 7(66). - С. 45-48.
  25. Косаговская, И.И. Медико-социальные аспекты вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи / И.И. Косаговская, Е.В. Волчкова // Эпидемиология и инфекционные болезни. —2013. - № 1. — С. 28-39.
  26. Кузьмин, В.Н. Вирусный гепатит С: современная проблема акушерства [Электронный ресурс] / В.Н.Кузьмин // Лечащий врач. - 2012. - № 3. - Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2012/03/15435377>.
  27. Лелевич, С.В. Клинико-лабораторные особенности периода беременности : учебно-методическое пособие / С.В. Лелевич. - Гродно: ГрГМУ, 2010. - 52 с.
  28. Магомедова, З.М. Комплексная профилактика осложнений беременности и родов у женщин с вирусным гепатитом в Республике Дагестан: автореферат дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Магомедова Зайнаб Муртазалиевна. - Волгоград, 2009. — 26 с.
  29. Невзорова, Т.Г. Хронические вирусные гепатиты В и С у беременных: клинико-лабораторная характеристика с учетом состояния антиоксидантной защиты, особенности течения беременности и родов: дис. ... канд. мед. наук. / Т.Г. Невзорова. - М., 2005. - 108 с.
  30. Перевертень, Л.Ю. Клинико-лабораторная характеристика хронических вирусных гепатитов у беременных / Л.Ю. Перевертень [и др.] // Современные наукоемкие технологии. - 2014. - № 1. - С. 66-70.
  31. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.958-99. Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами: санитарно-эпидемиологические правила. - М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2000. - 22 с.
  32. Сидорова, И.С. Методы исследования при беременности и в родах. Стандартные и новые технологии: учебное пособие / И.С. Сидорова, И.О. Макаров. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с.
  33. Ходжаева, М. Вирус гепатита D в Узбекистане / М. Ходжаева, Н. Ибодуллаева, А Хикматуллаева // The Lancet Gastroenterology and hepatology. - 2020. - Т. 5, Выпуск 3. - С. 238-240.
  34. Acceptability of psychotherapy, pharmacotherapy, and self-directed therapies in Australians living with chronic hepatitis C / B.J. Stewart, D. Turnbul, A.A. Mikocka-Walus et al. // J. Clin. Psychol. Med. Settings. - 2013. - Vol. 20, N 4. - P. 427-439.
  35. Beckers, K. Compliance with antenatal screening for hepatitis B surface antigen carrier status in pregnant women and consecutive procedures in exposed newborns / K. Beckers, U.B. Schaad, U. Ileiningер // Eur. J. Pediatr. - 2004. - Vol. 163, N 11. - P. 654-657.

## PREVENTION OF MASSIVE OBSTETRIC BLEEDING WITH PROTHROMBIN COMPLEX CONCENTRATES

U. Yu. Yusupov, R. Sh. Ummatova, N. U. Babadjonova

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

**Ключевые слова:** Умон-комплекс, коагулопатическое кровотечение, гемостазиограмма, транексамовая кислота, система свертывание крови (ССК), массивные акушерские кровотечения (МАК), объем циркулирующей крови (ОЦК), концентрат протромбинового комплекса (КПК), преждевременное отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНПП).

**Таянч сўзлар:** Умон-комплекс, коагулопатик қон кетиш, гемостазиограмма, транексамик кислота, қон ивиш тизими, кўп миқдорда акушерлик қон кетиши, айланма қон ҳажми, протромбин комплекси концентрати, нормал жойлашган плацентанинг муддатидан олдин ажралиши.

**Key words:** Umon-complex, coagulopathy bleeding, hemostasiogram, tranexamic acid, blood clotting system (BCS), massive obstetric bleeding (MOB), circulating blood volume (CBV), prothrombin complex concentrate (PCC), premature detachment of a normally located placenta (PDNLP).

The article concludes that, compared with tranexamic acid, the Uman-complex is much more effective for the prevention and control of massive obstetric bleeding, and also does not lead to thrombotic complications after its use.

## ПРОТРОМБИН КОМПЛЕКСИ КОНЦЕНТРАТЛАРИ БИЛАН КЎП МИҚДОРДА АКУШЕРЛИК ҚОН КЕТИШИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

У. Ю. Юсупов, Р. Ш. Умматова, Н. У. Бабаджонова

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

Ушбу мақолага кўра, Умон-комплекс транексамик кислота билан солиштирганда, кўп миқдорда акушерлик қон кетишини назорат қилиш ва олдини олишда сезиларли даражада самарали эканлиги аниқланди. Бундан ташқари фойдаланишдан кейин тромботик асоратлар кузатилмади.

## ПРОФИЛАКТИКА МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ КОНЦЕНТРАТАМИ ПРОТРОМБИНОВОГО КОМПЛЕКСА

У. Ю. Юсупов, Р. Ш. Умматова, Н. У. Бабаджонова

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

Согласно данной статье, установлено, что Уман-комплекс значительно эффективен в борьбе с массивным акушерским кровотечением и его предотвращении по сравнению с транексамовой кислотой, кроме того после его применения тромботические осложнения не наблюдались.

Every situation that can be predicted can be prevented. Prevention of MOB should be carried out at the stage of preconception preparation. In the presence of a scar on the uterus, placenta in-growth or placenta previa, it is necessary to monitor the integrity of the muscles of the uterus through ultrasound or MRI. In cases of suspicion of the above risks, plan observation and delivery in a level III clinic.

Prevention of PDNLP and pre-eclampsia should be carried out from the antenatal period, where it is necessary to assess uteroplacental blood flow, correct BCS from early pregnancy until delivery.

According to the WHO recommendation, MOB analysis should be carried out not only according to the protocols of confidential analysis of maternal deaths, but also according to NEAR MISS indicators (eng - "barely survived"), or all critical cases of massive obstetric bleeding that developed during pregnancy, during childbirth and during 42 days after them. Together, "near miss" and maternal mortality make up the so-called. maternal outcomes [4].

Serious changes have taken place in the Republic of Uzbekistan over the past three years. Increasingly, extragenital diseases are becoming the cause of maternal death (26.6%). However, massive obstetric hemorrhages continue to occupy a leading place in the loss of maternal life

(22.7%). Severe forms of preeclampsia also continue to be the most formidable life-threatening conditions (19%). Consistently high figures in the MOB structure continue to be occupied by congenital and acquired disorders of the blood coagulation system, the so-called. coagulopathy and systemic diseases (systemic lupus erythematosus). In the last decade, there has been an increase in the incidence of coagulopathic bleeding from 0.9% to 2.1% per 1000 births [2].

It should be noted that massive obstetric bleeding is characterized by the suddenness and speed of blood loss, which, in the presence of extragenital pathology and / or pathology of pregnancy, leads to the rapid development of coagulopathy, the development of shock and MODS (multiple organ failure syndrome). Almost any obstetric bleeding exceeding 25% of the CBV leads to the development of consumption coagulopathy, or more precisely, to coagulopathy due to acute loss of components that provide blood aggregation, or the so-called. syndrome of disseminated blood coagulation. First of all, in the laboratory, this is expressed by a significant decrease in all factors of BCS, including a decrease in the number of platelets and their aggregation properties [7].

The same occurs in severe preeclampsia, liver disease, and congenital and acquired coagulopathic conditions. However, in this contingent of pregnant women and puerperas, massive obstetric bleeding develops initially due to coagulopathic disorders.

In modern obstetric practice, the issue of assessing the state of the blood coagulation system is acute. Performing a standard hemostasiogram is difficult in most level II obstetric facilities, and takes more than 50 minutes in level III facilities. With MOB, laboratory assessment of the state of hemostasis should be accessible, reliable and fast. That is why, in the national standards in the Republic of Uzbekistan for combating bleeding, the bedside test (Lee-White test) continues to be relevant.

Thus, dynamic monitoring in the antenatal period should include: - systematic monitoring of the state of the BCS, the number of platelets and their aggregation properties, determination of the level of homocysteine, the content of antiphospholipid antibodies, genetic markers of thrombophilia, indicators of vascular resistance in the uteroplacental blood flow from the III trimester of pregnancy up to childbirth [2].

From the literature sources, autoplasm transfusion is actively used in a number of countries for the prevention of massive obstetric bleeding associated with coagulopathy. The use of fresh frozen plasma for bleeding caused by pathology in the BCS is the most pathogenic, because plasma contains all the necessary factors to ensure proper blood aggregation. The use of autoplasm does not carry the risk of infection of the recipient, prevents post-plasma transfusion complications, and is more cost-effective than the use of donor plasma preparations [6].

However, the procurement, storage and transportation of autoplasm, as well as donor plasma and its components, also presents significant difficulties. First of all, the duration of storage of autoplasm from the moment of harvesting to its use is unknown. And violations of the conditions for the duration of storage can lead to unpredictable consequences of its use. With regard to donor plasma or its components, it does not exclude the risk of infection of the recipient with formidable viral diseases, including HIV and hepatitis.

Tranexamic acid has also been successfully used in a number of countries to stop or prevent MOB. It should be noted that tranexamic acid is included in the WHO list of essential medicines. The antifibrinolytic effect of tranexamic acid consists in the reversible blocking of lysine binding sites on the plasminogen molecule, which prevents its conversion into fibrinolysin (plasmin), and also prevents the combination of plasmin and tissue plasminogen activator with fibrin. This provides suppression of fibrin degradation. In addition, tranexamic acid enhances collagen synthesis, which enhances the stability and strength of the thrombus. But, according to the researchers, the effectiveness of the action is significantly reduced 12-16 hours after the administration of the drug. Repeated administration of tranexamic acid prolongs the main effect of the drug. The most common complications in the form of nausea, vomiting, diarrhea, allergies and orthostatic collapse are observed in isolated cases. The most formidable complication in the form of deep vein thrombosis

was also recorded very rarely (3.5).

Since 2020, SSAPMC of Obstetrics and Gynecology of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan has conducted clinical studies to evaluate the effectiveness of preventing bleeding in pregnant women at risk for massive obstetric bleeding registered in the Republic of Uzbekistan. concentrate prothrombin preparation Uman-Complex D.I. (Uman Complex D.i) by KEDRION S.p.A. (Italy).

The main group consisted of 10 pregnant women with a decompensated form of liver cirrhosis and 10 pregnant women with congenital thrombocytopenia, who, in order to prevent massive bleeding, 24-36 hours before delivery, received Uman-Complex PCC in the amount of two doses. The drug represents a balanced complex content of the three main human blood coagulation factors - II, IX, X. The pharmacological effect of the drug is hemostatic. PCC compensates for the lack of blood coagulation factors and eliminates hypocoagulation in patients with its deficiency.

The comparison group consisted of 20 patients with liver cirrhosis and congenital thrombocytopenia, who received tranexamic acid according to the standard scheme to prevent bleeding a day before the expected birth.

Clinical and laboratory studies included complete blood count (CBC), blood coagulation analysis (BCS) with platelet count, international normalized ratio (INR), bedside test (Lee White blood test), calculation of blood loss, volume of transfusion of blood components and so on.

The most common complication in pregnant women with a high risk of massive obstetric bleeding is placental abruption (PDNLP). This is primarily due to the low aggregation potential of the blood and dysfunction of endotheliocytes. Injury of the soft birth canal is an expected complication of childbirth, potentially threatening MOB only if it is diagnosed late, or if bleeding develops, which has a coagulopathic character. Since this contingent of women has the highest risk of developing coagulopathic bleeding, a comparative assessment of the effectiveness of the PCC Uman-complex and Tranexamic acid for the prevention of MOB was the purpose of our study.

Of the laboratory parameters, the decrease in Hb - (76-91) g/l, Ht<22, the number of erythrocytes <2.2 drew attention. In biochemical analyzes, there was a decrease in total protein <48 g/l, an increase in the normative indicators of direct and indirect bilirubin and enzymes. The state of BCS in pregnant women at risk for MOB indicates that there was a significant decrease in the number of platelets (111±21) thousand units; in pregnant women with liver cirrhosis, (99±29) thousand units. – in women with thrombocytopenia (p<0.1). Fibrinogen levels decreased to 1.5-1.8 g/l, platelet aggregation decreased to 45-60%. Clinically, this was manifested by gingival and nasal bleeding, post-injection hematomas and petichial hemorrhages on the mucous membranes and skin of varying degrees of intensity. The Lee-White bedside test exceeded 12 minutes (12.5-16.0) in almost all pregnant study groups.

All pregnant women of the main and compared groups were consulted before delivery by highly qualified hepatologists, infectious disease specialists and hematologists. All pregnant women were delivered conservatively through the natural birth canal at 35-38 weeks of gestation.

In the intensive care unit of the SUPSSAPMCOiG, 24-36 hours before the expected birth, intravenous administration of PCC Uman-complex - 400 IU and Tranexamic acid - 1.0 intravenously by drip was carried out, according to the scheme recommended by the manufacturers.

After the use of the drugs, clinical and laboratory monitoring of the clinical manifestations of hemorrhagic syndrome and laboratory blood parameters was carried out. After the introduction of two doses of the PCC Uman-complex, all patients noted the disappearance of gingival and nasal bleeding. After the introduction of tranexamic acid, gingival and nosebleeds were not observed in 7 out of 10 pregnant women, in three patients the intensity of bleeding from the gums and nose decreased significantly, but didn't disappear.

In laboratory parameters, a slight increase in the number of platelets draws attention, but this was not significant. However, aggregation of blood increased significantly. This was manifested by an increase in fibrinogen levels up to 2.4-3.5 g/l, an increase in platelet aggregation up to 71-92%. Lee-White bedside test scores dropped to 6-8 minutes.

Complications observed in childbirth are presented in table No. 1. Injuries of the birth canal, both in the main and in the comparison group, were observed in two puerperas in the form of ruptures of the soft birth canal and perineum of the 1st degree. In all cases, the volume of blood loss did not exceed  $150.0 \pm 30.0$  ml. However, he draws attention to the fact that in women, in order to prevent bleeding in the prenatal period, the PCC Uman-complex was used, after restoring the integrity of the vaginal and perineal mucosa, reliable hemostasis was clinically fixed, despite a significant decrease in the number of platelets. In BCS, fibrinogen levels exceeded  $>2.8$  g/l, platelet aggregation rates  $>84\%$ . Blood clotting time according to Lee-White did not exceed 8 minutes.

In puerperas of the comparison group, who were treated with tranexamic acid to prevent bleeding, clinically hemostasis after restoring the integrity of the tissue in the perineum was manifested by slight spotting bloody discharge from the wound. The number of platelets, as in the main group, was below 76 thousand. Fibrinogen levels were in the range of 2.4-2.8 g/l, platelet aggregation was above 72%. The time of formation of a clot according to Lee-White is within 9-10 minutes.

The most formidable complication in the form of placental abruption in the first stage of labor was noted in a woman with liver cirrhosis, where tranexamic acid was used to prevent MOB, which required emergency abdominal delivery. The volume of blood loss before delivery was estimated at 200.0 ml. Two doses of FFP were administered intraoperatively. The total volume of blood loss was estimated at 650.0 ml.

A complication of the third stage of labor in the form of hypotension and atony of the uterus was recorded in only three women. The standard treatment of uterine hypotension was carried out, approved by the protocol of the Ministry of Health and the standard of the SURSSAPMCOiG. In one woman of the main group with liver cirrhosis, the volume of total blood loss was estimated at 350.0 ml. External-internal massage on the fist with the simultaneous use of uterotonics allowed for an increase in tone and stable hemostasis. Of the two patients in the comparison group, in one conservative methods of increasing the tone were sufficient to stop bleeding. The volume of blood loss was estimated at 500.0 ml, which required the additional use of uterotonics and repeated intravenous administration of tranexamic acid and infusion solutions to replenish the CVB. In one case, continued bleeding required surgical hemostasis. Laparotomy with uterine extirpation provided reliable hemostasis. Intraoperatively, in order to ensure reliable hemostasis, the patient additionally underwent intravenous transfusion of tranexamic acid-1.0 and FFP in the amount of two doses. The total blood loss in the patient of the comparison group was 1200.0.

Fibrinogen values in the patient of the main group after bleeding relief amounted to 2.4 g/l, platelet aggregation - 72%, Lee-White clotting time 8.35 sec. In the patient of the comparison group, who had enough conservative measures to ensure hemostasis, fibrinogen values were 2.1 g/l, platelet aggregation was 66%, the Lee-White clotting time was 9.20 sec.

In a patient with bleeding requiring surgical treatment, fibrinogen levels decreased to 1.8 g/L, platelet aggregation was 51%, the Lee-White thrombus formation time exceeded 12 minutes.

In pregnant women of both groups with thrombocytopenia, coagulopathic bleeding was observed during childbirth in one patient of the main group, and in three women of the comparison group. To stop bleeding in all patients, conservative measures were sufficient to increase the aggregation properties of blood. In one patient of the main group, after the placenta was released, one-stage bleeding in the amount of 400.0 ml was noted. Standard measures with repeated intravenous administration of oxytocin 10 units. and PCC Uman-complex made it possible to achieve reliable hemostasis five minutes after the administration of drugs.

In three patients of the comparison group, immediately after separation and separation of the placenta, bleeding was noted in the amount of 350.0-550.0 ml. Immediate standard measures to stop bleeding, which required repeated intravenous administration of uterotonics and tranexamic acid in a volume of 2.0, did not allow achieving stable hemostasis in two patients. Only after an additional transfusion of FFP in the amount of one dose, it was possible to stop the bleeding.

The indicators of BCS in the main group before the use of PCC Uman-complex recorded a

decrease in fibrinogen to 1.8 g/l, platelet aggregation 68%, clotting time according to Lee-White 10.40 sec. After the use of the PDA Uman-complex, fibrinogen levels increased to 2.4 g/l, platelet aggregation was 88%, the Lee-White clot formation time was 8 minutes. In the comparison group, all three patients with profuse bleeding had a decrease in fibrinogen <1.7 g/l, platelet aggregation was less than 70%, and the Lee-White clotting time was more than 12 minutes. After carrying out emergency standard measures to stop bleeding by additional administration of uterotonics and tranexamic acid, one and after the introduction of FFP, two puerperas managed to significantly increase the aggregation indicators of BCS. Fibrinogen levels exceeded 2.2 g/l, platelet aggregation up to 82%, the Lee-White time was reduced to <8.32 sec.

In the postpartum period, there were no repeated episodes of bleeding in both groups. However, on the 4th day after delivery, one patient of the comparison group had clinical signs of deep vein thrombosis of the leg of the right leg, which required a consultation with a vascular surgeon and additional treatment and rehabilitation measures to stop thrombosis. This patient had a sharp increase in platelet aggregation to 93% and a Lee-White clotting time < 5.20 seconds.

Thus, compliance with approved national protocols and local clinical standards for the prevention of massive obstetric bleeding in pregnant women and parturient women at risk should include drugs that increase blood aggregation properties. The most effective of them should be recognized as a concentrate of the prothrombin complex Uman-complex, which has proven itself as a tool that reliably provides a stable increase in blood aggregation characteristics. Compared to tranexamic acid, Uman-complex is much more effective for the prevention and control of MOB, and also does not lead to thrombotic complications after its use.

#### References:

1. Н. Н. Каримова, Ф. М. Аюпова Пути улучшения качества жизни женщин, перенесших послеродовое кровотечение // Вестник врача, № 3, 2019. С.62-67.
2. Н. Н. Каримова, О. Й. Поянов, Ф. К. Ахмедов, Н. Зокирова Некоторые биохимические механизмы дисфункции эндотелия у женщин, перенесших массивные кровотечения при родах // Вестник врача, № 2 (94), 2020. С.47-51. DOI: 10.38095/2181-466X-2020942-47-51
3. Мазурок В.А., Лебеденский К.М., Карелев А.Е.. Острая массивная кровопотеря. СПб.: Изд-во СПбМА-ПО.2009: 192с.
4. Мельник А.А. Механизм действия гемостатических лекарственных препаратов. // Новости медицины и фармации.- №10(622).-2017.
5. М. Н. Негматуллаева, Н. Р. Хамидова, Ф. К. Ахмедов, Д. И. Туксанова Факторы риска акушерских кровотечений // Вестник врача, № 3, 2019. С.83-85.
6. Савустьяненко А.В. Транексамовая кислота и особенности ее применения при тяжелых менструальных кровотечениях. // Новости медицины и фармации.- №20-22.-2012.
7. Сухих Г.Т., Серов В.Н., Савельева Г.М. и др. Профилактика и терапия массивной кровопотери в акушерстве (медицинская технология). М.2010.20с.
8. Транексамовая кислота: чем раньше, тем лучше. // <http://9thcall.ru/2017/11/10/txa/>
9. Д.И. Туксанова Особенности изменения органного кровотока у женщин с осложненной преэклампсией // Вестник врача, № 4, 2018. С.61-66.
10. WHO recommendation on tranexamic acid for the treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2017, №2
11. Shakur H. et al. Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2) : a randomized, placebo-controlled trial. // Lancet. 2010; 376 (9734): 23-32. doi: 10.1016.



## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

## CASE REPORT

DOI: 10.38095/2181-466X-20221042-166-171

УДК 611.673.1(001.1)

## СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА БРАЙУОТЕРСА В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Ф. Д. Каримова, Н. Б. Жураев, Ш. Э. Атаханов

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,  
Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** синдром Брайуотерса, синдром Краш, ишемия миометрия, осложненные роды, синдром сдавления матки, травматическое поражение матки.

**Tayanch so'zlar:** Brayuoter sindromi, Crash sindromi, miyometriyal ishemiya, asoratlangan tug'ish, bachadon siqilish sindromi, bachadonning travmatik shikastlanishi.

**Key words:** Briwater's syndrome, Crush syndrome, myometrial ischemia, complicated delivery, uterine compression syndrome, traumatic uterine injury.

Снижение частоты разрывов матки в силу механических причин (неправильное положение плода, клинически узкий таз и т.п.), а также насильственных разрывов вследствие грубых и неосторожных акушерских вмешательств уступило приоритет гистопатическим разрывам, в которых этиологические причины в последние годы только нарастают.

## TUG'RUQDAN KEYINGI ERTA DAVRDA BRAUOTER SINDROMINI RIVOJLANISHI

F. J. Karimova, N. B. Juraev, Sh. E. Ataxanov

Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, Toshkent, O'zbekiston

Mexanik sabablarga ko'ra bachadon yorilishi chastotasini kamaytirish (noto'g'ri homila holati, klinik jihatdan tor tos suyagi va boshqalar), shuningdek, zo'ravonlikdagi yorilishlar qo'pol va ehtiyotsiz akusherlik aralashuvi tufayli o'z o'rnini gistopatik bo'shliqlarga berdi, bunda oxirgi etiologik sabablar oxirgi yillarda kopayishi kuzatilmoqda.

## A CASE OF THE DEVELOPMENT OF BRIWATER'S SYNDROME IN THE EARLY POSTPARTUM PERIOD

F. J. Karimova, N. B. Juraev, Sh. E. Ataxanov

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

Reducing the incidence of uterine rupture due to mechanical causes (incorrect fetal position, clinically narrow pelvis, etc.), as well as violent ruptures due to gross and careless obstetric interventions, gave way to histopathic gaps, in which etiological causes in the last the years just keep growing.

Травма матки или нарушение ее целостности во время родов, является тяжелейшим проявлением акушерского травматизма. Несмотря на большую давность этой проблемы, ее нельзя считать решенной. С течением времени, хотя частота разрывов матки и снизилась с 0,13 до 0,16, эта акушерская патология продолжает оставаться серьезной проблемой [1,3,5,]. Снижение частоты разрывов матки в силу механических причин (неправильное положение плода, клинически узкий таз и т.п.), а также насильственных разрывов вследствие грубых и неосторожных акушерских вмешательств уступило приоритет гистопатическим разрывам, в которых этиологические причины в последние годы только нарастают. Из этиологических причин, в последнее время на первый план выходят, прежде всего, миомэктомии, особенно с коагуляционным гемостазом. Однако в имеющейся литературе отсутствуют какие либо данные по травматизации матки во время родов проявляющиеся в последствии синдромом сдавливания, краш синдромом. Тогда как, осложнения в раннем послеродовом периоде имеют определенное сходство с СДС, описанного в литературе медицины катастроф. Появляются не существовавшие ранее виды гистопатий, связанные с перенесенными инфекциями, в частности covid-19. Как правило имеющаяся инфекция поражает основные функциональные, клетки вызывая нигетическую несостоятельность утеромиоцитов, что в свою очередь обуславливает неудовлетворительную сократительную деятельность матки. Затяжные роды, аномалии родовой деятельности - это не только причины неудовлетворительных перинатальных исходов, это тяжелые, а порой

необратимые осложнения, имеющие высокий риск инвалидизации самой роженицы.

Патогенез разрыва матки при затяжных родах связан с нарастающей ишемией миометрия, накоплением недоокисленных продуктов обмена, которые повреждают клетки миометрия, способствуя их разрыхлению и потере эластичности. Выдающийся акушер Н.С. Бакшеев, учитель, научный руководитель проф. В.Е. Радзинского, описывал этот процесс как «перетирание». Затяжные роды часто сопровождаются нарастающей восходящей инфекцией, что еще более усугубляет состояние пациентки при совершившемся разрыве матки, и повышает риск материнской летальности. Оперативные пособия в родах, такие как вакуум-экстракция, акушерские щипцы или давление на дно матки прочно ассоциируются в акушерском, да и в бытовом сообществе с высокой частотой материнских и детских осложнений.

Причем в общественном сознании превалирует стойкая доминанта, что эти осложнения вызваны самой процедурой. Это мнение поколебать достаточно сложно, тем более что оно подкрепляется статистикой — частота материнской, перинатальной заболеваемости и смертности выше при оперативных родах. При формировании такого мнения упускается очень важный момент — к оперативным пособиям прибегают при возникновении осложнений родов или выраженном страдании плода, и поэтому сложно доказательно определить, что первично — перинатальные осложнения, связанные с причиной, вынудившей оказывать оперативное пособие, или само же оказание пособия [2].

Самое загадочное и вызывающее наибольшее количество споров акушерское пособие, в обиходе именуемое «Кристаллер», прочно увязано с риском разрыва матки. Идея процедуры заключалась в усилении сокращений матки во время родов путем ее массирования и повторных кратковременных нажатий в направлении продольной оси родового канала [5], при развитии ослабления родовых болей в потужном периоде, или слабости передней брюшной стенки. Постепенно от точных выполнений методик, описанных С. Кристаллером и Я.Ф. Вербовым, стали отходить, и использовать модификации, как например, описанная И.Ф. Жорданием методика наложения «бинта Вербова» при помощи медицинских простыней. Также перестали соблюдаться условия оказания пособий. В результате пособие при потугах стали оказывать в каждом учреждении по своему, в зависимости от фантазии и физической подготовки врача, чаще всего это были разновидности гибрида пособия Кристаллера и бинта Вербова, но почему-то упорно именуемым термином — «кристаллер» (поскольку он к С. Кристаллеру имеет весьма отдаленное отношение и скорее приобрел нарицательное значение, мы пишем название с маленькой буквы). Погрешности при оказании пособия и неисполнение обязательных условий приводило к росту акушерского травматизма и постепенно сложилось мнение, что именуемый «кристаллером» прием — плохой. В литературе обсуждение этого пособия свелось к минимуму, да и вообще приобрело какое-то нецензурное значение. Массово применяющееся пособие стало главной тайной акушеров. Соответственно исчезло упоминание пособия в историях родов, и отсутствуют исследования о последствиях его использования. При неадекватном применении методики нажатия на матку при выполнении так называемого метода кристаллера происходит ряд сложных, необратимых патологических процессов, далеко не так явных, как разрыв матки. Если произошло раздавливание стенки матки без выхода разрыва в брюшную полость, то диагноз при ручном обследовании поставить практически невозможно, и единственными симптомами будет боль, анурия, признаки печеночно-клеточной недостаточности. Кровотечение и картина шока может развиваться и отсрочено, через несколько часов после родов.

В редких случаях при синдроме сдавления матки наружного кровотечения может не быть вовсе, патология матки остается нераспознанной, затем начинается клиника миоренального синдрома. Попытка использования дополнительных методов исследования, которым приписывается высокая диагностическая ценность, таким как КТ или МРТ, в этой ситуации всегда упирается в главную проблему: дефицит времени, так как через короткий промежуток времени после начинаются выраженные нарушения состояния мате-

ри.

При сдавлении матки во время родов, происходит классический синдром гипоксически-ишемического поражения мышечной ткани матки с выбросом и истощением факторов свертывания крови, неконтролируемая активация альтернативного пути комплемента, ведущая к генерализованному тромбообразованию в сосудах микроциркуляторного русла.

Помимо ишемических, геморрагических повреждений мышцы матки, в дальнейшем развивается комплекс специфических патологических расстройств (компаратмент-синдром). Отличительной особенностью данного синдрома является его проявление сразу же после ликвидации воздействия механического фактора.

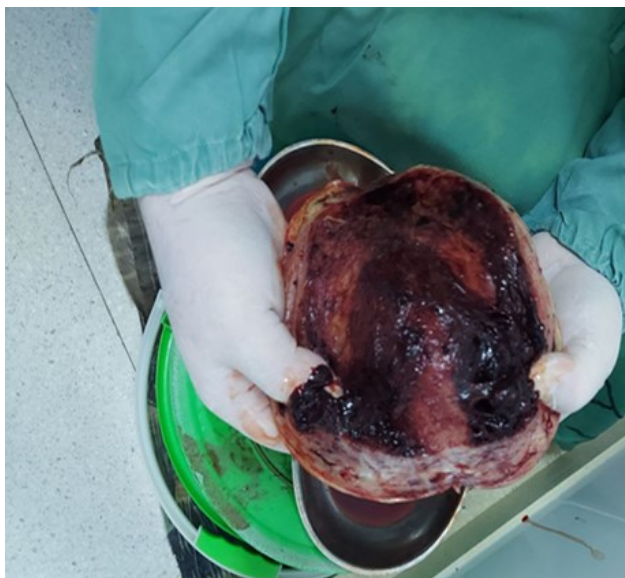
Также для синдрома сдавления матки характерны особенности почечной патологии: олигурия (продукция мочи менее 400 мл/24 ч), повышение уровня мочевины крови, креатинина сыворотки, мочевой кислоты, калия. Маркёры интоксикации и прогноза: креатинфосфокиназа, аланиновая и аспарагиновая трансаминаза, миоглобин в крови и моче.

Патогенез связан с массивным поступлением в кровоток из мест сдавления и/или раздавливания тканей миоглобина, гистамина, серотонина, олиго- и полипептидов, калия, что обуславливает развитие полиорганной недостаточности. В следствии механического повреждения, происходит гибель мышечных волокон. Нарушение функционирования мембраны миоцитов вызывает перемещение натрия во внутриклеточное пространство, за натрием перемещается жидкость и развивается массивный отёк мышечной ткани. Перемещение жидкости считают определяющим звеном в развитии гиповолемии и гемоконцентрации. Гиперконцентрация миоглобина в почечных канальцах в условиях кислой среды приводит к формированию нерастворимых глобул, вызывающих внутриканальцевую обструкцию, отток фильтрата в интерстиций и острый канальцевый некроз. В акушерской практике имеются случаи внезапно развившейся острой печеночно-почечной недостаточности в раннем послеродовом периоде, однако клиницисты далеко не всегда склонны расценивать ситуацию адекватно, идя на поводу общепринятых понятий причин развившейся патологии, что приводит к ошибочной диагностике и как правило запоздалым мерам и методам лечения.

Учитывая высокую научно-практическую значимость и малую освещённость синдрома сдавления матки в родах, ниже представлен клинический случай данной патологии: Беременная Ш. 1990г.р. В приемный покой родильного стационара третьего уровня поступила в 17 часов 40 минут пациентка С., 27 лет. Рост 1.62 см, вес 79 кг. В анамнезе: замужем, не работает. Менархе в 12 лет. Данная беременность первая, встала на учет в женскую консультацию в 8 недель. Регулярно посещала врача женской консультации. Первый триместр осложнился рвотой беременных, в сроке 12 нед получала стац лечение от covid-19. второй триместр - анемией легкой степени тяжести, по поводу чего получала препараты железа. Получала стационарное лечение по поводу холецистита, холестаза. При поступлении выставлен диагноз: беременность-1, 38 недель, роды-1, первый период родов. Открытие маточного зева 6 см, воды излились во время осмотра. Сердцебиение плода ритмичное, до 140 в минуту, выделения светлые. Учитывая ситуацию роды решено вести роды консервативно. Сопутствующее заболевание – Хронический холецистит, анемия I степени (Hb 93 г/л).

Во втором периоде родов отмечено ослабление сократительной деятельности матки, установлен диагноз слабость потуг, начато в/в введение окситоцина, применен метод Кристеллера - надавливание на дно матки во время потуг. В результате родился живой доношенный новорожденный мужского пола весом 3,300-52 см. Оценен по Апгар на 6-7 баллов. Послед отделился и выделился через 10 минут. Общая продолжительность первого периода родов 8 часов, периода изгнания 2ч10 мин, последового периода 10 мин. При осмотре родовых путей обнаружено нарушение целостности шейки матки на 2 часах в виде разможжения, степень разрыва оценена как 2 степени, наложены швы. Общая кровопотеря в родах составила 300 мл. Через 5 часов после родов у пациентки появились жалобы на головокружение, слабость, резкую болезненность внизу живота, головную боль, тошноту, резко снизилось количество мочи. Лабораторно выявлено значительное превышение уровней лактат-

дегидрогеназы (ЛДГ) и щелочной фосфатазы. Повышение уровня креатинина в 1,5 раза. Диурез составил в среднем 30 мл/час, что соответствует 0,5 мл/кг/час. Отмечено изменение цвета мочи. В анализах отмечено Калий 5,7 ммоль/л, натрий-133,3 ммоль/л, снижение общего белка крови 53,5г/л АЛТ 116,8 МЕ\л; АСТ 110,2 МЕ\л. Показатели тимоловой пробы 6,2; креатинин 0,7 ммоль/л; мочевины 21 ммоль/л. Родильница находилась в отделении реанимации, проводимая терапия включала коррекцию гемостаза, вазопрессорную поддержку, стимуляцию диуреза, оксигенацию. Динамический контроль показал снижение сатурации до 80%, нарастание признаков энцефалопатии. Учитывая нарастающую одышку, признаки ОПН-анурия и неврологическую декомпенсацию решено перевести больную на управляемую вентиляцию легких. Клинически токсемия сопровождалась признаками снижения гематокрита до 29%, гиперкоагуляцией. Учитывая отсутствие кровопотери, такое снижение ОЦК, по-видимому, было связано с потерей плазменного компонента, что сопровождалось гемоконцентрацией. Нарастание клинических симптомов соответствовало лабораторным признакам рабдомиолиза: уровень миоглобина 2066 нг/мл, КФК 2820 МЕ\л. Подсчет уровня эндогенной интоксикации проводился по формуле ЛИИ-8,6у.е., по соотношению СОЭ и лейкоцитоза-14,7; D-димер 1506 нг/мл. При осмотре вагинально-на 2 сутки послеродового периода влагалище рожавшей женщины, шейка матки отечная, свободно пропускает 2 п/п, на 2 часах пальпируется шов длиной до 1,5 см. своды уплощены, тело матки увеличено, имеет неправильную форму по передней стенке с переходом вправо пальпируется плотное отечное образование. Выделения из половых путей кровянистые, в умеренном количестве. Предположительно установлен диагноз - разрыв матки, полиорганная недостаточность. В экстренном порядке решено произвести хирургическое вмешательство. Доступ срединно-лапаротомный. По вскрытию брюшной полости обнаружено незначительное количество серозной жидкости, ревизия органов малого таза: матка размером до 18-19 недель, серозная оболочка пропитана кровью, отмечаются багрово-синюшные пропитывания по всей поверхности матки с переходом на область яичников, собственную связку. Нарушения целостности серозного слоя не выявлено. Учитывая ситуацию, произведена экстирпация матки. Для определения причины данного осложнения макропрепарат передан на гистологическую экспертизу. Гистологически выявлено: в мышцах отмечались выра-



женные некротические изменения, кровоизлияния, умеренно выраженная лейкоцитарная инфильтрация, в сосудах лейкостазы. Также отмечались лейкодиapedез, геморрагическое пропитывание. Спазм и вакуольная дистрофия, разволокнение и очаговая дистрофия миоцитов, выраженный межпочечный отек. Целостность матки подтверждена морфогистологическими методами, однако описание повреждений мышечного слоя всей поверхности матки с преобладанием кровоизлияний миометрия в области дна и тела матки дают основания предположить, что в данном случае имело место патологическое проявление синдрома сдавливания, краш синдрома, а развившаяся клиника острого повреждения почек, быстро нарастающей интоксикации подтверждают развитие миоренального синдрома.

Принятая классификация травматического повреждения матки в родах как правило предусматривает терминологию разрыва, однако следует рассматривать травму матки также с позиции ишемического повреждения вследствие механического сдавливания. Поскольку именно механическое сдавливание с последующим синдромом освобождения являются причиной острого миоренального синдрома.

Учитывая развившуюся клинику ОПН-синдрома комплекс лечения включал гемодиализ, на фоне регулярного гемодиализа установлено значительное снижение показателей миоглобина и снижение уровня индексов интоксикации.

В динамике по дням: показатель миоглобина в первые сутки после диализа составил 1255,3, на 3 сутки 636,4, к концу шестых суток 307,7 что свидетельствовало о регрессе патологических процессов, кроме того, подсчет уровня эндогенной интоксикации в соответствующие дни составил ЛИИ-4,9-2,4-1,23 уе.

Дата/показатель	1 сут.	3 сут.	5 сут.	7сут.	14 сут.	21 сут.	28 сут.	36 сут.
Na	135,0	136,0	137,7	137,4	137,7	140,6	138,8	146,8
K	5,61	5,96	5,08	4,86	4,31	6,32	4,62	3,33
Cl	91	90,3	97	97,1	97,5	95,6	103,4	108,2
Ca	0,8	1,8	1,8	2,1	1,7	2,1	2,8	2,4
Urea	8,9	24,4	27,8	25,8	22,1	27,3	19,3	9,0
Cre	144,8	453,2	536,6	494,3	475,8	788,9	589,4	198
CM	0,485	0,656	0,840	0,738	0,505	0,504	0,380	0,244
RBC	6,45	4,54	3,53	3,75	3,02	3,66	3,39	3,74
HCT	60,2	40,2	32,8	34,7	28,8	33,6	32,6	33,4
HGB	193	117	108	114	92	104	104	107
PLT	259	176	130	151	240	135	370	326
WBC	18,1	15,15	13,0	15,6	17,6	6,9	7,43	7,32

На фоне гемодиализа отмечена существенная нормализация диуреза.

#### Динамика восстановления выделительной функции почек.

Дата	1 сут.	3 сут.	5 сут.	7сут.	14 сут.	21 сут.	28 сут.	36 сут.
Диурез (мл)	500	200	100	100	200	1050	3750	2500

В целом в послеоперационном периоде стабилизировались показатели печеночных проб, больная была выписана и переведена на этап реабилитации. Таким образом, клинко-лабораторные данные подтверждают рабдомиолиз, острый ренальный синдром и наличие повреждений матки в результате травматического раздавливания тканей. Изучение данного случая также показало возможность травматизации матки при применении насильственных методов сдавливания неадекватными приемами. Механизмы происходящих нарушений в миометрии схожи с подобными при повреждении гладкой мускулатуры при синдроме Брай-уотерса описанными в клинике катастроф. По своему данная ситуация также должна рас-

смаивриваться как катастрофа, в связи с чем неукоснительным правилом ведения родов является категорический запрет применения методов насильственного давления на матку, применение метода Кристеллера. Развившееся осложнение следует расценивать как травматическое поражение матки –синдром сдавливания (Краш синдром). Описанный случай дал основание полагать, что при развитии внезапной ОПН в раннем послеродовом периоде, признаки интоксикации проявляющиеся энцефалопатией, острого повреждения печени следует рассматривать как признаки механического повреждения матки и неотложно проводить исследования для исключения синдрома сдавливания матки, причем стоит несколько пересмотреть отношение к объему лабораторного скрининга и во всех сомнительных случаях проводить диагностику определения уровня миоглобина и креатинкиназы, миоглобинурии для раннего выявления синдрома рабдомиолиза. При подтверждении диагноза необходимо ставить вопрос об удалении матки, коррекции гемостаза и раннем начале применения экстракорпоральных методов детоксикации.

#### Использованная литература:

1. Секамова, С.М. Морфология и патогенез СДР: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук /С.М. Секамова. – М., 1987. – 41 с.
2. Тимохов, В.С. Патогенетические принципы заместительной почечной терапии у больных реанимационного профиля /В.С. Тимохов, И.И. Яковлева //Анестезиология и реаниматология. – 2001. – № 6. – С. 73-76.
3. Rationale for the use of extracorporeal treatments for sepsis /С. Ronco, V. Dintini, R. Bellomo, Z. Ricci // Анестезиология и реаниматология. – 2016. – № 2– С. 87-90.
4. Гранкин, В.И. Внепочечное очищение крови при СДС /В.И. Гранкин //Постоянная заместительная почечная терапия и антикоагуляция в лечении критических состояний: тезисы докладов VI Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов.

## ҲОМИЛАДОРЛАРДА ЎТКИР ЁҒЛИ ГЕПАТОЗДА ДАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШНИНГ АЙРИМ ХУСУСИЯТЛАРИ

Г. Т. Раббимова, Ю. Жумагелдиева, Б. Б. Негмаджанов, Г. Б. Арзиева, Д. Т. Раббимова  
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

**Tayanch so'zlar:** homiladorlik, homilador ayollarning o'tkir yog'li gepatozi, tashxis, tug'ish.

**Ключевые слова:** беременность, острый жировой гепатоз беременных, диагностика, роды.

**Key words:** pregnancy, acute fatty hepatitis of pregnant women, diagnosis, childbirth.

Жигарнинг ўткир ёғли гепатози ҳомиладорликнинг иккинчи ярмининг энг оғир асорати бўлиб, кўпчилик муаллифлар гестознинг атипик шакли деб ҳисоблайдилар [4,10,12]. Ушбу касаллик терминологияси ҳали ҳам аниқ хал қилинмаган: "ҳомиладор аёлларнинг ўткир ёғли жигар дистрофияси", "ҳомиладор аёлларнинг ўткир ёғли жигар инфилтрацияси", "ҳомиладор аёлларнинг ўткир ёғли гепатози". Касалликларининг халқаро таснифида ушбу патология К-72 сарлавҳасига тайинланган бўлиб, у ерда "сарик атрофия ёки ёғли жигар дистрофияси, ўткир ёғли гепатоз, Шихан синдроми деб киритилган. Инглиз тилидаги адабиётда "ҳомиладорликнинг ўткир ёғли гепатози (ХЎЁГ) таърифи қабул қилинган [1,3,9]. Шошилинч туғруқдан кейин терапевтик чора-тадбирлар ҳаётий функцияларни қўллаб-қувватлаш, инфузион терапия ва даволашнинг эфферент усуллари, метаболлик ва иммунокоррекция терапияни тайинлаш, гепатопротекторлардан фойдаланиш, ўзгарган гемостази коррекциялашни ўз ичига олади.

### ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Г. Т. Раббимова, Ю. Жумагелдиева, Б. Б. Негмаджанов, Г. Б. Арзиева, Д. Т. Раббимова

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

В статье приведен клинический случай острого жирового гепатоза, а также приведены данные литературы за последние 5-10 лет, ОЖГБ наиболее тяжелое осложнение второй половины заболевания, это по данным авторов является атипичной формой проявления гипертензивных нарушений (гестозов) [4,10,12]. Еще недостаточно определена терминология заболевания: «Острая жировая дистрофия печени», «Острая жировая инфильтрация печени», «Острый жировой гепатоз беременных». В международной классификации болезней это заболевание включено как К-72, включающий такие заболевания, как желтая дистрофия печени, синдром Шихана, желтая дистрофия или желтая атрофия печени. В англоязычной литературе заболевание трактуется как "Острый жировой гепатоз беременных" (UNINGEG) [1,3,9]. После срочных родов терапевтические мероприятия включают улучшение всех жизненных функций организма, эфферентные методы инфузионной терапии и лечения, назначение метаболической и иммунорегуляторной терапии, использование гепатопротекторов, коррекцию нарушенного гемостаза.

### FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE FATTY HEPATOSIS IN PREGNANT WOMEN

G. T. Rabbimova, Yu. Zhumageldieva, B. B. Negmadjanov, G. B. Arzieva, D. T. Rabbimova

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

The article presents a clinical case of acute fatty hepatitis, as well as literature data for the last 5-10 years, OZHGB is the most severe complication of the second half of the disease, this, according to the authors, is an atypical form of manifestation of hypertensive disorders (gestosis) [4,10,12]. The terminology of the disease has not yet been sufficiently defined: "Acute fatty liver dystrophy", "Acute fatty liver infiltration", "Acute fatty hepatitis of pregnant women". In the international classification of diseases, this disease is included as K-72, including diseases such as yellow liver dystrophy, Sheehan syndrome, yellow dystrophy or yellow liver atrophy. In the English literature, the disease is interpreted as "Acute fatty hepatitis of pregnant women" (UNINGEG) [1,3,9]. After an urgent delivery, therapeutic measures include the improvement of all vital functions of the body, efferent methods of infusion therapy and treatment, the appointment of metabolic and immunoregulatory therapy, the use of hepatoprotectors, correction of impaired hemostasis.

ХЎЁГ ҳомиладорликнинг жуда кам учрайдиган асоратидир, унинг этиологияси ноаниқ. Шу билан бирга, олимларнинг аксарияти ХЎЁГ ни митохондриял цитопатиялар деб таснифлашади, унда ёғли жигар дегенерацияси тизимли митохондриял патологиянинг бири-дир [2,5,8]. ХЎЁГ нинг учраш частотаси 1:10000-13000 ни ташкил қилади. Шу билан бирга, юқори технологияли даволаш усуллари ва замонавий интенсив терапия муассасаларининг жорий этилиши туфайли ўлим кўрсаткичлари 70-90% дан 25-33% гача пасайиши кузатилмоқда [6,7,11]. ХЎЁГ нинг лаборатория диагностикаси қуйидаги характерли ўзгаришларга

асосланган: лейкоцитоз, аминотрансферазалар фаоллигининг 3-10 мартага ошиши, ишкорий фосфатаза фаоллигининг 5-10 мартага ошиши, билирубин даражасининг ошиши, гипераммонемия, гипопроteinемия, гипогликемия (кўпинча таниб бўлмайдиган бўлиб қолади), аминокислоталарнинг зардобдаги миқдори, протромбин вақтининг ошиши (баъзан 25 сек. дан ортик), протромбин индексининг пасайиши, тромбоцитопения, антитромбин III нинг камайиши, фибриноген даражасининг пасайиши.

**Текшириш материаллари ва усуллари:** 15.01.19 да Самарқанд вилоят перинатал марказига 18 соат 25минутдан бери қуйидаги ташхис билан бемор мурожаат қилиб келди: йўналишга. Ҳомиладорлик I, 38 ҳафта 6 кун. Туғруқнинг I- даври. Туғруққача ҳомила олди сувларининг кетиши (сувсиз давр 12 соат 10 дақиқа). Ҳомиладорлик холестази? Ҳомиладорлик гепатози? Сурункали нодифференцияланган гепатит? Асцит. Гестацион гипертензия. Ўрта оғирликдаги анемия. Оғирлашган акушерлик ва гинекологик анамнезни инкор қилади. Ҳомиладорликнинг 1-2 триместрлари ўрта даражали анемия фонида ўтган. Қабул қилинган вақтидаги шикоятлари: кўнгил айниши, бир ҳафта давомида қусиш, умумий холсизлик, бир ҳафта давомида қўл бармоқ ва оёқларининг шишиши, тўлғоқлар ва 6 соат олдин ҳомила олди сувларининг кетишига шикоят қилади. Анамнезидаги касалликлари: мазкур ҳомиладорлик I. Ҳомиладорликнинг I-II триместрлари ўртача анемия фонида кечган. Охирги ҳафта давомида у кунлик кўнгил айниш, кунига 2-3 мартагача қусиш, холсизлик билан марказий поликлиникага терапевтга мурожаат қилган. Терапевт томонидан текширилди, ҳеч қандай кўрик ёзилмаган. 15.01.19 кuni эрталаб унда умумий ахволининг ёмонлашиши кузатилиб, марказий поликлиникага яна мурожаат қилди ва текширув ўтказилди (билирубин—42,9 ммол /л).

*Терапевт кўриги:* Ҳомиладорлик 39 ҳафта. Гестацион гипертензия. Ҳомиладорлар ёғли гепатози. Сурункали нодифференцияланган гепатит? Беморга инфузион ва гипотензив терапия ўтказилди. Юқоридаги ташхисни ҳисобга олган ҳолда, бемор кўшимча текширув, даволаш ва туғруқни олиб бориш мақсадида Самарқанд перинатал марказига юборилди. Қабул қилинганидаги беморнинг умумий ҳолати: умумий ахволи оғир, жигар дисфункцияси аниқланди. Хуши аниқ, адекват, ўчоқли мия белгилари йўқ, склераси иктерик, юзлари шишган, қўл бармоқ ва оёқлар охирларида ва қорин олд деворида шиш аниқланади. Қон босими 140/90 мм симоб устуни. Қорин юмшоқ ва оғриқсиз, ҳомиладорлик ҳисобига катталашган. Жигар ва талоқ пайпасланмайди.

Қабул бўлими шифокори юқоридаги бирламчи ташхисни қўйди. Тўлиқ клиник ва биокимёвий текширувлар ўтказилди (кенгайтирилган умумий қон тахлили, умумий сийдик тахлили, сийдикдаги ўт пигментларини аниқлаш, қон гуруҳи ва резус фактор, биокимёвий ва қон коагулограммаси, 4 соатдан кейин сийдикдаги оксилга такрорий текширув, вирусли гепатитга иммунофермент текширув, қорин ултратовуш текшируви, ЭКГ, терапевт, инфекционист маслаҳати, гастроэнтеролог, окулист кўриклари ўтказилди). Қабул қилинган вақтдаги тахлилларда: УҚА - Нб 105 г/л, эритроцитлар -  $3 \cdot 5 \times 10^{12}$  / л; тромбоцитлар -  $210 \times 10^9$  /л; лейкоцитлар -  $13,8 \times 10^9$ /л; умумий оқсил - 60 г/л, мочевино-5,2 ммол/л; креатинин - 80 ммол/л, АлАТ - 1,7 мол/л, АсАТ-0,79 мол/л; умумий билирубин-101,0ммол/л; бевосита билирубин-58,6 ммол/л; билвосита билирубин -43,4 ммол/л. Акушерлик ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, инфузион гипотензив терапия ва гепатопротекторлар фонида ҳомилада КТГ текшируви фонида партограмма тўлдирилиб туғруқни консерватив усулда олиб боришга қарор қилинди; сувсиз давр 18 соатдан ортик, неонатал сепсиснинг олдини олиш учун-ампициллин 2.0 гр дан бола туғилишидан олдин ҳар 6 соатда қилиниб, туғруқнинг III-даври фаол олиб борилди.

15.01.19 22:00 да шикоятлар ўзгармай қолмоқда. Жигар дисфункцияси туфайли умумий ахволи оғир. Бош оғриғи йўқ, хуши аниқ, кўриш ва эшитиш ўзгармаган, макон ва вақтга йўналтирилган, юрак уриши дақиқада 122 зарба, қон босими 130/90 мм симоб устуни, тана ҳарорати 36,6 С, сатурацияси - 98%. Тўлғоқлари ҳар 3 дақиқада 40-45 сония давомида, кучи ва давомийлиги яхши, ҳомиланинг юрак уриши 160 мартагача/мин. Ташхис: бир хил.



Туғруқнинг I- даври. 16.01.19 01:45 да ўз-ўзидан туғруқ содир бўлиб, Апгар шкаласи бўйича 5/7 балл муддатдаги тирик ҳомила туғилди. Ҳомиладорнинг умумий ахволини оғирлигини ҳисобга олиб реанимацияга ўтказилди.

*Ўтказилиши вақтидаги таъхис:* Ҳомиладорлик I, 38 ҳафта 6 кун. Туғруқ. Энсанинг олдинги тури. кўринишидаги 1 оксипитал тақдимотда спонтан туғруқ. Ҳомиладорлар холе-стази? Ҳомиладорлар гепатози? Сурункали нодифференцияланган гепатит? Асцит. Ҳомиладорлик сезиларли протеинуриясиз гипертензия.

Туғруққача ҳомила олди сувларининг кетиши (сувсиз давр 12 соат 10 дақиқа). Ўрта оғирликдаги анемия. Текширувларда: УҚА - Нв 105 г/л, эритроцитлар  $-3.5 \times 10^{12}$  / л; тромбоцитлар  $-210 \times 10^9$  / л; лейкоцитлар  $-13,8 \times 10^9$  / л; умумий оксил - 60 г/л, мочевино-5,2 ммол/л; креатинин - 80 ммол/л, АлАТ - 1,7 мол/л, АсАТ-0,79 мол/л; умумий билирубин-101,0ммол/л; бевосита билирубин-58,6 ммол/л; билвосита билирубин -43,4 ммол/л.СРО-12,0. Коагулограмма: ПТИ-20 сек-80%; фибриноген- 1,6 г/л ТВ-20 сек, АЧТВ-43 сек, МНО-1,3.

УҚТ: оксил-0.099 г/л, ўт пигментлари-абс. Тромбоэмболик асоратларнинг ўртача хавфи аниқланди. Тромбознинг олдини олиш йўриқномаси бўйича профилактик дозада антикоагулянт терапия бошланди; гипотензив, гепопротектив, инфузион терапия.

Реанимация бўлимида кузатув ва даволаш пайтида қайта текширилди:

- терапевт: ҳомиладорлик гепатози. Сурункали гепатит? Ўрта даражали анемия.

- инфекционист: текширув вақтида ўткир вирусли гепатит инкор қилинди.

- жарроҳ: сурункали панкреатит. Кўзиш даври. Ҳомиладорлик холестази. Сурункали гепатит.

- невропатолог: энцефалопатия.

- гастроэнтеролог: ноаниқ этиологияли гепатоз. Сурункали гепатит?

- окулист: кўриш ўткирлиги ўзгаришсиз, шаффоф муҳитлар кўз туби - рангпар, чегаралари тиниқ, артериялари торайган, веналар-томирларнинг бориши ва калибри ўзгармаган, томир индекси 2: 3, кўз тўр пардаси хира пушти.

Қорин бўшлиғининг ултратовуш текширувида (16.01.19): гепатомегалия. Жигар паренхимаси ва ошқозон ости беши, талоқ, буйраклардаги диффуз ўзгаришлар. Жигар гепатоз тури бўйича. Холецистит белгилари. ЭФГДС дан кейин қайта гастроэнтеролог ташхиси: Сурункали ошқозон яра касаллиги. Орқа девор бўйлаб локализация билан. Вирусли гепатит (16.01.19) маркерлари учун қон текшируви манфий.

Туғувчи аёлнинг умумий ахволининг ёмонлашиши, жигар етишмовчилигининг оғирлашиши туфайли (умумий билирубин - 123 ммол/л, бевосита билирубин -98 ммол /л, Нв-65 г/л тромбоцитлар- $120,0 \times 10^9$  / л) ва буйрак етишмовчилигининг қўшилиши (гипергидратация синдромининг ошиши, олигоанурия-стимуляция фонида 20 мл/соатгача диурезнинг кучайиши ва ошиши, азот қолдиқлардан: мочевино - 10,6 ммол/ л, креатинин - 147 ммол/л) туғруқдан кейинги 13-кундан бошлаб, давом этаётган интенсив гепатопротектив, гипотензив, антибактериал, оксигенотерапия фонида детоксикация учун 3 та гемодиализация сессиялари ўтказилди, ҳаётини белгиларнинг мониторинги олиб борилди. Аёлнинг умумий ҳолатини, клиник ва лаборатория параметрларини яхшиланганлиги аниқланди (УҚА - Нв -86 г/л, эритроцитлар  $-3.12 \times 10^{12}$  / л; тромбоцитлар- $265 \times 10^9$  / л; биокимёвий қон таҳлили - умумий оксил - 59,7 г/л, мочевино -4,2 ммол/л; креатинин-77,4 ммол/л, АлАТ - 1,5 мол/л, АсАТ-0,79 мол / л; умумий билирубин-25.4 ммол / л.

Коагулограмма: ПТИ - 17сек-94%; фибриноген - 3.9 г/л ТВ-18 сек, АЧТВ -26 сек, МНО-1.1. УСТ: оксил-0,033 г/л) туғруқдан кейинги даврнинг 20-кунида беморга уйига руҳсат берилди. Оила шифокори назоратига юборилди.

**Натижалар:** Юқорида тавсифланган клиник ҳолатда ҲЎЁГ ва ўткир вирусли гепатит (ЎВГ) дифференциал диагностикасида энг катта қийинчиликлар пайдо бўлди. А.С. Кузнецов ва бошқ. [3,11,12] маълумотларига кўра ҲЎЁГ да сарикликнинг пайдо бўлиши барча ҳолларда сарикликдан олдинги босқич билан кечади. Бу барча ҳолатларда гестоз босқичининг мавжудлиги, шунингдек кўнгил айниш, қусиш, ошқозон соҳасидаги оғриқ шаклида

диспептик касалликларнинг ривожланиши билан тавсифланади, натижада гематин аралашмаси билан қусиш ("кофе асослари") пайдо бўлиши мумкин. Бу ерда ҳомиладорлик гепатозини белгилари жигар етишмовчилиги ва ДВС синдроми белгилари билан бирга бўлган.

Адабиётларга кўра [2], ХҶЁГ патогенезидаги муҳим бўғин ДВС синдроми бўлиб, у касалликнинг дастлабки босқичларида эрта ривожланади. Кўп ҳолларда ДВС синдроми оғир асоратларнинг сабаби ҳисобланади. Бу хомиланинг бачадон ичи ўлимига ва коагулопатик қон кетишидан аёлнинг ўлимига олиб келиши мумкин. Ушбу клиник ҳолатда жигарнинг ёғли дистрофияси ташхиси минимал вақт йўқотиш билан амалга оширилди, бу хомиладорликни олиб бориш, ушбу патологияни даволаш учун тўғри этиопатогенетик тактикани танлаш, она ва хомила учун ҳам муҳим аҳамиятга эга.

**Хулосалар:** Шундай қилиб, ХҶЁГ ни бошқа касалликлар билан, хусусан ўткир вирусли гепатит билан дифференциал диагностикасидаги қийинчиликларни ҳисобга олган ҳолда, биз гепатознинг энг муҳим ўз вақтида тезкор ташхисини, зудлик билан туғруқни олиб боришни, шунингдек, ЎЁГ нинг мураккаб патогенетик терапиясида кенгайтирилган веновеноз гемодиалитациядан фойдаланиш акушерлик асоратлари, онанинг ва хомиланинг перинатал касалланиши ва ўлим ҳолатларини камайтириш учун метаболик касалликларни тузатиш билан гепаторенал ва марказий асаб тизимининг дисфункциясини пасайтирган ҳолда самарали бўлади.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Адамян Л. В. и др. Острая жировая дистрофия печени у беременных: интенсивная терапия и акушерская тактика //Анестезиология и реаниматология. – 2018. – Т. 63. – №. 1. – С. 79-86.
2. Анисимов О. Г. и др. Успешный опыт лечения острого жирового гепатоза беременных с исходом в почечно-печеночную кому в условиях перинатального центра //Практическая медицина. – 2012. – Т. 1. – №. 8 (64). – С. 75-77.
3. Ганиева Ш. А., Содикова Д. С. Гепатоз беременных: причины, симптомы, лечение //Интернаука. – 2020. – №. 23-1. – С. 30-31.
4. Голяновский О. В. и др. Патология печени, связанная с беременностью: чрезмерная рвота беременных, холестатический гепатоз беременных, преэклампсия/эклампсия, HELLP-синдром, острая жировая дистрофия печени беременных //Репродуктивное здоровье женщины. – 2021. – №. 1. – С. 7-16.
5. Грицан Г. В. и др. Анализ результатов диагностики и интенсивной терапии HELLP-синдрома и острого жирового гепатоза у беременных //Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – №. 2 (80). – С. 66-71.
6. Кузнецов А. С., Юминова А. В., Дмитриев А. Н. Случай острого жирового гепатоза беременных //Актуальные вопросы современной науки. – 2018. – С. 129-134.
7. Кулбаева С. Н. и др. Клинический случай диагностики и лечения острого жирового гепатоза у беременной //Клиническая медицина Казахстана. – 2017. – №. 3 (45). – С. 109-111.
8. Надеев А. П., Жукова В. А., Агеева Т. А. Острый жировой гепатоз беременных как причина материнской смерти: наблюдение из практики //Вестник судебной медицины. – 2016. – Т. 5. – №. 3. – С. 54-57.
9. Ниязметов Р. Э., Ризопулу А. П. Роль иммунологических механизмов в развитии острого жирового гепатоза беременных //Журнал Цитокины и воспаление. – 2019. – Т. 2003. – №. 1.
10. Патратий М. В., Олексюк С. И., Белоус Д. Г. Клинический случай острого жирового гепатоза у беременной //Медицина неотложных состояний. – 2014. – №. 5 (60). – С. 113-116.
11. Петросян М. А. и др. Способ моделирования острого жирового гепатоза беременных. – 2017.
12. Полянских Л. С., Балашова Н. Н. Экспериментальная модель острого жирового гепатоза на беременных крысах //Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. 65. – №. спецвыпуск. – С. 83-84.
13. Стрижаков А. Н. и др. Острая жировая дистрофия печени у беременных: клинико-диагностические контрверсии, осложнения и прогноз //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2019. – Т. 18. – №. 3. – С. 133-139.
14. Шифман М. Острая жировая дистрофия печени у беременных: интенсивная терапия и акушерская тактика.
15. Shamsiyev A. M., Rabbimova D. T. Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis //Voprosy nauki i obrazovaniya. – 2017. – С. 152

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ МУЦИНОЗНОЙ ЦИСТАДЕНОМЫ У ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКА С ПОЗИЦИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ****Е. В. Сибирская<sup>1,4</sup>, И. В. Караченцова<sup>1,2</sup>, Е. В. Павлова<sup>2</sup>, С. М. Шарков<sup>3,5</sup>, М. З. Аргун<sup>1</sup>**<sup>1</sup>РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия,<sup>2</sup>ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия,<sup>3</sup>ГБУЗ Морозовская детская городская клиническая больница Департамента

здравоохранения города Москвы, Россия,

<sup>4</sup>Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО «Московский государственный медико-стоматологический университет», Москва, Россия,<sup>5</sup>ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия**Ключевые слова:** гинекология, муцинозная цистаденома, доброкачественные опухоли яичников, кисты брыжейки.**Tayanch so'zlar:** ginekologiya, mutsinov tsistadenoma, tuxumdonning yaxshi sifatli o'smasi, tutqich kistalari.**Key words:** gynecology, mucinous cystadenoma, benign ovarian tumors, mesentery cysts.

Цель наблюдения - своевременное выявление опухолей и опухолевидных образований яичника и проведение дифференциальной диагностики с новообразованиями брюшной полости и забрюшинного пространства. Клиническое наблюдение. Пациентка Ф., 16 лет, поступила в хирургическое гинекологическое отделение РДКБ (Москва) по направлению одного из регионов РФ. Причиной обращения пациентки к гинекологу по месту жительства послужили боли в нижних отделах живота в течение месяца и увеличение размеров живота. По месту жительства был ошибочно поставлен диагноз: Киста забрюшинного пространства. Пациентка направлена в стационар для уточнения диагноза и дальнейшего лечения. Было проведено радикальное оперативное лечение: удаление кисты левого яичника с использованием видеоэндоскопических технологий. Заключение. В статье представлен показательный клинический случай возникновения гигантской муцинозной цистаденомы яичника у девочки-подростка, требующей проведения дифференциальной диагностики с образованиями иной локализации.

**DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKA NUQTAI NAZARIDAN O'SMIR QIZDAGI GIGANT MUTCINOZ TCISTADENOMANING KLINIK HOLATI****E. V. Sibirskaya, I. V. Karachentsova, E. V. Pavlova, S. M. Sharkov, M. Z. Argun**

Dolzarbliqi. Shubhasiz, boshqa a'zo o'smamalari bilan tuxumdon o'smalarini differentsial tashxislash xususiyatlari muammosi bolalar jarrohi va bolalar ginekologi amaliyotida dolzarbdir. So'nggi yillarda tibbiy adabiyotlarda mualliflar qiz bolalarda tuxumdon o'smalari uchrashishining ko'payganligini ta'kidlamogdalar, bu esa hayzning erta boshlanishi, murojoat etuvchilar sonining ko'payishi va voyaga etmagan qizlarga ginekologik yordamning mavjudligi, shuningdek, diagnostika imkoniyatlarini yaxshilash bilan izohlanishi mumkin. Bundan tashqari, biz bemorlarni olib borishda ko'p tarmoqli klinikaro yondashuvning muhimligini ta'kidlamogchimiz, chunki aynan shu yondashuv o'z vaqtida tashxis qo'yish, davolash samaradorligi va qizlarning reproduktiv funksiyasini saqlashni ta'minlaydi. Kuzatishning maqsadi tuxumdon o'smalari va o'simtaga o'xshash hosilalarni o'z vaqtida aniqlash hamda qorin bo'shlig'i va retroperitoneal bo'shliq o'smalari bilan differentsial tashxis o'tkazishdir. Xulosa. Maqolada o'smir qizda yirik tuxumdon mutcinoz tsistadenomasining turli xil boshqa hosilalar bilan differentsial tashxis qo'yishni talab qiladigan klinik ko'rinish holati keltirilgan.

**A CLINICAL CASE OF GIANT MUCINOUS CYSTADENOMA IN A TEENAGE GIRL FROM THE POSITION OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS****E. V. Sibirskaya<sup>1,4</sup>, I. V. Karachentsova<sup>1,2</sup>, E. V. Pavlova<sup>2</sup>, S. M. Sharkov<sup>3,5</sup>, M. Z. Argun<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Russian Children's Clinical Hospital, Moscow, Russia;<sup>2</sup>Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia,<sup>3</sup>Morozovskaya Children's City Hospital, Moscow, Russia,<sup>4</sup>The Department of Reproductive Medicine and Surgery of the Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia,<sup>5</sup>I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

The purpose of the observation is the timely detection of tumors and tumor-like formations of the ovary and differential diagnosis with neoplasms of the abdominal cavity and retroperitoneal space. Description of clinical observation. Patient F., 16 years old, was admitted to the hospital in the direction of one of the regions of the Russian Federation. The reason for the treatment was pain in the lower abdomen for a month and an increase in the size of the abdomen. At the place of residence, a diagnosis was mistakenly made: A cyst of the retroperitoneal space. The patient was

sent to the hospital to clarify the diagnosis and further treatment. Radical surgical treatment was performed: removal of the cyst of the left ovary using video endoscopic technologies. Conclusion. The article presents an indicative clinical case of the occurrence of giant mucinous ovarian cystadenoma in a teenage girl requiring differential diagnosis with formations of a different localization.

**Введение.** Новообразования органов малого таза являются важной и актуальной проблемой современной медицины. Данная патология встречается не только у женщин, но и у девочек до 18 лет.[1]. Особое внимание на себя обращают доброкачественные опухоли яичников - объемные образования из ткани яичников, возникающие в любом возрасте, снижающие репродуктивный потенциал и обладающие риском малигнизации.[2]. По данным статистики их частота среди всех опухолей половых органов за последние 10 лет увеличилась с 6-11% до 19-25%. Согласно американской базе данных частота новых случаев составляет 11,7:100000 женщин в год.[3-4]. У детей они встречаются реже, чем у взрослых и составляют 1-4,6% случаев.[5]. В последние годы в научной медицинской литературе авторы указывают на увеличение частоты встречаемости опухолей яичников у девочек, что может быть объяснено тенденцией к более раннему половому созреванию, повышению обращаемости и улучшением диагностических возможностей.[6].

Нередко врачи-гинекологи и другие специалисты сталкиваются с трудностями в диагностике доброкачественных новообразований яичников. Это связано с частым бессимптомным течением опухолей яичников, поэтому крайне важно проведение профосмотров и комплексного УЗИ брюшной полости (включая малый таз) в декретированные сроки. При гигантских размерах опухоли возможно нарушение функции соседних органов: мочевого пузыря, прямой кишки [7], проявляющееся нарушением оттока мочи и склонностью к запорам. Могут отмечаться нарушения менструального цикла [8]. Среди возможных осложнений опухолей и опухолевидных образований яичников выделяют перекрут ножки яичникового образования или придатков матки, разрыв, кровоизлияние, нагноение, нарушение функции тазовых органов, клиническими проявлениями которых являются симптомы «острого живота». Чаще всего девочек с данными осложнениями госпитализируют в стационар по экстренным показаниям с подозрением на аппендицит или иную острую хирургическую патологию.[9].

**Дифференциальная диагностика.** При выявлении новообразования в малом тазу специалисту необходимо провести дифференциальную диагностику опухоли яичника и опухолей других локализаций, в том числе забрюшинного пространства. Такие заболевания как: кисты большого сальника, кисты брыжейки, дистопии или опухоли почки и непаразитарные кисты селезенки, энтерокистомы, нуждаются в проведении тщательной дифференциальной диагностики с новообразованиями яичников.[10].

**Кисты большого сальника.** В сальнике могут обнаруживаться доброкачественные опухоли: кистомы, фибромы, липомы. Причина возникновения кист большого сальника - закупорка лимфатических протоков или разрастание отщепившегося зачатка лимфатической ткани, не связанной с лимфатической системой. Стенка кисты тонкая, содержимое прозрачное. Кисты встречаются в любом возрасте, их объем может быть различен – от 1 мл до 1 л и более. Клиническая картина зависит от размеров кисты (вздутие живота, чувство тяжести и дискомфорта при очень больших образованиях). Возможные осложнения кист большого сальника: кишечная непроходимость, воспаление или перекрут кисты.[13-14].

**Кисты брыжейки.** У детей из новообразований брыжейки наиболее часто встречаются кисты и ретикулосаркомы брыжеечных лимфатических узлов. Доброкачественные солидные опухоли брыжейки (липомы, фибромы) у детей встречаются крайне редко.[11].

Распространенность опухолей брыжейки составляет 1:200-350 тысяч населения. Кистозные опухоли составляют 40-60%. Брыжеечные кисты необходимо дифференцировать с кистами яичника, общего желчного протока, поджелудочной железы, почек, селезенки, печени, сальника.

#### **Классификация кист:**

По гистологическим характеристикам различают: лимфангиомы, мезотелиальные ки-

сты, энтерокисты без мышечного слоя в стенке и псевдокисты.

По происхождению: возникают в результате инфекционных, неопластических процессов, травм или в результате нарушения эмбриогенеза.

По морфологии выстилки различают кисты с эпителиальной выстилкой, мезотелиальной и кишечной слизистой, но без мышечного слоя, которые следует расценивать как удвоение кишечной трубки.

Лимфангиома – доброкачественная опухоль, развивающаяся из лимфатических сосудов. В большинстве случаев новообразование локализуется в подмышечной области и на шее, но возможной локализацией данной патологии является забрюшинное пространство, органы брюшной полости и брыжейка кишечника. Данное заболевание может иметь бессимптомное течение и выявляется только при развитии таких осложнений, как острая кишечная непроходимость, инфаркт стенки кишки, разрыв кисты в брюшную полость с развитием перитонита, а также при достижении гигантских размеров.[12].

**Опухоли почки.** Опухоли почки – это вариант опухолей забрюшинного пространства. Доброкачественными опухолями почки, о которых сообщается в литературе, являются: аденома, ангиома, фиброма, миома и смешанная группа, состоящая из различных элементов других типов. Как правило, они делятся на две основные группы по размеру: 1) небольшие, часто множественные опухоли, варьирующиеся по размеру от микроскопических до 1-2 см. в диаметре. 2) большие одиночные новообразования, обнаруживаются в течение жизни и требуют хирургического лечения. При достижении опухоли больших размеров у пациентов отмечается увеличение живота, снижение активности и аппетита, периодические боли в животе.[15].

**Непаразитарные кисты селезенки.** Непаразитарные кисты селезенки встречаются достаточно редко, составляют 0,5-2% всех заболеваний селезенки. Они могут быть паразитарного или непаразитарного происхождения. Непаразитарные кисты классифицируются на первичные (истинные) или вторичные (ложные). Первичные кисты также называются истинными, врожденными, эпидермоидными или эпителиальными кистами.

Первичные кисты селезенки составляют 10% всех доброкачественных непаразитарных кист селезенки и являются наиболее частым типом кист селезенки у детей. Соединительнотканная оболочка истинных кист выстлана эндотелием или эпителием, а ложные кисты не имеют выстилки. Среди истинных кист выделяют: дилатационные (вследствие расширения сосудов); врожденные, образующиеся вследствие отшнуровки зародышевого эндотелия брюшины и погружения его в ткань развивающейся селезенки; кисты опухолевого генеза (кистозно перерожденные лимфангиомы или гемангиомы, дермоидные и эпидермоидные кисты).

Причина образования ложных кист - травма с образованием крупной гематомы, которая подвергается аутолитическому распаду, вследствие чего образуется фиброзная капсула. Среди ложных кист различают воспалительные (вследствие малярии, туберкулеза и лейшманиоза) и дегенеративные, образующиеся вторично вследствие нарушения кровообращения.[13]. Обычно кисты селезенки бессимптомны и могут быть обнаружены случайно во время УЗ-исследования. Появление симптомов напрямую связано с размером кисты. Когда они принимают большие размеры, у пациентов может наблюдаться увеличение живота в области левого подреберья, местная или направленная боль, симптомы, вызванные сдавливанием соседних структур (например, тошнота, рвота, метеоризм, диарея), а иногда и осложнения, такие как инфицирование кисты селезенки, разрыв кисты с распространением ее содержимого в брюшную полость и/или кровотечение.[16].

**Энтерокистомы.** Энтерокистома - образование, возникающее вследствие облитерации обоих концов желточного протока и сохранившейся необлитерированной средней его части. Энтерокистома постепенно растягивается и заполняется секретом слизистой оболочки. В большинстве случаев заболевание протекает бессимптомно. Возможно развитие серьезных осложнений: кишечная непроходимость, инфицирование содержимого кисты.[10].

**Диагностика.** Для постановки диагноза используют следующие методы обследования: сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные диагностические исследования, инструментальная диагностика.

При проведении физикального обследования важны: оценка роста, массы тела и ИМТ в сопоставлении с параметрами центильных таблиц возрастных нормативов, определение стадии полового созревания по шкале Таннера с указанием балльной оценки состояния молочных желез (В1-5) и лобкового оволосения (Р1-5). Абдоминальная пальпация позволяет выявить вздутие живота; объемное образование органов брюшной полости или малого таза больших размеров. Наружный осмотр исключает образования и воспалительные заболевания вульвы, устанавливает правильность развития половых органов, их соответствие паспортному полу.

Лабораторные диагностические исследования - определение уровня онкомаркеров: СА-125 - основной маркер, используемый для дифференциальной диагностики злокачественных опухолей яичников эпителиального генеза;

HE-4 - дополнительный маркер эпителиального рака яичников, оценивается в сочетании с СА-125, показал высокую чувствительность в определении рака яичников, даже на ранних стадиях заболевания;

$\beta$ -ХГЧ - хорионический гонадотропин - маркер, который играет важную роль в диагностике герминогенных опухолей, особенно дисгермином, хорионкарцином и т.д;

СА-19-9 может использоваться для диагностики метастатических поражений яичника (в последние годы используется в диагностике инстинных кист селезенки);

ЛДГ – лактатдегидрогеназа - специфический маркер для чистой дисгерминомы.

АФП – альфа-фетопротеин – патогномоничен для герминогенных опухолей, в частности опухолей желточного мешка[19].

Инструментальная диагностика: УЗИ органов малого таза (девушкам, ведущим половую жизнь, предпочтительно проведение УЗИ органов малого таза трансвагинально), Компьютерная томография (КТ), Магнитно-резонансная томография (МРТ) и Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ-КТ) не рекомендованы для первичного обследования при опухолях яичников, однако при подозрении на злокачественную опухоль рекомендовано проведение КТ брюшной полости и грудной клетки с контрастированием, а также МРТ брюшной полости с контрастированием.

Рассмотрим клинический случай с акцентом на дифференциальную диагностику опухолей яичника и новообразований иной локализации. Муцинозная цистаденома – кистозное образование яичника, относящееся к доброкачественным эпителиальным опухолям, составляет 20-25% всех доброкачественных опухолей яичника. Злокачественная трансформация возможна в 5-10% случаев. Муцинозная цистаденома может быть диагностирована у пациентки в любом возрасте. Опухоль не обладает гормональной активностью и может достигать огромных размеров, занимая всю брюшную полость.[18, 19].

#### **Клинический пример.**

Пациентка Ф, 16 лет, поступила по направлению от одного из регионов Российской Федерации в хирургическое гинекологическое отделение РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Причиной данного обращения послужили боли в нижних отделах живота в течение месяца и увеличение размеров живота. По месту жительства было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза: в проекции левого яичника выявлено объемное образование огромных размеров, более 20 см в диаметре, жидкостное, многокамерное. Предварительный диагноз: объемное образование малого таза, киста левого яичника (?).

Через 5 дней после ультразвукового исследования по месту жительства было проведено МСКТ органов брюшной полости с контрастом с целью уточнения локализации образования: выявлена парапельвикальная киста правой почки и объемное образование, занимающее всю полость малого таза размерами 20x10x23 см, вероятнее всего – опухоль левого яич-



Рис. 1. Внешний вид пациентки Ф.



Рис. 2. Ультразвуковое исследование органов малого таза: кистозное образование левого яичника.

ника. Направлена в РДКБ для уточнения диагноза и дальнейшего лечения. Состояние пациентки при поступлении средней тяжести, сознание ясное. Температура тела 36,6. Телосложение - нормостеническое. Физическое развитие гармоничное. Рост - 163 см, вес - 60 кг, ИМТ - 22,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Цианоз отсутствует. Молочные железы развиты симметрично, ареолы без изменений, отделяемого нет. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Печень и селезенка не увеличены. Живот увеличен в объеме, уплотнен, безболезненный при пальпации (рис. 1). Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Стул регулярный, мочеиспускание свободное, безболезненное.

По данным анамнеза - менструации с 11 лет, по 5-7 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные, нерегулярные. Ациклические выделения отрицает.

Ребенок от 2 беременности, протекавшей без осложнений.

Масса при рождении 3710 г, длина 54 см.

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, клитор не увеличен, гимен эстрогенизирован, выделения слизистые скудные. Формула полового развития по Таннеру: М<sub>3</sub> Р<sub>3</sub> М<sub>е</sub> 11. Двуручное исследование - весь малый таз и часть брюшной полости занимает образование тугоэластической консистенции, верхний полюс образования пальпируется на 7-8 см выше пупка, образование безболезненное при пальпации.

При поступлении выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза (Рис. 2): весь малый таз и часть брюшной полости выполняет образование гигантских

размеров, длинник которого составляет более 20 см, образование полностью в экран не помещается, в связи с чем точные размеры определить не представляется возможным. Приблизительные размеры опухоли 200x100x230 мм. Образование многокамерное с перегородками, толщина перегородок до 3 мм. Содержимое образования жидкостное со взвесью. Матка резко отеснена образованием гигантских размеров книзу и кзади, в связи с чем не представляется возможным измерить ее точные размеры. Яичники отдельно от образования не визуализируются.

Данные лабораторных обследований:

Общий анализ крови - обнаружено увеличение уровня базофилов до 0,7%

(референсное значение 0-0,5%), моноцитов до 9,6% (референсное значение 3-9%), фракция незрелых ретикулоцитов до 10% (референсное значение 0,7-8,3%), отмечается повышение СОЭ (метод Вестергнера) до 22 мм/ч.

Общий анализ мочи - выявлены кетоновые тела, оксалаты, бактерии и эпителий плоский – 64 в п/зр (референсное значение 0-5 в п/зр). По результатам биохимического анализа крови отмечается понижение уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) до 9 Ед/л (референсное значение 10-45 Ед/л).

Проведено исследование на онкомаркеры - уровень СА-125 (32 Ед/мл), b-ХГЧ (0,1 мМе/мл), АФП (0,84 нг/мл) в пределах референсных значений.

По результатам МРТ органов брюшной полости с в/в введением йод-содержащего контрастного препарата (Омнипак350 - 100 мл) печень не увеличена, плотность при нативном исследовании соответствует 55-65 едН, очагов патологического накопления при КУ не выявлено, внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь обычно расположен, не увеличен, рентгенпозитивные конкременты не выявляются. Поджелудочная железа обычно расположена, в размерах не увеличена, структура дольчатая с наличием участков жировой плотности. Парапанкреатическая клетчатка не инфильтрирована, парапанкреатические лимфатические узлы не увеличены. Контуры ровные и четкие, структура паренхимы гомогенная. Главный панкреатический проток не расширен. Селезенка не увеличена, паренхима однородная. Надпочечники обычной формы и положения, объемных образований не выявлено. Правая и левая почка расположены обычно, формы и размеры почек не изменены. ЧЛС не расширены. Экскреторная функция правой почки снижена, паранефральная клетчатка с обеих сторон не изменена, мочеточники не расширены. Выявлена парапелъвикальная киста правой почки, сдавливающая несколько лоханку, размером 27x35x13 мм. Мочевой пузырь среднего наполнения, стенки не утолщены. Клетчатка малого таза не инфильтрирована. Матка не увеличена. В брюшной полости и малом тазу определяются сливающиеся образования с жидкостным содержимым, не реагирующие на введение контрастного вещества с единичными тонкими стенками общим размером 20x10x23 см вероятнее всего исходящее из левого яичника (рис. 3). В правом яичнике определяется жидкостное образование, не реагирующее на введение контрастного вещества размером 45x20x27 мм.

В связи с наличием у ребенка гигантского образования, занимающего весь малый таз и часть брюшной полости, исходящего из левого яичника, и при учете данных лабораторных и инструментальных методов обследования - показано оперативное лечение. Проведено радикальное оперативное

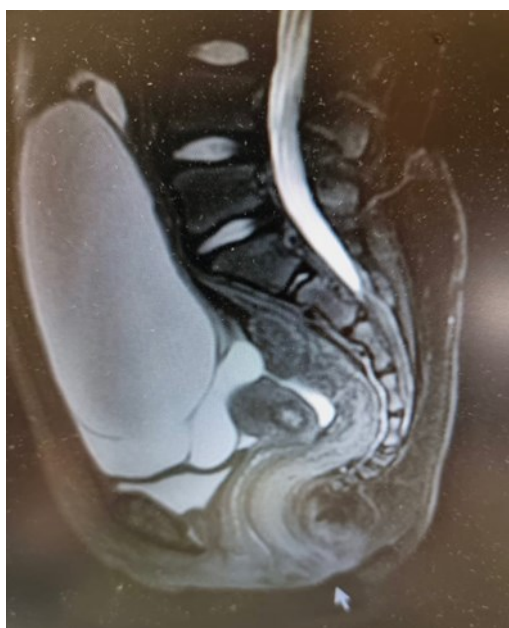


Рис. 3. МРТ картина органов малого таза и гигантского образования, исходящего из левого яичника.



Рис. 4. Лапароскопическая картина гигантской опухоли, исходящей из левого яичника.



вмешательство: удаление кисты левого яичника с использованием видеоэндоскопических технологий (рис. 4).

*Диагноз до операции:* D27 Доброкачественное новообразование яичника

Обнаружено: в брюшной полости выпота нет. Печень не увеличена: коричневого цвета, поверхность гладкая, край острый. Желчный пузырь серо-голубого цвета, в спавшемся состоянии. Круглая связка печени не утолщена, не отечна. Желудок спавшийся, поверхность не изменена. Parietalная и висцеральная брюшина во всех отделах не изменена. Петли тонкой кишки и толстой кишки не расширены, поверхность розовая, брыжейка – не изменена. Червеобразный отросток не изменен. Тело матки нормальной величины, серозный покров розовый. Левая маточная труба визуально не изменена, фимбриальный отдел свободен. Левый яичник представлен образованием гигантских размеров, которое занимает всю полость малого таза с толстой капсулой, размерами 20x20 см, содержимое образования - муцин. Правая маточная труба визуально не изменена, фимбриальный отдел свободен. Правый яичник 4,5x4,5 см - не увеличен. Диагноз: цистаденома левого яичника гигантских размеров. Муцинозная?. Произведена резекция левого яичника. Макропрепарат извлечен через левую апертуру в эндобаге, стенки кисты без особенностей, содержимое – муцин.

*Макроскопическое описание:* оболочка вскрытой тонкостенной кисты, общим размером 24x14x0,2 см. Внутренняя поверхность тяжистая, белесоватого или синюшного цвета. На разрезе содержатся более плотные участки и кисты диаметром до 2 см, заполненные желеобразным содержимым.

*Микроскопическое описание:* в исследованном материале ткань яичника с наличием многокамерного кистозного образования. Стенка кистозной полости представлена волокнистой соединительной тканью. Просвет выстлан однорядным муцинозным эпителием без признаков цитологической атипичности, местами эпителий отсутствует. Эпителиоциты морморфные с обильной слабозозинофильной цитоплазмой, на некотором протяжении эпителий формирует ворсиноподобные выросты. В структуре стенки определяются мелкие кисты, выстланные идентичным эпителием. Просвет части кист заполнен гомогенным эозинофильным содержимым. Митотическая активность не определяется.

Проведено иммуногистохимическое исследование с антителами к Cytokeratin 7, Cytokeratin 20, ER, PR. В эпителиальном компоненте отмечается экспрессия Cytokeratin 7, факально – ER, PR.

Заключение: Муцинозная цистаденофиброма.

Категория сложности: V (пятая)

Послеоперационный период протекал гладко, проводилась симптоматическая терапия. При ухудшении состояния проводилось обезболивание: метамизол натрий + питофенон + фенпивериния бромид (Ревалгин) 2,0 мл в/м (по требованию), при тошноте: метоклопрамид (церукал) 2,0 мл в/м. Пациентке назначено динамическое наблюдение у врача-гинеколога и хирурга, контроль УЗИ органов малого таза и общий анализ крови через 1 месяц, рекомендован контроль уровня онкомаркеров и половых гормонов.

**Заключение.** Данный клинический случай подтверждает необходимость проведения дифференциальной диагностики заболеваний органов малого таза и заболеваний других органов и систем организма с целью своевременного выявления хирургической и гинекологической патологии и предотвращения неблагоприятных последствий. Педиатры и детские хирурги должны помнить, что при обращении пациенток с жалобами на боли внизу живота и увеличение живота в объеме, несмотря на ранний возраст девочек – консультация врача-гинеколога и проведение ультразвукового исследования органов малого таза и органов брюшной полости необходимы. При обнаружении любого образования малого таза показана консультация гинеколога, а при выявлении новообразования в полости малого таза или брюшной полости и сомнениях в локализации опухоли в половых органах показаны дополнительные визуализационные диагностические методики (КТ, МРТ брюшной полости и малого таза) и консультация хирурга, онколога, уролога и иных специалистов по показаниям.

Только междисциплинарный подход к пациенту позволит обеспечить эффективную и своевременную диагностику и лечение гинекологических и хирургических заболеваний, исключение злокачественных новообразований и сохранение репродуктивного и общесоматического здоровья девочки.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Участие авторов:** Сибирская Е.В. – предоставление фотоматериала, редактирование; Караченцова И.В. – концепция и дизайн исследования, редактирование; Павлова Е.В. – написание текста, поиск литературы; Шарков С.М. – концепция и дизайн исследования, редактирование; Аргун М.З. – предоставление фотоматериала. Все соавторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

#### Использованная литература:

1. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунов И.Е., Шарков С.М., Шуткова А.Ю., Тарбая Н.О. Опухоли и опухоле-видные образования придатков матки в практике детского гинеколога. *Детская хирургия им.Ю.Ф. Исакова*. 2016; 20(6), 320-323.
2. Кулавский В.А., Никитин Н.И., Кулавский Е.В., Зиганшин А.М. Учебное пособие: Опухоли и опухолевидные образования яичников (Диагностические и лечебные аспекты)/сост.: – Уфа: ООО «Первая типография», 2017; 74 с.
3. Гинекология : учебник / Б. И. Баисова и др. ; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. — 4-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012, с. 289
4. Калашникова М.Ф., Лиходей Н.В., Тюльпаков А.Н., Федорова Е.В., Брюнин Д.В., Бахвалова А.А., Глушак М.А., Смирнова С.А., Фадеев В.В. Вирилизующая опухоль яичника: проблемы дифференциальной диагностики. *Проблемы эндокринологии* 2019. Т. 65 №4. с. 273–277
5. Адамян Л. В., Сибирская Е. В., Богданова Е. А., Колтунов И. Е., Смаль Т. А., Шуткова А. Ю. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников у детей и подростков (обзор литературы). *Проблемы репродукции*. 2016; 22(2): 73-77.
6. Соломатина А.А., Караченцова И.В., Волкова П., Мызин А.В., Логачева Т.М. Клинический случай гигантской муцинозной цистаденомы у девочки-подростка. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2019; 15 (3): 99-106
7. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Яцык С.П., Гераськина С.Г. Абдоминальный болевой синдром у девочек при опухолях и опухолевидных образованиях придатков матки. *Российский педиатрический журнал*. 2015; 18 (3): 54–59.
8. Коршикова Р.Л., Харкевич О.Н., Секержицкая Л.А., Бегун И.В., Ващилина Т.П., Асадова Т.О. Особенности диагностики опухолей яичников у девочек от 0 до 18 лет. ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя». Сб.науч. трудов и материалов респуб. научно-практич. конф. «Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности», 2010 г. С. 32-36.
9. Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Шарков С.М., Короткова С.А., Моксякова Е.Г., Мовсесян Э.Х. Особенности дифференциальной диагностики опухолей яичников у девочек. *Детская хирургия*. 2018; 22(3): 160-162.
10. Дурнов Л. А., Бухны А. Ф., Лебедев В. И.. "Опухоли забрюшинного пространства и брюшной полости у детей" Москва, "Медицина", 1972 г
11. Алтыев Б. К., Мирзакулов А. Г., Мадиев Р. З., Вервекина Т. А., Хакимов А. Т. Лимфангиома брыжейки тонкой кишки. *Вестник экстренной медицины*. 2017. №1: 69-73.
12. Гераськин, А. В. Хирургия живота и промежности у детей : Атлас / Под ред. А. В. Гераськина, А. Н. Смирнова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 508 с.
13. Разин М.П., Кулаева А.С., Лапшин В.И., Батуров М.А. Лапароскопия в лечении ребенка с гигантской псевдокистой большого сальника. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2019. №4: 94-98.
14. Мартынов С.А.. Современные онкомаркеры в дифференциальной диагностике опухолей яичников вне и во время беременности (обзор литературы). *Гинекология*. 2014, 16(4), 63-67.
15. Акрам М. Шаабан, Кристин О. Мениас, Мариам Рецвани, Марк С. Табэй, Рания Фарук эль-Сайед, Паула Дж. Вудворд ; пер. с англ. ; под ред. А.Н.Сенча *Диагностическая визуализация в гинекологии: в 3 т. /* – М. : МЕДпресс-информ, 2018. 134 с.

## 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.