

TADQIQOT

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

Impact Factor: 5.878

JOURNAL OF
REPRODUCTIVE
HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY
RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 2, ISSUE 3

2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

№ 3
2021

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

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич

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

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

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

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

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

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес

профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana

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

Аюпова Фарид Мирзаевна

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

Зокирова Нодира Исламовна

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

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич

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

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна

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

Окулов Алексей Борисович

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

Махмудова Севара Эркиновна

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

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin

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

Fisun Vural

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

Melike Betül Öğütmen

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

Аллазов Салах Алазович

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

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

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

Локшин Вячеслав Нотанович

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

Никольская Ирина Георгиевна

доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна

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

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ | LITERATURE REVIEW

1. Аллазов С.А., Искандаров Ю.Н., Махмудов Ш.Б. Некротический фасцит наружных половых органов у мужчин Allazov S.A., Iskandarov Y.N., Mahmudov Sh.B. Necrotizing fasciitis of the external genital organs in men.....	4
2. Аллазов С.А., Умаров А.У. Почечная колика урологического генеза Allazov S.A., Umarov A.U. Renal colic of urological genesis.....	10
3. Боборахимова У.М. Коррекция массы тела у женщин с ожирением, планирующих использовать гормональную контрацепцию Boboraximova U.M. Weight management for the overweight woman planning to use hormonal contraception.....	14
4. Искандаров Ю.Н., Мунинов С.Р., Аллазов С.А. Понятие объемных новообразований в урологии Iskandarov Y.N., Mo'minov S.R., Allazov S.A. The concept of volumetric neoplasms in urology.....	19
5. Назарова Г.Х., Махмудова С.Э. Современное значение прогностических маркеров в развитии преэклампсии Nazarova G.X., Mahmudova S.E. Modern significance of prognostic markers in the development of preeclampsia	23
6. Маманазаров Д.М., Аллазов С.А., Мурадова Р.Р. Урогенитальная неспецифическая инфекция у женщин Mamanazarov D.M., Allazov S.A., Muradova R.R. Urogenital non-specific infection in women.....	27
7. Шодмонова З.Р., Батиров Б. Стриктура уретры: современный подход к проблеме Shodmonova Z.R., Batirov B. Stricture of urethra: modern approach to the problem.....	30

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ | ORIGINAL ARTICLES

1. Абдуллаева Л.М., Сафарова Л.А. Особенности течения родов и послеродового периода у вич-позитивных женщин Abdullaeva L.M., Safarova L.A. Features of the management of childbirth and the postpartum period in hiv-positive women.....	35
2. Абдурахманова С.И., Каттаходжаева М.Х., Сулаймонова Н.Ж., Назарова Д.Г. Изменения про- и противовоспалительных цитокинов до и после лечения у женщин с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза Abdurakhmonova S.I., Kattakhodjaeva M.Kh., Suleymanova N.J., Nazarova D.G. Changes in pro- and anti-inflammatory cytokines before and after treatment in women with combined form of uterine fibrous and adenomyosis.....	38
3. Агабабян Л.Р., Насирова З.А., Алиева М.Я. Клиническая характеристика пациенток с преждевременной недостаточностью яичников Agababyan L.R., Nasirova Z.A., Alieva M.Y. Clinical characteristics of patients with premature ovarian insufficiency.....	42
4. Исанбаева Л.М., Каттаходжаева М.Х., Бобоев К.Т. Генетические аспекты лекарственной устойчивости при терапии женщин с миомой матки Isanbayeva L.M., Kattakhodjaeva M.Kh., Boboev K.T. Genetic aspects of drug resistance in the treatment of women with uterine fibroids.....	45
5. Каттаходжаева М.Х., Сафаров А.Т., Умаров З.М., Сулаймонова Н.Ж. Влияние перинатальных показателей на тазовое предлежание плода Kattakhodjaeva M.Kh., Safarov A.T., Umarov Z.M., Sulaymonova N.J. Effect of perinatal indicators on fetal breech.....	49
6. Ким В.С. Анализ клинических проявлений и особенности родоразрешения пациенток с COVID 19 Kim V.S. Analysis of clinical manifestations and significance of patients with COVID 19.....	53
7. Ким В.С. Материнские и перинатальные исходы у пациенток с COVID 19 Kim V.S. Maternal and perinatal outcomes in patients with COVID 19.....	56
8. Умаров З.М., Каттаходжаева М.Х., Сафаров А.Т. К вопросу о тактике ведения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода Umarov Z.M., Kattakhodjaeva M.Kh., Safarov A.T. On the tactics of management of deliveries in breech presentations.....	58



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW

УДК 616.75-9.64/.69

Аллазов Салах Аллазович

Доктор медицинских наук, профессор

Самаркандский Государственный

Медицинский институт

Самарканд, Узбекистан

Искандаров Юсуф Назимович

Ассистент Самаркандский Государственный

Медицинский институт

Самарканд, Узбекистан

Махмудов Шербек Баходир угли

Студент Самаркандский Государственный

Медицинский институт

Самарканд, Узбекистан

НЕКРОТИЧЕСКИЙ ФАСЦИИТ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Allazov Salakh Allazovich, Iskandarov Yusuf Nazimovich, Mahmudov Sherbek Baxodir o'g'li, Necrotizing fasciitis of the external genital organs in men, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 5-9



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-1>

Allazov Salakh Allazovich

Doctor of Medical science, Professor

Samarkand State medical institute

Samarkand, Uzbekistan.

Iskandarov Yusuf Nazimovich

Assistant Samarkand State medical institute

Samarkand, Uzbekistan.

Mahmudov Sherbek Baxodir o'g'li

Student Samarkand State medical institute

Samarkand, Uzbekistan.

NECROTIZING FASCIITIS OF THE EXTERNAL GENITAL ORGANS IN MEN (LITERATURE REVIEW)

Allazov Salakh Allazovich

Tibbiyot fanlari doktori, professor

Samarqand davlat tibbiyot instituti,

Samarqand, O'zbekiston

Iskandarov Yusuf Nazimovich

Assistant Samarqand davlat tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

Mahmudov Sherbek Baxodir o'g'li

Talaba Samarqand davlat tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

ERKAKLAR TASHQI JINSIY A'ZOLARI NEKROTIK FASSITI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Некротизирующий фасциит половых органов - острая некротизирующая инфекция, поражающая подкожную жировую клетчатку наружных половых органов и перианальной области. Летальность при этом составляет 7-22%.

Актуальным является раннее своевременное дифференцирование их от банальных инфекций и проведение адекватного радикального хирургического лечения с соблюдением принципов агрессивной хирургии с полным иссечением всех некротических тканей при фасциитах.

Некротизирующий фасциит (fasciitis necroticans) — представитель большой группы хирургических инфекций мягких тканей, морфологическую

основу которого составляет прогрессирующий некроз поверхностной фасции (fascia superficialis) и подкожной жировой клетчатки (tella adiposa subcutanea), а клиническое течение отличается особой тяжестью и сопровождается высокой летальностью. (Николов В.В., 2015) Впервые клиническая картина заболевания была описана американским военным врачом Joseph Johns в 1871 году и названа им «госпитальная гангрена». Почти век спустя, в 1952 году В. Wilson вводит в медицину термин «некротизирующий фасциит» на основе обнаруженного у пациентов патогномического признака — некроза поверхностной фасции. Наиболее частыми возбудителями НФ являются *Streptococcus pyogenes* и *Staphylococcus aureus*. При бактериологическом изучении биологического материала чаще всего обнаруживается сочетание аэробов с анаэробами. Среди строгих анаэробов наибольшее значение имеют бактероиды, а среди аэробов — В-гемолитический стрептококк группы А и энтеробактерии [Yuag-Meng L., et.al.2005;]

Примерно у 20% больных НФ установить источник инфекции и путь инфицирования не удается. В таких случаях принято говорить об идиопатическом некротизирующем фасциите [Гринев М.В., Гринев К.М. 2008]. Топография поражения НФ чрезвычайно разнообразна. Любая область человеческого тела может оказаться пораженной. Однако наиболее часто некротические изменения локализируются в области конечностей, туловища (передняя и боковая стенка живота), ягодичной области, наружных половых органов и промежности (гангрена Фурнье является клинической разновидностью некротизирующего фасциита с генитальной топографией) [Гринев М.В. и соавт., 2005; Гринев М.В., и соавт., 2006; Гринев М.В., и соавт., 2007; Гринев М.В., и соавт., 2008; Каштальян М.А. и соавт., 2013; Колесов А.П., 1985; Марина С.С., и соавт., 2013; Юнгарева И.Х. и соавт., 2011]

Проблема гнойной хирургической инфекции до настоящего времени сохраняет свою актуальность и является одной из нерешенных и самых дискуссионных в клинической хирургии. [Алиев С.А., Алиев Э.С., 2015] В первую очередь это относится к гнойно-воспалительным заболеваниям мягких тканей. Среди причин первичной обращаемости больных в догоспитальном звене гнойно-воспалительные хирургические заболевания мягких тканей занимают лидирующее место и достигает 70% [Шляпников С.А., Насер Н., 2003], а в стационарах послеоперационная нозокомиальная инфекция мягких тканей составляет 25% от всех госпитальных инфекций [Holey R.W., 1995]. В структуре гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей существуют формы хирургических инфекций, которые характеризуются прогрессирующим некрозом фасциальных образований, отличаются особой тяжестью клинического течения, сопровождаются развитием эндотоксинемии с исходом в тяжелый сепсис и полиорганную недостаточность [Гринев М.В. и соавт., 2013; Шляпников С.А. и соавт., 2003]. По данным литературы [Kaiser R.E., 1981], при гнойно-некротических процессах мягких тканей клинические проявления сепсиса регистрируются в 62,5–77,6% наблюдений, при этом удельный вес тяжелого сепсиса порой составляет от 2 до 18%. Несмотря на современные достижения гнойной хирургии, сохраняется на высоком уровне летальность от различных форм сепсиса, особенно при тяжелом сепсисе, и колеблется в пределах от 19 до 40–70% [Goyette M., et al., 1997; Green R.J., et al. 1996; Vinsent L., et al., 2002]. Среди генерализованных хирургических инфекций особый интерес

представляет некротизирующий фасциит (НФ) — одна из разновидностей большой группы хирургических инфекций мягких тканей, в патоморфологической основе которой лежит гнилостно-некротическое поражение поверхностной фасции и подкожной жировой клетчатки [Гринев М.В., и соавт. 2005; Гринев М.В. и соавт., 2008; Anrenholz D.H. et al., 1991;]. Данное заболевание недостаточно изучено, представлено лишь в редких сообщениях и незнакомо большинству практических врачей. Патогенетическая сущность и морфологическая характеристика данного заболевания впервые описаны В. Wilson в 1952 г. [Wilson B., 1952.]. Корректность обозначения НФ нашла клиническое подтверждение в исследованиях последних десятилетий, в которых подвергнуты обсуждению различные аспекты данного заболевания [Гринев М.В. и соавт., 2006; Гринев М.В. и соавт., 2007; Douglas M. 1996; Fink A. et al., 2002;].

Лечение НФ представляет трудную и сложную задачу, что объясняется особенностью патологического процесса, не имеющего аналога в гнойной хирургии. Успех лечения НФ определяется ранней диагностикой и неотложным радикальным оперативным вмешательством, характер которого большинство авторов относят к разряду «жизнеспасительных» и обозначают как «агрессивная хирургия» [Anca M.A. et al., 2002; Elliot D. et al., 2000; Giuliano A. et al., 1997; Goyette M., 1997; Gregoro P. et al., 1999; Heitman C. et al., 2001; Litchfield W. 1998]. Основной целью хирургического вмешательства является максимально полное иссечение, по меткому выражению М. В. Гринёва и соавт. [Гринев М.В., и соавт. 2006; Гринев М.В., и соавт. 2007;], «рукотворная элиминация» зоны обширного некроза. «Широко масштабность» иссечения некротизированных и инфицированных нежизнеспособных тканей продиктована необходимостью снижения тяжести эндотоксикоза, связанного с интенсивной резорбцией токсинов в кровотоке, степень которой напрямую зависит от площади некроза [Белоцкий С.М., Карлов В.А., 1998]. Таким образом, «сверхрадикализм» хирургического вмешательства обоснован, в первую очередь, патогенетической сутью морфологических изменений поверхностных фасций, обуславливающих клиническую картину тяжелого, прогрессирующего инфекционно-токсического шока с исходом в сепсис с манифестацией ПОН. Результаты операции тем лучше, чем раньше она выполняется.

Некротизирующий фасциит (НФ) — редко встречающаяся инфекция мягких тканей, характеризующиеся быстрым началом, едва распознаваемым распространением воспаления и некроза начиная с фасции с последующим поражением мышц, подкожно-жировой клетчатки и прилежащей кожи. Гиппократ (500 лет до н.э.) дал описание, как «распространенная рожа, вызванная обычными причинами, когда плоть, сухожилия и кости отпадали в большом объеме, часто приводя к смерти» [Stevens D.L. et al., 2014 Dennis L.S. et al., 2011].

Особенности течения и скорость развития некротизирующего фасциита все больше привлекают внимание к дальнейшему изучению этой патологии во всех странах [Lancero L. et al., 2011]. При подозрении, обширное радикальное удаление некротических тканей, адекватная антибактериальная и другие методы интенсивной терапии предупреждают распространение инфекционного процесса и являются ключом к успешному лечению. Однако отсутствие специфических клинических особенностей изменений кожи в начальной стадии заболевания легко может привести к недооценке или ошибочному диагнозу, такому как целлюлит или абсцесс [Anaya D.A. Dellinger E.P. 2007]. По этой причине показатели смертности практически не менялись на протяжении многих лет. К сожалению, распространенность заболевания такова, что врачи редко становятся достаточно уверенными в установлении некротизирующего фасциита, чтобы иметь возможность приступить к быстрой диагностике и лечению [Lancero L. et al., 2011; Косильников С.О. и соавт., 2019].

По оценкам центра по контролю и профилактике заболеваний США, в стране ежегодно диагностируется от 500 до 1000 случаев НФ (население 309 000 000 человек). Некротизирующий фасциит чаще встречается у взрослых, но наблюдается и у детей,

характеризуясь молниеносным течением и высокой летальностью [The Centers for Disease Control and Prevention 2009;].

Некротизирующий фасциит классифицируется в зависимости от результатов микробиологического исследования. Первоначальная классификация А. Giuliano и его коллег выделяла два типа: тип I (полимикробная инфекция, включающая аэробные и анаэробные микроорганизмы) и тип II (мономикробный, обычно включающий β -гемолитический стрептококк группы А) [Giuliano A. et al., 1977;]. Эта классификация была расширена М. S. Morgan для включения грамотрицательных микроорганизмов, а также грибов.

Тип I НФ представляет собой полимикробную инфекцию. Наблюдается в 80–90% случаев, чаще у людей с ослабленным иммунитетом. Характеризуется поражением брюшной полости и промежности, послеоперационных ран. У новорожденных тип I может быть опасным для жизни осложнением омфалита [Lancerotto L. et al., 2011; Morgan MS. 2010]. Тип II НФ – мономикробная инфекция, чаще всего вызываемая инвазивными стрептококками группы А, реже другими стрептококками или стафилококками. Наблюдается в 5% случаев у здоровых иммунокомпетентных людей и характеризуется поражением мягких тканей конечностей, головы и шеи. Осложняется развитием синдрома стрептококкового токсического шока в 30% случаев (Streptococcal Toxic Shock Syndrome, STSS). Критериями STSS является выделение стрептококка группы А из обычно стерильной среды, гипотонии (систолическое артериальное давление менее 90 мм рт.ст.) и наличии двух или более из:

- почечная недостаточность (креатинин > 2 н ормальных значений);
- коагулопатия (тромбоциты $< 100 \times 106$); - печеночная недостаточность (АСТ, АЛТ или билирубин > 2 нормальных значений);
- респираторный дистресс синдром взрослых; - генерализованная эритематозная сыпь, которая может десквамироваться;
- некроз мягких тканей.

Типы III и IV НФ выделили относительно недавно. НФ тип III является мономикробной инфекцией, вызванной *Clostridium* или грамотрицательными бактериями. Также наблюдается у пациентов подвергшихся незначительным травмам в соленой воде (повреждения о камни, укусы рыб, повреждения, вызванные моллюсками) с последующим инфицированием *Marine Vibrio vulnificus*. *Aeromonas hydrophila* находится в пресной или слабосоленой воде и в почве. Характеризуется молниеносным течением с развитием полиорганной недостаточности в первые сутки без проведения адекватной интенсивной терапии. НФ тип IV является результатом грибковых инфекций, главным образом *Candida* spp. и зигомикетами. Этот тип встречается в основном у пациентов с ослабленным иммунитетом. Инфицирование чаще происходит после травмы. Характеризуется быстрым распространенным [Buchanan PJ. et al., 2013, Misiakos EP. et al., 2014;]. НФ III и IV типа наблюдаются реже.

Наиболее распространенными участками поражения являются конечности, особенно верхние, как первичный очаг наблюдаются в 10–48% случаев. Далее следуют нижние конечности (28%), промежность (21%), туловище (18%) и голова или шея (5%). У новорожденных некротизирующие инфекции мягких тканей чаще всего поражают брюшную стенку в качестве первичного очага, после чего следует грудная клетка, спина, кожа головы и конечности, пах [Misiakos E.P. et al., 2014; Sultan H.Y. et al., 2012]. В Днепропетровском областном центре гнойно-септической хирургии в период 2014–2018 гг. наблюдалось 74 пациента с некротизирующим фасцитом. К сожалению, можно сказать, что в количественном и качественном отношении статистика не меняется последние 15 лет. 92% случаев некротизирующего фасцита – это тип I, остальные тип II. Поражение промежности составило 32%, верхние конечности и грудная стенка – 25%, нижние конечности – 28%, брюшная стенка и поражение забрюшинного пространства – 15%.

Установит диагноз некротизирующих инфекций мягких тканей довольно сложно. В начале заболевания некротизирующий фасцит легко спутать с целлюлитом или абсцессом. Поздняя диагностика наблюдается в 85–100% случаев и считается единственной причиной летальных исходов [Stevens DL. et al., 2014; Lancerotto L. et al., 2011; Yamasaki O. et al., 2012].

Предрасполагающими факторами развития некротизирующего фасцита являются иммуносупрессивные состояния (сахарный диабет, СПИД, онкологические заболевания), бактериальная инвазия (внутривенное употребление наркотиков, медицинские инвазивные манипуляции, укусы насекомых, ссадины на коже, оперативные вмешательства в брюшную полость и промежности), ожирение. Ветряная оспа также определена как фактор риска развития НФ у детей [Lancerotto L. et al., 2011; Davies H.D., 2001].

Термин «некротизирующий фасцит», впервые введенный В. Wilson в 1952 году, является, пожалуй, наиболее точным в описании ключевых особенностей инфекционного процесса [Wilson B., 1952]. Для пациентов с некротизирующим фасцитом характерна триада симптомов: локальная боль, отек и эритема. Самым постоянным первичным клиническим признаком является боль, несоизмеримая с кажущимся объемом поражения, и в этом случае обязательно следует учитывать некротизирующий фасцит при дифференциальной диагностике. При быстром течении заболевания местные проявления не выражены на фоне выраженной полиорганной недостаточности. Границы поражения обычно нечеткие, гиперемия не выражена, но отмечается глубокое уплотнение тканей, выраженный отек плотной или тестоватой консистенции. При подостром течении некротизирующего фасцита, кожные симптомы могут прогрессировать до волдырей и булл, что в конечном итоге приводит к ограниченному некрозу кожи. Первоначально, буллы содержат серозную жидкость, но, по мере прогрессирования инфекции, они могут стать геморрагическими. Образование газа приводит к крепитации в вышележащей подкожно-жировой клетчатке, что указывает на анаэробную инфекцию, в нашем регионе чаще неклостридиальную. Повышение температуры тела в большинстве случаев отсутствует [Misiakos E.P. et al., 2014; Wang Y.S. et al., 2007;] С. Н. Wong и соавторы предложили систему оценки – лабораторный индикатор риска некротизирующего фасцита (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (LRINEC), которая классифицирует пациентов в зависимости от риска развития некротизирующего фасцита [Wang YS. et al., 2007;].

Магнитно-резонансная томография (МРТ) является наиболее чувствительным методом для дифференциации некротических и не некротических инфекций мягких тканей. Утолщение мягких тканей также является характерным признаком, но может наблюдаться и при травме. Может ли его использование оказывать влияние на заболеваемость или смертность, еще не оценено. Компьютерная томография (КТ) более чувствительна для выявления признаков НФ, чем рентгенография, потому что она может показать воспалительные изменения, такие как абсцессы или утолщение фасции. Ультразвуковое исследование является альтернативой для обнаружения поверхностных абсцессов, хотя он не считается ни чувствительным, ни специфичным методом для диагностики НФ [Misiakos E.P. et al., 2014;].

Пациентам с НФ рекомендована катетеризация мочевого пузыря на этапе поступления в стационар с последующим контролем диуреза и внутрибрюшного давления.

Микроскопическое исследование показывают некроз поверхностной фасции с полиморфноядерной инфильтрацией и отеком ретикулярной дермы, подкожно-жировой клетчатки и поверхностной фасции. Интраоперационная

биопсия ткани должна быть получена на границе между живой и мертвой тканью. Заболевание характеризуется ангиотромбозом перфорирующих сосудов кожи. Разжижающий некроз поверхностной фасции сначала распространяется горизонтально, затем вовлекает мышцы и подлежащую кожу. Степень инфицирования обычно намного больше, чем кажется только по кожным проявлениям. Хирургическая обработка остается наиболее чувствительным методом подтверждения или

исключения некротизирующего фасциита. Макроскопические исследования при хирургическом вмешательстве включают обнаружение серой некротической ткани, грубого фасциального отека, тромбированных сосудов, водянистой, часто дурно пахнущей жидкости, неконтрактирующих мышц. Хирургическое вмешательство является обязательным для пациентов с НФ, в случае обнаружения которого может потребоваться расширение первоначального хирургического доступа. Учитывая высокую летальность при несвоевременной диагностике, в сомнительных случаях не следует избегать или откладывать хирургическое исследование [Stevens D.L. et al., 2014; Goh T. et al., 2014;]. Хирурги раньше говорили, что от диагностической лапаротомии никто не умирает, так что же мешает нам сделать разрез на коже, что бы снять или подтвердить смертельно опасный диагноз?

Хирургическая обработка является обязательным этапом спасения жизни и должна быть выполнена как можно скорее. Самыми важными детерминантами летальности являются сроки проведения и адекватности первичной и повторных санаций очага. Хирургическое вмешательство спасает жизнь и должно быть выполнено как можно раньше, так как задержка лечения более 12 часов при молниеносных формах НФ может привести к летальному исходу [Lancerotto L. et al., 2011; Misiakos E.P. et al., 2014;]. Хирургическая обработка, некрэктомия и фасциотомия являются основными аспектами хирургического лечения.

Хирургическая обработка должна быть повторена в течение следующих 24 часов или позже, в зависимости от клинического течения некротической инфекции и жизненно важных функций пациента. Пациенты с НФ должны тщательно контролироваться в течение следующих 24 часов с целью оценки жизнеспособности тканей. Т. е. на основе принципа «контроля повреждения» (damage control) Сложные хирургические раны требуют «операции второго порядка» (second-look operation) с радикальной хирургической обработкой [Lancerotto L. et al., 2011; Misiakos E.P. et al., 2014; Sarani B. et al., 2008]

Хирургическая обработка должна проводиться до тех пор, пока не появится оживленное кровотечение из соседних вышележащих подкожных тканей и нижележащих мышц, если они задействованы. Все некротические ткани, включая фасцию, должны быть удалены, чтобы уменьшить бактериальную нагрузку, стимулировать воспаление и способствовать течению раневого процесса. Хирургическое вмешательство также обеспечивает доступ кислорода к поврежденным тканям, что оказывает антагонистический эффект по отношению к анаэробным бактериям. Ревизия пораженной области должна проводиться во всех направлениях, особенно подкожные или подмышечные карманы распространения инфекции. Выполняя обширные разрезы при дренировании фасциита необходимо помнить о будущих пластических операциях по закрытию дефектов, необходимо беречь кожные лоскуты для уменьшения функционального и косметического дефектов. Повторные санации могут быть необходимы (в зависимости от состояния раны), пока инфекция не будет санирована [Stevens D.L. et al., 2014; Lancerotto L. et al., 2011; Kaafarani H.M. et al., 2014;].

Пораженные и прилежащие ткани отечные, часто наблюдается отделяемое в больших объемах, по этому раны необходимо оставлять открытыми после санации. Для промежуточного покрытия раны можно использовать стерильные повязки пропитанные йодистыми препаратами в сочетании с растворами перекиси водорода (при первых санациях), до появления здоровой грануляционной ткани. Йодная марля является предпочтительней, потому что она сочетает в себе антисептическое действие, сильное подсушивающее действие и действие инородного тела, которое стимулирует выработку здоровой грануляционной ткани. В последнее время с этой целью успешно применяют настой или настойку местного гемостатического и санирующего препарата лагохилуса (Аллазов С.А. и соавт., 2017; Аллазов С.А., 2021;) Необходимо проводить переоценку состояния очага во время перевязки с оценкой необходимости повторной санации. Реконструктивная хирургия должна рассматриваться только после того, как общее состояние пациента стабилизируется, и инфекция

будет полностью ликвидирована. Покрытие раны, когда это невозможно сделать прямым швом, может быть достигнуто либо путем пересадки кожи, либо путем пересадки ткани [Lancerotto L. et al., 2011; Misiakos E.P. et al., 2014;].

Терапия отрицательным давлением (Vacuum assisted closure, VAC) может использоваться для ускорения заживления и закрытия раны. VAC- терапия имеет несколько преимуществ в лечении ран, причем, наиболее заметным является уменьшение площади раны и образование грануляционной ткани. Другие преимущества, такие как эффективная очистка раны и возможность удаления экссудата, обеспечивает статус адьювантной терапии для закрытия раны. Система VAC должна меняться каждые 24–72 часа [Buchanan P.J. et al., 2013;]. VAC- терапия должна использоваться при отсутствии анаэробной инфекции. Другие формы хирургического вмешательства, такие как ампутация, могут быть необходимы в случаях некротических инфекций конечностей [Sarani B. et al., 2009;].

Некротизирующий фасциит брюшной стенки требует особого внимания. Разрез кожи должен выполняться в продольном направлении вдоль мышечно-фасциальных слоев внутренней брюшной стенки до тех пор, пока не будет найдена здоровая фасция. Агрессивная хирургическая обработка должна повторяться в случаях прогрессирования инфекции через глубокие фасциальные слои брюшной стенки. Распространение инфекции в брюшной полости, приводящее к ишемии кишечника, непроходимости кишечника и перитониту, не является редким явлением. В таких случаях требуется ревизионная лапаротомия, чтобы оценить степень инфекции внутри брюшной стенки. Радикальная хирургическая обработка в месте инфекции и забрюшинного пространства выполняется с последующей резекцией пораженного отдела кишечника. Резекция Гартмана считается предпочтительной процедурой в случаях перфорации кишки с развитием диффузного перитонита и остается безопасной техникой колэктомии в перфорированной толстой кишке, особенно у пожилых пациентов с множественными сопутствующими заболеваниями. В случае некротизирующего фасциита, резекция Гартмана особенно предпочтительна, так как дает время для восстановления дефектов брюшной стенки, и отводящая колостома может быть закрыта на втором этапе. Первичный дефект на брюшной стенке, как правило, большой, и его устраняют с помощью современных лоскутов с использованием техники абдоминопластики, биологической сетки или кожных трансплантатов [Misiakos E.P. et al., 2014;].

Хирургическое лечение гангрены Фурнье включает в себя широкий разрез тканей, радикальную обработку и дренирование пораженных участков. Рану промывают перекисью водорода, физиологическим раствором или 10% настоек лагохилуса (Аллазов С.А., 2017). 1% раствором йода. В конце покрывают окклюзионной и адсорбционной повязкой с антисептическими свойствами. Использование VAC-терапии может ускорить период восстановления, обеспечивая чистоту хирургических ран. Следует отметить, что герметизация вакуумной повязки у пациентов с гангреной Фурнье требует особых усилий, большого количества герметизирующей пленки и, иногда, интубации прямой кишки. Как только пациент клинически и гемодинамически стабилен, его можно подвергнуть реконструктивной хирургии [Kilic A. et al., 2001;].

При некротизирующем фасциите конечностей часто требуется проведение фасциотомии в случаях в связи с развитием компартмент-синдрома с целью восстановления жизнеспособности тканей. Несмотря на нормальный внешний вид мягких тканей, у пациентов с НФ наблюдаются обширные сосудистые микротромбозы, а также васкулит. Риск некроза полной толщины тканей высок, что может осложнить первичную санацию, приводя к необходимости ампутации конечности. Наиболее значительными критериями ампутации являются обширный некроз мягких тканей с вовлечением нижележащих мышц и быстро прогрессирующая инфекция с большой областью некроза тканей. Другими состояниями, которые могут оправдать ампутацию, являются наличие сопутствующего заболевания с

высоким анестезиологическим риском (баллы ASA III и выше) и наличие шока (токсического или кардиогенного).

Ампутация обычно рассматривается как более короткое по времени оперативное вмешательство, связанное с меньшей кровопотерей, чем радикальная хирургическая обработка [Misiakos E.P. et al., 2014;]. Поскольку ишемия и гипоксия нарушают адекватную доставку антибиотиков к месту заражения, консервативное лечение одними только антибиотиками мало что дает для лечения HF, тем не менее, антибактериальная терапия является важным звеном в лечении некротизирующего фасциита. Эмпирическая антибактериальная терапия широкого спектра должна быть начата сразу после установления диагноза некротизирующего фасциита [Stevens D.L. et al., 2014; Lancerotto L. et al., 2011, Rhodes A. et al., 2017;].

При NF типа I рекомендовано использовать комбинацию пенициллина с клиндамицином и/или фторхинолоном и/или аминогликозидом. В связи с появлением устойчивых к пенициллину стафилококков, цефалоспоринов третьего поколения, один или в сочетании с аминогликозидом и метронидазолом, должен рассматриваться как антибактериальный агент, обеспечивающий адекватное покрытие. Анаэробное покрытие включает метронидазол, клиндамицин или карбапенемы. Широкий грамотрицательный охват необходим в качестве начальной эмпирической терапии для пациентов, которые недавно получали антибиотики или были госпитализированы. В таких случаях используются антибиотики, такие как ампициллин-сульбактам, пиперацillin-тазобактам, тикарциллин-клавуланат, цефалоспорины третьего или четвертого поколения или карбапенемы, и в более высоких дозировках. Антибактериальная терапия HF тип II проводится против *S. Pyogenes* и *S. Aureus*. Используется первое или второе поколение цефалоспоринов, а в случаях поражения MRSA – ванкомицин, даптомицин или линезолид. Антибактериальная терапия HF тип III следует проводить клиндамицином и пенициллином, которые охватывают все виды *Clostridium*. Если есть подозрение на инфицирование *Vibrio*, рекомендовано использование тетрациклинов и цефалоспоринов третьего поколения. Антибактериальная терапия HF тип IV проводится флуконазолом и амфотерицином B, но часто бывает неэффективной [Misiakos E.P. et al., 2014; Rhodes A. et al., 2016; Edlich R.F. et al., 2010;]. Коррекция антибактериальной терапии должна проводиться сразу после получения результатов антибиотикограммы. Продолжительность антибактериальной терапии зависит от эффективности санации очага инфекции, регресса проявлений системного воспаления и органных нарушений. [Lancerotto L. et al., 2011; Rhodes A. et al., 2017;].

Внутривенный иммуноглобулин (Intravenous immunoglobulin, IVIG) недавно был описан как приемлемый и желательный агент для нейтрализации стрептококковых токсинов [Rhodes A. et al., 2017; Norrby-Teglund A. et al., 2005;].

Гипербарическая оксигенация также является дополнительным методом терапии HF [Stevens D.L. et al., 2014; Misiakos E.P. et al., 2014;].

В заключении следует отметить, что некротизирующий фасциит является редким, но опасным для жизни состоянием с высокой летальностью. Диагноз HF является сложным, и дифференциальный диагноз между HF и другими банальными инфекциями мягких тканей еще сложнее. Но раннее выявление этой патологии обеспечивает быстрое выздоровление и снижает летальность. Для пациентов с некротизирующим фасцитом характерна триада симптомов: локальная боль, отек и эритема. Наиболее постоянным первичным клиническим признаком является боль, которая не соответствует объему поражения. Как инструмент диагностики может быть использована система оценки LRINEC, которая классифицирует пациентов в зависимости от риска развития некротизирующего фасциита. Хирургическая диагностика остается наиболее чувствительным методом подтверждения или исключения данной нозологии. Учитывая высокую летальность при несвоевременной диагностике, в сомнительных случаях не следует избегать или откладывать хирургическое вмешательство. Хирургическое лечение является обязательным этапом спасения жизни и должно быть выполнено как можно скорее. Для гемостаза обширной раневой поверхности при агрессивной хирургии эффективным лекарственным средством является водный настой или спиртовая лечебная мазь – лагохилуса. Повторные санации могут быть необходимы до тех пор, пока инфекция не будет санирована. ВАС-терапия рекомендована для ускорения заживления и закрытия раны, так как способствует уменьшению площади поражения и образованию грануляционной ткани. Антибактериальная терапия важная составляющая терапии пациентов с некротизирующим фасцитом. Эмпирическая антибактериальная терапия широкого спектра должна быть начата сразу после установления диагноза с учетом типа и предполагаемой флоры. Коррекция антибактериальной терапии проводится сразу же после получения результатов антибиотикограммы. Сроки антибактериальной терапии определяются клиническим состоянием пациента. Гипербарическая оксигенация и IVIG являются эффективными дополнительными методами терапии. Летальность по нашим данным за 5 лет составила 9,5%.

Список литературы

1. Алиев С.А., Алиев Э.С. Некротизирующий фасциит: узловые аспекты проблемы в свете современных представлений. Вестник хирургии. 2015; 6 (174): 106-110.
2. Гринев М.В., Будько О.А., Гринев К.М. и др. Некротизирующий фасциит. Вестн. хир. 2005; 1 : 90–94.
3. Гринев М.В., Будько О.А., Гринев К.М. и др. Некротизирующий фасциит: патофизиологические и клинические аспекты проблемы. Клинико-диагностические концепции и современные методы лечения гнойных септических осложнений. Петрозаводск, 2005; 15–17.
4. Гринев М.В., Гринев К.М. Некротизирующий фасциит в структуре хирургических инфекций мягких тканей. Амбулат. хир. 2005; 3 : 6–8.
5. Каштальян М.А., Герасименко О.С., Околец В.П. и др. Хирургическое лечение некротических инфекций мягких тканей. Шпит. хир. 2013; 2 : 96–98.
6. Каштальян М.А., Герасименко О.С., Околец В.П., Масунов К.Л. Хирургическое лечение некротических инфекций.
7. Николов В.В. Некротизирующий фасциит ургентное состояние в медицине. Интенсивная терапия. Острые и неотложные состояния в практике врача 2015; 2 : 27-31.
8. Sultan HY, Boyle AA, Sheppard N. Necrotizing fasciitis. BMJ. 2012; 345: 42-74.
9. Lancerotto L, Tocco I, Salmaso R et al. Necrotizing fasciitis: Classification, diagnosis, and management. J Trauma. 2011; 72 (3): 560–566.
10. Goh T, Goh LG, Ang CH et al. Early diagnosis of necrotizing fasciitis. Br J Surg. 2014; 101 (1) : 119–25.
11. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med. 2017; 43 (3): 304–377.
12. Experience in management of Fournier's gangrene: a report of 24 cases. J. Huazhong University Wang L, Han X, Liu M, Li B, Pan F, Li W, Wang L, Yang X, Chen Z, Zeng F. of Science and Technology. 2012. Vol. 32, N 5. P. 719 – 723
13. Wang YS, Wong CH, Yong-Kwang T. Staging of necrotizing based on evolving cutaneous features. Intern J Dermatol. 2007. Vol. 46, N 10. P. 1036 – 1041.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616.61.07.08

Аллазов Салах Аллазович

Доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

Умаров Акбар Усмонович

Студент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА УРОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Allazov Salakh Allazovich, Umarov Akbar Usmonovich, Renal column of urological genesis, journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 10-13


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-2>
Allazov Salakh Allazovich

Doctor of Medical science, Professor
Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.

Umarov Akbar Usmonovich

Student Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.

RENAL COLUMN OF UROLOGICAL GENESIS (LITERATURE REVIEW)

Allazov Salakh Allazovich

Tibbiyot fanlari doktori, professor
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Samarqand, O'zbekiston

Umarov Akbar Usmonovich

Talaba Samarqand davlat tibbiyot instituti
Samarqand, O'zbekiston

UROLOGIK BUYRAK SANCHIG'I (ADABIYOTLAR TAHLILI)

За последние два десятилетия произошло революционное изменение лечебных подходов в ведении пациентов с мочекаменной болезнью. Помимо нарастания частоты применения эндоурологических методов лечения улучшается эффективность дистанционной литотрипсии, развиваются современные методы литокинетической терапии [Srisubath A. et al., 2009; Pradère B. et al., 2017]. Каждый год появляются инновационные технологические решения в том или ином виде оперативного лечения, а также новые лекарственные препараты и комплексные биологически активные добавки, призванные увеличить эффективность проводимого лечения. В настоящее время оптимальным представляется только комплексный, нередко

индивидуальный, подход в лечении пациента, состоящий не только в малоинвазивном удалении или фрагментации камня без значительной травматизации почечной паренхимы, но и включающий в себя противовоспалительное лечение, призванное устранить местные факторы для рецидива камнеобразования (нормализация pH мочи, увеличение диуреза) и обеспечивающие лучшее качество жизни пациента [Малих М.А., 2012; Мартон А.Г., Ергакон Д.В., 2018; Dhawan.S O'Olweny.E., 2020].

В настоящее время консервативное лечение используется пациентам с небольшими (до 5 мм) камнями почек при отсутствии нарушений уродинамики, данный подход связан с минимальными шансами на развитие обструктивных осложнений мочекаменной

болезни. Основные страхи данной категории пациентов связаны с боязнью развития почечной колики и возможной неэффективности проводимого лечения [Мартов А.Г., и соавт., 2018; Bryniarski P. et al., 2012; Kiremit M.C. et al., 2015].

Камни почек до 1 см в большинстве случаев при выявлении показаний для их оперативного лечения в качестве метода выбора является дистанционная литотрипсия, что позволяет у подавляющего большинства больных достигнуть положительного эффекта. Основные проблемы данного метода лечения связаны с его возможной неэффективностью (отсутствие фрагментации камня) либо с неотхождением уже раздробленных фрагментов камня [Resorlu B. et al., 2013; Sabnis R.B. et al., 2013].

Более крупные камни, за исключением крупных (более 2 см) и коралловидных камней, все чаще подвергаются лечению с помощью либо гибкой трансуретральной фиброуретеропиелоскопии либо малоинвазивных вариантов перкутанной нефролитотрипсии (мини- и микроперкутанная нефролитотрипсия) [Armagan A. et al., 2015; Donaldson J.F. et al., 2015; De S. et al., 2015]. Все чаще описываются комбинированные операции, выполняемые из двух доступов в положении пациента на спине, позволяющие не только полностью избавить пациента от камней, но и избежать воспалительных осложнений, связанных с длительностью выполнения операции в условиях повышения внутрилоханочного давления [De S. et al., 2015].

Все вышеуказанные факторы обуславливают появление новых нелекарственных методов, в число которых входит диетическое питание и изменение образа жизни, которые врачи-урологи могли бы рекомендовать пациентам на длительный период с целью увеличения диуреза после операции для эвакуации фрагментов камня и скорейшей нормализации состава мочи [Beydokthi S.S. et al., 2017].

Почечная колика – это своего рода обострение мочекаменной болезни. Возникает из-за резкого нарушения оттока мочи из почки вследствие миграции камней. Камни в почках, которые не нарушают отток мочи, обычно не вызывают болевых ощущений. Они зарождаются и растут, часто достигают весьма больших размеров. Боль появляется, когда камень покидает свое место и начинает двигаться с током мочи. При этом небольшие камни (4-6 мм) могут причинить большее беспокойство, чем крупные. Мелкий камень легко проникает в мочеточник, стенки которого реагируют на инородный предмет стойким спазмом, это и приводит к резкому нарушению оттока мочи, (уродинамики) и гемодинамики паренхимы почки. Начинается почечная колика. Это очень серьезное и опасное состояние. Если срочно не обратиться за помощью, возможны осложнения, вплоть до гибели почки.

Резкая боль в боку, в пояснице, которая может отдавать в область живота, паха, половые органы. Боль очень сильная, по характеру схваткообразная, острая, режущая, сопровождается следующими симптомами

- Тошнота и рвота.
- Задержка мочеиспускания.
- Примесь крови в моче.
- Повышение артериального давления.
- Боль не стихает при изменении положения тела.

Живот резко вздут, напряжен, появляется частая рвота, задержка мочеиспускания, повышается температура. Больной жалуется на боли в поясничной области, имеющие характерную направленность по ходу мочеточника в подвздошную область, в половые органы и по ходу бедра. При низком расположении камня колика часто сопровождается учащенным болезненным мочеиспусканием с иррадиацией боли в головку полового члена и на большие половые губы. Рвота и метеоризм также обычно сопутствуют приступу.

Почечная колика часто возникает на фоне полного здоровья, однако при мочекаменной болезни провоцирующим фактором может быть предшествующая физическая активность, ходьба, бег. Приступ почечной колики может длиться от нескольких часов до нескольких дней, прекращение боли не свидетельствует о выздоровлении и при отсутствии адекватной диагностики и

лечения, она обычно возобновляется через некоторое время. Частые приступы негативно влияют на функцию почки и требуют незамедлительного лечения.

Почечная колика – это не самостоятельное заболевание. Это осложнение ряда болезней:

- мочекаменной болезни,
- воспаления и травм почек,
- туберкулеза почки,
- врожденных аномалий,
- доброкачественных или злокачественных новообразований,
- аллергических реакций, сопровождающихся отеком мочеточников,
- болезни Ормонда.

В случае пиелонефрита происходит слущивание почечного эпителия, нагноение и отложение фибрина, что может спровоцировать закупорку просвета мочеточника. В результате развивается почечная колика.

Травма тканей почки может приводить к кровотечению и формированию скоплений кровяных сгустков, а также рубцовой ткани, перекрывающих просвет мочевыводящих путей.

При туберкулезе почки формируются специфические туберкулезные гранулемные образования, гнойные массы, происходит слущивание эпителия почечной ткани. Эти факторы в совокупности могут приводить к затруднению оттока мочи.

Опухолевые образования могут порастать в полость органов мочевыделительной системы или сдавливать их извне, увеличиваясь, образования закрывают просвет мочеточника, что вызывает почечную колику.

Согласно исследованиям, только одной четверти от общего числа пациентов, поступающих с подозрением на почечную колику, диагностируется именно эта патология. Поэтому задача врача – не только быстро и правильно диагностировать состояние пациента, но и выявить причину почечной колики. Потому что помимо снятия болевого синдрома и удаления камня пациенту может понадобиться лечение основного заболевания, которое вызвало почечную колику.

Классификация

Условно можно выделить несколько видов почечной колики (классификация).

По локализации основной боли

- Левосторонняя
- Правосторонняя
- Двусторонняя

По типу протекания патологии

- Впервые возникшая
- Рецидивирующая

По причине возникновения

- На фоне мочекаменной болезни
- На фоне пиелонефрита
- На фоне роста опухоли брюшной полости
- На фоне почечного кровотечения
- На фоне сосудистых патологий в околопочечном пространстве

- На фоне неуточненной причины

Этиологические факторы почечной колики

- Недостаточное потребление жидкости
- Генетическая предрасположенность к заболеваниям мочеполовой системы

- Чрезмерные физические нагрузки
- Заболевания мочеполовой системы в анамнезе
- Системные заболевания соединительной ткани
- Инфекционные процессы в мочеполовой системе
- Онкозаболевания органов мочеиспускания
- Острый или хронический пиелонефрит
- Туберкулез почки
- Инфаркт почки
- Тромбоз или эмболия почечных вен

Самой частой причиной развития почечной колики является мочекаменная болезнь. Риск развития колики повышен у взрослых пациентов.

Главная цель лечения почечной колики – нормализовать отток мочи, не допустить возрастания давления в почке и удалить камень. Выбор методики зависит от локализации камня, его структуры и размера:

- Безоперационное лечение камней почек и мочеточников – дистанционная ударно-волновая литотрипсия. Суть метода заключается в дроблении камня на мелкие части с помощью ударной волны и выведении вместе с мочой из организма. На данный момент он редко используется из-за низкой эффективности.

- Извлечение камня через мочеиспускательный канал без разрезов и проколов (контактная литотрипсия). Метод показан, если камень находится в нижней и средней части мочеточника.

Микропрокол в поясничной области (перкутанная или чрескожная литотрипсия) – к такому способу прибегают, если размер камня более 8 мм, и он локализуется в почке или верхней части мочеточника.

Улучшение результатов лечения экстренных больных с почечной коликой стало возможным благодаря разработанного нового диагностического алгоритму. Так, с целью объективной диагностики локализации, размеров и плотности конкрементов всем экстренным больным выполняется УЗИ с ангиографией (как скринингметод), нативная (бесконтрастная) мультиспиральная компьютерная томография (НМСКТ) почек и забрюшинного пространства, экскреторная урография. Нативной МСКТ, как объективному методу визуализации, в данном алгоритме отводится основная роль.

Всем экстренным больным в первые сутки (как правило, в первые 12 часов) выполнялась нативная МСКТ, которая позволила в короткие сроки определить точные размеры, локализацию и плотность конкрементов.

Определение денситометрических показателей камня позволило диагностировать не визуализируемые при обзорной урографии рентгенонегативные и слабоконтрастные конкременты (до 700 HU). Это позволяет выбирать оптимальный метод лечения, прогнозировать возможные осложнения и своевременно их предотвращать. При выявлении крупных или множественных рентгенонегативных (уратных) конкрементов необходимо дренирование верхних мочевых путей с последующим проведением литолиза.

Аноплексия чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почки, не связанная с травматическим повреждением, в клинической практике уролога встречается довольно редко. Чаще всего спонтанные разрывы почки встречаются при опухолях, поликистозе, геморрагической лихорадке с почечным синдромом.

Также описаны случаи нарушения целостности ЧЛС у больных, находящихся на хроническом гемодиализе. Аноплексия ЧЛС при обструкции мочеточника конкрементом является очень редким осложнением мочекаменной болезни.

(Алферов С.М., Левицкий С.А. 2016).

Как известно, почечная колика является следствием острой обструкции верхних мочевых путей (как правило, при мочекаменной болезни, опухоли почки, отеке нижней трети мочеточника при гинекологических процессах), что влечёт за собой расширения чашечно – лоханочной системы на стороне поражения, что в свою очередь вызывает расстройство гемодинамики почки, раздражение нервных окончаний чашечек, лоханки и собственной капсулы почек и приводит к возникновению её гипоксии, характерного для почечной колики болевого синдрома. Развивающийся отёк интерстициальной ткани почки распространяется на клетчатку почечного синуса и паранефральную клетчатку.

Большое количество урологических больных обращается в стационар в экстренном порядке по поводу болевого синдрома разной степени выраженности, вплоть до почечной колики. В основном это пациенты с камнями мочеточников. В случае отсутствия продвижения камня по мочеточнику, обострения пиелонефрита, снижения экскреторной функции почки необходимо, как минимум, восстановить отток мочи из почки и, как максимум, удалить конкремент. Уретеропиелоскопия (УПС) — метод диагностики, позволяющий обнаружить причину обструкции мочеточника и, как правило, дренировать почку, а контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) позволяет разрушить конкремент мочеточника. Однако отношение к выполнению этого вмешательства на фоне болевого синдрома остается неоднозначным.

Перкутанная нефролитотомия (ПНЛ) – хирургическая операция, суть которой заключается в удалении камней из почек через минимальное пункционное отверстие в поясничной области (разрез кожи обычно до 12мм).

С внедрением ПНЛ произошли революционные изменения в подходах к хирургическому лечению мочекаменной болезни (МКБ). По данным MEDLINE за последние 2 десятилетия значительно уменьшилась доля открытых вмешательств при крупных камнях почек. И, несмотря на доказанную высокую эффективность дистанционной литотрипсии (ДЛТ), при камнях больше 2 см в диаметре, ПНЛ демонстрирует лучшие результаты и меньший уровень осложнений. Были установлены показания к ПНЛ. Выбор тактики зависит от размера и состава камня, его расположения и наличия обструкции ниже камня, неэффективности ранее проведенной ДЛТ или противопоказания к ДЛТ, наличия анатомических особенностей и аномалий.

Список литературы

1. Алферов С.М., Левицкий С.А. Почечная колика с аноплексией чашечно-лоханочной системы. Матер. 2-й науч-практик. конф. урологов Северо-Западного федерального округа Рф. Санкт-Петербург. 2016; VI:12-13.
2. Малих М.А. Методы выявления резидуальных камней. Вестник хирургии Казахстана 2012;1: 81-82.
3. Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Гусейнов М.А. Первоначальный опыт клинического применения тулиевой лазерной литотрипсии в лечении уролитиаза. Урология 2018;1: 112-120.
4. Мартов А.Г., Ергаков Д.В. Применение комплекса Нефразод в реабилитации пациентов после эндоурологических операций. Урология 2018;4: 49-55.
5. Armagan A., Karatag T., Buldu I., Tosun M., Basibuyuk I., Istanbuloglu M.O., Tepeler A. Comparison of flexible ureterorenoscopy and micropercutaneous nephrolithotomy in the treatment for moderately size lower-pole stones. World J. Urol. 2015; 33(11):1827–1831.
6. Beydokthi S.S., Sendker J., Brandt S., Hensel A.. Traditionally used medicinal plants against uncomplicated urinary tract infections: Hexadecyl coumaric acid ester from the rhizomes of *Agropyron repens* (L.) P. Beauv. with antiadhesive activity against uropathogenic *E. coli*. Fitoterapia 2017;117:22-27.
7. Bryniarski P., Paradysz A., Zyczkowski M., Kupilas A., Nowakowski K., Bogacki R. Randomized controlled study to analyze the safety and efficacy of percutaneous nephrolithotripsy and retrograde intrarenal surgery in the management of renal stones more than 2 cm in diameter. J Endourol 2012;26:52–57
8. Donaldson J.F., Lardas M., Scrimgeour D. et al. Systematic review and meta-analysis of the clinical effectiveness of shock wave lithotripsy, retrograde intrarenal surgery and percutaneous nephrolithotomy for lower-pole renal stones. Eur. Urol. 2015; 67:612–616
9. De S., Autorino R., Kim F.J. et al. Percutaneous nephrolithotomy versus retrograde intrarenal surgery: a systematic review and meta-analysis. Eur Urol 2015;67:125–137

10. Dhawan S., Olweny O. *Phyllanthus niruri* (stone breaker) herbal therapy for kidney stones; a systematic review and meta-analysis of clinical efficacy, and Google Trends analysis of public interest.. *Can. J. Urol.* 2020; Apr;27(2).
11. Kiremit M.C., Guven S., Sarica K., Ozturk A., Buldu I., Kafkasli A., Balasar M., Istanbuluoglu O., Horuz R., Cetinel C.A., Kandemir A., Albayrak S. Contemporary management of mediumsized (10–20 mm) renal stones: A Retrospective Multicenter Observational Study. *J. Endourol* 2015; 29(7):838– 843.
12. Sabnis R.B., Ganesamoni R., Doshi A., Ganpule A.P., Jagtap J., Desai M.R. Micropercutaneous nephrolithotomy (microperc) vs retrograde intrarenal surgery for the management of small renal calculi: a randomized controlled trial. *BJU Int.* 2013; 112(3):355–361.
13. Srisubat A., Potisat S., Lojanapiwat B., Setthawong V., Laopaiboon M. Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) versus percutaneous nephrolithotomy (PCNL) or retrograde intrarenal surgery (RIRS) for kidney stones. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 4.
14. Pradère B., Doizi S., Proietti S. Evaluation of Guidelines for Surgical Management of Urolithiasis. *J. Urol.* 2017; (6).
15. Resorlu B., Unsal A., Ziypak T., Diri A., Atis G., Guven S., Sancaktutar A.A., Tepeler A., Bozkurt O.F., Oztuna D. Comparison of retrograde intrarenal surgery, shockwave lithotripsy, and percutaneous nephrolithotomy for treatment of medium-sized radiolucent renal stones. *World J. Urol.* 2013; 31(6):1581–1586.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 613.888-51:616.1

Боборахимова Умида Мусаевна
Ассистент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

КОРРЕКЦИИ МАССЫ ТЕЛА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ, ПЛАНИРУЮЩИХ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ГОРМОНАЛЬНУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Boboraximova Umida Musaevna, Weight management for the overweight woman planning to use hormonal contraception, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 14-18



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-3>

Boboraximova Umida Musaevna
Assistant Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.

WEIGHT MANAGEMENT FOR THE OVERWEIGHT WOMAN PLANNING TO USE HORMONAL CONTRACEPTION (LITERATURE REVIEW)

Boboraximova Umida Musaevna
Assistant Samarqand davlat tibbiyot instituti
Samarqand, O'zbekiston

GORMONAL KONTRATSEPTSIYANI QO'LLASHNI REJALASHTIRGAN SEMIZ AYOLLARDA TANA VAZNINI TUZATISH (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Актуальность. Ожирение представляет особую значимость для здоровья женщин детородного возраста, являясь серьезным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, желчнокаменной болезни, бесплодия, перинатальной патологии, злокачественных новообразований [1-4]. В настоящее время частота ожирения у женщин старше 20 лет в популяции достигает 35% [5], причем в возрасте 30-39 лет ожирение встречается в 2 раза чаще [6].

В основе нарушений функций системы гонадостата у женщин с ожирением лежат изменения центральных регулирующих механизмов функции яичников, коры надпочечников и изменения метаболизма половых стероидов на периферии, в частности в жировой ткани [2, 4-7]. По мнению большинства исследователей, нарушения менструального цикла (НМЦ) и развитие неоплазий у молодых женщин вторичны и являются следствием ожирения [2, 3, 8, 9]. По данным ряда авторов, для восстановления цикличности менструальной функции у женщин с ожирением нередко бывает достаточно снижения массы тела на 10-15% [3,4].

Нередко у пациенток с ожирением бывшая ранее регулярной менструальная функция на том или ином этапе ведения пациентки нарушается и бывает трудно ее восстановить. Нарушения менструального цикла в виде дисфункциональных маточных кровотечений, олиго- и аменорея встречаются чрезвычайно часто. Высока частота бесплодия.

Избыток жировой ткани приводит к накоплению стероидов, и количество и активность циркулирующих в крови эстрогенов снижается. Аномальное функционирование гипоталамуса приводит не только к нерегулярным менструальным циклам, но и к гипомеустуальному синдрому и вторичной аменорее. В.Н.Серов при изучении менструальной функции у женщин с послеродовым ожирением выявил нарушение тонической и циклической секреции гонадотропинов, приводящее в 63 % случаев к развитию ановуляторных кровотечений, с последующим развитием гипомеустуального синдрома либо ациклических кровотечений на фоне гиперпластических процессов эндометрия.

По мнению большинства исследователей, нарушения менструального цикла вторичны и являются следствием ожирения. При алиментарном ожирении в 6 раз чаще отмечаются нарушения менструальной функции и почти в 2 раза чаще – первичное бесплодие. Имеется прямая зависимость между нарастанием массы тела и тяжестью нарушений овариальной функции, что сопровождается ановуляцией, неполноценностью лютеиновой фазы цикла и снижающимся числом беременностей. В гинекологической эндокринологии наблюдается целый ряд синдромов ассоциированных с ожирением. Примером этого является известный всем нейроэндокринный синдром периода полового созревания, или так называемый юношеский базофилизм; послеродовый нейрообменно-эндокринный синдром, одним из основных симптомов которого является прибавка, иногда

очень значительная, массы тела; синдром поликистозных яичников, у многих пациенток сопровождающийся повышением массы тела или обменными нарушениями, которые встречаются при ожирении; климактерический синдром, в частности, и развивающийся на этом фоне постменопаузальный метаболический синдром.

Таким образом, нарушения эндокринной системы с периода полового созревания и доменопаузы тесно связаны сожирением.

Раздел I. Клинические проявления ожирения у женщин репродуктивного возраста

Выделяют два типа отложения жировой ткани у женщин феминный (гиноидный, глутеофemorальный), при котором отложение жира в основном происходит в области бедер и ягодиц, и андроидный (висцеральный, центральный) с преимущественным накоплением жиров висцеральной области. Наиболее неблагоприятным считается абдоминальный тип ожирения, сочетающийся, как правило, с комплексом гормональных метаболических факторов риска [2-4]. В настоящее время абдоминальное ожирение рассматривается как один из компонентов метаболического синдрома, описанного в 1988г. G. Reaven как «синдром X» [7].

Накопление жировой ткани в области бедер и ягодиц («нижний» тип ожирения) регулируется, главным образом, ферментом липопротеин липазой; для этой области характерны процессы липогенеза, а активность липолиза низкая, в связи с чем гиноидное

ожирение не влияет на здоровье и меняет только внешний облик женщины.

Раздел I. Пищевое поведение женщин репродуктивного возраста с ожирением.

Для оценки пищевого поведения пациенток мы использовали краткий адаптированный частотный опросник [13], включающий 24 пункта, и состоящий из 2 частей: 1-ая часть оценивает частоту потребления жира (15 пунктов); 2-ая часть даёт оценку частоты потребления продуктов растительного происхождения (9 пунктов). Все данные оценивали по балльной системе. Данный опросник мы адаптировали к условиям национального питания нашей стране. Опросник предназначен для самостоятельного заполнения и подсчёта набранной суммы баллов самим опрашиваемым. Пищевое поведение оценивали до и в процессе (через 6 месяцев) лечения с помощью представленных ниже анкет.

Анкета пищевого поведения

Постарайтесь вспомнить, как Вы питались на протяжении этого года. Как часто Вы употребляли перечисленные ниже продукты? Сделайте отметку крестиком в одном из соответствующих квадратов для каждого вида продуктов. Чтобы оценить результаты опроса, отметьте те крестиком часто употребляемые продукты или группы продуктов, в графе справа напишите количество баллов, которое соответствует их частоте употребления. Затем подсчитайте общую сумму баллов оценки Вашего питания.

Опросник №1

ПЕРЕЧЕНЬ ПРОДУКТОВ	Определение частоты потребления жиров					
	Реже чем 1 раз в месяц	2-3 раза в месяц	1-2 раза в месяц	3-4 раза в месяц	5 и более раз в неделю	СУММА БАЛЛОВ
	Баллы					
	0	1	2	3	4	5
Масло подсолнечное						
Масло оливковое						
Рыба не жирная (хек, треска)						
Рыба жирная (сельдь, сардины, скумбрия, палтус)						
Масло сливочное, маргарин, другие животные жиры, в том числе для приготовления блюд (для жарения, выпечки)						
Говядина жирная						
Свинина, баранина, ветчина						
Молоко, кефир, йогурт, ряженка жирностью более 3 %						
Сметана, сливки, мороженое						
Печень, мозги, почки						
Колбаса вареная, жирная, сосиски, сардельки						
Колбаса полукопченая, копченая						
Сыр жирный 30% и более						
Творог жирный (18%), творожная масса						
Яйца						
Жареная курица						
Жареный картофель, чипсы						
Сало						
Печенье, пирожное, торт, шоколад						
Общая сумма баллов						

Анализ данных опроса, проведенного с помощью анкеты №1, осуществлялся на основании подсчета общей суммы баллов, по следующим критериям:

- общая сумма баллов > 27. Ваша диета обогащена жиром и холестерином. Вам необходимо реже потреблять богатые животными жирами продукты, заменив их рыбой, зерновыми, бобовыми, овощами и фруктами, а также растительными маслами
- 25 - 27 баллов. Вы довольно часто потребляете жирные продукты. Попробуйте уменьшить их потребление, начав с продуктов, для которых Вы набрали наибольшее количество баллов.

- 22 — 24 баллов. Ваша диета является типичной для современного человека. Желательно заменить часть жировых продуктов на продукты с низким содержанием жира
- 18 — 21 баллов. Если у Вас имеются факторы риска атеросклероза, стремитесь достигнуть показателя потребления жиров < 17 баллов
- < 17 баллов Вы предпочитаете продукты с низким содержанием жира и поступаете правильно! Придерживайтесь этого питания для профилактики атеросклероза.

Опросник №2

Определение потребления зерновых продуктов, овощей фруктов.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРОДУКТОВ	Реже чем 1 раз в месяц	2-3 раза в месяц	1-2 раза в месяц	3-4 раза в месяц	5 и более раз в неделю	СУММА БАЛЛОВ
	Баллы					
	0	1	2	3	4	5
Хлеб пшеничный (белый, серый)						
Хлеб ржаной (черный)						
Картофель вареный						
Морковь, свекла, капуста, огурцы, томаты, кабачки, баклажаны, перец сладкий						
Макароны, рис, ячмень, пшено, крупа перловая						
Крупа овсяная, манная, гречневая						
Бобовые (фасоль, горох, бобы, чечевица)						
Апельсины, груши, бананы, яблоки, соки, апельсиновый и яблочный						
Абрикосы, арбуз, виноград, дыня, персики, слива, черешня, сухофрукты.						
Грейпфрут, мандарины, ананас, ягоды (клубника, крыжовник и др.)						
Общая сумма баллов						

Анализ данных, полученных с помощью анкеты №2, следует анализировать на основании подсчета общей суммы баллов по следующим критериям:

- если сумма баллов > 30. Вы набрали желаемую сумму баллов. Вы потребляете достаточно зерновых продуктов, овощей и фруктов. Придерживайтесь этого питания.
- 20 — 29 баллов. Вам следует включить в свой рацион больше трех продуктов, для которых Вы набрали наименьшие баллы
- < 20 баллов. В Вашей диете не достаточно важных компонентов питания. Вам следует включить в дневной рацион указанные продукты, богатые клетчаткой для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом.

Мы рекомендуем добиться, чтобы соотношение баллов опросника №2 к баллам опросника №1 было выше 1,5. Это можно сделать при правильной регулировке питания (рекомендации даны в пояснениях) и повышении физических нагрузок.

Для внедрения принципов рационального питания необходимо проводить расчет калорийности суточного рациона, предложенный ВОЗ [2, 10, 24]. Схема этого расчета для женщин такова:

- 18-30 лет: $(0,0621 \times \text{вес в кг} + 2,0357) \times 240 \times \text{коэфф. физической активности}$
- Старше 30 лет: $(0,0342 \times \text{вес в кг} + 3,5377) \times 240 \times \text{коэфф. Физической активности}$

Коэффициент физической активности рассчитывается от уровня физической активности:

- низкая физическая активность (умственная, сидячая, домашняя, нетяжелая работа) – коэффициент 1,0
- умеренная физическая активность (работа, связанная с ходьбой, занятия физкультурой не менее 3 раз в неделю) – коэффициент 1,3
- высокая физическая активность (тяжелая физическая работа, занятия спортом) - коэффициент 1,5

Раздел II. Медикаментозные средства, направленные на снижение веса.

Обязательной составляющей базисной терапии является соблюдение умеренно гипокалорийной диеты, режима физических упражнений, элементы психотерапевтического воздействия и постоянное консультирование/обучение новым навыкам пищевого поведения. Только переход на рациональное сбалансированное питание позволяет добиться стабильной потери избыточной массы тела. Применение медикаментозной терапии облегчает соблюдение рекомендаций по питанию и способствует более

быстрому и интенсивному снижению массы тела, а также помогает удерживать достигнутые результаты и предотвратить развитие рецидива.

Медикаментозная терапия ожирения нужна так же, как и при любом другом хроническом заболевании. В настоящее время установлено, что излечить ожирение лекарственными препаратами невозможно, а поэтому их назначение носит вспомогательный характер и является дополнением к диетическому и физиотерапевтическому методам лечения.

Основные показания к медикаментозному лечению:

- для облегчения соблюдения диеты
- как временное мероприятие после начала лечения у некоторых больных с депрессией и больных с заболеваниями ЖКТ, которым трудно соблюдать диету
- при коротких курсах с 6-месячным и годичным интервалом, для сохранения массы тела после рецидива

- больным, у которых масса тела при применении диеты не снизилась. По механизму действия препараты для лечения ожирения можно разделить на три группы:

- снижающие потребление пищи (аноректики): теронак, минифаж, меридиа, прозак, изолипан, тримекс

- увеличивающие расход энергии (термогенные симпатомиметики): эфедрин, кофеин, сибутрамин

- уменьшающие всасывание питательных веществ: ксеникал.

Из медикаментозных препаратов у инсулинрезистентных пациентов на первом этапе рекомендуется терапия метформином. Препарат из класса бигуанидов Метформин (Глюкофаж, Сиофор) приводит к снижению периферической инсулинрезистентности, улучшая утилизацию глюкозы в печени, мышцах и жировой ткани, нормализует липидный профиль крови, снижая уровень триглицеридов и ЛПНП, не влияя на функцию β -клеток поджелудочной железы. Препарат назначается по 1000-1500 мг/сутки контролем глюкозотолерантного теста. Длительность терапии 3-6 мес., в том числе на фоне стимуляции овуляции [36]. Мета анализы показывают, что применение метформина при ожирении приводит к значимому снижению массы тела [35].

Раздел III. Хирургические методы лечения ожирения.

В последние годы при тяжелых формах ожирения, а так же при неэффективности медикаментозной и немедикаментозной терапии все чаще прибегают к хирургическим методам, к выполнению, так называемых бариатрических операций. Эти операции действуют на снижение веса за счет либо значительного сокращения потребления пищи, либо за счет ограничения всасывания пищи в

кишечном тракте. К наиболее часто применяемым современным операциям при ожирении относятся гастрощунтирование (ГШ), регулируемое бандажирование желудка (БЖ), вертикальная гастропластика (ВГП), билиопанкреатическое шунтирование (БПШ) в модификации Scopinaro, БПШ в модификации Hess – Marceau (Duodenal Switch), а также продольная резекция желудка (ПРЖ). Окончательное решение о проведении операции и выборе ее вида принимает хирург в зависимости от выраженности ожирения и сопутствующих заболеваний. Как правило, в течение первого года после хирургического вмешательства избыточная масса тела уменьшается на 50-70% от исходной, причем наиболее интенсивно в первые 6 месяцев. После оперативного лечения пациенты нуждаются в проведении заместительной терапии препаратами железа, кальция, показан также прием поливитаминов. Важно отметить, что даже хирургическое вмешательство не освобождает пациента от соблюдения правил рационального питания, т. к. увеличение калорийности за счет превышения жиров более чем на 30% от суточной нормы замедляет процесс снижения массы тела.

Очень справедливо отмечают Шагазанова Б.Х. и Шодманова Ш.А.: «Терапия ожирения, как и любого хронического заболевания – процесс пожизненный, и только совместными усилиями врача и пациента можно добиться положительного результата, причем основная ответственность за лечение возлагается на самого больного».

Заключение

Несмотря на простоту диагностики ожирения, успехи в профилактике и лечении пока нельзя считать удовлетворительными. Обычная рекомендация «меньше есть и больше двигаться» не способна кардинально помочь больному с ожирением.

Не каждая пациентка, обратившаяся к гинекологу по поводу проблем связанных с нарушениями менструальной и репродуктивной функции, предъявляет жалобы на избыточную массу тела. И не каждый гинеколог владеет методиками обследования и лечения таких больных, несмотря на то, что лечение любой патологии необходимо начинать с уменьшения избыточной массы тела, если таковая имеется. Здравоохранение экономически развитых стран только начинает набирать подходы к лечению ожирения, отвечающие современным представлениям о природе этого заболевания. Первые шаги, сделанные в этом направлении, обнадеживают.

Подходы к лечению ожирения женщин репродуктивного возраста на основе исходной массы тела

ИМТ	Характеристика	Подходы к лечению
25-30	Избыток массы тела	Самостоятельное изменение пищевого поведения, увеличение физических нагрузок
31-35	Класс I	Консервативное, в том числе медикаментозное лечение, при неэффективности – установка внутрижелудочного баллона
36-40	Класс II	Консервативное лечение, установка баллона, при наличии сопутствующих заболеваний – хирургическое лечение. Как правило, основной акцент делается на малоинвазивные технологии
Более 40	Класс III	При неэффективности консервативных мероприятий показано хирургическое лечение. Значительная часть пациентов нуждается в предоперационной подготовке (диетотерапия, установка внутрижелудочного баллона в качестве первого этапа)

Таким образом, ожирение является глобальной проблемой, требующей не только внимания со стороны здравоохранения, но и рассмотрения ее на правительственном уровне каждого

экономически развитого государства и в первую очередь с позиций репродуктивного здоровья женщины.

Список литературы

1. Закон Республики Узбекистан «Об охране репродуктивного здоровья граждан», 12.03.2019
2. Абдуллаева Л.М., Агабабян Л.Р., Боборахимова У. Гормональная контрацепция - преимущества и недостатки.
3. Абдуллаева Л.М., Агабабян Л.Р., Боборахимова У., Избыток массы тела у женщин репродуктивного возраста и методы его коррекции.
4. Абдуллаева Л. М., Боборахимова У.М., Агабабян Л.Р. Программа расчета приемлемости комбинированной оральной контрацепции у женщин с ожирением
5. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан уведомляет о факте поступления документов заявки на регистрацию программы для ЭВМ «Программа расчета приемлемости комбинированной оральной контрацепции у женщин с ожирением» DGU 2020 №1436
6. Андреева Е.Н., Григорян О.Р., Волевоч Н.Н., Мельниченко Ж.А. Влияние комбинации сибутрамин/меформин на уровень антимюллерова гормона, углеводный и липидный обмены в терапии синдрома поликистозных яичников у женщин с метаболическим синдромом. //Акушерство и гинекология, 2016, с. 112-119 Доступно в eLibrary.ru
7. Белов Г.В., Каипов А.К., Атабаев И.Н., Нуруев М.К. Физическая реабилитация женщин с алиментарным ожирением в условиях города ОШ// Научное обозрение. Медицинские науки. 2019. 60-65
8. Беляков Н.А., Мазуров В.И., Чубриева С.Ю. Метаболический синдром Х.// Эфферентная терапия. - 2000. — Том 6. - №2. С. 3 — 15.
9. Бессесен Д.Г., Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение. – М.: Бином, 2014
10. Горелова И.В., Рулев М.В., Попова П.В. Влияние ожирения на результаты вспомогательных репродуктивных технологий// Проблемы репродукции. 2018;24(6):39-45
11. Доклад о ситуации в области инфекционных заболеваний в мире. ВОЗ, 2010
12. Информационный бюллетень ВОЗ №311, январь 2015
13. Карахалис Л.Ю., Пономарев В.В., Безруков А.Г., Пенжоян Г.А., Донченко Е.А. Ведение пациенток с синдромом поликистозных яичников в интергенетическом интервале. Проблемы репродукции. 2017. №5, стр. 61-64
14. Киселева Н.Г., Перова Н.В., Олферьев А.М., Митяев А.А., Оганов Р.Г. Оценка «пищевого риска» дислипидемий с помощью опросника, адаптированного для врачебной практики. // Кардиология. - 1998. — №10. -С. 91-96.
15. Можинская Ю.В., Белик С.Н., Подгорный И.В., Аветисян З.Е. Ожирение как фактор риска репродуктивных неудач.//Синергия наук. 2017, №16, с. 732-740. Доступно: eLIBRARY.RU, eLIBRARYID: 30457571
16. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А., Манухина Е.И. Гинекологическая эндокринология. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2017, 285 с.
17. Мишарина Е.В., Абашова Е.И., Потин В.В. Ожирение и репродуктивная функция женщины. Журнал акушерства и женских болезней. 2016, том LXV, выпуск 5. с. 64-74
18. Подзолкова Н.М., Колода Ю.А., Подзолков А.В. Терапия беспл бесплодия у пациенток с ожирением: современный взгляд на проблему//Проблемы репродукции – 2012. - №3. – с. – 37-41
19. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. Москва. МЕДпресс-информ, 2015. 504 с.
20. Бессесен Д.Г., Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение. – М.: Бином, 2014
21. Толпыгина М.Г., Абашова Е.И., Боровик Н.В. Патогенез нарушения функции яичников у женщин с сахарным диабетом 1-го типа//Журнал акушерства и женских болезней. 2018.Т.67.№1.с. 5-12. DOI: 10.17816/JOWD6715-12
22. Шалина М.А. Метаболический синдром у женщин старшего возраста.//Журнал акушерства и женских болезней.2019. – Т.68. - №3. – с. 81-88
23. Эседова А.Э., Гаджиева З.Ш., Идрисова М.А., Касумова З.М.Состояние здоровья женщин в постменопаузальном периоде на фоне ожирения.//Вестник последипломного медицинского образования. 2017, №3, с.47
24. CedergenMI. Maternalmorbid obesity andthe resk of adverspregnancy outcome. ObstetGynecol. 2004; 103:219-24. DOI: 10.1097/01.AOG. 0000107291.46.159.00
25. Dag ZO, Dilbaz B. Impactofobesityoninfertility in women. J Turk GerGynecolAssoc. 2015; 16(2):111-7. DOI: 10/5152/tgga.2015.15232
26. FlgaIKM, CarrollMD, KitBK, Ogden CLPrevalence of obesity andtrends inthe distribution ofbody massindex amongUS adults, 1999-2010. Jama. 2012; 307(5):491-7.DOI: 10.1001/jama.2012.39
27. FrancsS. Genetic and environmental origins of obesityrelevantto reproduction. ReprodBiomedOnline 2009; 12:526-31



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616-006.31.61.071-08

Искандаров Юсуф Назимович

Ассистент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

Муминов Сухроб Ропижонович

Студент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

Аллазов Салах Аллазович

Доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

ПОНЯТИЕ ОБЪЕМНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В УРОЛОГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Mo'minov Suhrob Ropijonovich, Iskandarov Yusuf Nazimovich, Allazov Salakh Allazovich, The concept of volumetric neoplasms in urology Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 19-22



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-4>

Iskandarov Yusuf Nazimovich

Assistant Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.

Mo'minov Suhrob Ropijonovich

Student Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.

Allazov Salakh Allazovich

Doctor of Medical science, Professor
Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.

THE CONCEPT OF VOLUMETRIC NEOPLASMS IN UROLOGY (LITERATURE REVIEW)

Iskandarov Yusuf Nazimovich

Assistant Samarqand davlat tibbiyot instituti
Samarqand, O'zbekiston

Mo'minov Suhrob Ropijonovich

Talaba Samarqand davlat tibbiyot instituti
Samarqand, O'zbekiston

Allazov Salax Allazovich

Tibbiyot fanlari doktori, professor
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Samarqand, O'zbekiston

UROLOGIYADA HAJMLI O'SMASIMON HOSILALAR TUSHUNCHASI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Согласно Босняк М.А. (1986) различают следующие разновидности кистозных объемных новообразований почек (табл. 1).

КЛАССИФИКАЦИЯ КИСТ ПОЧЕК ПО BOSNIAK

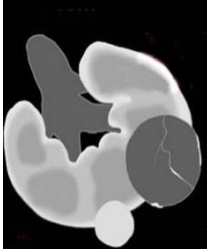
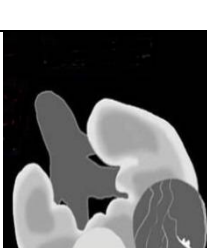
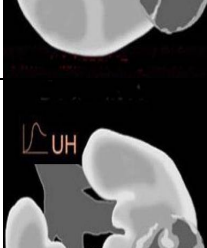
Тип	Характерные черты	Тактика	
I	Простая доброкачественная тонкостенная киста без перегородок, кальцификатов или солиноого компонента. Содержимое имеет жидкостную плотность, не контрастирует.	Доброкачественные дальнейшего наблюдения не требуется	
II	Доброкачественная киста. Может содержать несколько тонких перегородок, толщиной не более 1мм, в которых может наблюдаться «кажущееся контрастирование». В стенках и перегородках возможно наличие мелких или незначительно утолщенных кальцификатов. В эту же группу включают образования с более плотным содержимым, размером < 3см с четкими контурами, не накапливающие контраст.	Доброкачественные, дальнейшего наблюдения не требуется	
III	Эти кисты могут иметь множество тонких перегородок. Может отмечаться минимальное равномерное утолщение, а также «кажущееся контрастирование» стенок или перегородок. В них могут встречаться кальцификаты, в том числе широкие и узловатые, однако измеримого накопления контраста не происходит. Контур, как правило, четкий. В эту категорию входят также не накапливающие контраст образования с более плотным содержимым (геморрагические, инфицированные), размерами > 3см. Нет мягкотканого компонента.	Динамическое наблюдение. Небольшая часть образований являются злокачественными	
III	Сомнительные кистозные образования с равномерно утолщенными стенками (>1 мм) или перегородками с измеримым накоплением контраста. Некоторые из них являются доброкачественными (геморрагические кисты, кисты с хронической инфекцией, мультилокулярная кистозная нефрома), другие злокачественными (кистозный и мультилокулярный кистозный ПКР).	Хирургическое вмешательство или динамическое наблюдение. Свыше 50% новообразований имеют злокачественный характер	
IV	Явно злокачественные кистозные образования, обладающие всеми характеристиками III категории и, кроме того, содержащие мягкотканые компоненты, накапливающие контраст, прилежащие, но несвязанные со стенками или перегородками. Эти новообразования включают кистозный рак.	Рекомендуется хирургическое вмешательство	

Табл.1 Классификация кист почек по Босняк

МДКТ является методом, который дает возможность определить характеристики, оценить кистозные образования почек в соответствии с классификацией Bosniak и провести дифференциальную диагностику выявленных изменений, что является ключевым для выбора оптимальной тактики ведения пациента и объема оперативного вмешательства. Однако типичные и сомнительные почечные кисты остаются сложной диагностической проблемой, решить которую может совершенствование алгоритма обследования таких больных.

Простая киста почки — доброкачественное тонкостенное объемное образование, имеющее фиброзную капсулу

и эпителиальную выстилку, развивающееся из паренхимы почки и содержащее, как правило, серозную жидкость. Простые кисты встречаются в 2 раза чаще у женщин, и их количество увеличивается с возрастом.

Примерно в 10–15 % случаев почечно-клеточный рак может быть представлен кистозной жидкостной структурой с неоднородным содержимым, что обусловлено распадом опухоли, внутренним ростом кисты, переросшей в опухоль (мультилокулярная карцинома, кистаденокарцинома) и наличием злокачественных новообразований в кисте. И приблизительно 5–7 % объемных образований почек нельзя четко охарактеризовать

с помощью современных методов визуальной диагностики. К ним можно отнести образования, которые не являются ни простыми почечными кистами, ни солидными структурами. Эти неопределенные образования могут быть как злокачественной, так и доброкачественной природы. Задача врача состоит в дифференциальной диагностике осложненной кисты со злокачественным поражением почки (рак в кисте) и простой кисты почки для выбора тактик лечения: при наличии опухоли — оперативное лечение, наличии кисты — динамическое наблюдение.

По характеру локализации кист выделяют:

1. Субкапсулярные кисты — располагаются непосредственно под капсулой почки.
2. Кортикальные кисты — располагаются в кортикальном слое.

3. Интрапаренхиматозные кисты — располагаются в толще почечной ткани.

4. Парapelvicальные кисты — располагаются в области ворот почки.

В настоящее время нет определенных алгоритмов диагностики и дифференциации кистозных форм рака почки и осложненных кист почек, в связи с чем требуются изучение и выработка подходов к диагностике и лечению этой категории больных. Кистозные образования, с учетом трудностей при дифференциальной диагностике доброкачественных кист и кистоподобных форм рака почки, оцениваются по классификации Bosniak, [3,4] касательно атипичных кистозных образований почки. Эта классификация основана на данных компьютерной томографии и предполагает определенную лечебно-диагностическую тактику (рис.3):

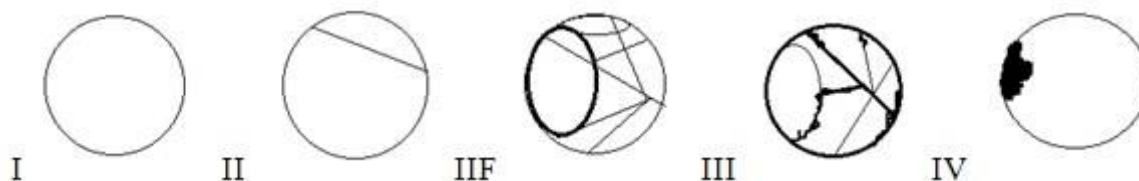


Рис.3 Кисты почек по классификации Bosniak.

Многие из кистозных образований почек являются случайными находками на КТ. Большинство из них — простые почечные кисты, и нет необходимости в их дальнейшем наблюдении. Однако осложненные кисты, некоторые из которых являются злокачественными, требуют хирургического вмешательства, в то время как другие — динамического наблюдения. Необходимо отметить, что четких представлений о морфологических вариантах кистозного рака почки (рак в стенке кисты, кистозная трансформация ПКР) нет, как нет и четких критериев дифференциальной диагностики образований II и III категорий по Bosniak, а также определенных рекомендаций в отношении их ведения и объема хирургического вмешательства.

Классификация по Босняку впервые была предложена в 1986 году. Классификация помогает врачам подразделить кисты почек на категории по степени их возможной малигнизации. По категории I риск малигнизации сложных кист почек равняется менее чем 2%. При категории II риск малигнизации кист почек равняется 18%. Кисты с типом по Босняку (Bosniak) >III следует рассматривать как вариант почечно-клеточного рака (ПКР) и лечить их соответствующим образом. Большинство кист почек при категории IV классификации Bosniak имеют риск озлокачествления в 92%.

В последнее десятилетие эндовидеохирургические технологии лечения простых солитарных кист почек изменились неузнаваемо: от использования в процессе хирургической операции четырех троакаров до одного. Некоторые хирурги прибегали к операциям даже без использования портов. При этом было отмечено, что работа с тонкими инструментами может быть косметически более привлекательной, но исследования показали, что такие инструменты более требовательны к хирургической технике оператора из-за их хрупкости. Ежегодно появляются новые хирургические технологии, позволяющие улучшить результаты применения радикальных оперативных вмешательств с простыми солитарными кистами почек. Данные методики хирургического лечения кистозных заболеваний почек с успехом применяют в настоящее время как при солитарных кистах почек, так и при мультилокулярных, множественных кистах и поликистозе почек. Обсуждая представленные литературные данные, необходимо отметить, что известен способ лечения поликистоза почек, включающий фенестрацию больших кист и тампонирующие образовавшихся кистозных полостей гранулированным пористым проникаемым сплавом на основе никелида титана с размером гранул 50–1000 мкм путём лапароскопического доступа. Однако способ не

получил широкого распространения в связи с необходимостью сложного тампонирующего вещества, отсутствующего на медицинском рынке.

Также известен способ одномоментного пункционного лечения и склерозирования кистозных полостей почек под ультразвуковым контролем, при котором для пункции использовали иглы с мандреном диаметром Ch 6–8–10 в зависимости от возраста пациента, а весь процесс фиксировался на экране монитора ультразвукового аппарата. В качестве склерозанта применяли 96% этиловый спирт с длительностью экспозиции 5 мин. В качестве местного гемостаза или склероза целесообразным можно считать и настой или настойку лагохилуса опьяняющего примененного С.А.Аллазовым и (2009-2011) при различных манипуляциях и операциях, сопровождающихся кровотечением (операционная рана-разрез тканей для доступа к оперируемому органу, макрогематурия, болезнь Фурнье, аденоэктомия простаты). Способ получил в последние годы широкое распространение, что связано с его малой травматичностью. Однако более чем в 40% случаев возникает рецидив заболевания или сохраняется остаточная кистозная полость. Элегантный в своем дизайне способ лечения больших, гигантских и многокамерных кист почек также имеет некоторые недостатки. Во-первых, через кожный разрез 3 мм путём бужирования туннеля между внутренней поверхностью кисты и кожей пациента устанавливают троакары для нефроскопа размером 26–30 по Шарьеру, что соответствует ригидному разрезу длиной 13–15 мм, а с учётом эластичности кожи для тубуса нефроскопа таких размеров хирургический разрез не должен быть менее 10–12 мм. После проведения подобной процедуры через меньшие кожные разрезы у всех пациентов будет развиваться ишемическое поражение кожи в месте установки троакара для нефроскопа, что приведёт к некрасивому косметическому эффекту на отдалённых сроках. Аналогично, при установке дополнительного 5,5-миллиметрового троакара для 5-миллиметровых манипуляционных инструментов разрез длиной 4 мм в 2 раза меньше необходимого (7–8 мм). Во-вторых, при слепом бужировании туннеля увеличивается риск кровотечения в месте хирургического интереса, что усложнит проведение основного этапа операции. В-третьих, данная методика является двухтроакарной, и в некоторых случаях при неудобном расположении кисты (в верхнем полюсе или на медиальном крае почки) может превратиться в трёхтроакарную, что не отличает её от классической трёхтроакарной ретроперитонеоскопической марсупиализации кист почек.

Способ с введением в забрюшинное пространство вместо углекислого газа дистиллированной воды, с нашей точки зрения, также имеет некоторые недостатки. При повреждении даже мелких сосудов забрюшинного пространства окрашивание кровью вводимой в забрюшинное пространство жидкости приведёт к неправильному отражению цветовой гаммы на экране монитора, а при более выраженном кровотечении — к полной потере изображения, что может спровоцировать ошибочные действия оператора. При повреждении брюшины жидкость, попавшая в брюшную полость, полностью изменит анатомическое взаимоотношение органов брюшной полости и забрюшинного пространства, что может привести к конверсии.

По актуальности и не изученности кистозным новообразованием является почечно-клеточный рак (ПКР) почки. Доля почечно-клеточного рака (ПКР) составляет 1–3% от всех злокачественных новообразований взрослого населения и примерно 85–90% первичных опухолей почки. Широкое использование современных диагностических методов, таких как мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), привело к случайному обнаружению до 30–50% опухолей почки. Выявляемые новообразования, как правило, небольшого размера, и поэтому хирургическое лечение имеет лучший прогноз. В настоящее время МСКТ считается методом выбора для обнаружения и подтверждения диагноза злокачественной опухоли почки.

Появление современных компьютерных томографов с высоким пространственным разрешением позволяет создавать высококачественные многоплоскостные реформации, лишенные артефактов и с отличной визуализацией анатомических структур, что в свою очередь обеспечивает улучшение предоперационной оценки рака почки. Наличие псевдокапсулы, окружающей опухоль, считается гистологической особенностью ранних стадий заболевания. Гистологическая почечная псевдокапсула состоит из волокнистой соединительной ткани и компримированной почечной паренхимы. Инкапсулированная опухоль, как правило, небольшого размера, что позволяет выполнить органосохраняющую операцию.

В связи с выше изложенным появилась клиническая необходимость определять наличие или отсутствие псевдокапсулы опухоли почки на предоперационном этапе с целью планирования хирургического вмешательства. В источниках литературы сообщается о возможностях ангиографии, ультразвукового исследования (УЗИ), МРТ с применением T2-взвешенных последовательностей в обнаружении псевдокапсулы опухоли почки. Однако лишь немногочисленные публикации освещают потенциальные возможности МСКТ в данном вопросе. Учитывая стремительное развитие диагностических методик, представляется целесообразным провести анализ возможностей 64 детекторной МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием в диагностике псевдокапсулы опухоли почки.

Список литературы

1. Акрамов Н.Р., Байбиков Р.С. Однотроакарный ретроперитонеоскопический доступ в лечении дивертикула чашечки почки в детском возрасте (описание случая). Эксперим. и клин.урол. 2015; (2):119–123.
2. Аляев Ю.Г., Сеницин В.Е., Григорьев Н.А. Магнитно-резонансная томография в урологии. Практическая медицина. М. 2005; 79–88.
3. Антонов А.В., Ишутин Е.Ю., Гулиев Р.Н. Выбор рационального алгоритма при лечении кист почек. Вестн. хир. им. И.И. Грекова. 2012; 171(6): 86–88.
4. Баранов А.В., Панченков Д.Н., Бехтева М.Е., Ширшов В.Н. Первый опыт лапароскопической резекции кисты почки методом единого доступа. Клини.практ. 2012.
5. Иванов Ю.В., Панченков Д.Н., Баранов А.В. и др. Лапароскопическое лечение кист почек. Эндоскоп. хир. 2009; 3: 15–18.
6. Кадыров З.А., Самко А.А., Гурбанов Ш.Ш. и др. Эндовидеохирургические методы иссечения простых кист почек. Эксперим. и клин. уrol. 2010; 3:62–65
7. Aggarwal S., Bansal A. Laparoscopic management of renal hydatid cyst. JSLS.2014; 18: 361–366.
8. Ascenti G., Mazziotti S., Zimbaro G. et al. Complex cystic renal masses: characterization with contrast-enhanced US. Radiology 2007; 243(1):158–65.
9. Bosniak M.A. The current radiological approach to renal cysts. Radiology.1986;158;1—10.
10. Chaitanya R. Divgi, Neeta Pandit-Taskar, Achim A. Jungbluth et al. Preoperative characterization of clear-cell renal carcinoma using iodine-124-labelled antibody chimeric G250 (124I-cG250) and PET in patients with renal masses: a phase I trial. The Lancet Oncology 2007;84:304–10.
11. Chen Z., Chen X., Luo Y.C. et al. Retroperitoneoscopic decortication of symptomatic peripelvic renal cysts: chinese experience. Urology 2011; 78 4: 803–807.
12. Emre H., Turgay A., Ali A. et al. Stepped procedure in laparoscopic cyst decortication during the learning period of laparoscopic surgery: Detailed evaluation of initial experiences. J. Minim. Access Surg. 2010; 6 2: 37–41.
13. Erdem M.R., Tepeler A., Gunes M. et al. Laparoscopic decortication of hilar renal cysts using LigaSure. JSLS.2014; 17: 301–307.
14. Farhan S.D. Laparoscopic management of symptomatic renal cysts. Iraqi Postgraduate Med. J. 2010; 9 (2): 163–168.
15. Gadelmoula M., Kur Kar A., Shalaby M.M. The laparoscopic management of symptomatic renal cysts: A single-centre experience. Arab J. Urol. 2014; 12: 173–177.
16. Hamedanchi S., Tehranchi A. Percutaneous decortication of cystic renal disease. Korean J. Urol. 2011; 52: 693–697.
17. Lee J.Y., Kang D.H., Chung J.H. et al. Laparoendoscopic single-site surgery for benign urologic disease with a homemade single port device: design and tips for beginners. Korean J. Urol. 2012; 53: 165–170.
18. Li Y.Z., Li M.X., Wang T. et al. Efficacy and safety of alcohol sclerotherapy involving single-session multiple injections to treat simple renal cysts: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. Chin. Med. J. 2013; 126 5: 803–807.
19. Ozkan B., Harman A., Emiroglu B. et al. The role of choice-lock catheter and trocar technique in percutaneous ablation of symptomatic renal cysts. Iran J. Radiol.2014; 11 2: 1–6.
20. Yang D., Xue B., Zang Y. et al. A modified laparoendoscopic single-site renal cyst decortication: singlechannel retroperitoneal laparoscopic decortication of simple renal cyst. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Techniq. 2013; 23; 6: 506–510.



УДК: 618.3-06-008.6:616-06-037

Назарова Гулчехра ХамракуловнаАссистент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан**Махмудова Севара Эркиновна**Ассистент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан**СОВРЕМЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****For citation:** Nazarova Gulchehra Xamrakulovna, Mahmudova Sevara Erkinovna Modern Significance of prognostic markers in the development of preeclampsia, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 23-26<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-5>**Nazarova Gulchehra Xamrakulovna**Assistant Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan**Mahmudova Sevara Erkinovna**Assistant Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan**MODERN SIGNIFICANCE OF PROGNOSTIC MARKERS IN THE DEVELOPMENT OF PREECLAMPSIA
(LITERATURE REVIEW)****Nazarova Gulchehra Xamrakulovna**Assistant Samarqand davlat tibbiyot instituti
Samarqand, O'zbekiston**Mahmudova Sevara Erkinovna**Assistant Samarqand davlat tibbiyot instituti
Samarqand, O'zbekiston**PREEKLAMPSIYA RIVOJLANISHIDA BASHORAT QILISH MARKERLARINING ZAMONAVIY AHAMIYATI
(ADABIYOTLAR TAHLILI)**

Preeclampsia (PE) is a syndrome of polyorganic failure that occurs during pregnancy and is based on an increase in the permeability of the vascular wall and other membranes, resulting in volumetric and hemodynamic disorders. Preeclampsia, as a major cause of perinatal and maternal morbidity and mortality worldwide, still remains an important medical and social problem. About 8.5 million preeclampsia cases are reported worldwide each year, accounting for 2-8% of all pregnancies (14% of women die annually) and showing no decreasing trend [7,9]. In terms of maternal mortality, preeclampsia along with its further complications, ranked the second to the fourth. In Uzbekistan, PE is found in about 11-16% of pregnant women, taking the third place among the causes of maternal mortality [2, 11]. Among children born

alive to mothers who have suffered from PE, one in four children lag behind in their physical development [7]. In Russia, according to various sources, PE is found in 5-30% of all pregnancies which makes more than one third of severe obstetric pathology. Over the recent years, an increase in PE cases, has been observed in some of developed countries, particularly in the USA. Specialists believe that the reason for such a growing tendency is the presence of such diseases as diabetes mellitus (AD), obesity, chronic arterial hypertension (CAH). Remote prognosis of women who have experienced PE during pregnancy is also associated with the development of cardiovascular complications later in life.

The World Health Organization reports that in developed countries, hypertensive complications responsible for maternal mortality account for up to 30 per cent of all factors [11]. For many decades, scientists of different specialties (cardiologists, obstetricians, gynecologists, genetics) have been paying close attention to the problem of PE, but despite the results obtained, there is still no accurate information about the causes and pathogenesis of the disease, neither have reliable laboratory methods of diagnosis been developed to provide effective preventive and treatment actions.

Along with early termination of pregnancy, delayed fetal growth retardation and premature placenta abruption detachment, PE refers to the so-called "Great Obstetrical Syndromes" associated with placental pathology, which is due to a different degree of remodeling disorder and obstruction of spiral arteries in the transition zone and myometry. The major risk factors for this complication of pregnancy on the maternal side include: age over 40 years, previous pregnancies with PE, first birth, multiple pregnancies, antiphospholipid syndrome, chronic arterial hypertension, autoimmune diseases, diabetes mellitus, kidney diseases, dyslipidemia and obesity. Preeclampsia is believed to be increasing since the 1990s, possibly associated with an increase in obesity (91). Notably, together with obstetric haemorrhage and infectious complications, PE is the so-called "lethal triad", which causes the overwhelming number of maternal deaths. It is worth mentioning that preeclampsia remains one of the main causes of neonatal morbidity (640-780) and perinatal mortality. Preeclampsia is also associated with stress and subsequent postnatal depression [7,17].

The modern prediction of PE is reduced to the study of the concentration and ratio of proangiogenic and antiangiogenic factors, as it is well known that the development of this multisystem disorder is based on the imbalance of factors affecting angiogenesis [2,10]. Today, two mechanisms of formation of new vessels are known: vasculogenesis - formation of the primary vascular network *de novo* (embryo cardiovascular system) and angiogenesis - formation of new vessels from existing ones. Both processes occur under the influence of very clear physiological regulation, when stimulators and inhibitors work in balance with each other [2,5,6,10]. Normally, angiogenesis inhibitors predominate over proangiogenic molecules, which prevents angiogenesis, and proliferation of endothelial cells lining the capillary walls is very slow. The processes included in the concept of angiogenesis were studied in detail and highlighted in a number of reviews [2,10] and presented in the following sequence. Angiogenesis begins with vasodilation and increase of vascular permeability. Then, there is the secretion of soluble angiogenic factor that affects the nearby blood vessel and leads to changes in the capillary wall in the form of basal membrane degradation, mitotic division of endotheliocytes, their subsequent migration into the stroma, and proteolytic degradation of the extracellular matrix. At the next stage, vascular endotheliocytes are organized into a tubular structure and the blood flow in the newly formed area is initiated. A huge number of soluble growth factors and inhibitors, cytokines and proteases, as well as proteins of the extracellular matrix and adhesion molecules strictly control this multistage process. The role of tissue hypoxia and increased production of nitrogen oxide in angiogenesis initiation is also widely known.

It is believed that research into factors that are important to preeclampsia will help foresee the severity and extent of pathological changes. Direct study of endothelium structures, which was one of the first to be damaged in preeclampsia, is now available (58). The problem is that meta-analyses are not sufficient to assess biomarkers predicting preeclampsia. It is difficult to compare studies of individual biomarkers.

To date, several dozens of the factors under discussion have been described. It has been established that the following substances deserve special attention:

1. Proangiogenic factors, one of the main representatives of which family is vascular-endothelial growth factor (VEGF);

- Antiangiogenic factors, including the soluble fms-like tyrosine kinase-1 (sFlt-1);

3. Soluble adhesion molecules: intercellular adhesion molecule 1 (ICAM-1) and vascular adhesion molecule 1 (VCAM-1).

Hypoxia is the main stimulant of angiogenesis. When the action of proangiogenic factors exceeds the action of antiangiogenic factors,

endothelial cells go into an active state, which is called "angiogenesis inclusion". Endometrium, deciduous shell and placenta are sources of angiogenic growth factors that trigger angiogenesis through a complex system of mediators with the involvement of transmembrane receptors with tyrosine kinase activity [10]. It was found that about 20 stimulating and 30 inhibiting angiogenesis factors take part in the process of vascular formation [4,7]. "Survival" and apoptosis of endothelial cells are opposite but necessary processes for angiogenesis, regulated by the balance of proangiogenic and antiangiogenic factors [6, 4]. The list of pathological conditions and diseases characterized by excessive and incorrect angiogenesis includes: oncopathology, retinopathy, arthritis, atherosclerosis, psoriasis, endometriosis and many others. Diseases such as coronary heart disease, diabetes mellitus, arterial hypertension and, finally, PE are characterized by insufficient angiogenesis [10]. The studies have proved the participation of altered production of numerous growth factors in the development of PE, as they are the main carriers of the mitogenic signal of cells, capable of stimulating or inhibiting the growth of tissues and blood vessels [1,3,6]. Since soluble factors involved in the processes of vascular formation are more accessible for research in the maternal bloodstream, and the change in their content in the mother's blood also reflects changes in the circulation and tissues of the fetus, the study of these factors in the blood of a pregnant woman is key to understanding and predicting the disturbance of vascular morphogenesis processes [4,9]. The most studied and of particular interest in studying PE pathogenesis are proangiogenic agents: vascular endothelial growth factor (VEGF) and placental growth factor (PlGF). The role of other growth factors and active substances in the formation of uterine and placental blood flow is insufficiently studied, because the overwhelming mass of studies is performed in late pregnancy, and the fundamental events determining the further course take place at the very beginning of pregnancy [4].

The vascular endothelial growth factor, previously known as the vascular permeability factor (VPR), was first isolated and described in the experiment in 1983 by Senger and belongs to the family of platelet growth factors, its basis is glycoprotein [2,3,5]. At present, several forms of VEGF are known - A, B, C, D, and E [118]; the most studied is VEGF-A. VEGF is the only specific mitogen of endothelial cells, it stimulates their growth, migration, proliferation, and proteolytic activity, increases the permeability of blood vessels in many tissues and promotes vasculogenesis and angiogenesis [4, 5,7], thus playing an important role in the physiological growth of the placenta and the vascular network of stroma naphtha, as well as regulating the invasive properties of the cytotrophblast [7]. One of the main functions of VEGF in the placenta at late stages of pregnancy is to provide increased viability of endothelial cells and stabilization of the vascular channel. In addition, VEGF is essential for maintaining a "healthy" endothelial phenotype of vessels in the kidneys, liver and brain [5,9]. Jojović M. et al. have shown that adding VEGF to mouse cell culture stimulates the development of placental tissue and increases the placenta area [1,5]. VEGF is produced by endothelial cells, fibroblasts, smooth muscle cells, and inflammatory cells [1,3,4]. Along with angiogenesis induction it has been found to increase vascular permeability, this ability is approximately 1000 times higher than that of histamine [2,4]. Deciduous NK cells produce VEGF already at early stages of pregnancy, at the stage preceding the invasion of trophoblast cells into mother arteries [4,9]. Its action on cells is mediated by 3 types of specific membrane receptors: VEGF-R1 (fms-like tyrosine kinase-1, Flt-1), VEGF-R2 (Flk-1/KDR) and VEGF-R3 (Flt-4), and the soluble form of the first of them - sFlt-1 - is considered as an antiangiogenic one [2,7]. It is known that the most intensive expression of VEGF-A and VEGFR-2 is observed at early gestational age, and the formation of VEGF-R1 is more intensively closer to the donor term [4].

Vascular endothelial growth factor receptor 1. Vascular endothelium growth factor receptor 1 (VEGFR1) is a high-affinity receptor for tyrosine kinase. In patients with PE the serum level of sVEGFR1 was increased, with a correlation between sVEGFR1 concentration and proteinuria level, the number of platelets in the mother and clinical criteria for PE classification [1,2,7]. Both early and late PE are associated with increased sVEGFR1. However, in patients with early PE the serum concentration of sVEGFR1 increases earlier

and to a greater extent than in late PE patients. Moreover, sVEGFR1 is able to predict early PE with greater sensitivity and specificity than late PE.

Endostatin. Specific inhibition of endothelial cell proliferation and migration, ability to induce apoptosis, and preclinical increase of endostatin serum concentration in PE have been shown [7,9]. However, studies comparing early and late PE have shown a change in circulating endostatin levels only for early PE and not for late PE [6,7], which supports the view that early PE is associated with pathological placentation.

Epidermal growth factor. Epidermal growth factor (EGF) and growth transforming factor- β (TGF- β) are two important angiogenic factors that participate in PE pathogenesis. EGF has been shown to be a trigger for trophoblast syncytization, while TGF- β inhibits it in vitro [5]. Accordingly, a balance between these two factors is necessary for adequate trophoblast syncytization. Low concentrations of EGF and high TGF- β are determined in PE patients [10]; heparin-binding EGF also reduces trophoblast apoptosis, which develops in response to hypoxia; its level is reduced in PE patients [4,9]. TGF- β 1 is one of the most studied types of TGF- β . Early studies did not find any difference in TGF- β levels between PE patients and healthy pregnant women, later studies found an increase in TGF- β in women with PE and a genetic predisposition to high TGF- β levels in women with PE in the history [1,3]. To date, there are no data on TGF- β and EGF concentrations in early and late PE.

Endoglin is mainly expressed on the endothelial cell surface as well as on the placenta syncytiotrophoblast and is a coreceptor for TGF- β 1 and TGF- β 2. The increase in the level of the soluble form of endoglin (sEng) was studied as a prognostic marker of PE, as a noticeable increase in sEng concentration in women with PE was shown in some cases 2-3 months before the signs of pathology appeared [9]. There are conflicting data on sEng levels in early and late PE. Thus, some authors noted the absence of reliable differences [10], while others reported a significant increase in sEng concentration in women with early PE compared to late PE [1,4]. Increased sEng and sFlt1 levels were also shown in the first trimester in women who subsequently developed late PE [5]. According to the researchers, a combination of sEng and sFlt1 can be a reliable prognostic marker of PE, especially for the development of early PE with a sensitivity of about 100% and specificity of about 95% [2,5] in a study at 13 and 20 weeks of pregnancy.

Placental Protein 13. Placental Protein 13 (PP-13) is a placental-specific marker that plays a role in normal implantation, placental vessel development and spiral artery remodeling. Normally, the level of PP-13 increases during pregnancy, and in women who subsequently develop PE, its level is abnormally reduced [5]. Studies have shown that the serum level of PP-13 in combination with the average pulsation index of the uterine artery with high accuracy can be a predictive marker of PE. Moreover, it has been shown that serum level PP-13 itself in the first trimester, as well as its combination with the pulsation index of the uterine artery according to ultrasound Doppler in the second trimester,

better predict the development of early PE than the late form of the disease [4].

Plasma pentraxin 3. Pentraxins is a superfamily of proteins, which are mandatory components of the humoral immune system. Plasma pentraxin 3 (PTX3) is expressed by a number of cells, including endothelial cells of vessels, monocytes, macrophages and fibroblasts. It is believed to bind the antigens of apoptotic cells in order to limit their risk of initializing the immune response. An association between PE and an increase in plasma PTX3 concentration has been shown [7,9]. Moreover, serum PTX3 levels in 11-13 weeks of pregnancy are significantly higher compared with controls, although they do not differ in patients with subsequent development of early or late PE. In addition to those discussed above, analysis of biochemical and placental determinants revealed that "early" PE is characterized by an increased ratio of plasminogen inhibitor of the first type to the second (PAI-1/PAI2) - a marker of trophoblast dysfunction; a higher concentration of 8-iso-prostaglandin F $_{2\alpha}$ in the placenta - a marker of oxidative stress [4,8]; higher concentration of elastase - a soluble marker of neutrophil activation [1,5]; increased concentration of retinol binding protein-4 - adipokine, involved in pathogenesis of insulin resistance and inflammation [1,8]. At the same time the increase of adiponectin - adipokine with anti-inflammatory action in blood was revealed only in patients with late PE [3,7,8].

Soluble Fms-like tyrosine kinase. Taking into account the connection between PFR and SEFR and the development of the trophoblast, it can be assumed that antiangiogenic factors play an important role in the development of PE, which inhibit their functions. PFR and SEFR bind to the receptor fms-like tyrosine kinase, which undergoes an alternative splicing from Flt-1 to soluble Fms-like tyrosine kinase (sFlt1), inducing endothelial dysfunction. Placental expression of sFlt1 is increased in PE, in some works it is associated with the degree of disease severity [4]. There are data that reliable changes in PFR level in PE are observed already in the first or in the beginning of the second trimester. The sFlt1 level rises 2-3 months before clinical symptoms of PE occur [9]. Both early and late PE are associated with changes in sFlt1 serum concentrations, with more pronounced disorders in early disease development.

At present, in the conditions of practical obstetrics, the most important measures to diagnose and prevent hypertensive disorders in pregnancy, and especially PE, are carefully collected anamnesis, identification of reliably associated with PE risk factors, early and adequate laboratory diagnostics, including the study of the most important parameters: proteinuria, hemostasis system, indicators of clinical and biochemical blood tests, including hepatic enzymes, determination of reliable prognostic markers of PE development in the blood. Complex laboratory diagnostics, dynamic monitoring of the patient under the control of instrumental methods of research, timely and rational tactics of management of pregnant women with hypertensive disorders will contribute to the effective reduction of maternal and perinatal morbidity and mortality, as well as improve the remote prognosis for mother and fetus.

References.

1. Agababyan L. R. et al. Features of Pure Progestin Contraception in Women with Preeclampsia/Eclapmia // Polls of Science and Education. - - 2019. - - №. 26 (75).
2. Kerley RN, McCarthy C, Kell DB, Kenny LC. The Potential Therapeutic Effects of Ergothioneine in Pre-eclampsia. Free Radic Biol Med. 2017 Dec 25. pii: S0891-5849(17)31282-0. doi: 10.1016/j.freeradbiomed.2017.12.030.
3. Laganà AS, Vitale SG, Sapia F, Valenti G, Corrado F, Padula F, Rapisarda AMC, D'Anna R. miRNA expression for early diagnosis of preeclampsia onset: hope or hype? J Matern Fetal Neonatal Med. 2018 Mar;31(6):817-821.
4. Luo X, Li X. Long Non-Coding RNAs Serve as Diagnostic Biomarkers of Preeclampsia and Modulate Migration and Invasiveness of Trophoblast Cells. Med Sci Monit. 2018 Jan 5;24:84-91.
5. Makhmudova S. E., Agababyan L. R. The rehabilitation of patients, suffering vulvovaginal candidiasis (vvk), taking combined oral contraceptives (COCS) // Национальная Ассоциация Ученых. - 2016. - №. 5. - С. 32-32.
6. Makhmudova S. E., Agababyan L. R. Effectiveness and acceptability of the prolonged combined oral contraceptives in women with anemia // Новый вектор развития научной деятельности. Вызовы и решения. - 2016. - С. 35-37.
7. Makhmudova S. E., Ataeva F. N. Evolutionary views on hypertensive disorders in pregnancy (literature review) // Advaced science. - 2019. - С. 183-187.

8. Mohammadpour-Gharehbagh A, Teimoori B, Narooei-Nejad M, Mehrabani M, Saravani R, Salimi S. The association of the placental MTHFR 3'-UTR polymorphisms, promoter methylation, and MTHFR expression with preeclampsia. *J Cell Biochem.* 2018 Feb;119(2):1346-1354. doi: 10.1002/jcb.26290. Epub 2017 Oct 27.
9. Okby R, Harlev A, Sacks KN, Sergienko R, Sheiner E. Preeclampsia acts differently in in vitro fertilization versus spontaneous twins. *Arch Gynecol Obstet.* 2018 Jan 4. doi: 10.1007/s00404-017-4635-y.
10. Rahimi Z, Zangeneh M, Rezaeian A, Shakiba E, Rahimi Z. MMP-8 C-799T and MMP-8 C+17G polymorphisms in mild and severe preeclampsia: Association between MMP-8 C-799T with susceptibility to severe preeclampsia
11. Timofeeva AV, Gusar VA, Kan NE, Prozorovskaya KN, Karapetyan AO, Bayev OR, Chagovets VV, Kliver SF, Iakovishina DY, Frankevich VE, Sukhikh GT. Identification of potential early biomarkers of preeclampsia. *Placenta.* 2018 Jan;61:61-71. doi: 10.1016/j.placenta.2017.11.011. Epub 2017 Nov 21.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616.6.98-079.4.575.191.08

Маманазаров Дилшод Машхурович
Студент Самаркандский Государственный
Медицинский институт Самарканд, Узбекистан
Аллазов Салах Аллазович
Доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский Государственный
Медицинский институт Самарканд, Узбекистан
Мурадова Раиля Рустамовна
Ассистент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

УРОГЕНИТАЛЬНАЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЖЕНЩИН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Mamanazarov Dilshod Mashkhurovich, Allazov Salakh Allazovich, Urogenital non-specific infection in women. Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 27-29



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-6>

Mamanazarov Dilshod Mashkhurovich
Student Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.
Allazov Salakh Allazovich
Doctor of Medical science, Professor
Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.
Muradova Railya Rustamovna
Assistant Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.

UROGENITAL NON-SPECIFIC INFECTION IN WOMEN (LITERATURE REVIEW)

Mamanazarov Dilshod Mashkhurovich
Talaba Samarqand davlat tibbiyot instituti
Samarqand, O'zbekiston
Allazov Salax Allazovich
Tibbiyot fanlari doktori, professor
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Samarqand, O'zbekiston
Muradova Railya Rustamovna
Assistant Samarqand davlat tibbiyot instituti
Samarqand, O'zbekiston

AYOLLARDA NOSPEKIFIK UROGENITAL INFEKSIYALAR (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Актуальность проблемы. Урогенитальная инфекция является самым частым воспалительным процессом мочевых и половых органов у женщин. Сложность диагностики и лечения

урогенитальной инфекции заключается в том, что микроорганизмы из половых и нижних мочевых путей взаимодействуют и лечение в одной системе зачастую не даёт

эффекта. Причинами урогенитальной инфекции являются незащищенный секс, бытовая передача инфекции, самостоятельный перенос возбудителя из одного анатомического органа в другой. В связи с этим является актуальным параллельное изучение течения, диагностики и лечения урогенитальной инфекции как единого инфекционного воспалительного процесса в нижних мочевых путях и в наружных половых органах у женщин. Инфекции мочевых путей (ИМП) разной локализации обычно редко рассматриваются в контексте внутреннего генеза, т.е. взаимосвязи микробиоты мочи больных ИМП с микробиотой макроорганизма в целом и близлежащих биотопов особенно (Набока Ю.Л. и соавтор 2019). В этой аспекты особо стоит вопрос взаимосвязи инфекции мочевых и половых путей в связи анатомической близости этих органов у женщин. Транслокация микроорганизмов из влагалища в уретру и мочевого пузырь и обратно по-видимому является самой частой и трудно излечимой в связи с тем, что в практике эти две локализации инфекции лечат урологи и гинекологи автономно каждый свою область. (Owrañgi B. et al. 2018). В настоящее время группами авторов изучается микробные взаимосвязи органов мочевой системы с другими биотопами (Schaeffer A.J. et al., 2016;). Проведен сравнительный анализ генома бактерии, выделенных из мочевого пузыря женщины с геномом 67 вагинальных штаммов (Thomas-White K. et al., 2018).

Как указывается в клинической рекомендации «Инфекция мочевыводящих путей у детей, взрослых, беременных: цистит, пиелонефрит, бессимптомная бактериурия» (2014) эта проблема до сих пор нерешена, в тоже время заболеваемость так и не снижается, что определяется актуальность данной темы.

В результате ранее проведенных многочисленных исследований установлено, что внебольничные инфекции мочевых путей как у беременных, так и у небеременных женщин, как правило (в 70-90% случаев) вызываются кишечной палочкой и другими представителями семейства Enterobacteriaceae, а остальные возбудители встречаются значительно реже [Hooton T.M. et al. 2012.]. В то же время, состав уропатогенов в отдельных странах и даже городах может не только иметь значительные отличия, но и меняться с течением времени. В России наиболее крупным и авторитетным исследованием эпидемиологии уропатогенов (в т.ч. у беременных) является исследование «ДАРМИС», опубликованное в 2012 году и показавшее микробный пейзаж внебольничных ИМП в стране по состоянию на 2010-2011 гг. [Палагин И.С., и др. 2012.]. В исследовании были представлены характеристики 152 штаммов-возбудителей ИМП у беременных, собранных по всей стране. По нашим сведениям, подобных по объему и качеству исследований ИМП у беременных в московском регионе в последние годы не проводилось. Следует, однако подчеркнуть, что знание актуального состава уропатогенов недостаточно для подбора оптимальной эмпирической антибиотикотерапии. Не меньшее значение имеет современный профиль их антибиотикорезистентности, который также не только меняется с течением времени, но может существенно отличаться от региона к региону. Во всем мире, включая Россию, отмечается тенденция к снижению чувствительности возбудителей ИМП к наиболее часто используемым антибактериальным препаратам. Если уровень резистентности к какому либо антибиотику в регионе составляет более 10 - 20%, это требует ограничения его использования в качестве эмпирической терапии.

Инфекция мочевыводящих путей (ИМП) – одна из наиболее распространенных бактериальных инфекций, развивающаяся преимущественно у женщин. Согласно данным ряда авторов, у 50–60% взрослых женщин в течение их жизни неоднократно отмечается клинический эпизод ИМП [Khunda A., Elneil S. 2012.]. Как правило, ИМП проявляется в виде острого цистита, с жалобами на учащенное мочеиспускание и urgency, дизурию, в отдельных случаях – на примесь крови в моче. При этом достижение быстрого облегчения симптомов путем оптимального подбора антимикробной терапии с одновременным контролем возбудителя и проведением профилактических мероприятий рецидива заболевания в настоящее время представляет собой непростую задачу [Прилепская Е.А.¹, Зайцев А.В.¹, Тупкина Н.В. 2014.].

В настоящее время в гинекологической практике отмечается значительное увеличение частоты дисбиотических нарушений во влагалище и специфических вагинитов у женщин репродуктивного возраста. Данный факт, по всей видимости, связан с улучшением диагностических возможностей современных методов исследования (ПЦР–диагностика, культуральные методы). Нередко обнаружение условно–патогенной флоры является предпосылкой к необоснованному назначению антибактериальных препаратов, которые значительно усугубляют имеющиеся дисбиотические процессы во влагалище, а в последующем ведут к антибиотикорезистентности имеющейся флоры. Данный вопрос особенно актуален при обнаружении микоплазм в урогенитальном тракте женщин. Неправильная интерпретация полученных анализов и необоснованное назначение антибиотикотерапии нередко являются причиной возникновения так называемого «ятрогенного вагинита», требующего в дальнейшем проведения длительного лечения.

По современной классификации микоплазмы относятся к классу Mollicutes, выделяют по меньшей мере 11 видов микоплазм, патогенных для человека: *M. bucale*, *M. faucium*, *M. fermentans*, *M. hominis*, *M. incognitis*, *M. lipophilum*, *M. pneumoniae*, *M. orale*, *M. salivarium*, *U. urealyticum*, *M. genitalium*. Большинство из них колонизируют полость рта, глотку и верхние дыхательные пути. К группе урогенитальных микоплазм относятся: *M. hominis*, *M. incognitis*, *M. genitalium*, *M. fermentans* и *U. urealyticum*, вызывающие поражение мочеполовых органов. Свойствами абсолютного патогена обладает *M. genitalium*, являющаяся причиной различных инфекционных осложнений со стороны урогенитального тракта у лиц обоего пола.

Некоторыми авторами урогенитальные микоплазмы рассматриваются как условно–патогенная микрофлора, которая способна вызвать заболевание лишь при определенных условиях. Обсуждается влияние микоплазмозов на развитие бесплодия, риск невынашивания беременности, преждевременных родов и перинатальных осложнений у плода, однако роль этих возбудителей в некоторых случаях остается сомнительной, т.к. наряду с микоплазмами выделяются другие возбудители – хламидии, вирусы простого герпеса, энтеровирусы, неспецифическая условно–патогенная микрофлора и др. В подобных случаях трудно определить место микоплазм в патологическом процессе, особенно когда акушерские и перинатальные осложнения возникают после проведенного, казалось бы, эффективного лечения. Частое обнаружение микоплазм в урогенитальном тракте клинически здоровых женщин с современных позиций рассматривается как комменсализм микоплазм и нормальной флоры влагалища. Способность молликутов вступать в конкурентные отношения и проявлять патогенные свойства возможна при определенных неблагоприятных для макроорганизма условиях, что приводит к массивной диссеминации возбудителя.

Факторами, провоцирующими развитие инфекционного процесса, могут быть присоединение инфекции другой природы, изменение гормонального фона, беременность и роды, нарушения иммунного и, в частности интерферонового, статуса организма. В составе микоплазм отсутствует ригидная клеточная мембрана со всеми ее компонентами, что обуславливает низкую индукцию антителогенеза и устойчивость возбудителя к химиопрепаратам, действующим на поверхностные структуры микробных клеток. Вследствие незавершенного фагоцитоза, в процессе которого микроорганизмы не подвергаются внутриклеточному перевариванию, создаются условия для персистенции микоплазм в фагоцитах. Кроме того, наличие общих антигенных структур у микоплазм и клеток организма при длительном хроническом течении заболевания является причиной развития аутоиммунных процессов, приводящих к тяжелым осложнениям и требующих специфической терапии. Для урогенитальных инфекций, вызываемых микоплазмами, характерно отсутствие патогномоничных клинических проявлений, что весьма осложняет диагностику и свидетельствует о необходимости применения

методов лабораторной диагностики и получения эпидемиологических данных. Микоплазменные инфекции могут протекать остро, но чаще имеют хроническое стертое рецидивирующее течение. При этом характер патологического процесса в значительной степени определяется состоянием местных и системных эффекторов иммунной системы, дисбаланс которых осложняет течение инфекции и служит предпосылкой развития рецидивов, несмотря на проведение этиотропной

терапии. Способность оказывать значительное влияние на показатели местного и системного иммунного гомеостаза обусловлена низкой иммуногенностью и склонностью к антигенной мимикрии микоплазм, возможностью изменения рецепторного аппарата клеточных мембран, индуцированием фосфолипазной активности, ведущей к повышению уровня простагландинов и цитотоксическим эффектам, а также супрессией интерферонового статуса.

Литература

1. Набока Ю.Л., Коган М.И., Гудима И.А., Митусова Е.В., Джалагония К.Т., Иванов С.Н. Существует ли взаимосвязь между микробиотой мочи влагалища и кишечника при инфекции верхних мочевых путей. Вестник урологии 2019; 7(1): 38-45.
2. Палагин И.С., Сухорукова М.В., Дехнич А.В., Эйдельштейн М.В., Шевелев А.Н., Гринев А.В., Перепанова Т.С., Козлов Р.С., Исследовательская группа «ДАРМИС». Современное состояние антибиотикорезистентности возбудителей внебольничных инфекций мочевых путей в России: результаты исследования «ДАРМИС» (2010–2011). Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2012;14(4):280-302.
3. Прилепская Е.А., Зайцев А.В., Тупикина Н.В. Роль междисциплинарного подхода в лечении инфекции нижних мочевых путей. Медицинское обозрение. 2014;27:1954-1962.
4. Hooton T.M., Roberts P.L., Stapleton A.E. Cefpodoxime vs ciprofloxacin for short course treatment of acute uncomplicated cystitis: a randomized trial. JAMA. 2012;307(6):583–589.
5. Khunda A., Elneil S. Recurrent Urinary Tract Infections Associated with Gynecological Disorders. Curr. Bladder Dysfunct. Rep. 2012;7(2):131–140.
6. Moreno E, Andreu A, Pigrau C, Kuskowski MA, Johnson JR, Prats G. Relationship between *Escherichia coli* strains causing acute cystitis in women and the fecal *E. coli* population of the host. J. Clin. Microbiol. 2008;46(8):2529-34.
7. Owrañi B, Masters N, Kuballa A, O'Dea C, Vollmerhausen TL, Katouli M. Invasion and translocation of uropathogenic *Escherichia coli* isolated from urosepsis and patients with community-acquired urinary tract infection. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2018;37(5):833-839.
8. Schaeffer A.J., Matulewicz M.S., Klumpp D.J. Infection of the urinary tract. Campbell-Walsh Urology. 2016;12:237-303.
9. Thomas-White K, Forster SC, Kumar N, Van Kuiken M, Putonti C, Stares MD, Hilt EE, Price TK, Wolfe AJ, Lawley TD. Culturing of female bladder bacteria reveals an interconnected urogenital microbiota. Nat. Commun. 2018;9(1):1557.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616.6.98-079.4

Шодмонова Зебинисо РахимовнаКандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан**Батиров Бехзод Амиджанович**Ассистент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

СТРИКТУРА УРЕТРЫ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Shodmonova Zebiniso Rahimovna, Batirov Behzod Amindjanovich Stricture of Urethra: Modern approach to the problem Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 30-34


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-7>
Shodmonova Zebiniso RahimovnaCandidate of Medical science, Docent
Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.**Batirov Behzod Amindjanovich**Assistant Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.

STRICTURE OF URETHRA: MODERN APPROACH TO THE PROBLEM (LITERATURE REVIEW)

Shodmonova Zebiniso RahimovnaTibbiyot fanlari nomzodi, Dotsent
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Samarqand, O'zbekiston**Batirov Behzod Amindjanovich**Assistent Samarqand davlat tibbiyot instituti
Samarqand, O'zbekiston

URETRA STRIKTURASI: MUAMMOGA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Уретра стриктураси (УС) бу эркалар орасида кенг тарқалган касаллик бўлиб, мураккаб урологик патология ҳисобланади. Сунги ун йилликда ушбу касаллик билан оғриган беморлар сони тез ўсиб бормокда ва беморларнинг ёшига мувофиқ ҳолда умумий популяцияда 0,6% дан 0,9% гача ўзгариб туради. S.V. Zhou ва ҳаммуаллифларнинг маълумотларида 45 ёшдан катта бўлган эркаларнинг 46,51%ида уретра стриктурасининг асосий сабаби трансуретрал операциялар оқибати эканлиги келтирилган (21).

УС борасида олимларнинг фикрлари турлича. Энг оддий ва кенг тарқалган тушунча бу - сийдик канали деворининг

яллигланиши ёки травматик шикастланиши оқибатида чандикли торайиши демакдир (6,3,9). Бирок бу «тушунча» ни биз бутун сийдик каналига нисбатан ишлата оламизми, ёки уретранинг факатгина маълум бир қисмига тегишлими? Келиб чиқишига қура шикастланишларнинг қайси турини (туғма ёки орттирилган) стриктура деб аташ тугри бўлади? Ушбу саволларга жавоб топиш мақсадида биз УС га оид адабиётлардаги маълумотларни мукамал урганишни лозим топдик.

Агар биз уретра стриктурасининг тарихига назар соладиган бўлсак Д.Ж.Петров (1862) биринчилардан бўлиб ушбу термин

хакида: “Уретра деворининг (махаллий огрикли азобланиши) зарарланиши сабабли унинг тешигини торайиши ва сийдик чиқилишининг (тусик хисобига) кийинлашувидир” дея таъриф берган (10). Р.М. Фронштейн (1934) эса: “Уретра стриктураси сийдик канали деворининг органик узгаришлари оқибатида унинг нормал тешигининг торайиши” дир деб тушунтиради (11). А.Б.Ага (1951) фикрига кура “Уретра ва уни ураб турган спонгиоз тананинг узун ёки киска масофадаги чандикланиши хисобига, (тугма аномалия эмас) унинг тешигининг торайишидир” дея талкин килади (12).

G.H. Jordon ва S.M. Schlosberg «уретра стриктураси» терминини факатгина олд уретранинг чандикланишига нисбатан ишлатиш тугри булади деб хисоблайди. Л.А.Кудрявцевнинг фикрича эса, УС деганда, сийдик каналининг орттирилган травматик чандикли кисилиши (стеноз) тушунилади, колган холатларда «торайиш» (сужение) дейиш тугри булади деган фикрни билдиради (32).

Халқаро урологлар жамиятининг етакчи мутахассислари Халқаро урологик кенгашининг SIU, ISUD, (2014) таърифига кура: «Уретра стриктураси» спонгиофиброз ривожланиши натижасида сийдик йулининг говаксимон тана билан уралган ҳар қандай кисмининг патологик торайиши» тушунилади (J.M.Xatini).

Россияда, жумладан бизнинг мамлакатимизда энг куп кулланиладиган тушунча - М.И. Коган таърифига кура: “УС бу сийдик йулларининг полиэтиологик сабабларга кура зарарланиши бўлиб, пастки сийдик йуллари симптомлари билан бирга кечадиган касалликдир”(28). Сунги пайтларда, патогенезининг узига хос хусусиятлари ва қайталанишга (рецидив) мойиллиги сабаб, урология амалиётида УС билан бир қаторда “ Уретранинг стриктура касаллиги” атамасини ҳам ташхис сифатида кулланилмоқда.

2014 йилда нашр этилган SIU,ISUD курсатмаларида уретранинг торайиши билан боғлиқ тушунчалар ва таърифларга янада аниқликлар киритилган. Масалан: “Уретра стриктураси” ва “Уретранинг стриктура касаллиги” атамаси факат говаксимон тана билан уралган сийдик каналининг олд кисмининг торайишини англатади. Тос суяги синиши билан боғлиқ бўлмаган, орқа уретранинг торайишини эса “стеноз” деб аташ тавсия қилинган. Шунингдек, простатэктомиядан сунги торайишларни ҳам везикоуретрал анастомоз “стенози” дейиш ҳам тугри булади. Шундай қилиб, ҳозирги вақтда орқа уретра стриктураси ёки ковок бўйинчаси стриктураси атамалари ҳам амалиётда фойдаланиш учун тавсия этилмайди (19,20).

Этиологияси: Одатда, уретра стриктураси ривожланишига олиб келувчи хавф омилларига қуйидагилар қиради: қарилик, анамнездан жинсий йуллар орқали юктирилган инфекциялар, простата беzi саратонини радикал ёки радиацион даволадан кейинги асоратлар ва х.к. (1,7). Аммо бугунги кунда урология амалиётида трансуретрал муолажалар ва оператив аралашувлар абсолют нисбатининг кескин ошаётганлиги сабаб, сийдик каналининг ятроген стриктурасининг учраши ҳам купайиб бормоқда (34).

Хатто инсонларнинг географик, социал-иктисодий статусларидан келиб чиқиб, уретра стриктурасининг сабаблари, локализацияси фаркли равишда турлича бўлиши мумкин. Масалан: ривожланган мамлакатларда эркакларда уретра стриктураси келиб чиқилишининг асосий сабаблари ятроген булса, ривожланаётган давлатларда эса травматизация хисобланади. Бунга: D.M.Stein ва ҳаммуаллифларнинг 2013йилда Италияда(1646 нафар), АКШда (228 нафар) ва Хиндистонда (715 нафар) уретра стриктураси сабабли даволанган жами 2589 беморларда утказилган ретроспектив таҳлиллар натижаси мисол була олади (12). Яъни 1-гуруҳда (Италия ва АКШда) ятроген шикастланишлар 35%, 2-гуруҳда (Хиндистонда) 16% ни ташкил этган. Локализацияси бўйича 1-чи гуруҳда уретранинг пенил кисмида торайиши 27%, 2-чисида 5%, орқа уретра стриктураси 34% ва 9% мос ҳолда учраши аниқланган. S. Tritscher ва ҳаммуаллифлари томонидан утказилган мета анализларда эса, ятроген омиллар 45% ҳолларда (трансуретрал муолажалар ва узок вақт давомида уретрал катетер билан юрганлиги сабабли) ривожланганлиги аниқланган.

М.А. Коган ва ҳаммуаллифларининг фикрича эса, бу курсаткич 17,7% ни ташкил этади (83,86,88). M.Lazzer ва ҳаммуаллифлари () 2303 нафар беморларнинг 38,8% ида ятроген этиологияли уретра стриктурасини (ЯУС) аниқлашган (34).

Бир гуруҳ Италиялик олимлар томонидан, 1439 нафар бемордан иборат қатта гуруҳда, сийдик канали торайишларининг локализациясига кура утказилган ретроспектив тадқиқотларда, беморларнинг купчилигида 92,2% олд уретранинг стриктураси аниқланган, шундан 46,9%- сийдик каналининг бульбоз кисмига, 30,5%- спонгиоз кисмига тугри келади, спонгиоз ва бульбоз - 19%, бутун сийдик йуллари торайиши 4,9% ни ташкил қилган (5).

Бизга маълумки, утган асрда уретра торайишларининг 90% дан ортиги даволанмаган гонорея натижасида юзага келган. Аммо ҳозирги вақтда эса, яъни антибиотиклар асрида, самарали даволаниш тугайли гонококк инфекциясининг УС сабаби сифатида ахамияти йук. Бугунги кунда яллигланишли торайиш купинча лихенсклерози ва гонококкли бўлмаган уретрит билан боғлиқдир. ЯУС эса тиббий ёқори ташжада ривожланган мамлакатларда куп учраши кузатилмоқда. Касалликнинг ошишига сабаб, шубҳасиз, урология амалиётида минимал инвазив трансуретрал эндоскопик операцияларнинг кенг кулланилишидир. Катетеризация, цистоскопия, айникаса, асбоб диаметри сийдик каналининг диаметрига тугри келмаса, шиллик қаватнинг шикастланишидан ташқари, уларда сикилиш зоналари ва сийдик йулларининг ишемияси шаклланишига олиб келади, бу эса уз навбатда торайишларга сабаб булади (7).

Маълумки қариялар ва кекса ёшдаги эркакларда энг куп учрайдиган урологик касалликлардан бири простата безининг хавфсиз гиперплазиясидир (ПБХГ) (8). Ҳозирги вақтда ПБХГ ни даволашда умумий қабул қилинган «олтин стандарт», бу простата беzi трансуретрал резекцияси(ПБТУР) ва унинг турли хил модификациялари кулланилмоқда (35). Бунинг оқибатида эса, қулгина муаллифларнинг гувоҳликларига кура, уретра стриктураси, облитерацияси ёки сийдик пуфаги бўйинчасининг склерози, аденомэктомиянинг кечки асоратлари сифатида келиб чиқилиши кузатилмоқда. Нозология нуктаи назаридан бу утказилган аденомэктомия операциясининг оқибатлари хисобланади. Яъни қатта ҳажмдаги аденомани олиб ташлаш вақтида уретранинг орқа кисми ёки сийдик пуфаги бўйинчаси структурасининг бутунлиги бузилиши сабабли туқималар зарарланади, бу эса кейинчалик ковок бўйни ёки уретранинг простата кисмининг операциядан кейинги стриктурасини ҳосил қилади. Ушбу асоратларни ятроген деб аташ мумкин эмас, чунки аденомэктомия операцияси бажарилиши пайтида уретра туқимасининг шикастланиши даражасига боғлиқ узгаришлардир. Кечки обструктив асоратлар аденомэктомия асоратларининг муҳим кисмини ташкил қилади. УС шулар жумласидан бўлиб, сийишнинг бузилишига олиб келади ва узок муддатли даволанишни талаб қилади. Айрим ҳолларда эса уретранинг орқа кисмида ва ковок бўйинчасида жаррохлик аралашувларини ҳам талаб қилади. Жаррохликдан сўнги даврда уретра стриктурасининг шаклланиши бир неча йил давом этиши мумкин, аммо қўпинча дастлабки 6 ой ичида ривожланади. Аденомэктомиядан сўнги стриктуранинг сабаби уротелий ва унинг остидаги спонгиоз тананинг бевосита шикастланиши оқибатида юзага келади. Бунда жароҳат инструментлар катетер, резектоскоп орқали ёки иккиламчи уретрит ривожланганлиги сабабли чиқилиши мумкин.

Патогенези: Уретра стриктурасининг патогенези асосида сийдик канали эпителийсининг ва унга тегиб турган говаксимон тана туқималарининг ясси ҳужайрали метаплазияга учраши, уретра туқимасининг ҳужайрадан ташқари матрицасидаги узгаришларга ва спонгиофибрознинг ривожланиши хисобига торайиши ётади. Уретра деворининг нормал бириктирувчи туқимаси зич толали туқима билан алмашинади. Ушбу узгаришлар спонгиоз танадаги силлик мушак туқималари ва коллаген толаларнинг қамайишига сабаб булади. Натижада азот оксиди синтези қамайиб уретра туқимасининг гипоксияси кучаяди ва чандикланиш жараёнининг прогрессивланишига олиб келади.

Таснифи: Бугунги кунда уретра стриктураси касаллигининг ягона ва умумий қабул қилинган таснифи мавжуд эмас, бу эса

клинистларга амалиётда баъзи бир муаммоларни келтириб чиқариши мумкин. Адабиётларда ёзилишича, хорижда купрок касаллиқнинг этиологиясига асосланган уретра стриктурасининг клиник градиациясини курсатувчи G. Bargbali (2000й) классификацияси кулланилади (3,4,22,24)

1988-йилда J. Mc Aninch томонидан ультратовуш текшириш усуллари клиник амалиётга жорий этилиши билан олинган уретро сонограммаларнинг натижаларига кура сийдик канали торайиш даражасига қараб уретра стриктурасининг таснифи тақлиф қилинди (2,36). Россияда, шу жумладан бизнинг республикамизда ҳам М.И. Коган таснифи купрок амалиётда кулланилади.

МКБ -10 бўйича уретра стриктурасининг этиологик омилларига кура қуйидаги турлари тафовут қилинади:

N35,0 Уретранинг посттравматик стриктураси.

N35,1 Уретранинг постинфекцион стриктураси.

N35,8 Уретранинг бошқа стриктураси.

N38,9 Уретранинг идиопатик стриктураси.

Клиникаси: Ушбу касаллиқнинг клиник намоён бўлиши уретра диаметрини торайганлик даражасига бевосита боғлиқ бўлади. Уретрасининг тешиги 3 -5мм (10-16Ch) гача торайган беморларда купинча сийишда босимнинг пасайганлиги, ингичка оқим билан қучаниб сийиш, тез-тез сийиш, қовқунинг тулик бушамаслиқ хисси, айрим ҳолларда сийдикнинг тутилиши ва қовқуқ соҳасидаги огрикнинг сийиш пайтида ёки ундан сунг пайдо бўлиши каби шикоятлар қузатилади. Анамнезида сийдик йуллар инфекцияси, простатит, эпидидимит, сийдик- тош касаллиги қайд этилган беморларда уретранинг стриктура касаллиги парауретраль абсцесс ёки окмалар каби асоратлар ривожланиши билан бирга келиши мумкин (13,14).

Диагностикаси: УС бўлган беморларни текшириш, даво усулини режалаштириш айниқса, беморларни операцияга таёрлаш тугрисидаги маълумотлар замонавий адабиётларда етарлича ёритилган (20,22,32).

Стандарт текшириш усуллари сифатида бугунги кунда одатий урологик скрининг усуллардан фойдаланилади: ретроград уретрография, микцион цистоуретрография бажариш орқали сийдик каналининг торайган соҳаси (локализацияси), унинг узунлиги, утувчанлиги аникланади. Ушбу текшириш усуллари юқори даражадаги сезгирлик (75-100%) ва специфик (72-97%) ҳусусиятга эга бўлишига қарамадан 2та камчилиги мавжуд: бу биринчидан, беморни қийшайтириб ётқизганда уретранинг $\frac{3}{4}$ қисми проекцион узгариши ҳисобига торайган соҳа узунлигини тугри баҳолаш оқмаслиқ ва натижада нотугри жаррохлик усули танланишига сабаб бўлиши мумкин; иккинчидан, ретроград уретрография спонгиоз фиброз узунлиги ва чуқурлигини аниқлаш имконини бермайдиган, бу эса даво тактикасини танлашда жуда муҳим омиллардан бўлиб ҳисобланади.

Яна шуни эътиборга олишимиз лозимки, уретрография натижаларини интерпретациясида инсон омили, яъни рентгенолог ёки урологлар томонидан ҳар хил талқин қилиш ҳолатлари ҳам қузатилади. Масалан: J.R.Eswara ва ҳаммуаллифлари (2014) олган маълумотларга қура, Вашингтоннинг Стенфорд ва АКШ нинг Шимолий гарбий университетларида фаолият олиб бораётган 60 нафар уролог ва нур диагностикаси бўйича мутахассисларига 10 та уретрограммани баҳолашни тақлиф қилишган. Шунда ретроград уретрограммаларни ва микцион цистоуретрограммаларни 31 рентгенологдан 18 нафари (58%) ва 29 урологдан 19 нафари (65%) тугри талқин қилишган (15).

Бошқа бир тадқиқотда эса, Канадалик урологлар томонидан уретропластика утқазилган 397 нафар беморларнинг уретрограммалари рентгенологлар томонидан таҳлил қилинганда факатгина 49% ҳолатда рентгенограммаларнинг адекват, яъни операция пайтида аниқланган ҳолатга мос маълумотларни аниқлашган. Беморларнинг 13% да эса, ҳатто сийдик каналининг торайиши ҳақида умуман маълумот берилмаган (16).

Уретроскопия сийдик чиқариш каналининг торайиш даражасини аниқлашга ёрдам берадиган асосий усуллардан бири бўлиб ҳисобланади. Супрапубик фистула мавжуд бўлганда, баъзида торайишнинг проксимал чегарасини ва сфинктер аппарати

ҳолатини аниқлаш учун фиброцистоуретроскопиядан фойдаланиш тавсия этилади. Уретроскопиянинг диагностик қиймати тугрисида 2014 йилги SIV ICUD тавсияларида қуйидагилар қуратилган:

-Уретроскопия уретра стриктурасини аниқлашнинг энг узиға хос специфик усули сифатида тавсия этилган (далиллик даражаси 4А).

-Уретроскопия - олд уретра торайишларини ташхислашда бошқа текширишларнинг натижалари ноаниқ талқин қилинганда ёрдамчи восита сифатида тавсия этилади (далиллик даражаси 3В).

1980-йилларнинг урталаридан бошлаб J.W.Mc Anich томонидан тақлиф қилинган соноуретрографиянинг пайдо бўлиши тадқиқотчиларда қатта қизиқиш уйғотди (17). Ушбу усулнинг уретранинг торайишини аниқлашга нисбатан сезгирлиги 66-100%гача, узиға ҳослиги эса 97-98% ни ташкил қилади. Афсуски, ушбу тадқиқотни амалга ошираётганда, стриктура узунлигини аниқлашнинг аниқлиги 3-5см билан чекланади (36). Шунингдек, ушбу усулнинг камчиликлари шартли равишда текширишни олиб боруви шифокорнинг уни амалга ошириш методологиясига ҳамда олинган маълумотларни талқин қилишда ҳам юқори малакага эга бўлиши билан бевосита боғлиқ бўлади (19).

Кейинчалик эса, Мауо клиникасининг олимлари B. Kim, A. Kawashima ва A.J. Le Roy лар ҳам эркаклар уретраси патологиясини аниқлашда магнит-резонансли уретрографиянинг - соноуретрография ва ретроград уретрографияга, ҳатто КТга ҳам, нисбатан купрок информатив аҳамиятга эгаллигини исботлашган (23).

Айниқса, Ростов ДМУнинг урологлари томонидан охириги 10 йилликда олиб борилаётган илмий изланишлар асосида уретранинг стриктура касаллигида динамик магнит-резонансли ретроград ва антеград спонгиозуретротомографияни куллашда олинган маълумотлар аниқлиги жиҳатидан морфологик текширишлар натижаси билан деярли бир хил эканлиги аниқланди.

Демак, келтирилган маълумотлар шуни қуратадики, магнит – резонансли уретротомография усули УС (узунлиги, локализацияси, чуқурлиги ва спонгиоз фиброз даражасини) аниқлашда энг перспектив самарали усуллардан бири бўлиб, тугри ва сифатли даволаш усулини режалаштиришда муҳим роль уйнайди. Муаммо, ушбу текшириш усулининг қимматлилиги, стандарт баённомаларга киритилмаганлиги сабабли бугунги кунда амалиётда куллашнинг чегараланганлигидадир.

Уретра стриктурасини ташхислашда пастки сийдик йуллари обструкциясининг даражасини баҳолаш алоҳида аҳамият касб этади. Яъни, ҳар бир беморда урофлоуметрия текшириши утқазилиши, IPSS, QoL ва МИЭФ-5 суровномалари улар томонидан тулдирилиши лозим бўлади. Ушбу текшириш усуллари асосий бўлиши билан бирга, (умумий стандартларга киритилмаган бўлсада), операциядан кейинги даврда мониторинг қузатувлар олиб боришда муҳим аҳамиятга эга ҳисобланади.

Даволаш: Ҳаммага маълумки, яқин кунларгача уретра стриктурасини даволашда “хирургик пиллапож” принципиға амал қилинарди. Яъни, режалаштирилган ҳар қандай очик усулдаги мураккаб операциялардан олдин, албатта бўжлаш орқали уретранинг торайган жойини кенгайтириш, кейин эса ички оптик уретротомия операцияларини утқазилар эди. Агарда натижа бўлмаса, очик усулдаги операциялар бажарилаар эди. Ҳозирги пайтда эса бундай ёндашув эскирган ҳисобланади.

Умуман олганда УС даволаш усуллари 2 та қатта гуруҳга бўлиш мумкин: эндоуретрал ва очик операцияларга. Қадимдан ҳам, самарадор бўлмасада (10%), урология амалиётида (то ҳозирги кунгача) кенг қулланилиб келинаётган бўжлаш (дилатация) усули камхаржли, амбулатор шароитда ҳам бемалол барча беморларда бажарса бўладиган, оддий даволаш турларидан бўлсада, рецидивланиши юқори, асоратларининг куп учраши сабабли ушбу даволаш усулини куллашда қурсатмалар чегараланган (34).

Замонавий тавсияларга қура, уретранинг бульбоз қисмининг ягона, қиска, стриктурасида ($\leq 1\text{см}$) спонгиоз фиброз жудаям ривожланмаган ҳолларда, худди бўжлаш сингари, ички оптик уретротомия (ИОУТ) усулини “совуқ пичок” ёки турли лазерлар, (диод, неодим, гольмий) ёрдамида биринчи қатор даволаш усуллари сифатида куллаш мумкин ҳисобланади. АКШда ҳозирги

кунда 20% урологлар уретра стриктурасини даволашда лазерли технологиялардан фойдаланмоқдалар. Аммо, бу усулни бажаришга куп сарф-харажат талаб килиниши ва даволашнинг натижасига кура (ИОУТ) билан карийиб бир хил самарадорликка эга булганлиги сабабли кенг куллагша тавсия этилмайди (26).

XX асрнинг 70-йилларидан бошлаб касалликнинг рецидивланишини камайтириш максатида чандик соҳасига, антиколлаген ва антифибробласт препаратларини операция пайтида уретранинг шиллик ости каватига юбориш тавсия килинган (23). Ушбу максатда стероид препаратларни, цитостатиклар, глюкокортикоидлар, 2-тип циклооксигеназа ингибиторларини амалда кулланилганида, самарадорликнинг сезиларли даражада ошиши кузатилмаган (27, 28, 29).

Олимлар томонидан ички оптик уретротомия билан бирга уретрал стентларни куллагш масаласи ҳам интенсив равишда урганилган. Аммо, асоратларнинг куп учраши (оралик соҳасидаги огрик, чандикланиш, стентнинг миграцияси, тош билан копланиши, сийдикни тутолмаслик, инфицирланиш ва х.к.) оқибатида ушбу усул урология амалиётида бутунги кунда кенг кулланилмайди (30, 31).

Шундай килиб, замонавий тавсияларга кура, уретранинг спонгиоз фиброз унчалик ривожланмаган, бульбар қисмида жойлашган, узунлиги ≤ 1 см булган торайишларида бужлаш ёки ички оптик уретротомия даволашнинг илк босқичида амалга оширилиши мумкин (32).

Аммо, айрим кучсизланиб қолган ёки радикал оператив даволанишдан бош тортган беморларда эса ушбу эндоуретрал муолажалар паллиатив даволаш усули сифатида мунтазам кулланилиши мумкин. Ушбу эндоуретрал даволаш усулларининг самарадорлиги 10-35% дан юқори булмасида, купчилик урологлар (худди хорижий давлатлардаги сингари) бизда ҳам, ундан воз кечишга шошилаётганликлари йук. Яна шуни таъкидлаш лозимки, айрим муаллифларнинг фикрича, эндоскопик усулларнинг асосиз равишда, кенг кулланилиши, очик уретропластикага курсатмаларни эътиборга олмаслик, келажакда олд уретранинг ҳам зарарланишига, ҳамда касалликнинг янада авж олишига сабаб булиши мумкин (33).

Бутунги кунда стриктура касаллигини даволашда очик усулда утказиладиган реконструктив хирургик операциялар сезиларли даражада самарадорликка эга ҳисобланади. Яъни, ушбу операциялардан сунг асоратларнинг кам кузатилиши ва беморларда узок муддатли коникарли натижаларни куришимиз мумкин.

Аммо, 100 йилдан ортик вақт давомида анастомозли уретропластика амалга оширилаётганига қарамай, шу кунгача ушбу турдаги жаррохлик даволашлари буйича истикболли ёки рандомизацияланган тадқиқотлар утказилмаган. Барча ҳужжатлар ретроспектив когорт характердаги тадқиқотлар ҳисобланади. Аксарият эксперт мутахассисларнинг фикрига кура анастомозли уретропластика учун курсатма бу: -узунлиги 2-3 смдан ошмайдиган уретранинг бульбоз қисмини торайишларида уринли ҳисобланади. Уретранинг пенил қисми торайишида эса анастомозли операциялар тавсия этилмайди, чунки жинсий олат қискариб ва эгрилик юзага келиши хавфи юқори ҳисобланади. Анастомоз пайтида резекция килинган уретранинг кирралари ута мос булиши керак, бу эса рецидивланиш хавфини сезиларли даражада камайтиради (34,35).

Адабиётлар тахлили шуни курсатадики, анастомозли уретропластика 90% дан ортик ҳолларда муваффақиятли булади (20). Уретра кирраларининг спатуляциясини тугри бажариш унинг кирраларининг чузилишини тахминан 1,5 смга оширади. Шунинг учун чегараланган ҳолатлар (стриктура 2,5-3 см узунлик) да, булганда, узайтирувчи анастомозлаш усулидан ёки уретра аугментациясидан фойдаланиш яхши натижа беради (28).

Уретропластиканинг асосида сийдик каналини торайган қисмини бошқа туқима ямоғи билан қисман ёки тулик алмаштириш концепцияси ётади. Турли ҳилдаги уретропластика

усулларининг куплигига қарамай, ушбу операцияларни 3 гуруҳга булиш мумкин.

1. Узайтирувчи уретропластика (уретра аугментацияси, анастомоз билан уретра аугментацияси).

2. Босқичли уретропластика.

3. Найчали ямоғли уретропластика.

Пластик материал сифатида эркин (озиклантирувчи оёқчада) ямоқлардан фойдаланилади. Эркин ямоқлар одатда «Graft» (трансплантат) деб аталади ва жаррохлик эса «Grafting» трансплантация, оёчали «Flap», «Flaping» транспозиция атамаси кулланилади. Ушбу иккала усул ҳам сийдик каналини узайтириш учун ишлатилади. Эркин ямоқлар (Graft) сифатида оғиз шиллик кавати (буккал ва тил ямоғи) кенг кулланилади. Камдан-кам ҳолатларда олат терисидан ва кертмагидан олинган оёқчали ямоқлардан фойдаланилган. Аммо кейинги пайтларда скротал теридан фойдаланиш, унинг таркибида соч фолликулалари борлиги сабабли, умуман кулланилмайди.

Уретропластикада оғиз муқозасининг ямоғини куллагш биринчи бўлиб рус олими К.М. Сапезко томонидан (1894) йилда таклиф этилган (25). Дунёнинг етакчи мутахассисларининг фикрига кўра, лунжнинг (буккал) шиллик кавати субэпителиал қон томирлар тармоғининг яхши ривожланганлиги, мустаҳкам ва эластик хусусиятларга эгаллиги, донорлик соҳасининг инфекцияга чидамлилиги ва юқори регенератив қобилияти мавжудлиги сабабли уретрага трансплантация қилиш учун энг идеал пластик материал ҳисобланади (19, 26).

Замонавий урология амалиётида, уретропластика соҳасининг ривожланиш тенденциялари орасида қуйидагиларни ажратиб кўрсатишимиз мумкин:

-амалдаги урологларнинг кўпчилиги буккал ямоғини сийдик каналига трансплантация қилиш учун идеал пластик материал деб ҳисоблаб, оғиз муқозасини трансплантациясини афзал кўришади;

фасциал тери ямоқларини трансплантациясига қизиқишнинг аниқ пасайиб бораётганлиги;

-тўқима инженерияси маҳсулотларидан фойдаланиш жуда истикболли булиб кўринмоқда;

-анастомозли уретропластиканинг янги турларининг пайдо бўлиши (уретранинг спонгиоз танасини кесмасдан анастомоз қилиш);

Хулоса: Шундай килиб, уретра торайишини даволашда сезиларли ютуқларга эришилаётганлигига қарамай, ҳозирда ҳал қилинмаган муаммолар ҳам мавжуд.

УСда торайиш даражасини таххислашнинг замонавий стандартлари спонгиоз фибрознинг чуқурлиги ва узунлигини баҳолашга имкон бермайди, бу эса аниқ операция усулини режалаштиришга ҳам, уретропластика натижаларига ҳам таъсир қилиши мумкин. Шу маънода магнит резонансли уретрография усулини кенг амалиётга жорий этиш истикболли йўналиш деб қаралиши мумкин;

Ҳозирги кунда яратилган эндоскопик инструментлар ёрдамида, аниқ тассаввурга эга булиш имконияти мавжудлиги сабаб, УС да, облитерацияси, ковуқ буйинчаси стенози ёки торайишида самарадорлиги жиҳатидан очик оператив даволаш усулларига альтернатив булган эндоскопик методларнинг кенг кулланилишига олиб келди. Хар хил этиологияли уретранинг қиска стриктураларини даволашда, ИОУТ купчилик ҳолатларда бутунлай пластик операцияларнинг урини эгаллаган десак тугри келади.

А.Т. Мартов, Н.А. Лопаткин (2002й) ларнинг фикрича, оптик уретротомиянинг афзаллиги сийдик каналининг торайган жойини бевосита куз билан куриб, танлаб аниқ кесиб билан бирга, бошқа куллаб содир булиши мумкин булган асоратларнинг ҳам олдини олади, операция қиска вақтда бажарилади. Рецидивланиш ҳоллари кузатилганда эса яна қайта утказиш имкони мавжуд (18).

Демак, урганилган адабиётлар шарҳи шуни курсатадики, беморларда УС ни эрта таххислашва даво муолажасини тайинлашда индивидуал ёндашув (персонализация) муҳим аҳамият касб этади.

Адабиётлар руйхати

1. Аляев Ю.Г., Терновой С.К. Григорян В.А., Газимиев М.А., Савельев С.Н., Фоминых Е.В. Современные возможности диагностики стриктур мочеиспускательного канала. Медицинская визуализация. 2004;1:103–111).
2. Andrich D., Atala A., Barbagli G., Cavalcanti A., Kulkarni S., Mangera A., Nakajima Y. et al. SIU/ICUD Consultation on Urethral Strictures: The management of anterior urethral stricture disease using substitution urethroplasty. *Urology*. 2014;83(3 Suppl.): S31–47.
3. Barbagli G., Palminteri E., Guazzoni G., Montorsi F., Turini D., Lazzeri M. Bulbar urethroplasty using buccal mucosa grafts placed on the ventral, dorsal or lateral surface of the urethra: are results affected by the surgical technique? *J Urol*. 2005;174(3):955–57; discussion 957–958.
4. Barbagli G., Palminteri E., Bartoletti R., Selli C., Rizzo M. Long-term results of anterior and posterior urethroplasty with actuarial evaluation of the success rates. *J Urol*. 1997;158(4):1380–1382.
5. А.В. Андрющенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(D) в диагностике депрессий в общей медицинской практике. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003;5:11–18).
6. AbouShwareb T., Atala A. Randomized comparative study between buccal mucosal and acellular bladder matrix grafts in complex anterior urethral strictures. *J Urol*. 2008;179(4):1432–1436.
7. А.Г., Мартов Фахрединов Г.А., Ергаков Д.В. Эндоскопические методы лечения стриктур уретры. Избранные лекции по урологии / Под ред. Н.А. Лопаткина, А.Г. Мартова, М.: «МИА», 2008, Гл. 38, С. 488–500.
8. Komura K., Inamoto T., Takai T., Uchimoto T., Saito K., Tanda N., Minami K., Oide R., Uehara H., Takahara K., Hirano H., Nomi H., Kiyama S., Watsuji T., Azuma H. Incidence of urethral stricture after bipolar transurethral resection of the prostate using TURis: results from a randomized trial. *BJU Int*. 2015;115(4):644–652.
9. Fiala R., et al. Porcine small intestinal submucosa graft for repair of anterior urethral strictures. *Eur Urol*. 2007;51(6):1702–1708.
10. Петров Д.Ж. Функциональное состояние детрузора мочевого пузыря после инъекционного введения ботулинического токсина. 1862;V(3):31–36.
11. Фронштейн Р.М., Григорян В.А., Королева И.М., Филимонов Г.П., Газимиев М.А. Микционная спиральная томография уретры – новый метод визуализации мочеиспускательного канала. 1934; С33-41.
12. Kane C.J. et al. Multi-institutional experience with buccal mucosa onlay urethroplasty for bulbar urethral reconstruction. *J Urol*. 2002; 167(3):1314–1317.
13. Базаев В.В., Шибяев А.Н. и др. Первый успешный опыт применения буккальной слизистой при пластике протяженной стриктуры мочеоточника. Тезисы докладов в материалах XI съезда урологов России. М., 2007. С. 606–607.
14. Белостоцкий А.М., Смердин С.В., Стерликов С.А. Орга-низационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных социально-экономических условиях. М.. Нью-Терра. 1984. 216 с.
15. Блюмберг Б.И., Фомкин Р.Н., Попков В.М., Бромберг Б.Б. Эффективность высокоинтенсивной сфокусированной ультразвуковой абляции в лечении рака простаты высокой степени онкологического риска. Вестник Российской военно-медицинской академии. 2013;4(44):55–60.
16. Блюмберг Б.И. Фомкин Р.Н., Попков В.М., Сравнительная оценка послеоперационных осложнений после однократной и повторной HIFU-абляции локализованного рака простаты. Медицинский вестник Башкортостана. 2013; 2: 222–226.
17. Блюмберг Б.И. Фомкин, Р.Н., Глыбочко П.В., Попков В.М., Лечение рака простаты у больных пожилого и старческого возраста высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком. Клиническая геронтология. 2011; 9–10: 27–33.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ/ ORIGINAL ARTICLES

УДК 618.3-06:616.981/958

Абдуллаева Лагия Мирзатуллаевна

Доктор медицинских наук

Ташкентская медицинская академия,

Ташкент, Узбекистан

Сафарова Лола Алиаскаровна

Врач акушер-гинеколог

Ташкентская медицинская академия,

Ташкент, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН

For citation: Abdullaeva Lagiya Mirzatullaevna, Safarova Lola Aliaskarovna, Features of the management of childbirth and the postpartum period in hiv-positive women, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 35-37


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-8>

АННОТАЦИЯ

Одной из наиболее важных медико-социальных проблем современного здравоохранения является распространение ВИЧ-инфекции. Несмотря на очевидность пагубного воздействия ВИЧ-инфекции на организм беременной, данные о роли ВИЧ в развитии акушерских осложнений противоречивы. В данном научно-аналитическом исследовании проанализированы особенности течения родов и послеродового периода у ВИЧ-позитивных женщин.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, осложнения, роды, послеродовый период.

Abdullaeva Lagiya Mirzatullaevna

Doctor of Medical science,

Tashkent Medical Academy,

Tashkent, Uzbekistan

Safarova Lola Aliaskarovna

obstetrician-gynecologist

Tashkent Medical Academy,

Tashkent, Uzbekistan

FEATURES OF THE MANAGEMENT OF CHILDBIRTH AND THE POSTPARTUM PERIOD IN HIV-POSITIVE WOMEN

ABSTRACT

One of the most important medical and social problems of modern healthcare is the spread of HIV infection. Despite the evidence of the harmful effects of HIV infection on the body of a pregnant woman, the data on the role of HIV in the development of obstetric complications are contradictory. In this scientific and analytical study, the features of the course of childbirth and the postpartum period in HIV-positive women are analyzed.

Key words: HIV infection, complications, childbirth, postpartum period.

Abdullaeva Lagiya Mirzatullaevna

Tibbiyot fanlari doktori

Toshkent tibbiyot akademiyasi,

Toshkent, O'zbekiston.

Safarova Lola Aliaskarovna

akusher-ginekolog

Toshkent tibbiyot akademiyasi,

Toshkent, O'zbekiston.

OIV-MUSBAT AYOLLARDA TUG'RUQ VA TUG'RUQDAN KEYINGI DAVRNING XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIIYA

Zamonaviy sog'liqni saqlashning eng muhim tibbiy va ijtimoiy muammolaridan biri OIV infeksiyasining tarqalishi hisoblanadi. OIV infeksiyasining homilador ayolning tanasiga salbiy ta'siri aniqligiga qaramasdan, akusherlik asoratlarini rivojlantirishda OIVning roli haqidagi ma'lumotlar ziddiyatli. Ushbu ilmiy-tahliliy tadqiqotlar OIV-musbat ayollardagi tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning xususiyatlarini tahlil qilindi.

Kalit so'zlar: OIV infeksiyasi, asoratlar, tug'ruq, tug'ruqdan keyingi davr

Одной из наиболее важных медико-социальных проблем современного здравоохранения является распространение ВИЧ-инфекции. По данным ВОЗ, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) к настоящему времени унес почти 33 миллиона человеческих жизней. Однако благодаря расширению доступа к эффективным средствам профилактики, диагностики, лечения и ухода в связи с ВИЧ, в том числе в отношении оппортунистических инфекций, ВИЧ-инфекция перешла в категорию поддающихся терапии хронических заболеваний, что позволяет ВИЧ-инфицированным прожить долгую и здоровую жизнь.

Все чаще инфицирование ВИЧ наблюдается у женщин детородного возраста, желающих осуществить свою репродуктивную функцию [Латышева И.Б., 2016]

Несмотря на очевидность пагубного воздействия ВИЧ-инфекции на организм беременной, данные о роли ВИЧ в развитии акушерских осложнений противоречивы.

При родах через естественные родовые пути риск инфицирования плода возрастает более чем на 50%. К факторам риска, увеличивающим вероятность ВИЧ инфицирования во время родового акта можно отнести высокую вирусную нагрузку, отсутствие АРВТ, преждевременный разрыв плодных оболочек, травмы родовых путей, сопутствующие инфекции и т.д.

Роли плодово-материнской микротрансфузии в трансмиссии ВИЧ-инфекции при родах через естественные родовые пути уделяется, в последние годы, особое внимание. Доказано, что плацентарная микротрансфузия повышает риск инфицирования ВИЧ, вне зависимости от исходной вирусной нагрузки матери, что требует оптимизации профилактических мер интранатальной передачи ВИЧ [3,7,18].

Цель исследования: Проанализировать особенности течения и ведения родов и послеродового периода у ВИЧ-инфицированных женщин.

Материал и методы исследования: Нами проведено ретроспективное исследование 50 историй родов, амбулаторных карт 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, особенностей течения и послеродового периода у пациенток, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. Исследование проводилось на базе Городского родильного комплекса № 1 г, Ташкента.

Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере с помощью электронных таблиц Microsoft Office Excel 2016 for Windows методами описательной статистики.

Контрольную группу составили 35 здоровых беременных женщин, сопоставимых по возрасту.

Обсуждение полученных результатов: Средний возраст обследованных женщин составил $26,1 \pm 2,3$ года с колебаниями от 22 до 36 лет. По месту жительства 32 женщин (64%) - жительницы города, 18 (36%) - жительницы сельской местности. На учете в СПИД - центре состояли 41 (82 %) 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.

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.

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%).

Анализ сроков гестации при родоразрешении у женщин исследуемых групп показал, что в основной группе преждевременные роды имели место у 5 пациенток (10%), остальные 90% - срочные роды в сроке гестации от 37 до 39 недель.

Все ВИЧ-позитивные 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 показателями 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.

Антиретровирусная терапия проводилась всем новорожденным с целью профилактики трансмиссии ВИЧ-инфекции. Антиретровирусная терапия проводилась начиная с 8 часа жизни новорожденного и включала следующие схемы: «Зидовудин» сироп по 4мг/кг 2раза в сутки на протяжении 7 дней, «Ламивудин» по 2 мг/кг 2 раза в сутки на протяжении 7 дней, «Невирапин» по 2 мг/кг однократно.

В послеродовом периоде родильницам, инфицированным ВИЧ-инфекцией, назначался препарат Достинекс с целью подавления лактации, а также проводилась превентивная антибиотикопрофилактика.

Течение послеродового периода у большинства женщин основной группы – 29 (82%) было гладким, в 5 (14%) случаях наблюдалась субинволюция матки, в 1 (4%) случае – лохиометра с последующим выскабливанием полости матки. В контрольной группе данные достоверно не отличались от основной группы. Гладкое течение послеродового периода наблюдалось в подавляющем большинстве случаев – в 32 (91%), субинволюция матки наблюдалась в 3 случаях(9%).

Выводы : Таким образом, ВИЧ-инфицирование чаще наблюдается у жительниц города. У ВИЧ-позитивных женщин высокие показатели вредных привычек, таких как курение, алкоголизм. Основными осложнениями гестации, характерными для ВИЧ-инфицированных беременных является угроза прерывания беременности, нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока, синдром задержки роста плода. У новорожденных наиболее часто наблюдается задержка развития плода и поражение центральной нервной системы.

Список литературы

1. Джанибекова А.Д. Распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин Республики Каракалпакстан : научное издание/ А.Д.Джанибекова, М.О.Зайдуллаева // Инфекция, иммунитет и фармакология – Ташкент, 2017. - №5-6. – С.128-129

2. 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.
3. Новикова О.Н. Факторы риска и особенности течения беременности, родов и состояния новорожденного у ВИЧ-инфицированных женщин // Мать и дитя в Кузбассе. - 2017. - № 3. - С. 16-20
4. Сергиенко Е.Н. Перинатальная ВИЧ_инфекция: факторы риска и ранние признаки //Актуальные вопросы ВИЧ_инфекции: матер. междунар. конф. Санкт Петербург, 30 31 мая 2016 г. С. 160-162
5. Солиева Р.Б. К вопросу профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции / Р. Б. Солиева, Д. Б. Асранкулова, О. С. Юлдашева. // Молодой ученый. — 2018. — № 50 (236). — С. 100-102
6. Новикова О.Н. Факторы риска и особенности течения беременности, родов и состояния новорожденного у ВИЧ-инфицированных женщин // Мать и дитя в Кузбассе. - 2017. - № 3. - С. 16-20
7. Пересада О.А., Косинская Л.Ф., Тимошенко Т.И., Солонко И.И. Ведение беременности и родов ВИЧ_инфицированных женщин //Медицинские новости. 2011. № 2. С. 6-17.
8. Ackerman W., Kwiek J.J. Role of the placenta in adverse perinatal outcomes among HIV-1 seropositive women // J. Nippon Med. Sch. 2013. Vol. 80(2). P. 90–94.
9. The role of treatment of infection of generic ways of pregnant women in prevention of preterm birth Article 16th world congress on human reproduction 18/21 march 2015 Berlin, Germany Urinbaeva N.A Babadjanova G.S Abdullayeva L.M Suyarkulova M.E
10. Peeters M., Jung M., Ayoub A. The origin and molecular epidemiology of HIV // Expert Rev. AntiInfect. Ther. 2013. Vol. 11(9). P. 885–896.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК :616.53–002.282–085.26

Абдурахманова Ситора Ибрагимовна

PhD, Ташкентский государственный
стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

Доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский государственный
стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан

Сулаймонова Нодира Жумаевна

Кандидат медицинских наук, доцент
Ташкентский государственный
стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан

Назарова Дилдора Гуломовна

Докторант Ташкентский государственный
стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан

ИЗМЕНЕНИЯ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ФОРМОЙ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА

For citation: Abduraxmonova Sitora Ibragimovna, Kattoxodjaeva Mahmuda Xamdammovna, Suleymanova Nodira Jumaevna, Nazarova Dildora G'ulomovna, Changes in pro- and anti-inflammatory cytokines before and after treatment in women with combined form of uterine fibrous and adenomyosis. Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 38-41



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-9>

АННОТАЦИЯ

Целью исследования явилось изучение иммунологического цитокинового статуса у женщин с сочетанной формой миомы и аденомиоза для определения их роли в течение заболевания. Методы. Обследовано всего 165 женщин с миомой матки и/или аденомиозом и пациентки разделены на 3 группы. Методами исследования были динамическое исследование кровотока узлов путем УЗИ с доплерометрией и иммунологическое исследование крови. Результаты: определение уровня провоспалительных цитокинов у пациенток до лечения показало следующие результаты: уровень IL-1, IL-6 и TNF-α было выше во всех трех группах, чем в контрольной группе. После терапии во всех трех группах отмечалось снижение уровней IL-1, IL-6 и TNF-α, а также VEGF, что доказывало на эффективность терапии. Обсуждение: повышение уровня цитокинов в крови наиболее выражено при сочетанных формах миомы и аденомиоза по сравнению с изолированными формами миомы и аденомиоза. Это свидетельствует об участии иммунной системы в развитии и прогрессировании таких гиперпластических процессов матки, как миома и аденомиоз.

Ключевые слова: сочетанные формы миома матки и аденомиоз, провоспалительные цитокины IL-1, IL-6, TNF, противовоспалительные цитокины IL-10, VEGF.

Abduraxmonova Sitora Ibragimovna

PhD, Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan

Kattakhjoeva Makhmuda Khamdamovna

Doctor of Medical science, Professor
Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan

Suleymanova Nodira Jumaevna

Candidate of medical sciences, associate professor
Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan

Nazarova Dildora G'ulomovna

D. candidate of medical sciences

CHANGES IN PRO- AND ANTI-INFLAMMATORY CYTOKINES BEFORE AND AFTER TREATMENT IN WOMEN WITH COMBINED FORM OF UTERINE FIBROUS AND ADENOMYOSIS**ABSTRACT**

The aim of the study was to study the immunological cytokine status in women with combined forms of fibroids and adenomyosis to determine their role in the course of the disease. Methods. A total of 165 women with uterine myoma and / or adenomyosis were examined and the patients were divided into 3 groups. The research methods were dynamic study of blood flow of nodes by ultrasound with Doppler and immunological blood tests. Results: determination of the level of proinflammatory cytokines in patients before treatment showed the following results: the level of IL-1, IL-6 and TNF- α was higher in all three groups than in the control group. IL-6 and TNF- α , as well as VEGF, which proved the effectiveness of therapy. Discussion: an increase in the level of cytokines in the blood is most pronounced in combined forms of fibroids and adenomyosis compared with isolated forms of fibroids and adenomyosis. This indicates the participation of the immune system in the development and progression of such hyperplastic processes of the uterus as myoma and adenomyosis.

Keywords: combined forms of uterine myoma and adenomyosis, pro-inflammatory cytokines IL-1, IL-6, TNF, anti-inflammatory cytokines IL-10, VEGF.

Abduraxmonova Sitora Ibragimovna

PhD, Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Kattakhojaeva Makhmuda Khamdamovna

Tibbiyot fanlar doktori, professori

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Suleymanova Nodira Jumaevna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Nazarova Dildora G'ulomovna

Doktorant Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

BIRGALIKDA KELGAN BACHADON MIOMASI VA ADENOMIOZLI AYOLLARDA DAVOLASHDAN OLDIN VA KEYINGI YALLIG'LANISH VA YALLIG'LANISHGA QARSHI SITOKINLARNING O'ZGARISHI**ANNOTATSIYA**

Tadqiqot maqsadi: mioma va adenomiozning birlashgan shakllari bo'lgan ayollarning immunologik sitokin holatini o'rganish va ularning kasallik jarayonida rolini aniqlash edi. Usullari: bachadon miomasi va/yoki adenomiozi bo'lgan jami 165 nafar ayol tekshirilib, bemorlar 3 guruhga bo'lingan. Tadqiqot usullari: UTT va doppler yordamida tugunlarda qon oqimini dinamik o'rganish va immunologik testlar yordamida sitokinlar o'zgarishi o'rganildi. Natijalar: davolashdan oldin bemorlarda yallig'lanish IL-1, IL-6 va TNF-a va yallig'lanishga qarshi sitokinlar IL-10, VEGF darajasi yuqoriligi, davlashdan keyin esa yallig'lanish sitokinlari IL-1, IL-6 va yallig'lanishga qarshi sitokin VEGFning sezilarli kamayganligi aniqlandi, bu esa olib borilgan terapiya samaradorligi ko'rsatadi. Munozara: bachadonda birlashgan va alohida kelgan mioma va adenomiozda immunologik status o'zgarishi va davolashdan keyin ular miqdorining kamayishi, bu patologiyalar rivojlanishi asosida immunitet tizimidagi o'zgarishlar katta rol o'ynashini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: Bachadon miomasi, adenomyoz, yallig'lanishli sitokinlar IL-1, IL-6, TNF, yallig'lanishga qarshi sitokinlar IL-10, VEGF.

Актуальность. В последние годы с появлением новых технологий как ультразвуковые аппараты экспертного класса, во всем мире все чаще диагностируется сочетанные формы миомы матки и аденомиоза. Миома матки и аденомиоз входят в число гиперпластических процессов и заболеваний матки [1, 2]. Каждое из этих заболеваний имеет свои патогенетические особенности, клинические проявления и характеризуется различными лабораторными показателями. Миома матки имеет клиническую симптоматику чаще при пролиферирующем типе узла. Наиболее характерными признаками ее являются нарушения менструального цикла, бесплодие и в некоторых случаях, нарушение функции соседних органов [3]. Аденомиоз матки также проявляется нарушениями менструальной и репродуктивной функции, болевым синдромом. Вместе с тем, каждая из этих патологий имеет свои лечебные подходы, включая медикаментозное лечение, позволяющее достичь положительных результатов [5,6].

Современные ультразвуковые аппараты способны не только дифференцировать миому и аденомиоз, но и определять степень активности процесса [4]. Однако за последние десятилетия отмечено повышение частоты сочетанных форм миомы и аденомиоза среди пациенток репродуктивного и климактерического возраста. Часто наличие аденомиоза на фоне миомы выявляется только после патогистологического исследования удаленной матки. Актуальность вопроса

заключается в том, что при выявлении сочетанной формы перед специалистом встает вопрос: какой диагноз является приоритетным, какими препаратами лечить пациентку, т.к. не все препараты однозначно эффективны при миоме и аденомиозе.

Исследованиями последних лет показано, что в развитии миомы и аденомиоза имеет значение состояние и функция различных систем организма, включая и иммунную систему. Участие иммунной системы хорошо изучено при эндометриозе, но исследований при сочетании его с миомой матки, проведено немного, результаты их противоречивы.

Все это свидетельствует о необходимости проведения дальнейших исследований по улучшению диагностики сочетанных форм заболеваний, изучению роли иммунной системы в патогенезе этих заболеваний.

Целью данного исследования явилось изучение цитокинового статуса у женщин при сочетании миомы и аденомиоза для определения их роли в течение заболевания.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе ТГСИ в отделении гинекологии города Ташкента. Нами обследовано 165 женщин, у которых были выявлены миома матки и/или аденомиоз. Все обследованные были разделены на 3 группы: 1-группа – 75 женщин с сочетанной формой миомы и аденомиоза, 2-группа – 47 женщин с диффузным аденомиозом, 3-группа – 43 женщины с миомой матки. Группы исследования были сформированы по результатам УЗИ, при этом

обращали внимание на количество миоматозных узлов и степень аденомиоза. Контрольную группу составили 29 здоровых женщин. Возраст обследованных колебался от 20 до 45 лет, средний возраст составил $36,1 \pm 0,9$ лет.

Методами исследования были динамическое исследование кровотока узлов путем УЗИ с доплерометрией и иммунологическое исследование крови. Ультразвуковое исследование с доплерометрией позволило определять наличие у пациенток простого или пролиферирующего типа узла миомы и установить степень аденомиоза, а также оценить эффективность проводимого лечения путем сравнения результатов УЗИ до и после лечения. Эффективность лечения также оценена при анкетировании пациентов после лечения по исчезновению или снижению интенсивности болевого синдрома.

Иммунологическое исследование позволило нам определить особенности показателей иммунной системы, включая определение уровня провоспалительных цитокинов IL-1, IL-6 и TNF и противовоспалительных цитокинов IL-10 и VEGF, определить их роль в развитии сочетанных форм миомы матки, а в некоторых случаях и бесплодия у женщин репродуктивного возраста, сравнить показатели до и после лечения.

Интерлейкин – 1 (IL-1) – цитокин, медиатор воспаления и иммунитета, синтезируется многими клетками организма, в первую очередь активированными макрофагами, кератиноцитами, стимулированными В-клетками и фибробластами.

Интерлейкин – 6 (IL-6) – цитокин, показатель иммунного ответа при заболеваниях, сопровождающихся воспалением, т.е. медиатор воспаления. IL-6 является цитокином, координирующим иммунный и острофазный воспалительный ответы, а также онкогенез и гемопоэз. Цитокины это специфические белки, с помощью которых клетки иммунной системы могут обмениваться друг с другом информацией и осуществлять координацию действий. Цитокины включают в себя некоторые белковые молекулы – интерфероны, фактор некроза опухоли (TNF), ряд интерлейкинов, колонии стимулирующих фактор (CSF) и другие.

Интерлейкин-10 противовоспалительный цитокин, является продуктом гена человека. IL-10 обладает множественными плейотропными воздействиями на иммунорегуляцию и воспаление. Он снижает экспрессию цитокинов Th1, увеличивает выживаемость В-клеток, их пролиферацию и продукцию антител.

Сосудисто-эндотелиальный фактор роста (VEGF – Vascular endothelial growth factor) – сигнальный белок, вырабатываемый клетками для стимулирования васкулогенеза и ангиогенеза (рост новых сосудов в уже существующей сосудистой системе). Основные функции VEGF – создание новых кровеносных сосудов, усиление роста мышц после физических упражнений, обеспечение коллатерального кровообращения (создание новых сосудов при блокировании уже имеющихся). Но, повышенная активность VEGF может привести к возникновению различных болезней. Опухоли (также как и миома матки, и аденомиоз) не могут вырасти

крупнее некоторого ограниченного размера, не получив адекватного кровоснабжения; и опухоли сами способны экспрессировать VEGF для того, чтобы расти.

Фактор некроза опухоли (ФНО, фактор некроза опухоли – альфа, кахексин, кахектин, англ. tumor necrosis factor, TNF) – внеклеточный белок, многофункциональный провоспалительный цитокин, синтезирующийся в основном моноцитами и макрофагами. Влияет на липидный метаболизм, коагуляцию, устойчивость к инсулину, функционирование эндотелия, стимулирует продукцию IL-1, IL-6, IL-8, интерферона-гамма, активирует лейкоциты, один из важных факторов защиты от вирусов и внутриклеточных паразитов. Избыточная продукция ФНО вызывает расстройства гемодинамики, диффузно увеличивает проницаемость капилляров, цитотоксический эффект на клетки организма.

В нашем исследовании мы провели количественный анализ провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови у 60 пациенток. В каждой исследуемой группе, а также в контрольной группе по 15 пациенток сдали кровь на иммунологическое исследование до лечения и после проведенного курса терапии. Лечение проводилось в зависимости от выявленной патологии: при миоме назначали улипристат-ацетат 5 мг (УПА УПА) в течение 3-х месяцев не менее 2-х курсов по 3 месяца с двух месячным перерывом, при аденомиозе – диногест 2 мг в течение 6 месяцев непрерывно. При сочетанной форме миомы и аденомиоза лечение начинали с диногеста в течение 6 месяцев непрерывно, затем назначали УПА в течение 3-х месяцев.

Результаты исследования. Ультразвуковые исследования показали, что у пациенток 1 группы с сочетанной формой аденомиоза и миомы, имеющих клиническую симптоматику (альгодисменорея, бесплодие) выявляли единичные (30 случаев) или множественные (от 2х до 5 узлов - 45 случаев) миомы.

Допплерометрия кровотока узлов позволяла определить простой или пролиферирующий миоматозный узел по степени качества его кровоснабжения. Так в 1 группе с сочетанной формой около половины пациенток (46,7%) имели несколько миоматозных узлов в сочетании с диффузным аденомиозом. Единственный миоматозный узел часто (25,3%) сочетался с диффузной формой аденомиоза, а в некоторых случаях (14,7%) – в сочетании с диффузно-очаговой формой аденомиоза. Несколько узлов пролиферирующей миомы также сочетались с диффузно-очаговой формой аденомиоза (13,3%).

Определение уровня провоспалительных цитокинов у пациенток до лечения показало следующие результаты: уровень IL-1 во всех трех группах был почти в равном количестве (табл. 1). В 1- и 3-группах уровень IL-1 в 3,4 раза, а в 2-группе IL-1 в 3,0 раза превышал показатели в контрольной группе ($P < 0,001$). Высокий уровень IL-6 чаще наблюдался у пациенток 1-группы и 3,3 раза был выше, чем в группе контроля ($P < 0,001$).

Таблица 1.

Уровень провоспалительных цитокинов в сыворотке крови обследованных пациенток до и после лечения ($M \pm m$)

№	Группы	IL-1		IL-6		TNF-α	
		До	После	До	После	До	После
1	Сочетание миомы и аденомиоза n=15	$7,5 \pm 0,39^*$ $P < 0,001$	$3,5 \pm 0,12^a$ $P < 0,001$	$8,2 \pm 0,45^*$ $P < 0,001$	$4,6 \pm 0,24^a$ $P > 0,05$	$8,7 \pm 0,93^*$ $P < 0,001$	$10,3 \pm 1,02$ $P < 0,001$
2	Аденомиоз n=15	$6,7 \pm 0,38^*$ $P < 0,001$	$3,2 \pm 0,22^a$ $P < 0,01$	$6,0 \pm 0,79^*$ $P < 0,01$	$4,3 \pm 0,26^a$ $P < 0,01$	$12,7 \pm 1,12^*$ $P < 0,001$	$14,6 \pm 0,95$ $P < 0,01$
3	Миома матки n=15	$7,4 \pm 0,68^*$ $P < 0,001$	$3,4 \pm 0,25^*$ $P < 0,05$	$5,1 \pm 0,24$ $P < 0,01$	$3,6 \pm 0,19$ $P < 0,01$	$11,3 \pm 1,91^*$ $P < 0,001$	$12,6 \pm 1,21$ $P < 0,001$
4	Контрольная группа n=15	$2,2 \pm 0,15$		$2,5 \pm 0,21$		$1,5 \pm 0,07$	

Примечание: * - достоверно по сравнению с контрольной группой

^a - достоверно по сравнению с данными до лечения

Также по сравнению со 2- и 3-группами IL-6 превышал в 1,5 раза. Во 2-группе данный показатель превышал контрольную группу в 2,4 раза ($P < 0,01$), и в 3- группе в 2 раза ($P < 0,01$).

TNF-α в 1-группе с сочетанной патологией в 5.8 раз, а во второй группе у женщин с аденомиозом в 8.5 раза, в 3-группе в 7.5 раза превышает контрольную группу, достоверность $P < 0,001$.

После проведенной терапии во всех трех группах отмечалось снижение уровней IL-1 и IL-6. Снижение IL-1 наблюдалось во всех группах в среднем в 2 раза и средние показатели приблизились к значениям контроля. Также снижение цитокина IL-6 в 1-группе наблюдалось в 1,8 раз, а во 2- и 3-группах в 1,4 раза.

После лечения во всех группах выявлено снижение среднего значения TNF- α , являющегося провоспалительным цитокином. В 1-группе уровень цитокина теперь был повышен только в 2 раза. Во 2 и 3-группах отмечено повышение его уровня только лишь в 1,1 раз. достоверность $P<0,001$.

Определение уровня противовоспалительных цитокинов показало, что уровень IL-10 у пациенток с сочетанной патологией был выше в 3,2 раза по сравнению с контролем (табл.2). У пациенток с изолированными патологиями показатель был в 1,9

раза выше, чем в контрольной группе. После лечения уровень IL-10 в 2 раза снизился в 1-группе. Во второй группе снижение наблюдалось в 1,6 раз и в третьей группе в 1,4 раза.

Изучение показателей сосудисто-эндотелиального фактора роста (VEGF) показало, что самые высокие показатели были у пациенток 1 и 2 групп и почти в 4 раза превышали группу контроля ($P<0,001$). В 3-группе также был высокий показатель, но ниже, чем в 1- и 2-группе, и в 2,2 раза был выше, чем в контрольной группе ($P<0,001$).

После проведенной терапии отмечено достоверное снижение уровня VEGF, по сравнению с показателями до лечения. В 1-группе уровень VEGF снизился в 2 раза, во 2-группе в 1,9 раз и в 3-группе в 1,8 раз.

Таблица 2.

Уровень противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови пациенток до и после лечения ($M\pm m$)

№	Группы	IL-10		VEGF	
		До	После	До	После
1	Сочетание миомы и аденомиоза n=15	10,6 $\pm$ 0,67*	5,0 $\pm$ 0,3 ^a	1282,6 $\pm$ 119,8* $P<0,001$	628,7 $\pm$ 27,4 ^a $P<0,05$
2	Аденомиоз n=15	6,2 $\pm$ 0,24*	3,8 $\pm$ 0,21 ^a	1243,5 $\pm$ 127,4* $P<0,001$	653,2 $\pm$ 30,36 ^a $P<0,01$
3	Миома матки n=15	6,3 $\pm$ 0,74* $P<0,001$	4,4 $\pm$ 0,37 ^a $P<0,05$	725,4 $\pm$ 35,2* $P<0,001$	410,2 $\pm$ 20,2 ^a $P<0,05$
4	Контрольная группа n=15	3,3 $\pm$ 0,14		325,0 $\pm$ 22,0	

Примечание: * - различия достоверны по сравнению с контрольной группой

^a - различия достоверны по сравнению с данными до лечения

Обсуждение. Таким образом, наличие у обследованных пациенток таких заболеваний как миома, аденомиоз или их сочетанные формы способствуют развитию дисбаланса про- и противовоспалительных цитокинов. Повышение их уровня в крови наиболее выражено при сочетанных формах миомы и аденомиоза по сравнению с изолированными формами миомы и аденомиоза. Это свидетельствует об участии иммунной системы в развитии и прогрессировании таких гиперпластических процессов матки, как миома и аденомиоз.

Выбор приоритетности назначения препаратов зависел от активности миоматозных узлов. При пролиферирующих миомах сначала назначали препарат УПА, затем диногест, а при простых миомах – наоборот. Проведение лечения этих заболеваний способствовало восстановлению показателей уровня про- и

противовоспалительных цитокинов, которые приближались к показателям контрольной группы.

Одновременное проведение УЗИ с доплерометрией после проведенного лечения показало, что отмечалась стабилизация роста узлов в диаметре 5 и >см и уменьшение размеров мелких узлов. Качество кровотока в узлах миомы и при очаговом аденомиозе ухудшалось, что характеризовалось снижением уровня VEGF в сыворотке крови больных, т.е. указывало на положительную динамику.

Выводы. Сочетанные формы миомы и аденомиоза у женщин репродуктивного возраста характеризуются более выраженным дисбалансом про- и противовоспалительных цитокинов. После проведенного лечения отмечается достоверное снижение уровня провоспалительных цитокинов, что подтверждает роль иммунитета в развитии миомы и аденомиоза.

Список литературы

1. Al Jama FE. Management of adenomyosis in subfertile women and pregnancy outcome. / Oman med J. 2011. May; 26(3): P.178-81.doi: 10.5001/omj.2011.43
2. Brosens, G. Benagiano. Endometriosis, a modern syndrome. / Indian J Med Res, 2011 Jun; 133, P.581-93
3. Choi YS, Cho S, Lim KJ, Jeon YE et al. Effects of +LNG-IUS on nerve growth factor and its receptors expression in patients with adenomyosis / Growth Factors, 2010 Dec; 28(6) P 452-60 doi:10.3109/08977194.2010.511619.Epub 2010 Sep 21.
4. Khan KN, Kitajima M, Hiraki K, Fujishita A. et al. Cell proliferation effect of GnRH agonist on pathological lesions of women with endometriosis, adenomyosis and uterine myoma / Hum.Reprod., 2010 Nov; 25 (11). P2878-90, doi: 10.1093 Epub.2010. Sep 9.
5. Meritxell Gracia, Marta Alcala, Janisse Fereri et al. Ulipristal acetate improves clinical symptoms in women with adenomyosis and uteris myomas/ J. of Minimally invasive gynecology. Vol.25, Issue 7, Nov-Dec 2018. P.1274-80.
6. Philippe R. Koninckx, Anastasia Ussia, Leyla Adamyan et al. Pathogenesis of endometriosis: the genetic/epigenetic theory /J. Fertility and Sterility. Vol.111, Issue 2, Febr.2019, P.327-40.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 618.1(075.8)

Агабабян Лариса Рубеновна

Кандидат медицинских наук, доцент

Самаркандский Государственный

Медицинский институт Самарканд, Узбекистан

Насирова Зебинисо Азизовна

Ассистент Самаркандский Государственный

Медицинский институт Самарканд, Узбекистан.

Алиева Малика Ядуллаевна

Студент Самаркандский Государственный

Медицинский институт Самарканд, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ

For citation: Agababayan Larisa Rubenovna, Nasirova Zebiniso Azizovna, Alieva Malika Yadullaevna, Clinical characteristics of patients with premature ovarian insufficiency. Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 42-44


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-10>

АННОТАЦИЯ

Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) по-прежнему остается заболеванием неизвестной этиологии; вопросы ранней диагностики и лечения остаются открытыми. ПНЯ ассоциируется с типичными симптомами менопаузы, которые развиваются в возрасте до 40 лет. В исследовании приняли участие 70 пациенток в возрасте от 22 до 40 лет без соматической патологии. Основная жалоба - нарушение менструального цикла в виде нерегулярных менструаций в течение 12 месяцев. Проведен комплекс клинико-лабораторных исследований, включающий гормональное обследование и УЗИ органов малого таза.

Ключевые слова: преждевременная недостаточность яичников, заместительная гормональная терапия, климакс, бесплодие.

Agababayan Larisa Rubenovna

Candidate of medical sciences, associate professor

Samarkand State medical institute

Samarkand, Uzbekistan.

Nasirova Zebiniso Azizovna

Assistant Samarkand State medical institute

Samarkand, Uzbekistan

Alieva Malika Yadullaevna

Student Samarkand State medical institute

Samarkand, Uzbekistan.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PREMATURE OVARIAN INSUFFICIENCY

ABSTRACT

Premature ovarian insufficiency (STD) is still a disease of unknown etiology; issues of early diagnosis and treatment remain open. STUMP is associated with typical menopausal symptoms that develop before the age of 40. The study involved 70 patients aged 22 to 40 years without somatic pathology. The main complaint is a violation of the menstrual cycle in the form of irregular menstruation for 12 months. A complex of clinical and laboratory studies was carried out, including hormonal examination and ultrasound of the pelvic organs.

Key words: premature ovarian insufficiency, hormone replacement therapy, menopause, infertility.

Agababayan Larisa Rubenovna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Samarqand davlat tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

Nasirova Zebiniso Azizovna

Assistant Samarqand davlat tibbiyot instituti

Samarqand, O'zbekiston

Alieva Malika Yadullaevna

ERTA TUXUMDONLAR ETISHMOVCHILIGI BO'LGAN BEMORLARNING KLINIK XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIYA

Tuxumdonlarning erta etishmovchiligi (TEYE) hali noma'lum etiologiyali kasallik bo'lib qolmoqda; erta tashxis qo'yish va davolash masalalari ochiq qolmoqda. Ishda somatik patologiyasiz 22 yoshdan 40 yoshgacha bo'lgan 70 bemor ishtirok etdi. Asosiy shikoyat-12 oy davomida tartibsiz hayzlar shaklida menstrual tsiklning buzilishi. Gormonal tekshiruv va ultratovush tekshiruvini o'z ichiga olgan klinik va laboratoriya tadqiqotlari majmuasi o'tkazildi.

Kalit so'zlar: erta tuxumdonlar etishmovchiligi, menopausal gormonal terapiya, menopauza, bepustlik.

Актуальность. ПНЯ является одним из наиболее загадочных заболеваний репродуктивной системы женщины [4, 5]. Данная патология характеризуется прекращением функциональной активности яичников у женщин в возрасте до 40 лет и проявляется аменореей, симптомами выраженной гипострогении и бесплодием на фоне повышенного уровня гонадотропинов - ФСГ, ЛГ [1, 3].

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на кафедре акушерства и гинекологии (зав. кафедрой – к.м.н., доцент Агабабян Л.Р.) ФДПО СамМИ. В исследовании принимали участие пациентки с ПНЯ, которые обращались за медицинской помощью в родильный дом №2. Исследование было проспективным, сравнительным. Работа выполнена в период с 2020 по 2022 г.

Результаты. На I этапе было обследовано 70 женщин в возрасте от 22 до 40 лет. Основную группу исследования составили 35 пациенток с классическим вариантом ПНЯ, контрольная группа была сформирована из 35 практически здоровых женщин с сохраненной функцией яичников.

На II этапе, с целью изучения влияния ЗГТ на функциональную активность эндотелия, было обследовано 35 женщин основной группы спустя 6 месяцев лечения.

Основную группу исследования составили 35 женщин в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст - $35,0 \pm 0,8$ года) с диагнозом ПНЯ, который был подтвержден на основании следующих критериев: отсутствие самостоятельных менструаций в течение 4 мес и более, возраст больных до 40 лет. Основной жалобой у всех больных было нарушение менструального цикла в виде вторичной аменореи, на бесплодие жаловались 25 (71,4%) пациенток. «Приливы» жара отмечали 16 (45,7%) женщины с ПНЯ. На дискомфорт в области сердца, ассоциированный с

эмоциональным перенапряжением, указывали 5 (14,3%) пациенток. Головную боль, связанную с вегетативной дисфункцией, испытывали 6 (17,1%) женщин с ПНЯ. Нарушение сна отмечали 7 (20%) обследуемых больных. Жалобы на сухость во влагалище предъявляли 8 (22,9%) пациенток. На рисунке 1 представлены вышеперечисленные жалобы женщин с ПНЯ. Рис.1. Распространенность жалоб с ПНЯ.

Согласно представленным данным, дискомфорт в области сердца, ассоциированный с эмоциональным перенапряжением, являлся наименее распространенной жалобой обследуемых больных. Других жалоб, сопряженных с кардиоваскулярной патологией, женщины с ПНЯ не предъявляли. Семейная форма заболевания выявлена у 6 (17,1%) пациенток. Возраст менархе в среднем по группе составил $12,9 \pm 0,1$ года. Все пациентки с ПНЯ (100%) до развития заболевания имели нормальный менструальный цикл. Нарушения менструального цикла у обследуемых больных в среднем отмечены в возрасте $32,0 \pm 0,8$ года, тогда как средний возраст наступления аменореи составил $34,0 \pm 0,6$ года. На момент обращения за медицинской помощью длительность заболевания колебалась от 5 мес до 4 лет и в среднем составила $1,0 \pm 0,2$ года. Относительно небольшая продолжительность ПНЯ у обследуемых больных представляет особый интерес в отношении исследования эндотелиальной функции. Клинически начало ПНЯ у 27 (77,1%) пациенток проявлялось олигоменореей, у 5 (14,3%) - маточными кровотечениями, и только у 2 (5,7%) больных отмечалось внезапное прекращение менструаций по типу стойкой аменореи.

До развития заболевания беременности имели место у 16 (45,7%) пациенток с ПНЯ. Общее число беременностей у обследуемых больных составило 36, исходы которых представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Исходы беременностей у пациенток с ПНЯ.

Исходы беременностей	Общее число беременностей (n=36) у пациенток с ПНЯ	
	Абс. число	%
Срочные роды	17	47,2
Преждевременные роды	1	2,8
Неразвивающаяся беременность	2	5,55
Самопроизвольный выкидыш	2	5,55
Медицинский аборт	14	38,9

Согласно представленным данным, у 19 (54,3%) женщин с ПНЯ до развития заболевания беременностей не было. При сборе анамнестических данных у пациенток с ПНЯ выясняли наличие традиционных факторов риска ССЗ. 4 (11,4%) обследуемых больных сообщили об отягощенной наследственности по ССЗ. Низкая физическая активность была отмечена у 12 (34,3%) пациентки, психоэмоциональные расстройства - у 13 (37,1%). При общем осмотре у всех пациенток выявлены женский тип телосложения, правильное развитие вторичных половых признаков. Индекс массы тела (ИМТ) был рассчитан по формуле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$. У пациенток с ПНЯ средний показатель ИМТ составил $23,5 \pm 0,6$ кг/м² и соответствовал нормальным значениям.

Окружность талии (ОТ) испытуемых измерялась посередине между нижним краем нижнего ребра и вершиной подвздошного

гребня. В группе больных ПНЯ средний показатель ОТ не превышал 80 см и был равен $78,2 \pm 0,8$ см.

Контрольная группа формировалась с учетом критериев исключения. Было обследовано 35 практически здоровых фертильных женщин в возрасте от 24 до 40 лет (средний возраст - $33,0 \pm 0,7$ года) с регулярным ритмом менструаций. Возраст менархе в среднем по группе составил $12,5 \pm 0,6$ года. Об отягощенной наследственности по ССЗ сообщили 3 (8,6%) женщины. Низкая физическая активность была отмечена у 11 (34,3%) участниц группы контроля. Наличие психоэмоциональных расстройств было выявлено у 7 (20%) участниц группы контроля. Показатели ИМТ и ОТ женщин с регулярным ритмом менструаций находились в пределах нормы и составили $24,5 \pm 0,5$ кг/м² и $76,0 \pm 0,9$ см соответственно.

В таблице 2 представлены распространенность и сравнительная характеристика факторов кардиометаболического

риска у пациенток с ПНЯ и у женщин с сохраненной функцией яичников.

Таблица 2

Факторы кардиометаболического риска в исследуемых группах

Показатель	Пациентки с ПНЯ (n=35)	Группа контроля (n=35)
Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой патологии, %	4	3
Психоэмоциональные расстройства, %	13	7
Низкая физическая активность, %	12	11
ИМТ, кг/м ²	24,5	23,5
ОТ, см	76	76

Сравнительный анализ показал, что у больных ПНЯ психоэмоциональные расстройства встречались достоверно чаще в сравнении с женщинами группы контроля (37,1 и 20,0% соответственно, $p < 0,05$). В настоящее время обнаружена взаимосвязь между психоэмоциональными факторами и нарушением функционального состояния эндотелия, что связывают с дисбалансом вегетативной регуляции - повышением активности ее симпатического отдела, однако по данной проблеме проведено недостаточно исследований. Таким образом, нельзя полностью исключить возможную роль психоэмоциональных расстройств в формировании ЭД у пациенток с ПНЯ.

Такой фактор риска ССЗ, как отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой патологии, статистически значимо не различался между группой пациенток с ПНЯ и группой контроля

($p > 0,05$). Средние значения ИМТ и ОТ обследуемых больных находились в пределах нормы и достоверно не отличались от показателей женщин с сохраненной функцией яичников ($p > 0,05$). Распространенность факторов риска (низкая физическая активность) в группе пациенток с ПНЯ и в группе контроля статистически значимо не различались ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, врачу-гинекологу чрезвычайно важно выявлять у пациенток с ПНЯ корригируемые факторы сердечно-сосудистого риска (курение, низкая физическая активность, психоэмоциональные расстройства и др.), своевременное устранение которых является эффективной профилактической стратегией в отношении развития заболеваний ССС.

Список литературы:

1. Агабабян Л. Р., Насирова З. А., Алиева М. Я. Erta menopauza va tomirlar endoteliysi funksiyasining buzilishi (adabiyotlar sharhi) //Журнал Репродуктивного Здоровья и Уро-Нефрологических Исследований. – 2021. – Т. 2. – №1.
2. Радзинский В. Е., Ордианц И. М., Побединская О. С. Современные технологии в лечении больных с синдромом истощения яичников //Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2015. – № 3 (9).
3. Хомидова Ш. М. Уровень антимюллера гормона у женщин с преждевременным истощением яичников //Достижения науки и образования. – 2020. – № 3 (57).
4. He Y. et al. The therapeutic potential of bone marrow mesenchymal stem cells in premature ovarian failure //Stem cell research & therapy. – 2018. – Т. 9. – № 1. – С. 1-7.
5. Sheikhsari G. et al. Current approaches for the treatment of premature ovarian failure with stem cell therapy //Biomedicine & Pharmacotherapy. – 2018. – Т. 102. – С. 254-262.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 61:618.14-006.327

Исанбаева Ландыш Мухамедзакиевна

Кандидат медицинских наук, доцент
центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников Минздрава РУз
Ташкент, Узбекистан.

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

Доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский государственный
стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан

Бобоев Кодиржон Тухтабоевич

Доктор медицинских наук, профессор
Республиканский Специализированный
Научно-практический медицинский
центр гематологии МЗ РУз
Ташкент, Узбекистан

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ПРИ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

For citation: Isanbaeva Landish Muxamedzakiyevna, Kattoxodjaeva Maxmuda Xamdammovna, Boboev Kodirjon Tuxtaboevich, Genetic aspects of drug resistance in the treatment of women with uterine fibroids, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 45-48



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-11>

АННОТАЦИЯ.

Цель исследования: изучить роль полиморфизма C1213T гена MDR1 лекарственной резистентности при базисной терапии женщин с миомой матки АГ ГнРг. Обследованы 34 пациентки с миомой матки репродуктивного возраста, получивших лечение Трипторелин ацетатом №.75мг. результаты проведенной терапии выявили у 25 женщин положительный результат на лечение, у 9 пациенток положительного эффекта от проводимой терапии не выявлено.

Ключевые слова: миома матки, полиморфизм C1236T гена MDR1, Агонисты гонадотропин релизинг гормон-Трипторелин ацетат 3.75 мг.

Isanbayeva Landysh Mukhamedzakiyevna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Centre for Development of Professional Skills of
Medical Workers of the Ministry of Health
of the Republic of Uzbekistan
Tashkent, Uzbekistan

Kattakhojaeva Makhmuda Khamdamovna

Doctor of Medical science, Professor
Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan

Boboev Kodirjon Tukhtaboevich

Doctor of Medical Sciences, Professor
Republican Specialized
Applied Scientific Medical Centre
for Haematology of the
Ministry of Health of RUz
Tashkent, Uzbekistan

GENETIC ASPECTS OF DRUG RESISTANCE IN THE TREATMENT OF WOMEN WITH UTERINE FIBROIDS

ANNOTATION

Objective: to investigate the role of the MDR1 gene polymorphism C1213T in drug resistance during baseline therapy of women with uterine myoma with GnRHg AG. Thirty-four women with uterine myoma of reproductive age treated with Triptorelin acetate¹.75mg were examined. The results of the therapy revealed a positive result on treatment in 25 women and no positive effect on therapy in 9 patients.

Key words: uterine myoma, C1236T polymorphism of the MDR1 gene, Gonadotropin-releasing hormone agonists-Triptorelin acetate 3.75 mg.

Isanbayeva Landysh Mukhamedzakiyevna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Tibbiyot xodimlari kasbiy malakasini oshirish markazi

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi

Toshkent, O'zbekiston

Kattakhojaeva Makhmuda Khamdamovna

Tibbiyot fanlar doktori, professori

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Boboev Kodirjon Tukhtaboevich

Respublika ixtisoslashtirilgan

Ilmiy va amaliy gematologiya markazi

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi

Toshkent, O'zbekiston

BACHADON MIOMASI BO'LGAN AYOLLARNI DAVOLASHDA DORI QARSHILIGINING GENETIK JIHATLARI

ANNOTASIYA

Maqsad: bachadon miomasi bo'lgan ayollarni asosiy terapiyasida dori qarshiligining MDR1 genining C1213T polimorfizmining rolini o'rganish. Tadqiqotda reproduktiv yoshdagi bachadon miomasi bo'lgan 34 bemor, 75 mg Triptorelin asetat bilan davolangan. terapiya natijalari 25 ayolda davolanish uchun ijobiy natija ko'rsatdi va 9 bemorda terapiyaning ijobiy ta'siri topilmadi.

Kalit so'zlar: bachadon miomasi, MDR1 genining S1236T polimorfizmi, gonadotropin-gormon-triptorelin atsetat agonistlari 3,75 mg.

Актуальность проблемы. Миома матки (ММ) является одним из наиболее распространенных заболеваний репродуктивной системы и встречается у 20-35% женщин, а согласно патологоанатомическим исследованиям до 85% [1,2,4]. Наличие ММ у женщин репродуктивного возраста обуславливает многообразный комплекс расстройств, меняя качество жизни женщин. Основными проявлениями которого являются нарушение менструальной функции, невынашивание беременности и дисфункция тазовых органов при значительном увеличении размеров опухоли [1,2,4]. Вопрос лечения больных с миомой матки остается наиболее обсуждаемым и дискуссионным. Существуют оперативные и консервативные методы лечения. Известно, что до 50—70% оперативных вмешательств в гинекологических стационарах выполняется по поводу миомы матки [1,2]. Так, по данным российских ученых, около 20% женского населения в возрасте старше 18 лет, в том числе около 70% из них в возрасте от 30 до 40 лет, лишаются матки в результате хирургического лечения [1,4]. Доля органосохраняющих оперативных вмешательств от числа производимых операций по поводу миомы матки остается незначительной. Удаление матки влечет за собой снижение гормональной активности яичников, что проявляется развитием постгистерэктомического синдрома, в ряде случаев требующих длительной медикаментозной коррекции. Само оперативное вмешательство сопровождается риском осложнений, которые по своей значимости для организма могут быть серьезнее миомы матки. Что касается вопросов консервативной терапии, то выбор лекарственных средств для лечения остается затруднительным и не всегда может быть эффективным. Развитие лекарственной резистентности (ЛР) может быть связана со многими причинами: с генами участвующими в метаболизме ксенобиотиков, функциональными генами, гены ответственные за эндокринные функции и иммунный статус, гены межклеточных взаимодействий и проонкогены [5]. В последние годы все большее внимание фундаментальных исследований направлено на изучение генетических основ формирования резистентности, т.е., фармакологического ответа к различным лекарственным препаратам. Существует несколько механизмов формирования лекарственной резистентности или устойчивости (ЛР или ЛУ). Среди них, наиболее хорошо изучены такие механизмы как активация ферментов системы глутатиона и трансмембранных

транспортных белков, такие как Р-гликопротеин, участвующий в биотрансформации токсических веществ из клетки, вследствие изменения в системе генов [6,7]. Эти клетки контролируют за клеточной пролиферацией и апоптозом, усиление репарации лекарственно - индуцированного повреждения ДНК и лекарственных мишеней.

ЛУ клеток к препаратам интенсивно исследуемое в данное время направление, представляющее серьезное препятствие на пути успешного лечения миомы матки. Известно, что использование некоторых препаратов при лечении женщин с миомой матки не дают желаемого результата. Так, по данным литературы устойчивость к Агонистам гонадотропин релизинг гормонам выявлен от 8 до 15% женщин с миомой матки, а при использовании селективных модуляторов рецепторов прогестерона (Эсмия) от 20 до 37% [7]. Min Jin Lee, Bo Seong Yun (2017) в своих исследованиях показали, что в 14% случаях отсутствовал эффект от диферелина и 37,3% от Эсмия. Известно, что ключевую роль в биотрансформации, т.е. выведении целого ряда противоопухолевых и других лекарственных средств играет трансмембранный транспортный белок гликопротеин Р, кодируемый геном MDR1. Наиболее изучаемыми являются полиморфизм C1236T и C3435T данного гена. Ряд зарубежных исследователи показывают связь этих полиморфизмов с нарушением чувствительности к стероидам или противоопухолевым ЛС [6,8,9]. В связи с этим можно предположить, что полиморфизмы гена MDR1 оказывают существенное влияние на выраженность терапевтического действия изучаемого нами препарата.

В связи с этим **основной целью** нашего исследования явилось изучение роли полиморфна C1236T гена MDR1 (приводящие к снижению экспрессии гена MDR1) в развитии лекарственной устойчивости и нежелательных лекарственных реакций организма к АгГнРг – Трипторелину ацетат 3.75 мг. у женщин с миомой матки. **Материалы и методы исследования.** Иммуногенетические исследования проводили на базе РСНПМЦГв отделении молекулярной медицины и клеточных технологий под руководством заведующего лабораторией д.м.н. профессором Бобоевым К.Т. Распределение аллелей и генотипов полиморфного маркера C1236T гена MDR1 в исследованных группах пациентов с миомой матки и контроля проверяли на

соответствие равновесию Харди-Вайнберга. Анализ ассоциаций полиморфного локуса C1236T гена MDR1 с формированием ЛУ клеток к препарату Трипторелина ацетат 3.75 был проведен с использованием модель «case-control». Объект исследования - 34 пациенток репродуктивного возраста с миомой матки. Изучены 34 образца геномной ДНК пациенток с ММ, получившие лечение Трипторелина ацетатом 3.75мг. На курс лечения три инъекции. Первая инъекция препарата проводилась в первые 5 дней менструального цикла, повторные каждые 4 недели. Размеры миоматозных узлов были от 3 см до 8 см. По классификации Figo тип 3 был выявлен у 8.8% (3жен.), тип 4 – 38.2% (13жен.), тип 5-32.2% (11жен.) и тип 6 – 20.8% (7жен.). Согласно ответу на базисную терапию все пациентки с ММ были разделены на две подгруппы В первую группу были включены 25 пациенток с ММ

получавших лечение с положительным эффектом (n=25 женщин), во вторую 9 пациенток с ЛУ, для которых базисная терапия не дала положительного результата. Контрольную группу составили 65 здоровых женщин узбекской национальности репродуктивного возраста.

В таблице 1 приведены данные частот распределения аллелей и генотипов полиморфизма C1236T гена MDR1 в подгруппе пациенток получивших курс терапии Трипторелином. В подгруппах пациенток с (n=9) и без ЛУ (n=25) получившие курс терапии Трипторелином ацетат, неблагоприятный аллель 1236T (обеспечивающий генетическую ЛР) встречался с 44.4% и 46.0% соответственно, случаев. Рассчитанный относительный шанс выявления данного аллеля среди пациенток с ЛУ по сравнению без ЛУ составил ниже <1 при $\chi^2 < 3.84$ и $p > 0.05$.

Таблица 1.

Частота распределения аллелей и генотипов устойчивости к препарату Трипторелин ацетат в группе пациенток с полиморфизмом гена MDR1 C1236T.

Аллели и генотипы	Количество обследованных аллелей и генотипов, n=34				χ^2	P
	с ЛР n=9		без ЛР n=25			
	n	%	n	%		
C	10	55.6	27	54.0	<3.84	>0.05
T	8	44.4	23	46.0		
C/C	3	33.3	8	32.0	<3.84	>0.05
C/T	4	44.4	11	44.0	<3.84	>0.05
T/T	2	22.2	6	24.0	<3.84	>0.05

Также выявлено статистическое незначимое различие в распределении частот встречаемости неблагоприятных генотипов C/T и T/T полиморфного локуса C1236T гена MDR1 у пациенток с нежелательной ЛУ и в группе без нежелательной ЛУ ($\chi^2 < 3.84$; $p > 0.05$). В обеих подгруппах пациенток с и без ЛУ, преобладающим по частоте встречаемости данного локуса оказался гетерозиготный генотип 1236 C/T, встречающийся в 44.4 % (4/9) случаев среди пациенток с нежелательной ЛР и в 44.0% (11/25) без ЛР ($p > 0.05$). Частота гомозиготного генотипа в исследованных подгрупп пациенток также была одинаковой, и составила 22.2% и 24.0%, соответственно.

Таким образом, результаты нашего исследования не выявили значимой ассоциации неблагоприятного аллеля T и генотипов C/T и T/T полиморфного маркера C1236T с развитием различных нежелательных ЛР. Частоты аллелей и генотипов полиморфного маркера C1236T достоверно не различались между подгруппами пациенток с нежелательной реакцией и без таковой ($\chi^2 < 3.84$; $p > 0.05$). Неблагоприятные генотипические варианты полиморфизма C1236T гена MDR1 не являются самостоятельными генетическими факторами риска, предрасполагающими к формированию терапевтически резистентной формы ММ. Полученные результаты диктуют необходимость дальнейшего изучения других локусов гена лекарственной резистентности.

Список литературы.

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Сухих Г.Т. и др. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация // Проблемы репродукции. – 2017. – Т. 23, № 3. – С. 466-515. [Adamyany L.V., Andreeva E.N., Sukhikh G.T. et al. Myoma of the uterus: diagnosis, treatment and rehabilitation // Problems of reproduction. – 2017. – Т. 23, No. 3. – S. 466-515. (in Russian)].
2. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Сухих Г.Т. и др. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация // Проблемы репродукции. – 2017. – Т. 23, № 3. – С. 466-515. [Adamyany L.V., Andreeva E.N., Sukhikh G.T. et al. Myoma of the uterus: diagnosis, treatment and rehabilitation // Problems of reproduction. – 2017. – Т. 23, No. 3. – S. 466-515. (in Russian)].
3. Воскресенский С.Л., Грудническая Е.Н., Тесакова М.Л. и др. Клинические и гормональные изменения при миоме матки в репродуктивном возрасте // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. 2018. – Т. 8, № 2. – С. 155-162.
4. Национальное руководство. Гинекология / под ред. Г.М. Савельевой, Сухих Г.Т., Радзинского В.Е. М.: ГОЭТАР-Медиа. 2017. 1063 с. [Nacional'noe rukovodstvo. Ginekologiya/ pod red. G.M. Savel'evoy, Suhikh G.T., Radzinskogo V.E. M.: GOJeTAR-Media. 2017. 1063 s. (in Russian)].
5. Ambudkar SV, Kimchi-Sarfaty C, Sauna ZE, Gottesman MM. P-glycoprotein: from genomics to mechanism. Oncogene. 2003 Oct 20;22(47):7468-85. doi: 10.1038/sj.onc.1206948. PMID: 14576852. Li YH, Wang YH, Li Y, Yang L. MDR1 gene polymorphisms and clinical relevance. Yi Chuan Xue Bao. 2006 Feb;33(2):93-104. doi: 10.1016/S0379-4172(06)60027-9. PMID: 16529292.
6. Borowski LC, Lopes RP, Gonzalez TP, Dummer LA, Chies JA, Silveira IG, Keisermann M, Bauer ME. Is steroid resistance related to multidrug resistance-I (MDR-I) in rheumatoid arthritis? Int Immunopharmacol. 2007 Jun;7(6):836-44. doi: 10.1016/j.intimp.2007.02.004. Epub 2007 Mar 9. PMID: 17466917;
7. Donnez J, Hudecek R, Donnez O et al. Efficacy and safety of repeated use of ulipristal acetate in uterine fibroids. Fertil Steril 2015; 103: 519– 27. Roepe PD. What is the precise role of human MDR 1 protein in chemotherapeutic drug resistance? Curr Pharm Des. 2000 Feb;6(3):241-60. doi: 10.2174/1381612003401163. PMID: 10637378.

8. Cevik L, Karaca RO, Babaoglu MO. Letter to the editor regarding 'Youssef et al.'s multi-drug resistance-1 gene polymorphisms in nephrotic syndrome: impact on susceptibility and response to steroids'. *Gene*. 2014 Mar 1;537(1):174. doi: 10.1016/j.gene.2013.12.042. Epub 2013 Dec 27. PMID: 24374471
9. Youssef DM, Attia TA, El-Shal AS, Abduelometty FA. Multi-drug resistance-1 gene polymorphisms in nephrotic syndrome: impact on susceptibility and response to steroids. *Gene*. 2013 Nov 10;530(2):201-7. doi: 10.1016/j.gene.2013.08.045. Epub 2013 Aug 27. PMID: 23994685.;



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 618.2(075.32)

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

Доктор медицинских наук, профессор
Ташкентский государственный
стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан

Сафаров Алиаскар Турсунович

Кандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

Умаров Зафар Марданович

Свободный соискатель
Ташкентский государственный
стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан

Сулаймонова Нодира Жумаевна

Кандидат медицинских наук, доцент
Ташкентский государственный
стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА

For citation: Kattoxodjaeva Mahmuda Xamdamovna, Safarov Aliaskar Tursunovich, Umarov Zafar Mardanovich, Suleymanova Nodira Jumaevna, Effect of perinatal indicators on fetal breech, journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 49-52


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-12>

АННОТАЦИЯ

Инфекции, наблюдаемые при продвижении по родовым путям при тазовом предлежании плода, наблюдаются у 3-5% беременных женщин и считаются патологическими. Перинатальная смертность и врожденные дефекты в 3-5 раз чаще встречаются у детей, рожденных тазовым предлежанием, чем у детей, рожденных головным предлежанием. В дальнейшем у этих детей часто развиваются психоневрологические патологии - центральный парез, эпилепсия, умственная отсталость и др.

Ключивые слова: роды через естественные родовые пути, тазовое предлежание, инфекции, психоневрологическая патология

Kattakhodjaeva Mahmuda Khamdamovna

M.D., Professor
Tashkent State Dentistry Institute
Tashkent, Uzbekistan

Safarov Aliaaskar Tursunovich

Candidate of medical sciences, associate professor
Samarkand Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan

Umarov Zafar Mardanovich

Student Tashkent State Dentistry Institute
Tashkent, Uzbekistan

Sulaymonova Nodira Jumayevna

Candidate of medical sciences, associate professor
Tashkent State Dentistry Institute.
Tashkent, Uzbekistan

EFFECT OF PERINATAL INDICATORS ON FETAL BREECH

ANNOTATION

Infections seen during the progression of the birth canal in breech presentation occur in 3-5% of pregnant women and are considered pathological. Perinatal mortality and birth defects are 3-5 times more common in children born breech than in those born cephalic. Later on, these children often develop neuropsychiatric abnormalities such as central paresis, epilepsy, mental retardation, etc.

Key words: natural childbirth, breech presentation, infections, neuropsychiatric pathology.

Kattakhojaeva Makhmuda Khamdamovna

Tibbiyot fanlar doktori, professori

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Safarov Aliaaskar Tursunovich

Tibbiyot fanlar nomzodi, dotsent

Samarqand Davlat Tibbiyot instituti

Samarqand O'zbekiston

Umarov Zafar Mardanovich

Mustaqil izlanuvchi

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Suleymanova Nodira Jumaevna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

HOMILA CHANOĞI BILAN OLDINDA JOYLASHISHNING PERINATAL KO'RSATKICHLARIGA TA'SIRI

ANNOTATSIYA

Xomila chanogi oldinda kelganida (HCHOK) kuzatiladigan tugruklar 3-5 % homiladorlarda kuzatiladi va patologik xisoblanadi. Xomila chanogi oldinda yotganda tugiladigan bolalarda perinatal ulim va tugruk shikastlanishlari xomila boshi oldinda kelganda kuzatiladigan tugruklarga nisbatan 3-5 barobar kup uchraydi. Kelgusida bu bolalarda kup xollarda psixo-nevrologik patologiyalar – markaziy parezlar, epilepsiya, akliy rivojlanishda orkada kolish va boshqalar.

Kalit suzlar: tabiiy yo'llar orqali tug'ruq, homila chanog'i bilan kelishi, infeksiya, psixonevrologik asoratlar

Mavzuning dolzarbligi: Xomila chanogi oldinda kelganida (HCHOK) kuzatiladigan tugruklar 3-5 % homiladorlarda kuzatiladi va patologik xisoblanadi. Xomila chanogi oldinda yotganda tugiladigan bolalarda perinatal ulim va tugruk shikastlanishlari xomila boshi oldinda kelganda kuzatiladigan tugruklarga nisbatan 3-5 barobar kup uchraydi. Kelgusida bu bolalarda kup xollarda psixo-nevrologik patologiyalar – markaziy parezlar, epilepsiya, akliy rivojlanishda orkada kolish va boshqalar (1, 2, 4, 7).

Xozirgi vaktida xomila chanogi oldinda kelganida xomila uchun rejalashtirilgan tabiiy tugruk yullari orkali olib boriladigan tugrukka nisbatan rejali kesar kesish amaliyoti optimal usul degan fikr mavjud.

Buning ustiga kupgina mualliflar xomila chanogi oldinda yotganida tugrukni tabiiy tugruk yullari orkali olib borishni umuman tavsiya etishmaydi (Ghash 2005 y.). SHuning uchun xam xomila chanogi oldinda yotganida tugrukni abdominal yul bilan yakunlash 60-70 % - ni tashkil etmokda va 100 % -ga yakinlashmokda.

Xomila chanogining oldinda yotishi rivojlangan davlatlarning kupgina klinikalarida 100 % xollarda kesar kesish amaliyotiga kursatma bulmokda. Rossiyada kesar kesish amaliyoti soni yukori (63-67 %) bulib, perinatal ulim 3,6 %-ni tashkil etadi va bu son jixatdan 2-3 chakalokka tugri kelib, ular yoki normal joylashgan yuldoshning vaktidan oldin kuchishi, yoki chukur etilmaganlik tufayli ulgan. G. M. Saveleva (2005 y.) bergan ma'lumotlarga kura birinchi tuguvchi ayollarda xomila chanogi oldinda yotganida kesar kesish amaliyotiga umumkabil kilingan kursatmalardan tashkari birinchi tuguvchi ayol yoshining 30 katta bulishi, muddatiga etgan xomiladorlikda tugruk yullarining etilmaganligi, muddatidan utgan xomiladorlik, xomila vaznining 2000 grammdan kam bulishi (homilaning rivojlanishda orkada qolish sindromi, etilmaganlik) yoki yirik homila, xomila chanogi oldinda yotishining aralash turi yoki xomila oyoklarining oldinda yotishi, etilmagan bachadon buynida kogonok suvlarining muddatidan oldin ketishi, tugrukning I-chi yoki II-chi davrlarida tugruk kuchlarining sustligi (xomila chanogining kichik chanok bushligining keng kismidan tushmagan xollarda). SHu vaqtgacha bajarilgan ilmiy izlanishlar HCHOKning asosan tug'ruq jarayonidagi bolaga ko'rsatadigan salbiy ta'siriga ko'proq urg'u berilgan (3, 6) Olimlarda bugungi kungacha diskussion xisoblangan masala - bu xolatlarni fiziologik yoki patologik

homiladorlik guruxlarga tasniflash dir. Bu savolga javob berish uchun ona va homila tarafidan yuzaga keladigan o'zgarilarning o'rganish aloxida o'rin kasb etadi. SHunga urg'u berib o'tish joizki, asosiy salbiy ta'sir homilaning xolatida o'z aksini ko'proq topadi. Bunga sabab bo'luvchi faktorlar ikki guruxga bo'linadi. Bir tomondan ona organizmi bilan bog'liq bo'lgan homilaning noto'g'ri joylashishiga sabab bo'lgan faktorlar (bachadon va chanoqda anatomik buzilishlar, miometriy tonusini o'zgarishi) bo'lsa, ikkinchi tarafdan xomilaning o'ziga bog'liq faktorlar dir (homila oldi suvlarining ko'pligi, yo'ldoshning noto'g'ri joylashishi, kindik tizimchasining uzun-qisqaligi, homilaning massasini katta yoki kichik bo'lishi). Bizni amaliy va ilmiy jixatdan qiziqitrgan savollardan biri- homila chanog'i bilan oldinda yotganida uning axvoli boshi bilan yotgan boladan farqli yoki yo'qmi. Gestatsiya davrida xam asoratlar paydo bo'ladimi, yoki faqat tug'ruq jarayonidami?

Ilmiy izlanishning maqsadi - chanog'i bilan oldinda joylashgan homilalarning funksional xolatini xolatini baxolash va perinatal natijalarini o'rganish.

Tekshiruv usullari va materiallari. Qo'yilgan savollarga javob topish maqsadida biz prospektiv izlanishda 85 nafar HCHOK (asosiy gurux) va 30 nafar homilasi boshi bilan joylashgan homiladorlarning (nazorat guruxi) homilalari axvolini solishtirma ravishda o'rganib chiqdik. Barcha homiladorlarga kardiokografiya tekshiruv usulini qo'llab, homilaning bazal ritmini, variabiligini, detseleratsiyalar bor yoki yo'qligini aniqlab, nostress testini qo'lladik. Qo'shimcha tekshiruv usullar sifatida UTT, Dopler, fonokardiografiya usullaridan xam foydalandik. Ikkala tekshiruv guruxidagi ayollar yoshi, pariteti va somatik holati bo'icha bir xil bo'lishiga xarakat qildik. Bularda homiladorlik muddatlari 39-40 haftani tashkil qildi.

Olingan natijalar.

Taxlil natijalari jadvalda aks ettirilgan. SHuni eslatib o'tish kerakki: 1) MAMo – darxol ossillyasiyaning o'rtacha amplitudasi; 2) EtCP-stabil ritmnining o'rtacha davomiyligi (%); 3) hMA- sekin akseleratsiyalarning soni; 4) MhMA-sekin akseleratsiyalarning o'rtacha amplitudasi; 5) EtMa – sekin akseleratsiyalarning umumiy davomiyligi (60 %); 6) Max hMa/Sr – sekin akseleratsiyalarning maksimal amplitudasining (Max hMa) maksimal stabil ritmga (Sr,%) nisbati; 7) AX/EtCp-4CC_{Max}- 4CC_{Mix}.

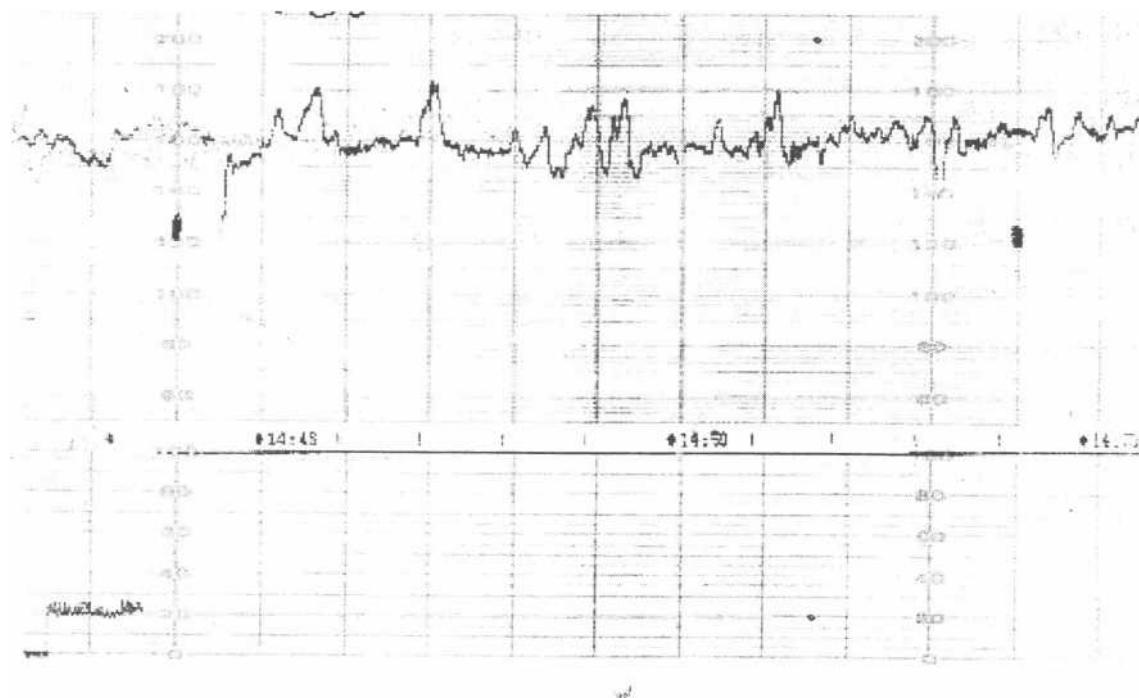
CHanog'i bilan yoki boshi bilan oldinda joylashgan homilalarning kardiokardigrafik ko'rsatkichlari

№	KTG ko'rsatkichlari	Asosiy gurux(75)	Nazorat guruxi (30)
1	MAMo	10,2 ±0,5*	12,4 ± 0,4
2	EtCp, %	74,7 ±1,5**	32,2 ±2,3
3	hMA	3,3 ±0,7, **	9,2 ±0,2
4	MhMA, ud/min	20,1 ±0,5	22,4 ±1,8
5.	EtMa (za 60 ')	5,2 ±0,44**	10,5 ±1,7
6	Max hMa /Sr, (ud/min)	4,1 ±0,6	5,1 ±0,4
7	AX/EtCp, (ud/min)	0,38 ±0,2**	2,1 ±0,2

Izox: *r<0,05, ** r<0,001 - asosiy va nazorat guruxi o'rtasidagi farq.

KTG taxlil natijalari bo'yicha, HCHOKda boshi bilan kelishiga nisbatan darhol ossillyasiyaning o'rtacha amplitudasi MAMo ($r<0,001$) ishonarli pasayganligi bilan bir qatorda, MhMA-sekin akseleratsiyalarning o'rtacha amplitudasida statistik ishonarli o'zgarishlar ko'rinnmaydi ($20,1 \pm 0,5 - 22,4 \pm 1,8$ ud/min qarshi) ($r>0,05$). Ammo, sekin akseleratsiyalarning bir

daqiqadagi chastotasi asosiy guruxda hMA uch barobar kamayganligi ko'rinib turibti. SHu bilan bir qatorda, chanog'i bilan joylashgan xomilalarda EtMa – sekin akseleratsiyalarning umumiy davomiyligi (60 ') nazorat guruxiga nisbatan sezilarli kamaygan ($r<0,001$). Natijada, EtCP-stabil ritmning o'rtacha davomiyligi (%) oshib borgan ($r<0,001$). SHu munosabat bilan Max va Min farqi EtCp ga nisbatan kamaygan ($r<0,001$).



Homilador S. : Ko'pqirali sekin akseleratsiya, bazal ritm 159 minutiga, MaMo – 14 min, MhMa - 22 min, EtMa - 18 min, EtCp - 74%, Max hMa/Cp - 6,1, AX/Et - 0,59. Umumiy ball - 36.

Asosiy gurux homilalarida O'rtacha bazal ritmi ishonarli darajada past bo'lib minutiga $140,5 \pm 0,9$ nazorat guruxiga nisbatan ($147,8 \pm 0,9$ minutiga). O'rtacha bazal ritmning eng yuqori ko'rsatkichi 157,8 minutiga, en past esa-125,3 minutiga bo'lib homilani joylashishidan istisno ishonarli farq etmadi. Qabul qilingan standartlar bo'yicha bazal taxikardiya sifatida minutiga 160 dan ko'proq, bradikardiya sifatida 120 dan kam bo'lgan yurak ritmi qabul qilingan. YUqorida keltirilgan ko'rsatkichlar homilaning antenatal davridayoq chanog'i bilan joylashishi salbiy ta'sir ko'rsatishi xaqida dalolat beradi. Klinik jixatdan bo'nday o'zgarishlarni homiladorlikni oxirgi xaftalarida tug'ruq faoliyatining noaktiv fazasini boshlanishi va bir qancha cho'zilishi, platsentaning etilish darajasini oshishi, ko'pgina xolatlarda homilaning kindik o'qiga o'ralib qolishi bilan bog'lash mumkin. Antenatal davrida yuqorida sanab o'tilgan o'zgarishlar tug'ilish jarayonida yanada og'irlashadi va chaqaloqlar ko'proq asfiksiyaning turli darajasida tug'iladi. Bunda KTG ko'rsatkichlari va va chaqaloqlar asfiksiyasi

o'rtasida yuqori darajali korrelyativ bog'liqliklar aniqlandi. Xomila boshi bilan kelganda KTG bo'yicha ballar yig'indisi $41,9 \pm 0,9$ bo'lsada, chaqaloqlarni xolati Apgar bo'yicha $8,2 \pm 0,2$ balga baxolandi. Homila chanog'i bilan kelganda esa KT nazorat guruxiga nisbatan past bo'ldi ($6,5 \pm 0,4$). Bu raqamlar intranatal davrda surunkali homila gipoksiyasining asfiksiyaga o'tish extimoli yuqoriligidan dalolat beradi. Homila chanog'i bilan kelganda esa KTG ballari ancha past bo'lib ($34,0 \pm 0,6$), Apgar shkalasi bo'yicha o'rtacha baxo nazorat guruxiga nisbatan past bo'ldi ($6,5 \pm 0,4$). Bu raqamlar intranatal davrda surunkali homila gipoksiyasining asfiksiyaga o'tish extimoli yuqoriligidan dalolat beradi.

Xulosa. SHunday qilib, homila va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning axvolini tekshirish natijalari dalolat beradiki: homila chanog'i bilan oldinda joylashganida boshi bilan kelishiga nisbatan homiladorlik ko'proq asoratli kechadi; homilaning fetometrik ko'rsatkichlari pastroq, homila oldi suvlari qo'proq bo'lishi tufayli homilaning xarakatchanligi oshib, chanog'i bilan joylashishga sharoit paydo bo'ladi. Homiladorlikning oxirgi muddatlarida chanog'i bilan joylashgan homilaning axvoli boshi bilan kelishiga nisbatan

yomonlashadi. Bu xaqida KTG ko'rsatkichlari va past umumiy ballar yig'indisi dalolat beradi. Bunda ko'p bolalar gipoksiyaga duchor bo'ladi. Gipoksiya esa, o'z navbatida, intranatal asoratlarni tufayli chaqaloqning asfiksiya xolatida tug'ilish darajasini oshirib boradi. O'tkazilgan izlanishimiz yana bir bor ko'rsatib turibtki- homila chanog'i bilan kelishi xolatlarning patologik xomiladorlik toifasiga o'tkazish to'g'riroq deb xisoblash mumkin. SHu tufayli har bir shunday homiladorning individual ravishda tug'ruqqa tayyorlash va olib borishni taqozo etadi. YOrdam usullaridan biri bo'lib homilaning chanog'idan

boshiga tashqi burish muolajasi xisoblanadi va biz o'z ishimizda etilgan homiladorlikda aynan shu muolajani qo'llashga qaror qildik. Taxlil qilingan adabiyotlardan ko'rinib turibtki, ushbu muolaja asosan 38 haftalik muddatgacha bajarilgan. Bunday muddatlarda homila xali to'liq etilmagan bo'lib, ona organizmi esa to'g'ruq jarayoniga tayyor emas. SHuning uchun ilmiy va amaliy jixatdjan tashqi akusherlik burishni muddatiga etgan homiladorlikda bajarish ma'qul bo'lib, shu bilan birgalikda, muolajani bajarish uchun sharoit va qarshiko'rsatmalarning aniqlab olish o'ta muxim vazifa xisoblanadi.

Adabiyotlar ro'yxati.

1. Воскресенский С.И. Оценка состояния плода. - Минск: Книжный дом, 2004. - 304 с.
2. Еремина О.В. и др. Методы изучения сердечной гемодинамики плода в родах: от стетоскопа до оксиметрии /О.В. Еремина, Е.М. Шифман, О.Р. Баев, А.И. Гус //Акушерство и гинекология. – 2011. - № 7 - 1. - С. 11 – 15.
3. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Тазовое предлежание плода — новый взгляд на старую проблему //Акушерство и гинекология. – 2007. — № 5. – С. 17 — 24.
4. Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Всех ли женщин с тазовым предлежанием плода при доношенной беременности следует родоразрешать путем кесарева сечения? //Акушерство и гинекология. – 2007. - № 2. – С. 8 — 14.
5. Alfirevic Z., Devane D. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment labour //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2006. – Issue 3. - Art. No. CD006066.
6. Demirci O. et al. Pregnancy outcomes by mode of delivery among breech births /O. Demirci, A.S. Tuğrul, A. Turgut et al. //Arch. Gynecol. Obstet. – 2012. – Vol. 285, N 2. – P. 297 - 303.
7. Hutton E.K. et al. The Early External Cephalic Version (ECV) 2 Trial: an international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies /E.K. Hutton, M.E. Hannah, S.J. Ross et al. //BJOG. – 2011. - Vol. 118, N 5. - P. 564 - 577.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 55.142+57.16

Ким Владимир Сафронович

Независимый соискатель

Ташкентская медицинская академия,

Ташкент, Узбекистан

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С COVID 19

For citation: Kim Vladimir Safronovich, Analysis of clinical manifestations and significance of patients with covid 19, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 53-55


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-13>

АННОТАЦИЯ

Наличие COVID19 у беременной не является абсолютным показанием к прерыванию беременности, при это вопрос об ускоренном родоразрешении должен решаться в каждом конкретном случае индивидуально с учетом состояния матери, динамики ее заболевания, гестационного срока и состояния плода. Сроки и методы родоразрешения выбирают, исходя из следующих основополагающих принципов акушерства: наличие акушерских показаний (например, предлежание плаценты, неправильное положение плода, тяжелая пре-эклампсия и т.д.); отсутствие положительной динамики течения COVID19 даже при отсутствии акушерских показаний; тяжелое или критическое состояние беременной с COVID19, когда родоразрешение вне зависимости от срока гестации проводится по витальным показаниям. В то же время в литературе имеются данные о том, что родоразрешение в разгар заболевания сопряжено с увеличением показателей материнской смертности и большим числом осложнений: утяжеление основного заболевания, развитие и прогрессирование дыхательной недостаточности, развитием акушерских кровотечений, интранатальной гибелью плода и развитием послеродовых гнойно-септических заболеваний.

Ключевые слова: covid 19, беременность, родоразрешение, кесарево сечение, индукция родов.

Kim Vladimir Safronovich

Independent researcher

Tashkent Medical Academy,

Tashkent, Uzbekistan

ANALYSIS OF CLINICAL MANIFESTATIONS AND SIGNIFICANCE OF PATIENTS WITH COVID 19

ABSTRACT

The presence of COVID19 in a pregnant woman is not an absolute indication for termination of pregnancy, and accelerated delivery should be considered on a case-by-case basis, taking into account the mother's condition, her disease dynamics, gestational age and fetal status. The timing and mode of delivery are based on the following basic principles of obstetrics: the presence of obstetric indications (e.g. placenta previa, malposition, severe pre-eclampsia, etc.); no positive COVID19 progression even in the absence of obstetric indications; severe or critical condition of the pregnant with COVID19, when delivery is performed for vital signs regardless of gestational age. At the same time, the literature suggests that delivery in the midst of the disease is associated with an increase in maternal mortality and a large number of complications: aggravation of the underlying disease, development and progression of respiratory failure, development of obstetric hemorrhage, intrapartum fetal death, and the development of postpartum septicemic diseases.

Key words: covid 19, pregnancy, delivery, caesarean section, induction of labour.

Kim Vladimir Safronovich

Mustaqil izlanuvchi

Toshkent tibbiyot akademiyasi,

Toshkent, O'zbekiston.

COVID -19 BILAN KASALLANGAN HOMILADORLAR AYOLLARNING KLINIK KO'RINISHLARI VA TUG'RUQNI OLIB BORISH XUSUSIYATLARINI TAHLIL QILISH

ANNOTATSIYA

Homilador ayolda COVID-19 mavjudligi homiladorlikni tugatish uchun mutlaq ko'rsatkich emas. bunda tugrukni tezlashtirish masalasi, shuningdek onaning holati, kasalligining dinamikasi, homiladorlik davri va homilaning holatini hisobga olgan holda alohida hal qilinishi zarur.

Tug'ish vaqti va akusherlik usullari quyidagi asosiy tamoyillari asosida tanlanadi: akusherlik ko'rsatkichlarining mavjudligi (masalan, yo'ldoshning oldindan joylashishi, homilaning notug'ri joylashishi, og'ir preeklampsia va boshqalar); COVID-19 paytida ijobiy dinamikaning yo'qligi, hatto akusherlik ko'rsatkichlari bo'lmagan taqdirda ham tug'ruq hayotiy ko'rsatkichlarga muvofiq amalga oshiriladi. SHu bilan birga, adabiyotda kasallikning avj olishida tug'ish vaktida onalar o'limining ko'payishi va ko'plab asoratlar bilan bog'liqligini isbotlovchi dalillar mavjud: asosiy kasallikning kuchayishi, nafas etishmovchiligining va akusherlik qon ketishining rivojlanishi, tug'ruqdan keyingi homilaning o'limi va tug'ruqdan keyingi yiringli-septik kasalliklarning rivojlanishi xisoblanadi.

Kalit so'zlar: COVID-19, homiladorlik, tug'ruk, kesar kesish, tug'ruk induksiyasi.

Relevance. "While the fear and uncertainty associated with the COVID 19 pandemic are natural responses to coronavirus, we must be guided by facts and reliable information. We must stand in solidarity, challenge stigma and discrimination and ensure that people get the information and services they need, especially pregnant and lactating women," this statement by Dr Natalia Kanem, Executive Director of the United Nations Population Fund (UNFPA), is taken as the basis for providing obstetric care for SarsCov2 infected pregnant, postpartum and postpartum women in many countries worldwide. Based on numerous national and international guidelines (the latest in Uzbekistan was dated September 2021, version 9)[2], we have treated and delivered women with Covid 19. According to the accepted guidelines. Their main points are as follows:

- Early delivery by caesarean section is indicated if: hypoxia cannot be resolved by AVI or if respiratory failure progresses; alveolar pulmonary oedema develops; and septic shock is refractory.

- At 20 weeks' gestation, emergency caesarean section may not be performed; at 20-23 weeks, it is performed to save the life of the mother; over 24 weeks, it is performed to save the life of the mother and fetus.

- In severe and moderate cases up to 12 weeks of gestation an abortion is recommended after the infection has healed. If there is no abortion: prior to 12-14 weeks of gestation, chorionic villus sampling or placenta biopsy; from 16 weeks of gestation, amniocentesis.

- Termination of pregnancy and delivery in the midst of the disease is associated with an increase in maternal mortality and a large number of complications: aggravation of the underlying disease, development and progression of respiratory failure, occurrence of obstetric haemorrhage, intrapartum fetal death, postnatal purulent-septic complications. However, when it is impossible to eliminate hypoxia against the background of AVI or when respiratory failure progresses, the development of alveolar pulmonary edema, as well as in refractory septic shock, emergency abdominal delivery (caesarean section) with all necessary measures to prevent coagulopathic and atonic obstetric bleeding is indicated in the interests of mother and fetus on vital indications.

- Prophylaxis of bleeding is indicated in all patients, regardless of gestational age.

Objective of the study. To determine the most gentle and safe method of delivery in pregnant women with Covid 19.

Material and Methods. A total of 95 women with Covid 19 were studied. Of them: 12 (12.6%) were delivered by caesarean section, 54 (56.8%) were induced and 29 (30.5%) were delivered through natural birth. All the patients were at gestational ages of 26 to 38 weeks. We carried out general clinical, mandatory obstetric tests, as well as special laboratory tests recommended for Covid 19 patients: coagulogram, D-dimer, C-reactive protein, residual nitrogen, urea, creatinine, total bilirubin, ALT, AST. To confirm the diagnosis all patients underwent

PCR test for the presence of SarsCov2 in nasopharyngeal smear. A chest MSCT was performed when indicated. Continuous monitoring of blood oxygen saturation.

Results. Indications for caesarean section were: inability to eliminate hypoxia against the background of EVI or progression of respiratory failure against bilateral pneumonia (four cases), uterine scar after caesarean section (three cases), premature detachment of the normal placenta (one case), severe pre-eclampsia (two cases), total placenta previa, transverse fetal position (one case), pelvic-head imbalance (one case). Thus, the indications for abdominal delivery in only 1/3 of the cases were complications related to coronavirus infection. The remaining operations in Covid 19 patients were carried out in term pregnancies for obstetric indications.

Induction of labour was performed in 54 patients at 26 to 37 weeks' gestation. Indication for the induction of labor was a prolonged waterless period with unprepared birth canal (duration from 2 hours to 20 hours, averaging 16.5 ± 1.9 hours). Taking into account the immature cervix and the condition of women not requiring emergency delivery, the absence of obstetric contraindications, as well as the untimely expulsion of amniotic fluid at prematurity, we attempted to induce labor using a vaginal gel containing dinoprostone 2 mg (Glandin E). Regular labour started in 29 (53.7%) women 6 hours after the first dose of Glandin E-2 was administered, in 16 (29.7%) women the cervix condition was reassessed as 'mature' (7-9 points on the Bishop scale) and further induction was continued by intravenous oxytocin drip injection. In 9 primiparous women the cervix remained 'immature' and a second dose of dinoprostone 2 mg was given intravaginally. On average, regular labour started within 7.5 ± 2.8 hours. The condition did not worsen in the monitored patients during labour, but in the second stage of labour, due to a 93-90% decrease in oxygen saturation, respiratory support was administered using humidified oxygen through nasal catheters in 13 women. The mean duration of labour was 7.8 ± 0.6 hours. The mean blood loss in labor was 350.5 ± 50.0 ml.

Thus, rational induction of labour using vaginal gel containing prostaglandin E 2, carried out according to all indications, conditions and contraindications, can be an effective and safe method of induction of labour in patients with COVID 19.

Twenty-nine women with full-term pregnancy who entered labour independently were delivered by natural childbirth. In all these women the delivery was normal from an obstetric point of view.

Conclusions.

1. There was no adverse outcome for the mother in mild to moderate COVID 19.

- (2) Gentle delivery through the natural route is the preferred method of delivery in patients with COVID 19.

3. In 4.2% of patients with severe COVID the indication for abdominal delivery is a worsening of the patient's condition.

List of literature

1. 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.
2. Временные рекомендации по ведению пациентов, инфицированных коронавирусом COVID 19. Версия 9. Ташкент, сентябрь, 2021
3. COVID-19 буйица миллий қўлланма. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти. Тошкент, 2021
4. Агабабян Л.Р. Родоразрешение через естественные родовые пути пациенток с COVID 19// Тиббиетда янги кун, № 3 (35/1), стр. 536-537
5. Джумаев К.Ч., Ешимбетова Г.З., Мусаходжаева Д.А. и др. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с подтвержденным COVID 19// Тиббиетда янги кун, № 3 (35/1), стр.115-118.

6. Индияминова Г.Н., Агабабян Л.Р. COVID-19 булган хомиладорларда гемостаз тизимининг ҳолати// Тиббиётда янги кун, № 3 (35/1), стр.216-219
7. Надырханова Н.С., Каримова Л.А., Ахмадиев Э. Анализ течения коронавирусной инфекции SARS-COV-2 (COVID-19) у беременных// Тиббиётда янги кун, № 3 (35/1), стр.212-215
8. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID 19). Временные методические рекомендации. МЗ Российской Федерации. Версия 5. (08.04.2020)
9. CDC. 2019 Novel Coronavirus URL: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>
10. FDA. Novel coronavirus (2019-nCoV) URL: <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-andresponse/mcm-issues/novel-coronavirus-2019-ncov>
11. Временное клиническое руководство по ведению COVID 19 при беременности, в родах и послеродовом периоде. Минздрав Руз. Ташкент 2020
12. Методические рекомендации. Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID 19. Версия 1 (24.04.2020). Мз Российской Федерации
13. Краткие клинические рекомендации. Тактика ведения беременных, рожениц и родильниц с подозрением или подтвержденной инфекцией COVID 19. МКБ-10: U07.2, U07.1. (Версия 1 от 14.04.2020).
14. 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>
15. Chen N. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study // Lancet. 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7
16. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-womens-health/>
17. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals Version 9: Published Wednesday 13 May 2020. RCOG



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 578.834.1SARS-CoV-2

Ким Владимир Сафронович

Независимый соискатель

Ташкентская медицинская академия,

Ташкент, Узбекистан

МАТЕРИНСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С COVID 19

For citation: Kim Vladimir Safronovich, Maternal and perinatal outcomes in patients with COVID 19, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 56-57


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-14>

АННОТАЦИЯ

Беременные женщины всегда входят в группу высокого риска на развитие осложнений при различных сезонных вирусных заболеваниях. Медики еще мало знают о том, как именно вирус влияет на развитие плода. Описано несколько случаев заражения ребенка коронавирусом от матери, но определить, где именно произошло заражение ребенка: в матке, во время родов или в первые моменты после рождения, очень сложно. Вместе с этим этиотропное лечение COVID-19 женщин в период беременности и кормления грудью в настоящее время не разработано, поскольку противовирусные препараты беременным противопоказаны. В связи с этим, при необходимости приема противовирусных препаратов у беременных пациенток в первом триместре, им рекомендуется после выздоровления прерывание беременности. Изучение влияния новой коронавирусной инфекции на перинатальные исходы представляется интересным научным поиском.

Ключевые слова: беременность, Covid 19, перинатальные исходы

Kim Vladimir Safronovich

Independent researcher

Tashkent Medical Academy,

Tashkent, Uzbekistan

MATERNAL AND PERINATAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH COVID 19

ABSTRACT

Pregnant women are always at high risk of developing complications from various seasonal viral diseases. Health professionals still know little about how the virus affects the development of the foetus. Several cases of infection of the child by the coronavirus from the mother have been described, but it is very difficult to determine whether the infection has occurred in utero, during childbirth or in the first moments after birth. At the same time, no etiotropic treatment for COVID-19 in women during pregnancy and breastfeeding has been developed, as antiviral drugs are contraindicated in pregnant women. Therefore, if antivirals are required in pregnant patients in the first trimester, they are advised to terminate the pregnancy after recovery. The study of the effect of a novel coronavirus infection on perinatal outcomes appears to be an interesting research quest.

Key words: pregnancy, Covid 19, perinatal outcomes.

Kim Vladimir Safronovich

Mustaqil izlanuvchi

Toshkent tibbiyot akademiyasi,

Toshkent, O'zbekiston.

COVID -19 BILAN KASALLANGAN HOMILADORLAR AYOLLARNING PERINATAL VA ONALARDA UCHRAYDIGAN NATIJALARI

ANNOTATSIYA

Homilador ayollar har doim turli mavsumiy virusli kasalliklarning asoratlari rivojlanishi xavfi yuqori. Bugungi kunda, shifokorlar virusning homila rivojlanishiga qanday ta'sir qilishi haqida kam ma'lumotga ega. Bolaning onasidan koronavirus bilan kasallanishining bir nechta holatlari tasvirlangan, biroq bolani qaerdan yuqtirganini aniqlash juda qiyin: bachadondan, tug'ish paytida yoki tug'ilishdan keyingi birinchi daqiqalarda. Homiladorlik va laktatsiya davrida ayollarda COVID-19 ni etiotropik davolash hali xam ishlab chiqilmagan, chunki homilador ayollar uchun antiviral preparatlar qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Shu munosabat bilan, agar birinchi trimestrda homilador ayollarga antiviral preparatlarni qabul qilish zarur bo'lsa, ularga tiklanishdan keyin homiladorlikni to'xtatish tavsiya etiladi. Yangi koronavirus infeksiyasining perinatal natijalarga ta'sirini o'rganish qiziqarli ilmiy qidiruv hisoblanadi.

Kalit so'zlar: homiladorlik, Covid 19, perinatal natijalar

Relevance. It has been almost 2 years since the global pandemic COVID-19 started. How does Covid-19 affect perinatal outcomes? There are still few data on this question in the literature. Especially as the effects of COVID 19 on perinatal outcomes should be considered from two perspectives: firstly, to trace and study the development of pregnancy complications: miscarriage, preterm birth, perinatal mortality, development of pre-eclampsia, low birth weight. Secondly, to study the incidence of malformations and foetal distress associated with COVID 19. One large study conducted in Barcelona showed that, compared to uninfected, pregnant women with COVID-19 symptoms had higher rates of preterm delivery and distress syndrome (7.2% vs 16.9%, $p=0.003$) and (9.1% vs 19.2%, $p=0.004$) respectively [6]. Another study found that when comparing pregnancy outcomes, pregnant women with COVID-19 were significantly more likely than those without COVID-19 to have preterm birth, to be delivered by caesarean section (48-100%), and their newborns were more likely to have low birth weight (11). At the same time, there is no evidence in the literature that pregnant women with COVID-19 have an increased risk of early termination or miscarriage, and there is no correlation between fetal loss in the second trimester (10).

However, there is evidence of vertical transmission from mother to foetus (12), but there is no evidence that the virus has teratogenic properties (7). In our experience at a specialist hospital for covid-infected pregnant and parturient women, we attempted to analyse perinatal outcomes in patients with COVID-19 at 22-39 weeks' gestation.

Objective of the study. To examine fetal outcomes in women with COVID-19.

Material and Methods. The outcomes of pregnancy and delivery in 95 patients diagnosed with COVID-19 were studied. The patients were distributed according to gestational age as follows: 37-39 weeks - 41 women (43.2%), 22-36 weeks - 54 (56.8%) women.

Thus, the preterm birth rate in our data in pregnant women with coronavirus infection was 56.8%. Pneumonia and severe coronavirus infection were observed in 4 (4.2%). A mild form of the disease was

found in 72 patients (75.8%) and a moderate-to-severe form was diagnosed in 19 (20%). This part of our study is consistent with the findings of the WHO, based on a study of the course of COVID-19 in 147 pregnant women. The essence of these findings is that pregnant women are not at risk of a more severe course of COVID-19 (2). General clinical, mandatory obstetric tests, and specific laboratory tests recommended for patients with COVID 19 were performed: coagulogram, D-dimer, C-reactive protein, residual nitrogen, urea, creatinine, total bilirubin, ALT, AST. To confirm the diagnosis, all patients and their newborns had a PCR test for the presence of SarsCov2 in a nasopharyngeal swab. A chest CT scan was performed when indicated. Patients were continuously monitored for blood oxygen saturation. Mathematical methods were used to analyze the material. The diagnosis was confirmed by PCR in all patients.

Results. All 95 patients were delivered. Eighty-three (87.4%) women were delivered through the vaginal route, abdominal delivery was performed in 12 cases (12.6%). A total of 95 neonates were born, of whom 88 (92.6%) were alive; 7 neonates died antenatally (7.4%); one neonate, born in severe asphyxia at 26-27 weeks' gestation, died on the third day after delivery. The perinatal mortality rate was therefore 8.4%. In a large-scale study of K. Diriba et al. (2020), which included 1316 pregnant women, had a perinatal loss of 2.2% [8], and according to the World Association of Perinatal Medicine (WAPM-study), 4.2% [9]. PCR testing for SarsCov 2 was performed on all newborns. In only one case was the result "positive", in 98.9% of cases the newborns were tested "negative". Apgar scores were as follows: 8-10/8-10 - 10 babies (10.5%), 7-6/7 - 58 (61%), 5-4/6-5 - 15 (15.8%), 3 or less - 5 (5.3%). No malformations were found in any of the neonates. By weight the newborns were distributed as follows: 2500.0 g or more - 41 (43.2%); 2001-2499.0 g - 38 (40%); 1499-2000.0 g - 9 (9.5%); 1500-1000.0 - 5 (5.3%); less than 1000.0 g - 2 (2.1%).

Conclusions.

1. The neonatal mortality rate from mothers with COVID-19 is 8.4%.
2. Preterm births were 56.8%.
3. Vertical transmission occurs in 1%.

List of literature:

1. Агабабян Л.Р. Родоразрешение через естественные родовые пути пациенток с COVID 19// Тиббиетда янги кун, № 3 (35/1), стр. 536-537
2. Всемирная Организация Здравоохранения, автор. Доклад совместной миссии ВОЗ и Китая по Коронавирусным заболеваниям 2019 года (Covid-19) [24 апреля 2020 года]. от кого: <https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/who-china-joint-mission-covid-19-concluding-report.pdf>.
3. Джумаев К.Ч., Ешимбетова Г.З., Мусаходжаева Д.А. и др. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с подтвержденным COVID 19// Тиббиетда янги кун, № 3 (35/1), стр.115-118.
4. Индиаминова Г.Н., Агабабян Л.Р. COVID-19 булган хомилдорларда гемостаз тизимининг холати// Тиббиетда янги кун, № 3 (35/1), стр.216-219
5. Надырханова Н.С., Каримова Л.А., Ахмадиев Э. Анализ течения коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 (COVID-19) у беременных// Тиббиетда янги кун, № 3 (35/1), стр.212-215
6. <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab104/6131375>
7. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy Information for healthcare professionals. Version 7: Published Thursday 9 April 2020. RCOG, Royal College of Midwives, Royal College of Paediatrics and Child Health, Public Health England and Health Protection Scotland. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-09-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf>
8. Diriba K, Awulachew E, Getu E. The effect of coronavirus infection (SARS-CoV-2, MERS-CoV, and SARS-CoV) during pregnancy and the possibility of vertical maternal-fetal transmission: a systematic review and meta-analysis. Eur J Med Res 2020; 25 (1): 39. DOI: 10.1186/s40001-020-00439-w; PMID: 32887660; PMCID: PMC7471638
9. Di Mascio D, Sen C, Saccone G, et al. Risk factors associated with adverse fetal outcomes in pregnancies affected by Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a secondary analysis of the WAPM study on COVID-19. J Perinat Med 2020; 48 (9): 950-8. DOI: 10.1515/jpm-2020-0355; PMID: 32975205
10. Dong L, Tian J, He S, et al. Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. JAMA. Published online March 26, 2020. doi:10.1001/jama.2020.4621
11. Jafari M., Pormohammad A., Sheikh Neshin S.A., Ghorbani S., Bose D., Alimohammadi S., Basirjafari S., Mohammadi M., Rasmussen-Ivey C., Razizadeh M.H., Nouri-Vaskeh M., Zarei M.. 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
12. Zeng H, Xu C, Fan J, et al. Antibodies in Infants Born to Mothers With COVID-19 Pneumonia. JAMA. Published online March 26, 2020. doi:10.1001/jama.2020.4861



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 618.2 (07)

Умаров Зафар Марданович

Свободный соискатель

Ташкентский государственный

стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

Доктор медицинских наук, профессор

Ташкентский государственный

стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

Сафаров Алиаскар Турсунович

Кандидат медицинских наук, доцент

Самаркандский Медицинский институт

Самарканд Узбекистан

К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ПЛОДА

For citation: Umarov Zafar Mardanovich, Kattoxodjaeva Mahmuda Xamdammovna, Safarov Aliaskar Tursunovich, On the tactics of management of deliveries in breech presentations, journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 58-60


<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-15>

АННОТАЦИЯ

Роды при ягодичном предлежании остаются актуальной проблемой во время родов и встречаются с частотой 3 - 5 % от всех родов. На сегодняшний день по статистике частота кесарева сечения при ВР составляет 40 - 82 %, что привело к увеличению числа женщин, имевших ранее кесарево сечение с соответствующими осложнениями. В литературе последних лет появились сообщения об альтернативных методах родоразрешения при ягодичном предлежании. В данной статье рассматриваются результаты сравнительной оценки различных методов родоразрешения при ягодичном предлежании.

Ключевые слова: роды через естественные родовые пути, тазовое предлежание, инфекции, психоневрологическая патология

Umarov Zafar Mardanovich

Student Tashkent State Dentistry Institute

Tashkent, Uzbekistan

Kattakhodjaeva Mahmuda Khamdamovna

M.D., Professor

Tashkent State Dentistry Institute

Tashkent, Uzbekistan

Safarov Aliaskar Tursunovich

Candidate of medical sciences,

associate professor

Samarkand Medical Institute

Samarkand Uzbekistan

ON THE TACTICS OF MANAGEMENT OF DELIVERIES IN BREECH PRESENTATIONS

ANNOTATION

Abstract: Breech presentations remain as an urgent problem during delivery and occur with a frequency of 3 – 5 % of all births. Up today according to statistics the rate of caesarean delivery in BP accounts for 40 - 82 % and this has led to an increase in the number of women with prior cesarean delivery with corresponding complications. In recent literature there are reports about alternative methods of delivery in breech presentations. This article deals with the results of comparative evaluation of different methods of delivery in breech presentations.

Key words: natural childbirth, breech presentation, infections, neuropsychiatric pathology.

Umarov Zafar Mardanovich

Mustaqil izlanuvchi

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston
Kattakhojaeva Makhmuda Khamdamovna
Tibbiyot fanlar doktori, professori
Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston
Safarov Aliaaskar Tursunovich
Tibbiyot fanlar nomzodi, dotsent
Samarqand Davlat Tibbiyot instituti
Samarqand O'zbekiston

HOMILA CHANOĞI BILAN OLDINDA JOYLASHISHIDA HOMILADORLIKNI VA TUG'RUQNI OLIB BORISH REJASI

ANNOTATSIYA

Tug'ruq paytida homila chanoğı bilan oldinda joylashishida tug'ruqni olib borish dolzarb muammo bo'lib qolmoqda va barcha tug'ilishlarning 3-5% chastotasida sodir bo'ladi. Bugungi kunga kelib, statistik ma'lumotlarga ko'ra, homila chanoğı bilan oldinda joylashishida kesar kesishning chastotasi 40 - 82%ni tashkil qiladi, bu esa homila chanoğı bilan oldinda joylashishida kesar kesish o'tkazgan ayollar sonining ko'payishiga olib keldi. So'nggi yillar adabiyotida homila chanoğı bilan oldinda joylashishida tug'ruqni olib borishning muqobil usullari haqida ma'lumotlar paydo bo'ldi. Ushbu maqolada homila chanoğı bilan oldinda joylashishida tug'ruqni olib borishning turli usullarini taqqoslashda qiyosiy baholash natijalari muhokama qilingan.

Kalit suzlar: tabiiy yo'llar orqali tug'ruq, homila chanog'i bilan kelishi, infeksiya, psixonevrologik asoratlar

Тазовые предлежания плода остаются актуальной проблемой во время родов и встречаются с частотой 3 – 5 % от всех родов [1,4,5].

При этом, с началом родовой деятельности, может наблюдаться несвоевременное отхождение околоплодных вод, которое способствует развитию слабости родовой деятельности и затяжных родов, выпадению мелких частей плода и пуповины. Со стороны плода наблюдаются такие осложнения как асфиксия, внутричерепная родовая травма, кефалогематома, переломы конечностей, травмы внутренних органов. Со стороны матери наиболее частыми являются травмы мягких родовых путей, кровотечения, послеродовые гнойно-воспалительные осложнения (эндометрит) [1,3,4].

При ведении родов с тазовым предлежанием плода с целью снижения материнского травматизма и заболеваемости, травм со стороны плода врачи зачастую предпочитают оперативное родоразрешение [2,3].

Такой подход к ведению родов способствовал снижению инфекционных осложнений, черепно-мозговых травм и других вышеперечисленных осложнений со стороны плода [3,4].

На сегодняшний день оперативное родоразрешение путем кесарева сечения при тазовых предлежаниях плода по статистике составляет 40-82 % [1].

В то же время, увеличение операции кесарева сечения при тазовых предлежаниях плода привело к повышению числа женщин с рубцом на матке, которые являются при последующей беременности кандидатами на повторное оперативное родоразрешение [2,4,5]. Несколько десятилетий назад акушеры – гинекологи практиковали применение наружного акушерского поворота при тазовых предлежаниях в сроках 34-35 недель беременности. Однако данный метод не нашёл широкого распространения ввиду его низкой эффективности. В большинстве случаев ввиду маленьких размеров плода до наступления срока родов он приобретал вновь тазовое предлежание. Кроме того, нередко поворот заканчивался преждевременными родами.

В последние годы в литературе появляются данные об альтернативных способах ведения беременности и в последующем - родов при тазовых предлежаниях плода с использованием наружного поворота плода на головку в сроках 38-39 недель. Также в мировой практике имеются клинические руководства по проведению наружного поворота при доношенной беременности.

Данный метод, по мнению исследователей, снижает показатель оперативных родоразрешений, перинатальной патологии и смертности. Роды при успешном повороте плода протекают в головном предлежании через естественные родовые пути [1,4,5,6].

Цель исследования: Изучение эффективности наружного акушерского поворота на головку при тазовых предлежаниях плода в целях снижения перинатальных осложнений.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 134 беременные с тазовым предлежанием плода в условиях семейной поликлиники № 1 и 2 г. Самарканда, а также СВП Пайарыкского района, которые поступили на роды в акушерский комплекс №2 г. Самарканда. Возраст беременных варьировал от 18 до 36 лет, первобеременных было -73 (56 %), повторнобеременных-61(44%).

Результаты исследования и их обсуждение.

Исход предыдущих родов у повторнородящих выглядит следующим образом: роды в головном предлежании происходили у 46 женщин, у 15 беременных предыдущие роды были в тазовом предлежании и проходили с использованием пособия Цовьянова. Новорожденные, родившиеся в головном предлежании были удовлетворительном состоянии, все живы. Роды в тазовом предлежании осложнились слабостью родовой деятельности и проводилась стимуляция окситоцином. Все дети в тазовом предлежании родились в асфиксии различной степени тяжести. 3 новорожденных погибли в раннем неонатальном периоде и двое на 1-м году жизни. Все беременные были взяты на диспансерный учёт в I-м триместре, им проводилось обследование: УЗИ матки и других органов, общие анализы крови и мочи, ЭКГ, велось амбулаторное наблюдение. У 40 женщин из 134 находившихся под нашим наблюдением в сроке 37 – 38 недель были выявлены противопоказания к наружному повороту плода на головку. У 14 женщин из 40 при УЗИ было выявлено обвитие пуповины вокруг шеи плода, у 5 беременных была выявлена низкая плацентация, у 12 женщин в сроке 37 – 38 недель началась активная родовая деятельность. У оставшихся 9 беременных произошло родовое излитие околоплодных вод.

42 (31,8 %) женщинам основной группы из 134, находившихся под наблюдением беременных с тазовым предлежанием, был произведен наружный акушерский поворот плода на головку в сроках 37-39 недель. 19 из пациенток были первобеременные и 23-повторнобеременные. Перед поворотом тщательно определяли предполагаемую массу плода, которая была в среднем 3 300,0 ±250,0 гр. У повторнобеременных предыдущие роды были в головном предлежании или тазовом предлежании с консервативным родоразрешением с использованием пособия по Цовьянову. Операции кесарева сечения или других операций на матке в прошлом у обследованных не было.

Перед применением наружного поворота проводилось консультирование беременных и их родственников, разъяснены цель и ход манипуляции, также говорилось о возможных осложнениях. После консультирования и получения информированного согласия на проведение поворота проводилось тщательное обследование объективными и субъективными методами, а также УЗИ, устанавливался точный срок беременности, состояние плода, вид, позиция, характер плацентации. Операция наружного поворота плода на головку

проводилась по имеющимся международным стандартам с применением спазмолитиков постепенно, медленно по принципу «головка в сторону грудной клетки, ягодицы в сторону спинки». Каждые 5-10 минут проводился контроль сердцебиения плода. Общая продолжительность поворота составляла в 25- 30 минут. При неудаче первой попытки, давали отдых в течении 20-30 минут. В 3 случаях поворот был совершён с двух попыток и в одном случае – с третьей попытки.

После поворота проводилось УЗИ для определения результата поворота, состояния матки и плаценты, проводилось тщательное мониторирование состояния плода до наступления родов. Контрольные осмотры проводились каждые 3-4 дня до наступления родов.

У 3-х повторнобеременных (7,1 %) и 5 первобеременных (12 %), т.е. у 19, 1% пациенток на 8-10 сутки после манипуляции произошёл самопроизвольный поворот плода на тазовый конец. У 5 (12 %) беременных через сутки после поворота началась родовая деятельность и роды произошли без осложнений в головном предлежании. Случаев отслойки плаценты не наблюдалось.

29 беременных (69%) после поворота плода на головку родоразрешились в головном предлежании в срок. Масса новорожденных составила в среднем $3250,0 \pm 230,0$ г, они были

оценены по шкале Апгар на 8 – 10 баллов. Со стороны матери осложнений в родах и послеродовом периоде не наблюдалось.

Таким образом, у 19,1% пациенток поворот на головку был неэффективен и роды произошли в тазовом предлежании. В остальных случаях (80,9%) поворот на головку был успешным.

В группе сравнения, где не применялся поворот, у 52 (38,8 %) беременных с тазовым предлежанием плода роды закончились операцией кесарева сечения. Это те женщины, у которых был отягощенный акушерский анамнез, крупный плод, ножное предлежание плода. Масса новорожденных была в пределах 3700,0 – 4300,0 г.

Таким образом, проведенные нами исследования показывают, что роды в тазовом предлежании в настоящее время остаются актуальной проблемой акушерской практики и наружный акушерский поворот плода на головку в сроке 38-39 недель, проведенный при тщательном соблюдении условий и учета противопоказаний в ряде случаев может быть альтернативным методом существующей акушерской тактике и способствовать снижению показателей оперативного родоразрешения, перинатальной смертности и заболеваемости, а также числа женщин с болезнью оперированной матки.

Список литературы:

1. Акушерство. Национальное руководство. Под. ред. Э. К. Айламазян, В. И. Кулаков, В. Е. Радзинский, Г. М. Савельева 2009 г. «ГЭОТАР-Медиа»
2. Игамбердиева Н.Б. Прогнозирование исхода беременности и выбор тактики родоразрешения при тазовом предлежании плода: Дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2006. – 123 с.
3. Чернуха Е. А., Пучко Т.К. Всех ли женщин с тазовым предлежанием плода при доношенной беременности следует родоразрешать путем кесарева сечения? //Акушерство и гинекология. – 2007. - № 2. – С. 8 — 14.
4. Гайдуков С. С. и др. Должен ли стать общепринятой практикой наружный профилактический поворот при тазовом предлежании плода? Обзор //Журнал акушерства и женских болезней.-2007.-Т. LVII, в.2.-С 105-110.
5. Hofmeyr G.J. External cephalic version facilitation for breech presentation at term //Cochrane Database Syst Rev.- 2007;CD000184
6. Vlemmix F.et al. Implementation of the external cephalic version in breech delivery. Dutch national implementation study of external cephalic version //BMC Pregnancy Childbirth.- 2010. – Vol. 10; N 10. – P. 20.

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 2, НОМЕР 3

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

VOLUME 2, ISSUE 3

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

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

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

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

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

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

Тел: (+998-94) 404-0000