

Impact Factor: 6.145

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990  
www.tadqiqot.uz

# JRHUNR

## JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,  
ISSUE 4

2022

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 университет

[Tadqiqot.uz](http://Tadqiqot.uz)

Ежеквартальный  
научно-практический  
журнал

**N<sup>o</sup> 4  
2022**

---

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 университета

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

Заместитель главного редактора:  
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна  
доктор медицинских наук, профессор  
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского  
Государственного стоматологического университета

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

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

**Зуфарова Шахноза Алимджановна**  
доктор медицинских наук, профессор, директор  
Республиканского центра репродуктивного  
здоровья населения (M.D., Professor, Director  
of the Republican Center for Reproductive Health)

**Агабабян Ирина Рубеновна**  
кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского  
Государственного медицинского университета  
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,  
Samarkand State Medical University)

**Зокирова Нодира Исламовна**  
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского  
Государственного медицинского университета

**Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич**  
доктор медицинских наук, профессор  
Непрерывного медицинского образования  
медицинского института РУДН.

**Негматуллаева Мастура Нуруллаевна**  
доктор медицинских наук, профессор Бухарского  
государственный медицинского института.

**Окулов Алексей Борисович**  
доктор медицинских наук, профессор  
Московского государственного  
медико-стоматологического университета.

**Махмудова Севара Эркиновна**  
доктор философии по медицинским наукам (PhD)  
(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 университета

**Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна**  
доктор медицинских наук, доцент,  
заведующая кафедрой №2 педиатрии с  
курсом неонатологии, Самаркандского  
Государственного медицинского университета

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

**Никольская Ирина Георгиевна**  
доктор медицинских наук, профессор  
ГБУ МО МОНИАГ.

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

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)  
ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.  
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://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](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

# СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

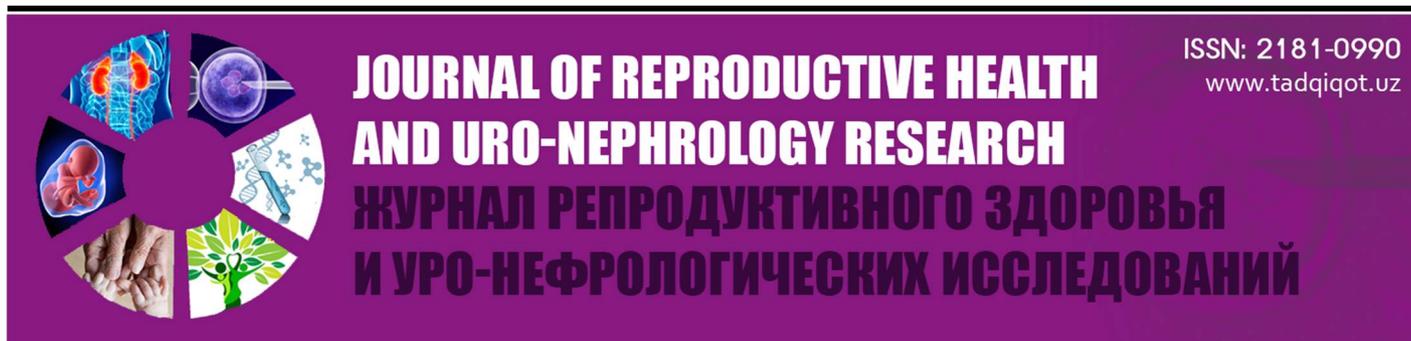
## ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

<b>1. Агабабян Л.Р., Ахмедова А. Т., Актамова Н</b> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА / PROGNOSIS AND PREVENTION OF PURULENT-SEPTIC DISEASES IN PREGNANT WOMEN WITH ORAL DISEASES / OG'IZ BO'SHLIG'I KASALLIKLARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA YIRINGLI-SEPTIK KASALLIKLARNI BASHORAT QILISH VA OLDINI OLISH .....	6
---	---

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

<b>2. Абдурахмонова Ситора Ибрагимовна, Ризаева Малика Абдуманоновна</b> АНАЛИЗ РОСТА ОСЛОЖНЕНИЙ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ/ ANALYSIS OF THE GROWTH OF COMPLICATIONS OF UTERINE FIBROIDS AND ADENOMYOSIS IN POSTCOVID WOMEN/ POSTCOVID DAVRIDA AYOLLARDA BACHADON MIOMASI VA ADENOMIOZ ASORATLARINING O'SISHINING TAHLILI.....	11
<b>3. Агабабян Лариса Рубеновна, Турсунова Нозанин</b> ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ/ FEATURES OF PREGNANCY COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH HYPERANDROGENISM/ GIPERANDROGENIYA BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA HOMILADORLIK ASORATLARINING XUSUSIYATLARI.....	14
<b>4. Агабабян Лариса Рубеновна, Мухитдинова Нигина</b> ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ/ PRE-GRAVIDAR TRAINING OF WOMEN WITH A HISTORY OF UNDEVELOPED PREGNANCY/ RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIK BO'LGAN AYOLLARNING PREGRAVIDAR TAYYORGARLIGI.....	17
<b>5. Агабабян Лариса Рубеновна, Мухитдинова Нигина</b> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЁ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН/MODERN APPROACHES TO NON DEVELOPING PREGNANCY AND ITS REHABILITATION IN WOMEN/RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIK VA UNI AYOLLARDA QAYTA TIKLASHNING ZAMONAVIY YONDOSHUVLARI.....	20
<b>6. Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Гайбуллаева Динара Фатхуллаевна</b> ЗНАЧЕНИЕ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА В РАЗВИТИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ/ ELEVATED HOMOCYSTEINE LEVELS IN THE DEVELOPMENT OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PREECLAMPSIA/ PREEKLAMPSIYA PAYTIDA ENDOTELIAL DISFUNKSIYANI RIVOJLANTIRISHDA GOMOTSISTEIN DARAJASI OSHDI.....	23
<b>7. Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Назирова Муяссар Убаевна</b> ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ/ FEATURES OF HEMOSTASIS PARAMETERS IN NON-DEVELOPING PREGNANCY/ RIVOJLANMAYDIGAN HOMILADORLIKDA GEMOSTAZ PARAMETRLARINING XUSUSIYATLARI.....	27
<b>8. Комилова Мастура Сафаровна, Пахомова Жанна Евгеньевна</b> ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЦИТОКИНЫ: РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ/ ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AND CYTOKINES: A ROLE IN THE DEVELOPMENT OF PREMATURE DEPARTMENT OF A NORMALLY LOCATED PLACENTA/ENDOTELIAL DISFUNKSIYA VA SITOKINLARNING: NORMAL JOYLASHGAN YOLDOSHNING VAQTIDAN OLDIN KOCHISHINI RIVOJLANISHDAGI ROLI.....	32
<b>9. Кудратова Дильноза Шарифовна, Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна</b> ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ/ PROPHYLAXIS AND FORECASTING OF THE BIRTH OF SMALL CHILDREN/ KAM VAZNLI CHAQALOQLAR TUG'ILISHINI PROFILAKTIKA XAMDA BASHORAT QILISH.....	36
<b>10. Негмаджанов Баходур Болтаевич, Махмудова Севара Эркиновна</b> РЕСПИРАТОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У БОЛЬНЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ/ RESPIRATORY DISEASE OF NEWBORNS IN PREECLAMPSIA PATIENTS/ PREEKLAMPSIYASI BOR AYOLLARDA CHAQALOQLARNING RESPIRATOR PATOLOGIYASI.....	40
<b>11. Уринбаева Нилюфар Абдужабборовна, Эшонходжаева Дилдора</b> КОВИД-АССОЦИИРОВАННЫЙ МИОКАРДИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ГЕСТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО КОРОНАВИРУСА / COVID-ASSOCIATED MYOCARDITIS AS A COMPLICATION OF GESTATION AFTER CORONAVIRUS/ KOVID BILAN BOG'LIQ MIOKARDIT KORONAVIRUS BILAN KASALLANGANIDAN KEYIN GESTASIYADAGI ASORATLARI.....	43
<b>12. Файзуллаева Хилола Бахроновна, Абдуллаева Мухиба Негматовна</b> ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ / PROGNOSTIC INFORMATION VALUE OF CLINICAL AND LABORATORY INDICATORS OF POST-HYPOXIC SYNDROME IN NEWBORN/ YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA POSTGIPOKSIK SINDROMNING KLINIK VA LABORATORIYA KO'RSATKICHLARINING PROGNOSTIK AXBOROT TARKIBI.....	46

<b>13. Ходжаева Зарина Алихановна, Муратова Нигора Джураевна</b> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДЕНОМИОЗА СОЧЕТАННО-ГО С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ/ FEATURES OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS OF ADENOMYOSIS COMBINED WITH ENDOMETRIOID OVARIAN CYSTS/ ADENOMIOZNI TUXUMDON ENDOMETRIOID KISTALARI BILAN QO'SHILIB KELGANING KLINIK-LABORATOR KO'RSATKICHLARINING XUSUSIYATI.....	49
<b>14. Gapparova Guli Nurmuminovna, Axmedjanova Nargiza Ismoilovna</b> COVID - 19 PANDEMIYASI DAVRIDA BOLALARDA PIELONEFRITNING KLINIK-LABORATOR XUSUSIYATI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH/ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19/ CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN DURING THE COVID-19 PANDEMIC.....	53
<b>15. Muratova Nigora Djurayevna, Miralimova Nigora Abdurashidovna</b> BACHADON MIOMASINING HOMILADORLIK VA TUG'ISH NATIJALARIGA TA'SIRI/ ВЛИЯНИЕ МИОМЫ МАТКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ/ THE EFFECT OF UTERINE FIBROIDS ON THE COURSE OF PREGNANCY AND THE OUTCOME OF CHILDBIRTH.....	58
<b>16. Nazarova Dildora Gulomovna, Muratova Nigora Djurayevna</b> BACHADONNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI BO'LGAN AYOLLARDA ADENOMIYOZ KECISHINING XUSUSIYA/ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ/ FEATURES OF THE COURSE OF ADENOMYOSIS IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS.....	61
<b>17. Safarov Aliaskar Tursunovich, Abdullayeva Lagiya Mirzatullayevna, Safarova Lola Aliaskarovna</b> OIV INFEKTSIYASINING HOMILADORLIK, TUG'RUQ VA TUG'RUQDAN KEYINGI DAVRGA TA'SIRINI VAHOLASH/ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА/ ASSESSMENT OF THE IMPACT OF HIV INFECTION ON THE COURSE OF GESTATION, CHILDBIRTH AND THE POSTPARTUM PERIOD.....	65
<b>18. Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna, Qudratova Dilnoza Sharifovna</b> HOMILA ANTENATAL NUQSONLARI RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARINI ERTA BASHORATLASH PREDIKTORLARI/ ПРЕДИКТОРЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПЛОДА/ EARLY MARKERS FOR THE DIAGNOSIS OF INTRAUTERINE FETAL ANOMALIES.....	68
<b>19. Raximova Durdona Juraqulovna, Shayxova Guli Islamovna</b> 7-17 YOSHLI MAKTAB O'QUVCHILARINING JISMONIY RIVOJLANISHINI VAHOLASH/ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ 7-17 ЛЕТ/ ASSESSMENT OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF 7-17-YEAR-OLD SCHOOL STUDENTS.....	72
<b>20. Zakirova Nodira Islamovna, Zakirova Fotima Islamovna, Abdullaeva Nigora Erkinovna</b> FEATURES OF PREGNANCY MANAGEMENT AND BIRTH OUTCOMES IN WOMEN WITH FETAL MACROSOMIA WITH ACTIVE AND EXPRESTANT TASTICS/ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН С МАКРОСОМИЕЙ ПРИ АКТИВНОЙ И ВЪЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ/ FAOLI VA KUTILGAN BOSHQARUV BO'LGAN MAKROSOMIY AYOLLARDA HOMILALIYLIKNI BOSHQARISH XUSUSIYATLARI VA TUG'ILISH NATIJASI.....	77



ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW

УДК 618.5-008.6 (075.4)

**Агабабян Лариса Рубеновна**Кандидат медицинских наук  
и/о профессорСамаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан**Ахмедова Азиза Тайировна**

Доктор философских наук

Ассистент

Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан**Актамова Насиба**

Магистр

Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****For citation:** Agababyan Larisa Rubenovna, Akhmedova Aziza Tayirovna, Aktamova Nasiba, Prognosis and prevention of purulent-septic diseases in pregnant women with oral diseases (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2022, vol. 3, issue 4. pp.6-10<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7412741>**Agababyan Larisa Rubenovna**Candidate of Medical Sciences  
ProfessorSamarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan**Akhmedova Aziza Tayirovna**

Doctor of Philosophy

Assistant

Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan**Aktamova Nasiba**

Master

Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan**PROGNOSIS AND PREVENTION OF PURULENT-SEPTIC DISEASES IN PREGNANT WOMEN WITH ORAL DISEASES (LITERATURE REVIEW)****Agababyan Larisa Rubenovna**

Tibbiyot fanlari nomzodi

v/b professor

Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarqand, O'zbekiston**Ahmedova Aziza Tayirovna**

Falsafa fanlari doktori

Assistent

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston  
Aktamova Nasiba  
Magistr  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarqand, O'zbekiston

## OG'IZ BO'SHLIG'I KASALLIKLARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA YIRINGLI-SEPTIK KASALLIKLARNI BASHORAT QILISH VA OLDINI OLISH (ADABIYOTLAR TAHLILI)

В начале нового тысячелетия, как это ни парадоксально, инфекционные болезни составляют важнейшую проблему медицины. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) занимают лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости, являются наиболее частой причиной госпитализации женщин репродуктивного возраста и причиняют главные медицинские, социальные и экономические проблемы не только в России, где пациентки с воспалительными заболеваниями женских половых органов составляют 60-65% амбулаторных и 30% стационарных больных, но и во всем мире [2, 5, 6]. Последствия ВЗОМТ разрушительны для репродуктивного здоровья женщин: это синдром хронической тазовой боли, невынашивание, внематочная беременность, бесплодие. Эпидемия внематочной беременности и трубно-перитонеального бесплодия (в числе прочих причин) привела к тому, что число случаев бесплодных браков в России превысило 15%, что, по данным ВОЗ, считается критическим уровнем воспроизводства населения [4]. Особенную опасность не только для здоровья, но и жизни женщин представляют гнойно-септические заболевания в акушерстве и гинекологии, при этом «...по своим социально-демографическим последствиям неблагоприятный или инвалидизирующий исход акушерского и гинекологического сепсиса гораздо более значим, чем исход сепсиса другой этиологии» (Я.П. Сольский, 1990). За последние десятилетия значительно изменилось клиническое течение гнойных ВЗОМТ, все реже встречаются классические симптомы (боли, гипертермия, лейкоцитоз и пр.) и формы воспалительных заболеваний, описанные в руководствах. К примеру, в настоящее время практически не встречается перитонит после кесарева сечения, а доминируют «вялопротекающие» осложнения, приводящие к формированию несостоятельного шва (рубца) на матке.

Особенностями течения гнойных ВЗОМТ в современных условиях являются следующие:

1. Изменение характера микробного фактора, снижение его роли на последующих этапах воспалительного процесса при возрастании роли системных нарушений. Воспалительный процесс теряет специфичность и поддерживается вторичной, преимущественно условно-патогенной флорой (эпидермальный, сапрофитный стафилококк) в ассоциации с атипичными возбудителями (хламидии, микоплазмы, вирусы генитального герпеса, цитомегаловирусы) или патогенными штаммами с множественной устойчивостью к антибиотикам.

2. Высокая инфицированность девушек возбудителями инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), начиная с подросткового возраста. Так, в последние десятилетия отмечается рост распространенности курения, пьянства, наркомании, а также свободных сексуальных отношений среди подростков. Этому способствует снижение роли семьи, многих нравственных ценностей - целомудрия, моногамного брака, не только свободный доступ к порнографической литературе, но и прямая пропаганда свободных сексуальных отношений. Так, по данным диссертационной работы Ю.М. Белой [3], 13,5% девочек-подростков Московской области сексуально активны уже в возрасте 14 лет, к 17-летнему возрасту их число увеличивается до 27,5%, более 1/3 девочек имели 2 половых партнеров и более. Инфицированность онкогенными штаммами ВПЧ среди сексуально-активных девочек-подростков составляет 50,5%. У всех ВПЧ-позитивных девочек диагностированы другие ИППП: генитальные микоплазмы (16,6%), хламидии (6,6%), трихомонады (13,3%), гонорея (3,3%), цитомегаловирус (23,3%), генитальный

герпес (16,6%); 78% опрошенных девочек курят (64% - до 10 сигарет в день, 36% - пачку и более), алкоголь употребляют 59%.

3. Изменение структуры «провоцирующих» факторов гнойных ВЗОМТ. Если еще 10 лет назад у 42,8% пациенток тяжелые гнойные ВЗОМТ развивались на фоне длительного ношения ВМК, то в настоящее время в связи с исключением данного опасного метода контрацепции число носительниц ВМК в структуре гнойных ВЗОМТ снизилось до 17%. Их «нишу» заняли пациентки с послеродовыми осложнениями (16,9% в 2001 г. и 35,5% - в 2011 г., где в соотношении 9:1 доминируют осложнения оперативных родов) и пациентки с послеоперационными осложнениями (9 и 27,4% соответственно). Неуклонно растет частота оперативных родов: в настоящее время, по данным мировой и отечественной литературы, каждая четвертая беременная родоразрешается путем кесарева сечения, и у каждой пятой из них послеоперационный период протекает с осложнениями. Так, только в МОНИИАГ и Московской области за 3 года произведено 44 709 кесаревых сечений: в МОНИИАГ в 2009 г. - 554 (24,9%), 2010 г. - 529 (24,3%), 2011 г. - 435 (23,7%); в Московской области - 13 643 (20,3%), 14 449 (20,8%) и 15 099 (21,6%) соответственно. Неуклонно растет также число гинекологических операций, особенно эндохирургических, а также вмешательств с применением сетчатых протезов [1, 7]. Обсуждая тему послеоперационных осложнений - неприятных, но неизбежных даже в самой успешной хирургической практике событий, нельзя не отметить, что если раньше основным патогенетическим звеном развития гнойных послеоперационных осложнений у данных больных было вторичное инфицирование (нагноение) гематом, инородных тел, лигатур в малом тазу, то в настоящее время количество таких больных уменьшилось. Рост частоты послеоперационных осложнений связан, прежде всего, с увеличением количества акушерских, гинекологических и эндохирургических операций и освоением новых технологий. Примером могут служить данные чрезвычайно интересного исследования, выполненного в МОНИИАГ в 2011 г. [1]. В работе представлены «обезличенные» и тем самым объективные результаты многоцентровых исследований осложнений 677 операций Prolift, выполненных за 4 года в 7 высококвалифицированных гинекологических и урологических стационарах Москвы. Выявлено 152 (22,4%) осложнения. Из них 64 (9,4%) - mesh-ассоциированные, воспалительные: синехии влагалища - 0,3%, эрозии влагалища - 4,8%, эрозии мочевого пузыря - 0,2%, уретровлагалищный свищ - 0,15%, сморщивание протеза - 1%, инфицирование - 0,6% (в том числе 3 тяжелых случая инфекции: 2 паравезикальных абсцесса и флегмона малого таза). В последнее время все реже встречаются гнойные ВЗОМТ после аборт как результат уменьшения количества абортов и внедрения мини- и медикаментозных абортов, а также тяжелых гнойных ВЗОМТ в результате прогрессирования гнойного воспаления вследствие повышения качества лечения больных и внедрения эндохирургических методов лечения.

4. Первично хроническое течение заболевания или, в лучшем случае, наличие короткой «острой» фазы манифестации заболевания с дальнейшим «стертым» клиническим течением, для акушерских больных - поздняя (после выписки) манифестация воспалительного процесса. Характерно также нечеткое стадийное течение заболевания, связанное с тем, что интенсивное антибактериальное лечение предпринимается по любому поводу, а иногда «профилактически», а заболевание имеет волнообразное длительное течение (ремиссия-обострение), при этом в стадии обострения возникают дальнейшие осложнения.

5. Преобладание инфильтративных и некротических форм воспаления, описанных еще К.П. Улезко-Строгановой (1939) как септические, в отсутствие сопряженных с тяжестью заболевания клинических и лабораторных признаков инфекции.

6. Несоответствие тяжести заболевания и лабораторных показателей. Так, большинство больных с хроническим гнойным воспалением имеют достаточно «спокойные» показатели белой крови: среднее количество лейкоцитов (медиана) у больных составляет 6,8 тыс., лейкоцитоз наблюдается только в 29,2% наблюдений. «Истощение» белого ростка крови проявляется не только отсутствием лейкоцитоза у 62,1% и наличием лейкопении у 8,7% больных, но и нарушением функциональной возможности продуцировать незрелые, юные формы нейтрофилов: среднее количество палочкоядерных нейтрофилов составляет 3. Полученные данные позволяют заключить, что в настоящее время нельзя ориентироваться на лейкоцитоз как на маркер гнойного процесса. Показателем, сохранившим свою информативность, остается скорость оседания эритроцитов, средние ее значения (медиана) составляют 27 мм/ч, при септическом течении - до 70 мм/ч. Парадоксально, но лучше, чем лейкоцитоз, тяжесть гнойного поражения отражают уровни гемоглобина, при этом степень анемии, носящей у данных больных интоксикационный характер, достоверно сопряжена с тяжестью гнойного поражения. Лейкопения свидетельствует о септическом течении процесса и наличии тяжелых аутоиммунных нарушений. Повышенные биохимические показатели (мочевина, креатинин, билирубин) появляются слишком поздно и свидетельствуют о наличии полиорганных септических нарушений.

7. Присоединение системных нарушений:

а) тяжелых гемостазиологических нарушений с наличием тромбоза вен матки и магистральных сосудов малого таза у 35,7% больных;

б) иммунных нарушений, которые при длительном течении воспалительного процесса носят более тяжелый характер, связанный с повреждением рецепторного аппарата и присоединением аутоиммунного компонента воспаления: повышенный уровень антител к рецепторам  $\gamma$ -интерферона наблюдается у 81,8% больных, при этом средний уровень их концентрации превышает физиологические показатели в среднем на 71%, отражая тяжесть деструкции (при средней степени превышая физиологическую на 14%, при тяжелой - на 80%). У 65,8% больных определяется повышенный (в среднем от 35 до 85% от физиологических значений) уровень аутоантител к фосфолипидам, ДНК, коллагену, мембранам нейтрофилов, при этом также имеется достоверное сопряжение продукции данных аутоантител и тяжести гнойного воспаления;

в) нарушение синтеза половых стероидов и повреждение рецепторного аппарата. Парадоксально, но наиболее «устойчивой» тканью в условиях гнойного воспаления (несмотря на инициацию процесса из эндометрия и восходящий путь инфекции) является эндометрий, что, по-видимому, можно объяснить его циклическим отторжением и регенерацией, а также доступностью для санации, в то время как миометрий и особенно яичники наиболее уязвимы при гнойном воспалении. Так, снижение концентрации эстрадиола до значений менопаузального (менее 150 пмоль/л) отмечалось у 36,9% пациенток репродуктивного возраста с гнойными ВЗОМТ. Уровень прогестерона в крови во второй фазе цикла также был резко снижен и составил в среднем 2,2 нмоль/л (у 46,2% больных он не превышал 1 нмоль/л). Концентрация рецепторов эстрадиола в эндометрии была снижена в 2 раза, прогестерона - в 5 раз, в миометрии - в 5 и 4 раза, в яичниках - в 25 и более чем в 100 раз соответственно. Для оценки тяжести морфологических изменений мы использовали полихромный метод окрашивания по Маллори: самые выраженные изменения наблюдались в миометрии. Повреждение миометрия носило мозаичный характер: наряду с отдельными сохраненными участками (мышечная ткань, сосуды) в миометрии определялись зоны грубоволокнистого склероза, различные стадии развивающегося гиалиноза и жировое перерождение деваскуляризованных участков, особенно хорошо выявляемые на поперечном срезе. Морфологическим исходом

хронического гнойного оофорита во всех случаях явилось перерождение ткани, выразившееся в замене функциональной яичниковой ткани соединительной (от «гнездного» поражения до полного замещения яичниковой ткани соединительной), что морфологически проявлялось в отсутствии сосудов, наличии мозаичного гиалиноза или сплошных полей гиалиновой ткани.

Таким образом, течение гнойного процесса (особенно длительное) приводит к выраженным функциональным и морфологическим нарушениям (метаболическим, иммунным, аутоиммунным, гемостазиологическим, гормональным), повреждению рецепторного аппарата и тканей матки.

Гнойно-воспалительные заболевания продолжают оставаться одной из актуальных проблем современного акушерства. Внедрение в акушерскую практику более полувек назад антибиотиков способствовало резкому снижению частоты послеродовых инфекционных заболеваний. Однако в последнее десятилетие во всем мире отмечают рост послеродовых инфекций. Частота гнойно-септических заболеваний у рожениц составляет до 10% всех акушерско-гинекологических нозологий. После КС у 60% рожениц возникают те или иные формы гнойно-септических заболеваний.

От септических акушерских осложнений во всем мире ежегодно гибнет около 150 тысяч женщин. Септические осложнения в послеродовом периоде, как причина материнской смертности, продолжают лидировать, занимая 1-2 место, доля его с акушерскими кровотечениями, микроорганизмах, обитающих во влагалище, упоминают со второй половины прошлого столетия. В отечественной литературе первое сообщение об исследовании микрофлоры влагалища было сделано профессором Д.О. Оттом в 1886 году. В 1887 году была предложена теория о самоочищении влагалища. Эта теория основана на том, что находящаяся во влагалище здоровых женщин вагинальная палочка продуцирует молочную кислоту. Образование молочной кислоты происходит из гликогена, содержащегося в клетках слизистой оболочки влагалища. Образующаяся молочная кислота обеспечивает неблагоприятные условия для существования кокковой флоры. Снижение кислотности влагалища и концентрации лактобацилл ведет к усиленному росту условно-патогенных микроорганизмов.

У здоровых не беременных женщин репродуктивного возраста обнаружено 10 в 9 степени анаэробных и 10 в 8 степени аэробных колониеобразующих единиц (КОЕ) на 1 мл влагалищного содержимого. Ранговая последовательность бактериальных видов следующая: анаэробная, лактобактерии, пептококки, бактероиды, эпидермальные стафилококки, коринебактерии, зубактерии. Среди аэробов преобладают лактобактерии, дифтероиды, стафилококки, стрептококки, среди анаэробов - пептострептококки, бифидобактерии, бактероиды.

Во время беременности гормональные изменения в эпителии влагалища и шейки матки связаны с прогрессирующим снижением величины pH влагалищного содержимого, что способствует росту нормальной влагалищной флоры - лактобацилл, так как эстрогенная активность способствует росту клеток влагалищного эпителия и накоплению в них гликогена. Гликоген является субстратом для метаболизма лактобацилл, ведущий к образованию молочной кислоты. Молочная кислота обеспечивает кислую реакцию влагалищного содержания (pH 3,8-4,4), необходимую для роста лактобацилл. Лактобациллы при этом являются фактором неспецифической защиты. У здоровых беременных женщин по сравнению с небеременными имеет место 10-кратное увеличение выделения лактобактерий и снижение уровня колонизации бактериями шейки матки по мере увеличения срока беременности. Эти изменения приводят к тому, что ребенок рождается в среде, содержащей микроорганизмы с низкой вирулентностью.

Во время беременности организмы матери и плода тесно связаны между собой и плацентой. Это допускает обмен клеток и обуславливает перестройку иммунокомпетентных органов беременности [4], функции которых выполняются преимущественно двумя типами клеток [17].

По мнению В.Н. Серова, Е.В. Жарова, О.И. Сускова [18] беременность относится к вторичным иммунодефицитным состояниям и характеризуется количественными и функциональными изменениями в Т- и В-системах иммунитета и неспецифических факторов защиты. При исследовании клеточного иммунитета у женщин в I триместре физиологически протекающей беременности установлено снижение относительного и абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов, снижение уровня Тхелперов и выраженная неспецифическая Т-клеточная супрессия. Кроме того, отмечается достоверное увеличение уровня иммуноглобулина G (IgG) и некоторое снижение иммуноглобулина А (IgA.), по сравнению со здоровыми небеременными женщинами [19, 20, 21]. Снижение количества Т-лимфоцитов в ранние сроки беременности, повидимому, направлено на предотвращение реакций, связанных с отторжением генетически чужеродного плода. Падению уровня Т-лимфоцитов (субпопуляции Т-хелперов) до минимума предшествует пик содержания хорионического гонадотропина, оказывающего иммуносупрессивное действие [20, 21, 22].

В настоящее время стоматологические заболевания во время беременности формируют отдельное звено в кариеологии и в периодонтологии за счет особенностей клиники и влияния общего состояния организма. Беременность является критическим периодом для стоматологического здоровья женщины и характеризуется изменением уровня и структуры заболеваний полости рта.

При беременности повышается патогенность флоры полости рта за счет усиления пролиферации условно-патогенных микроорганизмов. Интенсивность и распространенность кариеса зубов и заболеваний периодонта в период беременности увеличивается, что отмечается многими исследователями на протяжении длительного промежутка времени [1, 2, 3, 4, 5, 6]. До сих пор отсутствуют конкретные схемы этиопатогенетического лечения и профилактики кариеса зубов и болезней периодонта в период беременности.

Стоматологический статус беременных женщин характеризует низкий уровень стоматологических знаний, отсутствие мотивации к профилактике стоматологических заболеваний и гигиене полости рта. Профилактика заболеваний, так же как и патогенетическая терапия, предполагает прежде всего знание их этиологии и патогенеза. Гормональный статус беременных женщин в аспекте этиопатогенеза стоматологических заболеваний. Ряд учёных придерживается мнения о связи стоматологического статуса с гормональными сдвигами в организме беременных женщин [7, 8, 9].

К концу I триместра между организмами матери и плода устанавливается сложный обмен гормонов. Формирующаяся к этому времени плацента начинает продуцировать большое количество гормонов белковой и стероидной природы, в 10-100 раз превышающее суточную продукцию гормонов классическими эндокринными железами [9]. Такой резкий скачок уровня гормонов находит своё отражение и в полости рта, что может быть объяснено наличием высокоспецифичных эстрогенных рецепторов в культуре клеток костной ткани [10], в тканях маргинального периодонта, в мелких сосудах [11], либо влиянием половых гормонов на состояние десны через иммунную систему, которая претерпевает изменения на протяжении всего периода беременности. M. Sooriyamoorthy [12] так описывают механизм влияния гормональных изменений на состояние десны: иммунная супрессия, увеличение экссудации, стимуляция костной резорбции и стимуляция синтетической активности фибробластов, влияние на состав микрофлоры. А.О. Ojanotko-Harri, М.Р. Нагг с соавт. [13], исследуя метаболизм прогестерона, предположили, что он предупреждает развитие реакции немедленного типа (острое воспаление), но допускает нарастание хронического воспаления в

тканях десны. Несколько иного мнения придерживается А. Tsami-Pandi [14], расценивая влияние половых гормонов как моделирующее, делающее десну более чувствительной к воздействию местных раздражающих факторов. Учёные амстердамского университета [7, 13] пришли к выводу, что повышение уровня эстрогенов и прогестерона слизистой оболочки десен влияет на проницаемость сосудов и экссудацию вплоть до остановки микроциркуляции, ведет к увеличению образования простагландина E2 слизистой оболочки, вызывает недостаточность солей фолиевой кислоты, снижает способность к редатенизации и клеточной регенерации, а, следовательно, изменяет барьерную функцию эпителия, чем и объясняется усиление клинических проявлений при гингивитах. Meijer van Putten J. B. [15] отмечает усиление воспалительного процесса в десне, при котором имеет место физиологический сосудистый феномен (гиперемия и припухлость). Кроме того, эстроген и прогестерон изменяют микроокружение бактерий полости рта и содействуют их росту, а также являются причиной изменчивости их популяции. Это подтверждает данные китайских учёных С.С. Tsai, K.S. Chen [16], выявивших положительную корреляцию между уровнем прогестерона, беременностью, тяжестью гингивита и процентом пигментообразующих бактерий.

В защите организма от проникновения антигенов через слизистые оболочки большую автономную роль играет местный иммунитет, функцию которого выполняет комплекс неспецифических биологически активных веществ (лактоферрин, лизоцим, опсоины, интерферон, муцины, гликопротеиды секретов и др.), клеточный и секреторный иммунитет (Т-клетки, антитела) [24].

Изучением функциональных связей факторов резистентности полости рта, обеспечивающих эффективность барьерной функции, а также зависимости стоматологического уровня здоровья от местного иммунитета полости рта занимались многие учёные [23, 25, 26]. Высокая интенсивность кариеса зубов на фоне повышенного содержания sIgA и выраженного дефицита IgG и IgM в слюне, что характерно для острого течения кариеса, была отмечена А.И. Марченко, Г.Д. Овруцким с соавт. [27]. В то же время имеются сведения, указывающие на высокую интенсивность кариеса сопровождаемую снижением уровня sIgA. Существенное значение имеет гигиеническое состояние полости рта в момент обследования. При рациональном гигиеническом уходе за зубами, приводящем к значительному снижению индекса гигиены полости рта, уровень sIgA в слюне существенно повышается, что может повышать риск гнойно-септических осложнений у беременных женщин [27].

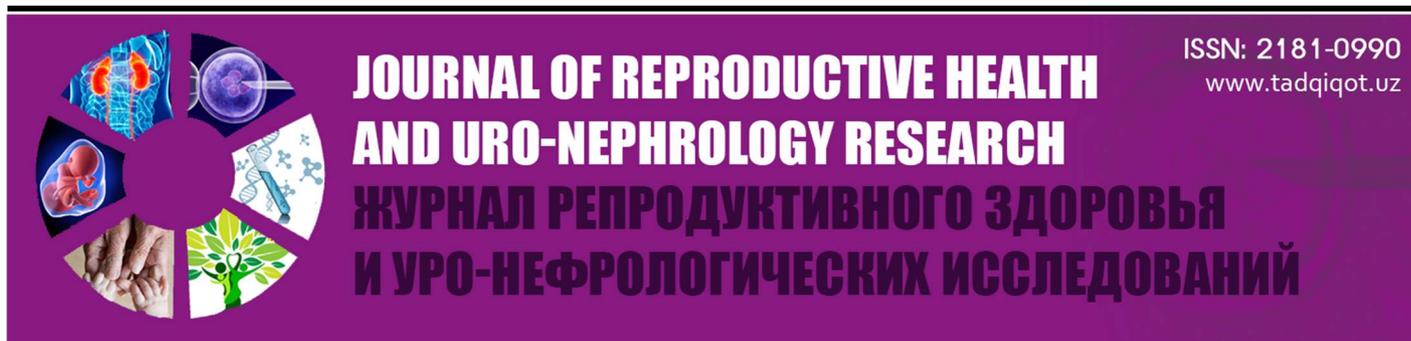
Тяжёлые и длительно протекающие патологии тканей полости рта в период беременности хронические заболевания матери оказывают неблагоприятное влияние на антенатальное и постнатальное развитие, являются серьёзными факторами риска в возникновении патологии молочных зубов у детей в возрасте до 3-х лет, так как под влиянием этих факторов нарушается формирование всех тканей будущего зуба, а также обызвествление эмали и дентина [29]. Это говорит о необходимости тесного сотрудничества интернистов и стоматологов на организменном уровне.

Своевременная, динамическая и объективная оценка клинической картины в полости рта позволит предложить необходимый комплекс лечебно-профилактических мероприятий профилактики гнойно-септических заболеваний во время беременности, принимая во внимание все индивидуальные факторы риска. Проведение эндогенной и экзогенной лекарственной и безлекарственной профилактики в период беременности, повышение уровня гигиенических знаний позволит улучшить акушерско-гинекологический и стоматологический уровень здоровья и качество жизни беременной женщины.

## Литература

1. Аксамит, Л.А. Значение зубного налета в возникновении пришеечного кариеса у беременных женщин / Л.А. Аксамит // Стоматология. – 1978. - №5. – С. 26-31.

2. Лахтин, Ю.В. Антенатальная профилактика кариеса / Ю.В. Лахтин // Фельдшер и акушерка. – 1990. - №4. – С. 28-30.
3. Лукиных, Л.М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта / Л.М. Лукиных. – М.: Медицинская книга, 2003. – 196 с.
4. Макаричева, А.Д. Иммунологические процессы и беременность / А.Д. Макаричева. – Новосибирск: Наука, 1979. – 212 с.
5. Laine, M.A. Effect of pregnancy on periodontal and dental health / M.A. Laine // Acta Odontol. Scand. – 2002 Oct. – Vol. 60, N 5. – P. 257-264.
6. Поражаемость зубов кариесом у женщин при осложненной беременности в регионе западной Сибири / С.В. Тармаева [и др.] // Актуальные вопросы охраны материнства и детства: Материалы международной конференции. – Иркутск, 1992. – С. 106-107.
7. Абрахам-Инпяйн, Л. Значение эндокринных факторов и микроорганизмов в развитии гингивита беременных. //Стоматология. – 1966. - №3. – С. 15-18.
8. Amar, S. Influence of hormonal variation on the periodontium in women / S. Amar, K.M. Chung // Periodontol. – 2000. – 1994. – Vol. 6. – P. 79-87.
9. Zachariassen, R.D. Pregnancy gingivitis / R.D. Zachariassen // J. Gt. Houst Dent Soc. – 1997 Oct. – Vol. 69, N3. – P. 10-12.
10. Association of estrogen receptordinucleotide repeat polymorphism with osteoporosis / M. Sano [et al.] // Biochem-Biophys-Res-Commun. – 1995 Dec. 5. – Vol. 217, N1. – P. 378-383.
11. Рецепторы эстрогенов в тканях маргинального пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом / В.Н. Копейкин [и др.] // Стоматология. – 1995. – №4. – С. 13-15. 12. Sooriyamoorthy, M. Hormonal influences on gingival tissue: relationship to periodontal disease / M. Sooriyamoorthy, D.B. Gower // J. Clin. Periodontol. – 1989. – Vol. 16, N4. – P. 201-208.
13. Ojanotko-Harri, A.O. Altered tissue metabolism of progesterone in preg- ВЕСТНИК ВГМУ, 2008, том 7, №4 10 nancy gingivitis and granuloma / A.O. Ojanotko-Harri // J. Clin. Periodontol. – 1991 Apr. – Vol. 18, N4. – P. 262-266.
14. Tsami-Pandi, A. Old and new aspects of gingivitis in pregnancy / A. Tsami-Pandi // Odontostomatol Proodos. – 1989 Jun. – Vol. 43, N3. – P.3 99-403.
15. Meijer van Putter, J.B. Female hormones and oral health / J.B. Meijer van Putter // Ned. Tijdschr Tandheelkd. – 1988 Nov. – Vol. 105, N11. – P. 416-418.
16. Tsai, C.C. A study on sex hormones in gingival crevicular fluid and black pigmented bacteria in subgingival plaque of pregnant women / C.C. Tsai, K.S. Chen // Gaoxiong Yi Xue Za Zhi. – 1995. – Vol. 11, N5. – P. 265-273.
17. Чернышов, В.П. Субпопуляция лимфоцитов, специфические белки беременности при физиологической ранней беременности и раннем спонтанном аборте неясного генеза / В.П. Чернышов, С.В. Теличкун // Иммунологические аспекты репродуктивного здоровья. – ВОЗ. ТОО «Гендальф». – М., 1995. – С. 164-169.
18. Серов, В.Н. Состояние иммунной системы у женщин перед родоразрешением / В.Н. Серов, Е.В. Жаров, О.И. Сусков // Вопр. охраны материнства. – 1986. – №12. – С. 34-37.
19. Дашкевич, В.Е. Взаимосвязь показателя иммунологической реактивности, гормонального баланса и липидного обмена во время беременности у здоровых женщин / В.Е. Дашкевич, И.Ю. Гордиенко, Л.И. Тутченко // Акушерство и гинекология. – 1989. - №6. – С. 65-67.
20. Изменение показателей иммунной и протезно-ингибиторной систем при физиологической беременности / В.Н. Запорожан [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1992. – №8-12. – С. 8-11.
21. Некоторые показатели клеточного иммунитета при неосложненной беременности и при угрозе невынашивания / Л.В. Тимошенко [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1989. - №6. – С. 27-29. 22. Иммунологические изменения в организме рожениц рожениц при различных видах родовой деятельности / П. Варга [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1988. - №12. – С. 45-47.
22. Складар, В.Е. Кариес зубов и болезни пародонта у беременных и обоснование методов их профилактики / В.Е. Складар, Ю.Г. Чумакова // Вестник стоматологии. – 1995. – №1. – С. 58-61.
23. Литовская, А.В. Состояние местного иммунитета у населения регионов размещения предприятий микробиологической и химической промышленности / А.В. Литовская, И.В. Егорова, Н.И. Толкачева // Гигиена и санитария. – 1998. - №5. – С. 52-54.
24. Кочетова, Л.И. Иммунный статус у детей с различной интенсивностью кариеса / Л.И. Кочетова, Б.А. Шиф, И.К. Цебере // Стоматология. – 1989. – №3. – С. 60-63.
25. The need for cooperation between the gynecologist and dentist in pregnancy. A study of dental health education in pregnancy / E. Goepel [et al.] // Geburtshilfe Frauenheilkd. – 1991 Mar. – Vol. 51, N3. – P. 231-235.
26. Овруцкий, Г.Д. Иммунология кариеса зубов / Г.Д. Овруцкий, А.И. ВЕСТНИК ВГМУ, 2008, том 7, №4 11 Марченко, Н.А. Зелинская. – Киев: Здоровье, 1991. – 96 с.
27. Юденкова, С.Н. Роль генетического фактора в формировании уровня противомикробной активности крови и возникновении кариеса зубов у детей / С.Н. Юденкова // Стоматология. – 1987. - №4. – С. 60-61.
28. Морфологические изменения зачатков временных зубов при отягощенном течении антенатального периода / Н.И. Бубнова [и др.] // Стоматология. – 1994. – №3. – С. 60-62.
29. Носова, В.Ф. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам / В.Ф. Носова, С.А. Рабинович // Клиническая стоматология. – 2001. - №3. – С. 46-49.
30. Стоматологическая профилактика у детей / В.Г. Сунцов [и др.]. – М.: Мед. книга, 2001. – 344 с.
31. Чумакова, Ю.Г. Обоснование методов профилактики основных стоматологических заболеваний у беременных / Ю.Г. Чумакова // Вестник стоматологии. – 1996. - №5. – С. 404-408



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ/ ORIGINAL ARTICLES

УДК 614.2/616/618

**Абдурахманова Ситора Ибрагимовна**  
Ташкентский государственный  
стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан

**Ризаева Малика Абдуманоновна**  
Ташкентский государственный  
стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан

## АНАЛИЗ РОСТА ОСЛОЖНЕНИЙ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

**For citation:** Abdurakhmanova Sitora Ibragimovna , Rizaeva Malika Abdumanonovna, Analysis of the growth of complications of uterine fibroids and adenomyosis in postcovid women, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4 . pp.11-13

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7418205>

## АННОТАЦИЯ

В гинекологии к числу самых распространенных заболеваний относятся миома матки и аденомиоз. Значительный рост выявления миомы матки и аденомиоза и их осложнений, мы можем наблюдать после пандемии коронавируса. Исследование проведено в отделении гинекологии III многопрофильной клинике ТМА за период 2018 – 2022 годы, изучены истории болезни пациенток поступившие в стационарное лечение по поводу миомы матки и аденомиоза.

**Ключевые слова:** миома матки, аденомиоз, ретроспективный анализ, надвлагалищная ампутация, экстирпация матки, миомэктомия, COVID 19.

**Abdurakhmanova Sitora Ibragimovna**  
Tashkent State Dental Institute  
Tashkent, Uzbekistan

**Rizaeva Malika Abdumanonovna**  
Tashkent State Dental Institute  
Tashkent, Uzbekistan

## ANALYSIS OF THE GROWTH OF COMPLICATIONS OF UTERINE FIBROIDS AND ADENOMYOSIS IN POSTCOVID WOMEN

## ABSTRACT

In gynecology, the most common diseases include uterine fibroids and adenomyosis. We can observe a significant increase in the detection of uterine fibroids and adenomyosis and their complications after the coronavirus pandemic. The study was conducted in the gynecology department of the III multidisciplinary clinic of TMA for the period 2018 – 2022, the medical histories of patients admitted to inpatient treatment for uterine fibroids and adenomyosis were studied.

**Keywords:** uterine fibroids, adenomyosis, retrospective analysis, supravaginal amputation, uterine extirpation, myomectomy, COVID 19.

**Abdurakhmanova Sitora Ibragimovna**  
Toshkent davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston

**Rizaeva M.M.**  
Toshkent davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston

## POSTKOVID DAVRIDA AYOLLARDA BACHADON MIOMASI VA ADENOMIOZ ASORATLARINING O'SISHINING TAHLILI

## ANNOTATSIYA

Ginekologiyada eng keng tarqalgan kasalliklar orasida bachadon miomasi va adenomiyoz mavjud. Bachadon miomasi va adenomiyoz va ularning asoratlarini aniqlashning sezilarli o'sishini koronavirus pandemiyasidan keyin kuzatishimiz mumkin. Tadqiqot TMA multidisipliner

klinikasining ginekologiya III bo'limida 2018-2022 yillar davomida o'tkazildi, bachadon miomasi va adenomiyoz uchun statsionar davolanishga qabul qilingan bemorlarning kasallik tarixi o'rganildi.

**Kalit so'zlar:** bachadon miomasi, adenomiyoz, retrospektiv tahlil, supravaginal amputatsiya, bachadon ekstirpatsiyasi, miyomektomiya, COVID 19.

**Актуальность.** Несмотря на многочисленные проведенные исследования, проблемы регуляции репродуктивной системы и патогенеза гормонозависимых заболеваний до сих пор до конца не изучены, и являются сложными и актуальными как в научной, так и в практической медицине [1, 2, 4, 6]. В гинекологии к числу самых распространенных заболеваний относятся миома матки и аденомиоз. Каждый год исследователи посвящают свои научные работы поиску молекулярных звеньев патогенеза и механизма развития пролиферативных – гиперпластических заболеваний матки, таких как миома матки и аденомиоз [1, 3, 9]. Год за годом омолаживающий возраст пациенток, нарушение репродуктивной функции (зачастую бесплодие 30-80%), тяжесть клиники заболеваний (длительные и обильные кровотечения с их осложнениями, прогрессирующие боли), потеря трудоспособности, ведущая к психоэмоциональным нарушениям и делают данную проблему неугасаемой актуальной. И миома матки, и аденомиоз относятся к заболеваниям, развивающиеся в результате воздействия на организм женщины разнообразных повреждающих факторов на фоне наследственной отягощенности. В настоящее время группа исследователей подтверждают, что, в основе патогенеза миомы матки лежат нарушения в синтезе и рецепции прогестерона [1, 9]. В свою очередь аденомиоз считается эстроген зависимым заболеванием, характеризующимся инвазией железистого и стромального компонента базального слоя эндометрия в миометрий. В последние годы исследования показали, что в патогенезе этих заболеваний важное место занимает процесс ангиогенеза на фоне повышенной секреции ряда факторов роста (ФР). Установлено, что лишь у каждой четвертой пациентки с миомой матки миоциты обладают повышенной митотической активностью. Это доказывает быстрый рост миоматозных узлов с выраженными клиническими проявлениями болезни [2, 3, 4]. Для пролиферирующей миомы матки характерно наличие неоваскуляризации с образованием новых сосудов «синусоидного» типа, которые лишены мышечной оболочки и могут выявляться при эхографии [9]. Значительный рост выявления миомы матки и аденомиоза и их осложнений, мы можем наблюдать после пандемии коронавируса. Гипотезы о том, что перенесённый коронавирус может отрицательно сказаться на репродуктивной системе и даже приводить к бесплодию, появились уже давно. Однако у них не было достаточной доказательной базы. Сейчас появилось значительно больше информации о том, как ковид влияет на женское здоровье [5, 7, 8]. Коронавирус способен вызвать поражение яичников и матки у женщин, что может привести к развитию репродуктивной дисфункции. Однако с такими осложнениями могут столкнуться лишь пациенты, перенесшие вирус в тяжёлой форме. По мнению гинекологов, развитие осложнений зависит от уровня иммунитета. Кроме того, вышеперечисленные нарушения репродуктивной функции имеют только временный характер. Известно, что тяжёлая форма течения коронавируса отражается на всём организме, поэтому нет ничего удивительного, что болезнь отражается и на репродуктивной функции.

**Материал и методы исследования.** Наше исследование проведено в отделении гинекологии III многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии за период 2018 – 2022 годы. За время исследования изучены истории болезни пациенток поступившие в стационарное лечение по поводу миомы матки и аденомиоза. Проведен ретроспективный анализ до ковидного и постковидного периодов. Нами проведены ретроспективные исследования анамнеза, состояния репродуктивной функции, клиники и результатов лечения женщин с миомой матки и аденомиозом за периоды с 2018 января по 2020 февраль (1-группа), и с 2020 года марта по 2022 года марта (2-группа). Всего изучено 438 историй болезни женщин, поступавших на оперативное лечение по поводу миомы матки и аденомиоза которые были

разделены на 2 группы. 1 группу составили 176 (40,2%) пациенток, 2-группу составили 262 (59,8%) пациенток. Для анализа использованы также материалы операционных журналов и результатов гистологических исследований. Результаты исследования показали, что частота оперативных вмешательств по поводу миомы и аденомиоза превышала частоту консервативных вмешательств в 3,5 раза. А также рост выявления болезни в постковидном периоде превышало почти в 1,4 раза, чем до пандемии. Удельный вес различных возрастных групп составил: 20-29 лет – 3,7% (23 больных), средний возраст составил – 25,8±0,40; 30-39 лет – 24,5% (115 больных), средний возраст – 34,8±0,21; 40-45 лет – 37,6% (138 больных), средний возраст 43±0,16; 46 лет и выше – 34,2% (162 больных), средний возраст четвертей группы составил – 54±0,48. Следовательно, наиболее часто оперативные вмешательства при миоме матки и аденомиозе были проведены в возрасте старше 40 лет (71,8%).

**Результаты и их обсуждение.** В отделении гинекологии III клиники ТМА за период 2018-2022 гг. проведено 438 операций (48,4% из всех операций) по поводу миомы матки и аденомиоза. При этом если за период 2018-2020 гг. операции по поводу этих заболеваний составили 36,4%, то после пандемии за период 2020-2022 гг. частота операций выросла на 1,3 раза, и составила 47,5%. Показаниями к операции были преимущественно диагноз симптомная миома матки, аденомиоз или сочетанная форма миомы матки и аденомиоза, главным симптомом которой были аномальные маточные кровотечения – у 85% (372), нарушение функции соседних органов из-за сдавления опухолью – у 3% (13), миома больших размеров – у 7% (31), синдром быстрого роста миомы – у 5% (22) пациенток. Это указывает на большую длительность заболевания, позднее обращение пациенток к врачу и осложнения после перенесения ковида. У молодых женщин репродуктивного возраста показанием к операции было бесплодие и миома матки (что чаще стало выявляться после пандемии) – в 6,8%, всем им произведена органосохраняющая операция миомэктомиа. Нами также изучен объем оперативного лечения, проведенный у больных. Так, чаще всего проведена надвлагалищная ампутация матки (НАМ), которая составляла 57,9% (296), далее по частоте следует операция экстирпации матки 24,7% (126), подавляющее число этих операций из которых сопровождалось и удалением придатков. Учитывая возрастной состав оперированных женщин, можно считать, что радикальная операция проводилась и с учетом возраста пациенток. Обращает на себя внимание увеличение за последние годы частоты органосохраняющей операции миомэктомии, которая составила 17,4%. В возрасте 20-29 лет чаще всего проведена органосохраняющая операция миомэктомиа – 78,9%, операции проведены по поводу миомы и бесплодия. У 21,1% пациенток, к сожалению, оперативные вмешательства закончились потерей репродуктивного органа. В возрасте 30-39 лет больше превалировала НАМ – 54,4%, далее по частоте следует операция миомэктомиа – 42,4%, среди них были и пациентки с бесплодием, по поводу чего произведено органосохраняющая операция. У 3,2% больных произведено экстирпация матки. В возрасте старше 40-45 лет, как и во 2-возрастной группе больше всего проведена операция НАМ 71,3%, дальше по частоте следует экстирпация матки – 19,8%, органосохраняющая операция проведена всего у 8,9% пациенток. В возрасте старше 45 лет – НАМ (49,7%) и экстирпация матки (48%) проведены почти с одинаковой частотой. Всего же у женщин до 40 лет 13% операций были органосохраняющими, а остальные заканчивались потерей репродуктивного органа.

Таким образом, результаты исследования показали, что частота оперативного лечения по поводу миомы матки составила 48,4% от всех проведенных за изучаемый период операций. За последние 2 года (период пандемии) отмечено повышение частоты

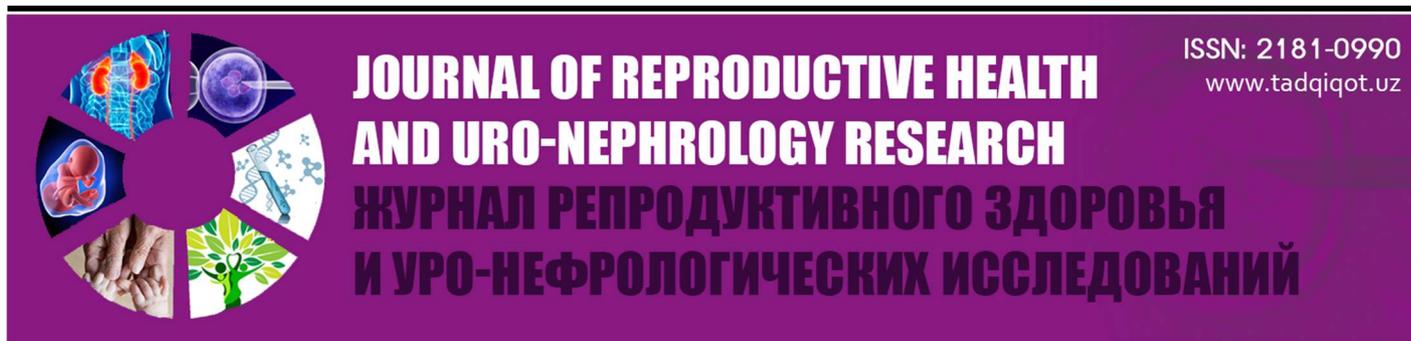
радикальных органосохраняющих операций в 1,3 раза. Частые осложненные формы миомы и аденомиоза после перенесенного ковида являются причиной кровотечений и показанием для оперативного лечения.

**Выводы.** Ретроспективный анализ по изучению историй болезней женщин с миомой матки и аденомиозом показал, что

женщины, перенесшие COVID-19, в 2 раза чаще подвергаются осложнениям этих заболеваний (кровотечению и быстрому росту миомы матки и участков аденомиоза). COVID-19 усугубляет рост гиперпластических заболеваний матки, что приводит к потере репродуктивного органа.

#### Список литературы.

1. Абдурахманова, С. И., et al. "АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ, СОЧЕТАННОЙ С АДЕНОМИОЗОМ." *NAZARIY va KLINIK TIBBIYOT*: 15.
2. Бабаджанова, Г. С., Абдурахманова С. И.. "СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ, КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ (Обзор литературы)." *Журнал теоретической и клинической медицины* 3 (2018): 85-90.
3. Давыдов А.И., Пашков В.М., Шахламова М.Н. / Субмукозная миома матки в сочетании с аденомиозом. Принципы таргетной терапии в репродуктивном периоде. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии: научно-практический журнал / Российская Ассоциация специалистов перинатальной медицины. - Москва: Издательство "Династия". - 2019. - Том 18 №3. - С. 124-132.
4. Ajaio M.O., Oliveira Brito L.G., Wang K.C. / Persistence of symptoms after total vs supracervical hysterectomy in women with histopathological diagnosis of adenomyosis. // *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2019 Aug. – Vol.26(2). – P. 891-896.
5. Абдуллаева, Л., Каттаходжаева, М., Сафаров, А., & Гайибов, С. (2022). ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. *Журнал вестник врача*, 1(1), 110–113.
6. Kattakhojaeva M.Kh., Rakhmanova N.Kh., Methods of choosing contraception in women at risk. - Uzbekistan. - 2018. - P.96-100.
7. M.X.Kattakhodzhaeva, Amonova Z.D., Umarov Z.M., Safarov A.T., Suleymanova N. Modern view on the role of genital papillomavirus infection in the development of precancerous diseases and cervical cancer, ways of their prevention // *News of Dermatovenereology and reproductive health* 2021, no. 1-2, pp. 38-42
8. Кудратова Д.Ш.// МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ // *Вестник науки и образования* № 22(100), 2020, стр.
9. Muratova N.D., Abdurakhmanova S.I., Eshonkhodzhaeva D.D. Doppler to diagnose the type of uterine fibroids combined with adenomyosis. // *International Congress of Obstetricians and Gynecologists*. Tashkent, 2017 P.96
10. A. Avezov, M. Kattakhodzhaeva F. Boltoeva, S. Yuldasheva // Study of the development level of risk factors in Dangerous tumors causing loneyl arterial Thromboembolia/ *International Journal of Advanced Science and Technology* Vol. 29, No. 5, (2020), pp. 1751-1760



УДК 618.5.019.888.14

**Агабабян Лариса Рубеновна**

Кандидат медицинских наук

и/о профессор

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**Турсунова Нозанин**

Магистр

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ**

**For citation:** Agababayan Larisa Rubenovna, Tursunova Nozanin, Features of pregnancy complications in patients with hyperandrogenism, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.14-16

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7418234>

**АННОТАЦИЯ**

Современные терапевтические, хирургические методы лечения позволяют скорректировать гормональные и нарушения обмена веществ в организме женщины, провести индукцию овуляции, добиться наступления долгожданной беременности. Нами было обследовано 70 пациенток поступившие в родильный комплекс №2 г.Самарканда с диагнозом СПКЯ, который установили на основании критериев Роттердамской согласительной конференции по СКПЯ.

**Ключевые слова:** гиперандрогения, гормональные и нарушения, истмико-цервикальной недостаточность.

**Agababayan Larisa Rubenovna**

Candidate of Medical Sciences

Professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

**Tursunova Nozanin**

Master

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

**FEATURES OF PREGNANCY COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH HYPERANDROGENISM****ABSTRACT**

Modern therapeutic, surgical methods of treatment make it possible to correct hormonal and metabolic disorders in a woman's body, to induce ovulation, to achieve the onset of a long-awaited pregnancy. We examined 70 patients admitted to the maternity complex No. 2 in Samarkand with a diagnosis of PCOS, which was established based on the criteria of the Rotterdam Conciliation Conference on PCOS.

**Key words:** hyperandrogenism, hormonal and disorders, isthmic-cervical insufficiency.

**Agababayan Larisa Rubenovna**

Tibbiyot fanlari nomzodi

v / b professor

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

**Tursunova Nozanin**

Magistr

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

**ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ БИЛАН ОГ'РИГАН БЕМОРЛАРДА HOMILADORLIK ASORATLARINING XUSUSIYATLARI**

zamonaviy terapevtik, jarrohlik davolash usullari ayolning tanasida gormonal va metabolik kasalliklarni to'g'irlash, ovulyatsiyani induksiya qilish va uzoq kutilgan homiladorlikning boshlanishiga erishish imkonini beradi. Biz Samarqand shahridagi 2-sonli tug'ruq majmuasiga PCOS tashxisi qo'yilgan 70 nafar bemorni tekshirdik, ular UPC bo'yicha Rotterdam kelishuv konferentsiyasi mezonlari asosida tashkil etilgan.

**Kalit so'zlar:** giperandrogenizm, gormonal va buzilishlar, istmik-servikal etishmovchilik.

**Введение.** Синдром поликистозных яичников является одной из самых распространенных патологий в практической деятельности акушера-гинеколога. Преодоление характерного для этого синдрома бесплодия находится в области внимания эндокринологии, гинекологии, репродуктологии. Современные терапевтические, хирургические методы лечения позволяют скорректировать гормональные и нарушения обмена веществ в организме женщины, провести индукцию овуляции, добиться наступления долгожданной беременности. На ранних сроках гестации у пациенток с синдромом поликистозных яичников часто протекают с угрозой прерывания, в дальнейшем возрастают риски развития гестационного сахарного диабета, истмико-цервикальной недостаточности, гестационной артериальной гипертензии, преэклампсии, плацентарной недостаточности.

Не смотря на внушительные успехи в ведение беременности у пациенток с ГА и избыточной массой тела, полностью исключить внутриутробную гибель плода вследствие плацентарной дисфункции в критические сроки гестации до сих пор невозможно

**Методы исследования беременных женщин с СПКЯ.** Нами было обследовано 70 пациенток поступившие в родильный комплекс №2 г.Самарканда с диагнозом СПКЯ, который установили на основании критериев Роттердамской согласительной конференции по СКПЯ. Возраст обследованных пациенток был от 20 до 35 лет, в среднем 28,8± 3,5 лет. Срок беременности от 4 до 36 недель.

В первой группе, из 35 пациенток беременность была достигнута с помощью индукции овуляции по поводу ановуляторного бесплодия у 35 беременных.

**Критерии включения в основную группу исследования**

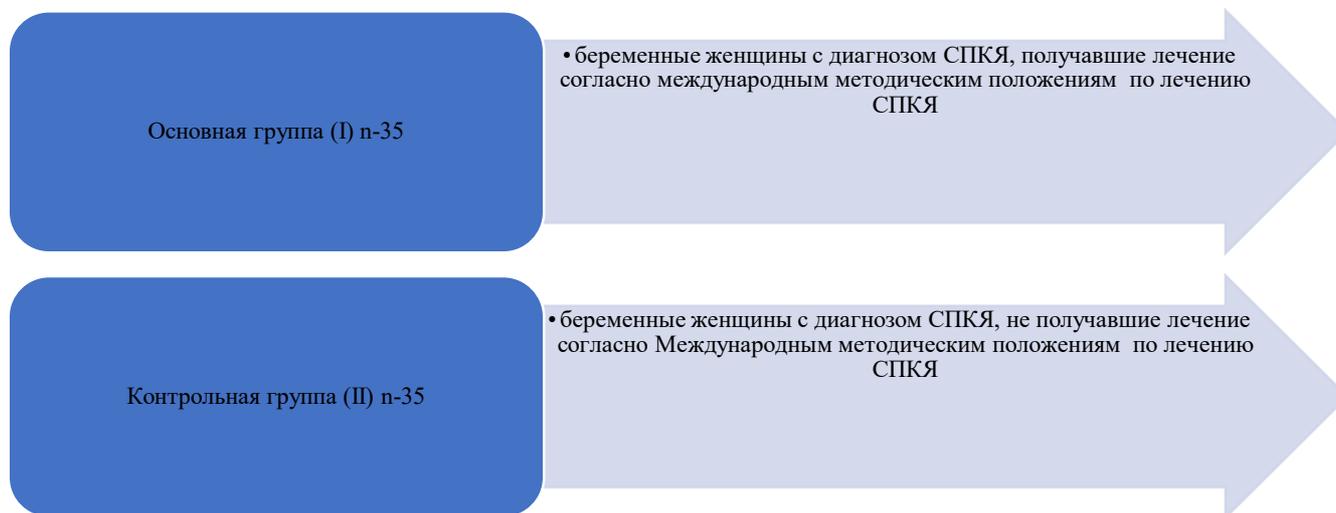
1. Установленный диагноз беременность;
2. Возраст пациенток 20-35 лет;
3. Длительность периода лечения СПКЯ согласно Международным методическим guideline по лечению СПКЯ не менее 6 месяцев;
4. Информированное согласие на участие в исследовании.

**Критерии включения в группу сравнения**

1. Регулярный менструальный цикл;
2. Установленный диагноз беременность;
3. Возраст 20-35 лет;
4. Информированное согласие на участие в исследовании.

**Критерии не включения для участников исследования**

1. Небеременные женщины;
  2. Заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации;
  3. Острые инфекционные заболевания любой локализации, заболевания эндокринной системы (сахарный диабет 1 и 2 типов на инсулинотерапии, гипотиреоз, тиреотоксикоз, гиперпаратиреоз, болезнь и синдром Иценко-Кушинга), онкологические заболевания, ревматические заболевания;
  4. ВРТ;
  6. Возраст до 20 и старше 35 лет;
  7. Наличие многоплодной беременности.
- Беременных женщин исследования мы разделили на две группы (**рис.1**)



**Рис.1. Группы исследования**

**Результаты и обсуждение:** У женщин на фоне СПКЯ, беременность протекала с сопутствующей железодефицитной анемией, у 90%, а также гестозом, угрожающим самопроизвольным выкидышем, истмико-цервикальной

недостаточностью, с преэклампсией лёгкой степени, хронической гипоксией плода.

В 9 % беременность не удалось сохранить произошел самопроизвольный выкидыш с выскабливанием полости матки (Таблица.2).

Осложнения беременности	I группа n-35	II группа n-35
	%	35
Анемия беременных	90	78

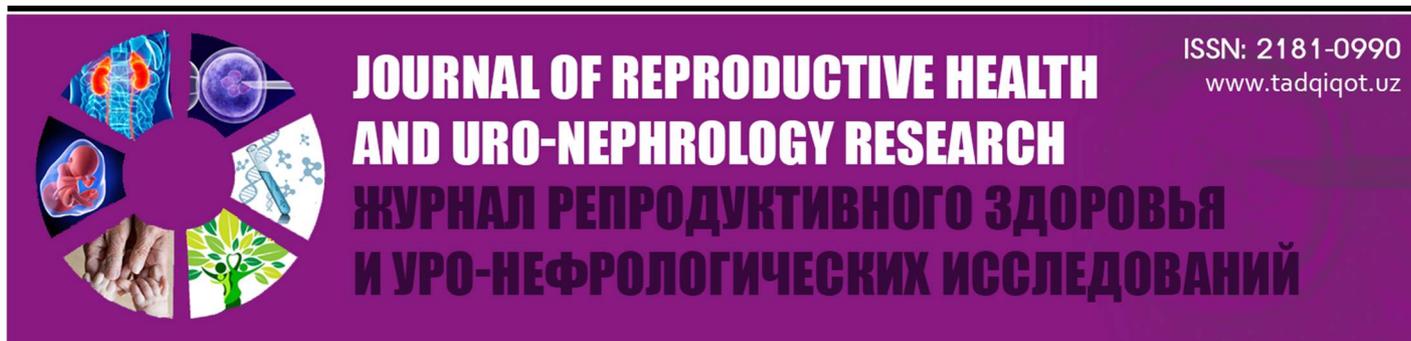
Угроза прерывания	35	21
Самопроизвольный выкидыш	9	4
Истмико-цервикальная недостаточность	12	7
Преэклампсия лёгкой степени	32	14
Хроническая гипоксия плода	38	12

Анализ течения беременности у пациенток с гиперандрогенией показал, что беременные с СПКЯ составляют группу риска на ранние репродуктивные потери. В нашем исследовании составили

9%. Угроза прерывания беременности сохранялась и во вторую половину беременности у 7%.

## Список литературы

- Asunción M, Calvo RM, San Millán JL, et al. A prospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected Caucasian women from Spain. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85(7):2434-2438. <https://doi.org/10.1210/jcem.85.7.6682>.
- Azziz R, Adashi EY. Stein and Leventhal: 80 years on. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(2):247.e1-247.e11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.12.013>.
- Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2004;81(1):19-25. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.10.004>.
- Николаенков И.П., Потин В.В., Тарасова М.А., и др. Активность овариальной ароматазы у больных синдромом поликистозных яичников // Журнал акушерства и женских болезней. – 2014. – Т. 63. – № 1. – С. 10–16. [Nikolayenkov IP, Potin VV, Tarasova MA, et al. Ovarian aromatase activity in polycystic ovarian syndrome. *Journal of obstetrics and women's diseases.* 2014;63(1):10-16. (In Russ.)]
- Самойлович Я.А., Потин В.В., Тарасова М.А., и др. Дефицит овариальной ароматазы как причина нормогонадотропной ановуляции // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2015. – Т. 15. – № 2. – С. 25–30. [Samoilovich YaA, Potin VV, Tarasova MA, et al. Ovarian aromatase deficiency as a cause of normogonadotropic anovulation. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa.* 2015;15(2):15-30. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/rosakush201515225-30>.
- Николаенков И.П., Потин В.В., Тарасова М.А. Антимюллеров гормон и синдром поликистозных яичников // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – Т. 62. – № 6. – С. 55–61. [Nikolaenkov IP, Potin VV, Tarasova MA. Anti-Mullerian hormone and polycystic ovary syndrome. *Journal of obstetrics and women's diseases.* 2013;62(6):55-61. (In Russ.)]
- Макарищев А.Я. Клиническое значение сосудистого эндотелиального фактора роста при синдроме поликистозных яичников // АГ-ИНФО (Журнал Российской ассоциации акушеров-гинекологов). – 2009. – № 4. – С. 12–18. [Makarishchev AY. Klinicheskoe znachenie sosudistogo endotelial'nogo faktora rosta pri sindrome polikistoznykh yaichnikov. *AG-INFO (Zhurnal Rossiyskoy assotsiatsii akusherov-ginekologov).* 2009;(4):12-18. (In Russ.)]
- Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod.* 2012;27(1):14-24. <https://doi.org/10.1093/humrep/der396>. 12. Palomba S, Falbo A, Russo T, et al. Pregnancy in women with polycystic ovary syndrome: The effect of different phenotypes and features on obstetric and neonatal outcomes. *Fertil Steril.* 2010;94(5):1805-1811. <https://doi.org/>
- Журавлева Ю.А., Зильбер М.Ю. Особенности течения беременности и оценка перинатальных исходов у беременных с синдромом поликистозных яичников в зависимости от методов лечения бесплодия // Уральский медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 33–37
- Legro RS, Brzyski RG, Diamond MP, et al. Letrozole versus clomiphene for infertility in the polycystic ovary syn- ISSN 1684-0461 (Print) ISSN 1683-9366 (Online) Журнал акушерства и женских болезней Journal of Obstetrics and Women's Diseases Том Выпуск 2020 Volume 69 Issue 5 Обзоры / Reviews 111 drome. *N Engl J Med.* 2014;371(2):119-129. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1313517>.
- Lobo RA, Carmina E. The importance of diagnosing the polycystic ovary syndrome. *Ann Intern Med.* 2000;132(12): 989-993. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-132-12-200006200-00010>.
- Николаенков И.П. Антимюллеров гормон в патогенезе синдрома поликистозных яичников: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2014. – 24 с. [Nikolaenkov IP. Antimullerov gormon v patogeneze sindroma polikistoznykh yaichnikov. [dissertation] Saint Petersburg; 2014. 24 p. (In Russ.)]
- Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М., 2002. – 303 с. [Sidel'nikova VM. Privychnaya poterya beremennosti. Moscow; 2002. 303 p. (In Russ.)] 18. Brown J, Farquhar C, Beck J, et al. Clomiphene and antioestrogens for ovulation induction in PCOS. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(4):CD002249. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002249.pub4>.
- Okun N, Sierra S; Genetics Committee; Special Contributors. Pregnancy outcomes after assisted human reproduction. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014;36(1):64-83. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30685-X](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30685-X).
- Løvvik TS, Wikström AK, Neovius M, et al. Pregnancy and perinatal outcomes in women with polycystic ovary syndrome and twin births: A population-based cohort study. *BJOG.* 2015;122(10):1295-1302. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13339>.



УДК 618.333-08.33

**Агабабян Лариса Рубеновна**

Кандидат медицинских наук

и/о профессор

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**Мухитдинова Нигина**

Магистр

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ**

**For citation:** Agababayan Larisa Rubenovna, Mukhitdinova Nigina, Pre-gravidar training of women with a history of undeveloped pregnancy, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.17-19

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7418259>**АННОТАЦИЯ**

Улучшить перинатальные исходы у пациенток с неразвивающейся беременностью в анамнезе. На основании взятого материала исследования, а также взятых лабораторных исследований. В общем было взято 75 пациенток, из них к I группе относятся 40 пациенток с неразвивающейся беременностью, к II группе 35 пациенток с нормально протекающей беременностью. В группах риска возникновения неразвивающейся беременности были предложены методы профилактики данной патологии.

**Ключевые слова:** неразвивающаяся беременность, прегравидарная подготовка, врачебные рекомендации

**Agababayan Larisa Rubenovna**

Candidate of Medical Sciences

Professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

**Mukhitdinova Nigina**

Master

Samarkand State Medical Institute University

Samarkand, Uzbekistan

**PRE-GRAVIDAR TRAINING OF WOMEN WITH A HISTORY OF UNDEVELOPED PREGNANCY****ABSTRACT**

To improve perinatal outcomes in patients with a history of non-developing pregnancy. Based on the research material taken, as well as the laboratory studies taken. In total, 75 patients were taken, of which 40 patients with an undeveloped pregnancy belong to group I, 35 patients with a normal pregnancy belong to group II. Methods of prevention of this pathology have been proposed in risk groups of non-developing pregnancy.

**Key words:** non-developing pregnancy, pre-pregnancy preparation, medical recommendations

**Agababayan Larisa Rubenovna**

Tibbiyot fanlari nomzodi

v / b professor

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

**Muhitdinova Nigina**

Magistr

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

**RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIK BO'LGAN AYOLLARNING PREGRAVIDAR TAYYORGARLIGI**

## ANNOTATSIYA

Rivojlanmagan homiladorlik tarixi bo'lgan bemorlarda perinatal natijalarni yaxshilash. Olingan tadqiqot materiallari, shuningdek olingan laboratoriya tadqiqotlari asosida. Umuman olganda, 75 bemor qabul qilindi, ulardan I guruhga homiladorligi rivojlanmagan 40 bemor, II guruhga normal homilador bo'lgan 35 bemor kiradi. Rivojlanmagan homiladorlik xavfi guruhlarida ushbu patologiyani oldini olish usullari taklif qilingan.

**Kalit so'zlar:** rivojlanmagan homiladorlik, pregravid tayyorgarlik, tibbiy tavsiyalar

**Введение.** У женщин с неразвивающейся беременностью (НБ) в анамнезе прегравидарная подготовка является основным звеном в профилактике ранних репродуктивных потерь. Обследование вне беременности, выявление причин остановки предыдущей гестации, соблюдение врачебных рекомендаций в программе подготовки к зачатию и имплантации – обязательный этап ведения пациенток, перенесших НБ. Профилактика эффективна только при ее начале за 6 мес до зачатия и в ранние сроки развития эмбриона и плода (до 12 нед).

Клинический протокол (2017 г.) по прегравидарной подготовке указывает, что «...прегравидарное консультирование (с дальнейшей развернутой прегравидарной подготовкой) необходимо проводить всем женщинам репродуктивного возраста на любом плановом и внеплановом визите к акушеру-гинекологу, если пациентка не использует надежную контрацепцию либо не против наступления беременности (не будет ее прерывать)...» [6]. Несомненно, женщины, имеющие репродуктивные потери в анамнезе, заслуживают особого внимания и требуют более тщательной подготовки к последующей беременности.

Всем пациенткам после эпизода замершей беременности в течение не менее 3 мес. показаны комбинированные оральные контрацептивы с фолатами. Это позволяет не только регулировать менструальный цикл, предупредить раннее наступление беременности, создать «запас прочности» для последующей овуляции, но и обеспечить нормальный уровень фолатов, что является доказанной профилактикой развития дефектов нервной трубки плода.

Следующим этапом подготовки к беременности являются изучение микробиоценоза влагалища и исключение инфекционных заболеваний половых органов. При выявлении клинических признаков вагинита или патогенных микроорганизмов необходимо проведение антимикробной терапии. В настоящее время приоритетными являются препараты местного действия в виде влагалищных свечей или влагалищных таблеток. Причем с учетом того, что в большинстве случаев инфицирования при исследовании выделяются ассоциации микроорганизмов, препаратами первого выбора являются комбинированные средства, в состав которых входят антибиотик, противогрибковый компонент, компонент, активный против анаэробов, а также устраняющий дискомфорт и снижающий воспалительные проявления. После купирования воспалительного процесса обязательным является второй этап лечения, направленный на восстановление пула нормальной лактофлоры.

Принципиально важным моментом подготовки к беременности является оценка состояния эндометрия. Рутинное исследование уровня эндометрия в «окно имплантации» (21–23-й день менструального цикла) позволит своевременно выявить «тонкий» эндометрий, к которому в настоящее время относят уровень 8 мм и менее. Наступление беременности в такой ситуации проблематично, но и при наступившей беременности отмечается высокий риск развития осложнений, в т. ч. неразвивающейся беременности или антенатальной гибели плода. При выявлении «тонкого» эндометрия в соответствии с клиническим протоколом по прегравидарной подготовке следует использовать эстрогены, причем не только в первую, но и во вторую половину менструального цикла. С 14–16-го дня цикла добавляются прогестерон, наиболее удобны микронизированный прогестерон и дидрогестерон. Оба средства разрешены при беременности и, в отличие от других препаратов, не угнетают овуляцию и не препятствуют наступлению беременности.

#### Планирование беременности

При показателях нормального уровня эндометрия планируется наступление беременности. В каждом менструальном цикле есть всего несколько дней, когда

происходит овуляция, и яйцеклетка выходит из фолликула. Именно в эти дни должно произойти оплодотворение, т. к. жизнеспособность яйцеклетки – 24 часа (редко – до 48 часов). Поэтому важно определить сроки овуляции. Ранее с этой целью использовался календарный метод (подсчет середины менструального цикла, когда предположительно будет овуляция), и изучались тесты функциональной диагностики с определением ректальной температуры. Однако оба метода недостаточно точны, комплаентность при их применении низка. В настоящее время все шире внедряется цифровой тест на овуляцию Clearblue Digital, который может использовать сама пациентка. Цифровой тест на овуляцию Clearblue Digital точнее, чем календарный и температурный методы, и показывает безошибочные результаты на цифровом дисплее. Данный тест помогает определить в каждом цикле 2 дня, на которые приходится наибольшая вероятность наступления беременности. Определить их можно путем измерения уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) – ключевого гормона овуляции. Пик этого гормона четко указывает на наличие овуляции, этим определяется эффективность 99% данного теста.

#### Ранняя диагностика наступления беременности

Важным моментом является ранняя диагностика наступления беременности. В наши дни существует множество тестов для диагностики беременности, пациентки часто с целью диагностики беременности делают ультразвуковое исследование (УЗИ). Согласно действующему в России приказу МЗ РФ № 572-н, регламентирующему работу акушерско-гинекологической службы, УЗИ следует проводить в 11–14 нед., когда закончен эмбриогенез. УЗИ в ранние сроки беременности проводится только по специальным медицинским показаниям, например, для исключения внематочной беременности в группах высокого риска.

Среди всех тестов для диагностики беременности мировым лидером, несомненно, являются тесты Clearblue. Это определяется не только достоверностью результата (99%1), но и тем, что тесты на беременность Clearblue могут использоваться за 5 дней до дня задержки менструации. При положительном тесте Clearblue Plus (результат в течение 1 мин) следует продолжать прием выбранного гестагена в соответствии с инструкцией к препарату. С учетом стресса, перенесенного каждой пациенткой с репродуктивными потерями в анамнезе, очень важно динамическое наблюдение за течением настоящей беременности. И в этом случае незаменимым является цифровой тест на беременность

Clearblue Digital с индикатором срока в неделях, что позволяет оценивать развитие беременности и избежать регулярного исследования крови пациентки на уровень ХГЧ.

При успешном развитии беременности у пациенток с неразвивающейся беременностью в анамнезе следует применять гестагенную поддержку в ранние сроки беременности дидрогестероном или микронизированным прогестероном, что способствует обеспечению правильного формирования фето-плацентарного кровотока, иммунологической поддержки течения беременности и является профилактикой осложнений второй половины беременности.

#### Заключение

Таким образом, проведение реабилитации комбинированными оральными контрацептивами с фолатами репродуктивной системы женщин, имеющих неразвивающуюся беременность в анамнезе, создает «запас овуляции» и обеспечивает нормальный уровень фолатов, своевременное исключение очагов инфекции и подготовку

эндометрия к имплантации. Тщательное планирование беременности в определенном менструальном цикле с помощью тестов на овуляцию Clearblue с последующей диагностикой беременности на доклиническом уровне (Clearblue Plus или Clearblue Easy) и наблюдением за развитием беременности в ранние сроки (Clearblue Digital с индикатором срока в неделях) позволяет обеспечить благоприятное течение последующей беременности и избежать репродуктивных потерь.

**Цель исследования:** Улучшить перинатальные исходы у пациенток с НБ в анамнезе. На основании взятого материала исследования, а также взятых лабораторных исследований.

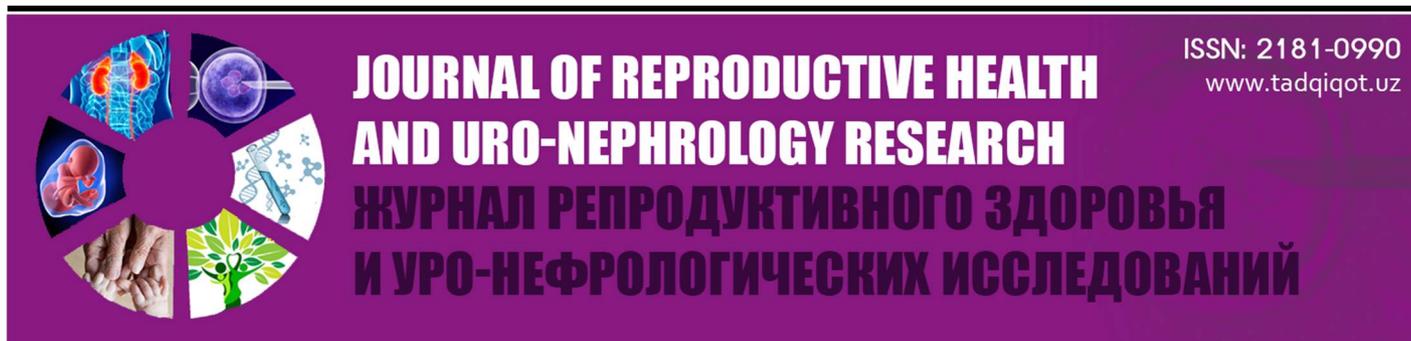
**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на основании взятых 40 пациенток, у которых были зафиксированы случаи НБ, и предполагаемые факторы риска. В общем было взято 75 пациенток, из них к I группе относятся 40 пациенток с НБ, к II группе 35 пациенток с нормально протекающей беременностью. В группах риска возникновения НБ были предложены методы профилактики данной патологии.

Одной из них является своевременное выявление лабораторных исследований, а также УЗИ - исследование.

**Результаты и их обсуждение.** Для реализации поставленных задач было проведено тщательное изучение факторов, влияющих на репродуктивное здоровье женщины. По основным клиническим параметрам (особенностям репродуктивной системы и соматическому анамнезу) больные в исследуемых группах сравнения по методу удаления плодного яйца при НБ не различались. Все женщины, включенные в исследование, имели женский тип телосложения с правильным развитием вторичных половых признаков, были репродуктивного возраста от 18 до 41 года. Средний возраст пациенток из общего числа поступивших больных с НБ (100 человек) составил  $29,8 \pm 5,2$  лет. В возрасте от 18 до 26 лет – 29 женщин (29%), от 27 до 40 лет – 71 пациенток (71%). В современном мире, в связи с изменениями структуры семьи, социальных статусов пары с каждым годом растет количество женщин, решивших зачать ребенка в более зрелом возрасте.

### Список литературы

1. Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Э.К.Айламазяна, В.И.Кулакова, В.Е.Радзинского, Г.М.Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Галина Т.В., Добрецова Т.А. Беременная XXI века: трудно как никогда. Информационный бюллетень. Под ред. В.Е.Радзинского. 2015
3. Громова О.А., Торшин И.Ю., Тетруашвили Н.К., Лисицына Е.Ю. Систематический анализ взаимосвязи витаминов и пороков развития. Акуш. и гинекол. 2012.
4. Доброхотова Ю.Э., Озерова Р.И., Джобаева Э.М. Неразвивающаяся беременность. Тромботические и клинико-иммунологические факторы. М., 2010.
5. Ворсанова С.Г., Дышева Н.М., Никифорова О.К. и др. Цитогенетические особенности хориона при неразвивающейся беременности. Акуш. и гинекол. 2014; 2
6. Preedy V.R. В vitamins and folate chemistry, analysis, function and effects. London: RSC, 2013.
7. Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Чернышов В.Н. Медицинская цитогенетика. Учебное пособие. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2006.
8. Доброхотова Ю.Э., Джобаева Э.М., Озерова Р.И. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
9. MAPC: Неразвивающаяся беременность, Status Praesens, 2015
10. Andrew Ceisell Primary prevention of malformations: polivitamins or folacin. J Med Sci 2004.
11. Doerfler W, Boem P. DNA methylation: development, genetic disesis and cancer. Berlin. Springer, 2014.
12. Новиков Е.И., Рухляда Н.Н., Глуховец Н.Г. Неразвивающаяся беременность первого триместра. Современные аспекты клинико-морфологической диагностики и лечения. Пособие для врачей. СПб.: НИИ скорой помощи им. И.И.Дженелидзе, 2012.
13. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
14. Kim M, Hong S et al. Homocysteine, folate and pregnancy outcome. J Obstent Gynaecol 2012.
15. Mascarenhas M, Habeebullah S, Srihar M. Revisiting the role of first trimester homocysteine as an index of maternal and fetal outcome. J Pregnancy 2014.
16. O'Donnell M. Why doctors don't read research papers? Scientific papers are not written to disseminate information. BMJ 2005; 330: 256.
17. Suzomori N. Genetic factors as a cause of miscarriage. Curr Med Chem 2010; 17.



УДК 618.333-08.33

**Агабабян Лариса Рубеновна**

Кандидат медицинских наук

и/о профессор

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**Мухитдинова Нигина**

Магистр

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЁ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН**

**For citation:** Agababayan Larisa Rubenovna, Mukhitdinova Nigina, Modern approaches to non developing pregnancy and its rehabilitation in women, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.20-22

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7418747>**АННОТАЦИЯ**

Улучшить перинатальные исходы у пациенток с неразвивающейся беременностью в анамнезе. На основании взятого материала исследования, а также взятых лабораторных исследований. В общем было взято 75 пациенток, из них к I группе относятся 40 пациенток с неразвивающейся беременностью, к II группе 35 пациенток с нормально протекающей беременностью. В группах риска возникновения неразвивающейся беременности были предложены методы профилактики данной патологии.

**Ключевые слова:** неразвивающаяся беременность, прегравидарная подготовка, врачебные рекомендации

**Agababayan Larisa Rubenovna**

Candidate of Medical Sciences

Professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

**Mukhitdinova Nigina**

Master

Samarkand State Medical Institute University

Samarkand, Uzbekistan

**MODERN APPROACHES TO NON DEVELOPING PREGNANCY AND ITS REHABILITATION IN WOMEN****ABSTRACT**

To improve perinatal outcomes in patients with a history of non-developing pregnancy. Based on the research material taken, as well as the laboratory studies taken. In total, 75 patients were taken, of which 40 patients with an undeveloped pregnancy belong to group I, 35 patients with a normal pregnancy belong to group II. Methods of prevention of this pathology have been proposed in risk groups of non-developing pregnancy.

**Key words:** non-developing pregnancy, pre-pregnancy preparation, medical recommendations

**Agababayan Larisa Rubenovna**

Tibbiyot fanlari nomzodi

v/b professor

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

**Mukhitdinova Nigina**

Magistr

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

**RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIK VA UNI AYOLLARDA QAYTA TIKLASHNING ZAMONAVIY YONDOSHUVLARI**

## ANNOTATSIYA

Rivojlanmagan homiladorlik tarixi bo'lgan bemorlarda perinatal natijalarni yaxshilash. Olingan tadqiqot materiallari, shuningdek olingan laboratoriya tadqiqotlari asosida. Umuman olganda, 75 bemor qabul qilindi, ulardan I guruhga homiladorligi rivojlanmagan 40 bemor, II guruhga normal homilador bo'lgan 35 bemor kiradi. Rivojlanmagan homiladorlik xavfi guruhlarida ushbu patologiyaning oldini olish usullari taklif qilingan.

**Kalit so'zlar:** rivojlanmagan homiladorlik, pregravid tayyorgarlik, tibbiy tavsiyalar

Независимая беременность является одним из патогенетических вариантов ре-продуктивных потерь, при которой плодное яйцо погибает, но его спонтанного изгнания из полости матки не происходит [3]. Длительная задержка погибшего эмбриона (плода) в матке на фоне угнетения её сократительной деятельности сопровождается высоким риском развития инфекционных и гемостазиологических осложнений и может явиться причиной материнской смертности [3,4].

В структуре невынашивания на долю ранней незавивающейся беременности (НБ) приходится 45-80% всех случаев репродуктивных потерь беременности I триместра [5]. Более точная гистологическая диагностика свидетельствует о том, что частота НБ отмечается в пределах от 78,9% [9] до 91,3% [10] случаев спонтанных аборт в I триместре беременности. В настоящее время считается, что проблема невынашивания беременности полиэтиологична и многофакторна; эти факторы можно подразделить на социально-гигиенические имедико-биологические [5,9,2]. К социально-гигиеническим факторам относят: раннее начало половой жизни, первыбеременности, заканчивающиеся абортми, частая смена половых партнеров. Среди медико-биологических факторов невынашивания выделяют: 1) генетические; 2) эндокринные; 3) иммунологические (аутоиммунные и аллоиммунные); 4) инфекционные; 5) тромбофилические; 6) анатомические изменения матки (пороки развития, генитальный инфантилизм, ИЦН). Генетические факторы. Причиной большинства спорадических выкидышей I триместра являются аномалии развития самого эмбриона, чаще всего аномальный кариотип.

Для привычного невынашивания I триместра эта проблема менее характерна, поскольку только 7% составляют генетические нарушения, чаще всего наследуемые от родителей. Чем больше у супружеской пары выкидышей, тем меньше вероятность хромосомных аномалий [10]. По данным других авторов, до 50% спорадических выкидышей обусловлено хромосомными аномалиями, генетические аномалии обнаруживаются у 82% абортусов, если прерывание беременности состоялось до 6-7 недель. Именно на этом факте основан отказ от со-храняющей терапии до 11-12 недель в ряде стран Евросоюза [Акуленко Л.В., 2011]. Из 103 наблюдаемых повторяющихся выкидышей в 80% диагностированы цитогенетические аномалии, из них: 61% – трисомия, 12% – полиплоидия, 10% – моносомия, в остальных – транслокация хромосом [4,5]. Вероятно, столь значительный разброс статистических данных объясняет тот факт, что при впервые случившемся выкидыше хромосомные аномалии регистрируются в 5-10%, после первого выкидыша – 20-25%, после второго – 25%, после третьего – 30%, а при по-следующих – 40-45% [1]. Нарушение структуры хромосом происходит в результате нарушения или спровоцированных изменений. Эндокринные нарушения. Среди причин репродуктивных потерь большое место занимают эндокринные нарушения, такие как недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ), гиперпролактинемия, гиперандрогения, нарушение функции щитовидной железы, некомпенсированный сахарный диабет, метаболические нарушения. В литературе обсуждается вопрос о влиянии отдельных гормональных нарушений на формирование симптомокомплекса привычного выкидыша [6,8]. Среди эндокринных причин НБ заметное место занимает гиперандрогения (ГА). В структуре гормональных нарушений она составляет 21-48% [4]. Избыток андрогенов ведет к гипострогении, результатом чего является формирование неполноценного фолликула и неполноценной яйцеклетки, поражается рецепторный аппарат, прогестерон не воспринимается эндометрием [5]. Инфекционные аспекты невынашивания. Среди причин преждевременного прерывания беременности одно из лидирующих мест занимают инфекционные заболевания [3,7,9].

Невынашивание может быть следствием воспалительных заболеваний органов дыхания, пищеварения, мочевыделительной системы, а также непосредственно инфекции генитального тракта (дисбиоза влагалища, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)) [9,10].

В последние годы частота воспалительных заболеваний женских половых органов составляет 60-65% при амбулаторном приеме и 30% – в гинекологическом стационаре. В последние годы широкое распространение получили ИППП: хламидийная, гонококк-ковая, микоплазменная, уреоплазменная инфекции), также герпеса, цитомегаловируса (ЦМВ), вируса папилломы человека (ВПЧ) [7,8]. Воспаление эндометрия сопровождается изменением интенсивности пролиферации и апоптоза клеток, увеличением в очаге воспаления уровня различных цитокинов, факторов роста, что приводит к нарушению проницаемости базальных мембран. Нарушение микроциркуляции и склеротические процессы в зоне повреждения приводят к развитию ишемии и гипоксии ткани. Все выше указанные изменения приводят к нарушению процессов имплантации, инвазии и развития хориона, и в конечном итоге – к бесплодию или невынашиванию [4,5]. Иммунологические аспекты невынашивания ранних сроков. Нарушения в иммунной системе являются одним из наиболее важных звеньев нарушенного течения беременности и привлекают внимание многих исследователей [1,3]. Для нормального течения процессов имплантации, роста и развития эмбриона, необходимо создание в эндометрии матери состояния локальной иммуносупрессии, которое ведет к формированию защитного барьера, и предотвращает отторжение наполовину чужеродного зародыша. Прегравидарная подготовка (лат. *gravida* – беременная, *pre* – предшествие), отечественный аналог прекоцепционной подготовки (англ. *conception* – зачатие), включает комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на подготовку супружеской пары к полноценному зачатию, вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка. Прегравидарное консультирование необходимо проводить всем женщинам репродуктивного возраста на любом плановом и внеплановом визите к акушеру-гинекологу. Врачи любых специальностей должны также учитывать возможность наступления беременности у таких женщин и информировать о предполагаемых рисках для их здоровья, плода и новорожденного как самого заболевания, так и проводимого лечения. Единственный путь гарантированного обеспечения оптимального периода между беременностями – рациональная контрацепция. Наилучший период для наступления последующей беременности после самопроизвольного аборта до 12 нед. – 3-6 мес. Акушерский и перинатальный риски минимальны у пациенток в возрастной группе 19-35 лет; беременность и роды у женщин моложе 19 и старше 35 лет сопряжены с повышением вероятности различных осложнений для матери и плода [6]. Непосредственно в ходе проведения аборта или сразу после его завершения необходимо проведение ультразвукового сканирования, чтобы убедиться в полном удалении частей плода и плаценты. После удаления плодного яйца при незавивающейся беременности независимо от выбранного метода прерывания целесообразно комплексное противовоспалительное лечение, включая специфическую антибактериальную, иммунокорректирующую и общеукрепляющую терапию [10]. Повторная беременность рекомендуется при устранении известных причин гибели эмбриона (плода) и после проведения противовоспалительной, общеукрепляющей и, по показаниям, гормональной терапии. Необходимо помнить, что особенно опасны повторные незавивающиеся беременности, приводящие к расстройствам менструальной функции, нарушениям гормональной регуляции, воспалительным заболеваниям половых

органов, нарушениям структуры эндометрия, к дисбалансу иммунной системы, прогрессирующему снижению репродуктивной функции, снижению демографических ресурсов. Несомненно, что даже после одной неразвившейся беременности наиважнейшими задачами акушеров-гинекологов являются: проведение тщательного клинико-лабораторного обследования пациенток с использованием современных методов диагностики, включая исследование иммунного статуса (общего и локального) для выяснения этиологии и патогенеза неразвивающейся беременности, разработка и проведение эффективной комплексной терапии в прегравидарный период, наблюдение и профилактическое лечение в процессе наступившей беременности [1].

**Цель исследования:** Улучшить перинатальные исходы у пациенток с НБ в анамнезе. На основании взятого материала исследования, а также взятых лабораторных исследований.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на основании взятых 40 пациенток, у которых были зафиксированы случаи НБ, и предполагаемые факторы риска. В общем было взято 75 пациенток, из них к I группе относятся 40 пациенток с НБ, к II группе 35 пациенток с нормально протекающей беременностью. В группах риска возникновения НБ были предложены методы профилактики данной патологии.

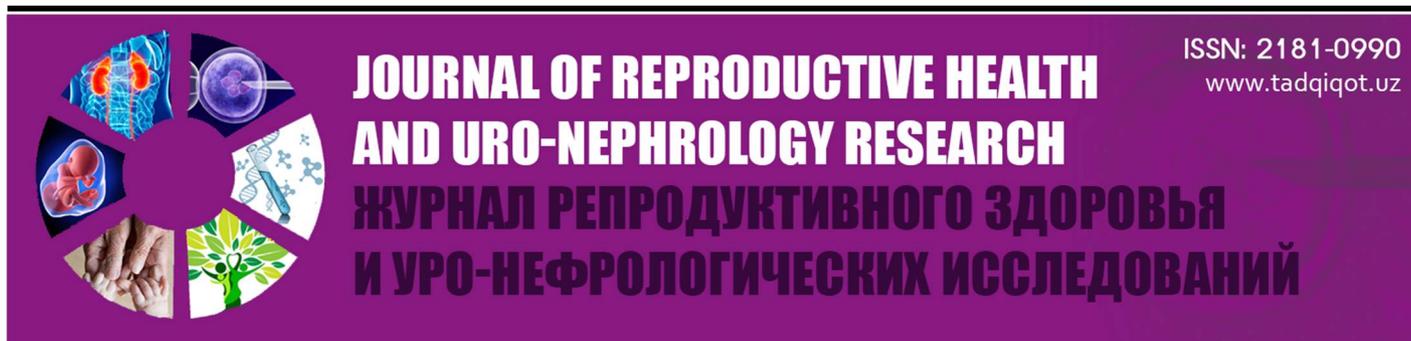
Одной из них является своевременное выявление лабораторных исследований, а также УЗД - исследование.

**Результаты и их обсуждение.** Для реализации поставленных задач было проведено тщательное изучение факторов, влияющих на репродуктивное здоровье женщины. По основным клиническим параметрам (особенностям репродуктивной системы и соматическому анамнезу) больные в исследуемых группах сравнения по методу удаления плодного яйца при НБ не различались. Все женщины, включенные в исследование, имели женский тип телосложения с правильным развитием вторичных половых признаков, были репродуктивного возраста от 18 до 41 года. Средний возраст пациенток из общего числа поступивших больных с НБ (100 человек) составил  $29,8 \pm 5,2$  лет. В возрасте от 18 до 26 лет – 29 женщин (29%), от 27 до 40 лет – 71 пациенток (71%). В современном мире, в связи с изменениями структуры семьи, социальных статусов пары с каждым годом растет количество женщин, решивших зачать ребенка в более зрелом возрасте.

Таким образом, после выполнения такой разносторонней прегравидарной подготовки эндометрия в естественных циклах и в программах вспомогательных репродуктивных технологий, включающей в себя многоуровневое обследование и лечение, значительно снижается риск неразвивающейся беременности.

### Список литературы

1. Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Э.К.Айламазяна, В.И.Кулакова, В.Е.Радзинского, Г.М.Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Галина Т.В., Добрецова Т.А. Беременная XXI века: трудно как никогда. Информационный бюллетень. Под ред. В.Е.Радзинского. 2015
3. Громова О.А., Торшин И.Ю., Тетрашвили Н.К., Лисицына Е.Ю. Систематический анализ взаимосвязи витаминов и пороков развития. Акуш. и гинекол. 2012.
4. Доброхотова Ю.Э., Озерова Р.И., Джобаева Э.М. Неразвивающаяся беременность. Тромботические и клинико-иммунологические факторы. М., 2010.
5. Ворсанова С.Г., Дышева Н.М., Никифорова О.К. и др. Цитогенетические особенности хориона при неразвивающейся беременности. Акуш. и гинекол. 2014; 2
6. Preedy V.R. В vitamins and folate chemistry, analysis, function and effects. London: RSC, 2013.
7. Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Чернышов В.Н. Медицинская цитогенетика. Учебное пособие. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2006.
8. Доброхотова Ю.Э., Джобаева Э.М., Озерова Р.И. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
9. MAPC: Неразвивающаяся беременность, Status Praesens, 2015
10. Andrew Ceisell Primary prevention of malformations: polivitamins or folacin. J Med Sci 2004.
11. Doerfler W, Voem P. DNA methylation: development, genetic disesis and cancer. Berlin. Springer, 2014.
12. Новиков Е.И., Рухляда Н.Н., Глуховец Н.Г. Неразвивающаяся беременность первого триместра. Современные аспекты клинико-морфологической диагностики и лечения. Пособие для врачей. СПб.: НИИ скорой помощи им. И.И.Дженелидзе, 2012.
13. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
14. Kim M, Hong S et al. Homocysteine, folate and pregnancy outcome. J Obstent Gynaecol 2012.
15. Mascarenhas M, Habeebullah S, Srihar M. Revisiting the role of first trimester homocysteine as an index of maternal and fetal outcome. J Pregnancy 2014.
16. O'Donnell M. Why doctors don't read research papers? Scientific papers are not written to disseminate information. BMJ 2005; 330: 256.
17. Suzumori N. Genetic factors as a cause of miscarriage. Curr Med Chem 2010; 17.



УДК 618.3-06:616.12-008.331.1

**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**Доктор медицинских наук  
профессорТашкентский государственный стоматологический институт  
Ташкентская Медицинская Академия  
Ташкент, Узбекистан**Гайбуллаева Динара Фатхуллаевна**Ташкентский государственный стоматологический институт  
Ташкентская Медицинская Академия  
Ташкент, Узбекистан**ЗНАЧЕНИЕ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА В РАЗВИТИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ****For citation:** Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna, Gaybullaeva Dinara Fatxullayevna, Elevated homocysteine levels in the development of endothelial dysfunction in preeclampsia, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.23-26

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7418574>
**АННОТАЦИЯ**

У пациенток с преэклампсией в сыворотке крови достоверно возрастает уровень гомоцистеина, фибриногена, холестерина и С-реактивного белка, обуславливая развитие дисфункции эндотелия. Выраженность дисфункции эндотелия совпадает с уровнем протеинурии и артериальной гипертензией. Длительно сохраняющийся высокий уровень гомоцистеина в сыворотке крови беременных с ПЭ является одним из возможных механизмов развития нарушений функции плаценты, гипоксии и гипотрофии плода.

**Ключевые слова:** гипергомоцистеинемия, С - реактивный белок, спиральные артерии, нарушения функции плаценты.

**Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna**Doctor of Medical Sciences  
Professor Tashkent State Dental Institute  
Tashkent Medical Academy  
Tashkent, Uzbekistan**Gaybullaeva Dinara Fatxullayevna**Tashkent State Dental Institute  
Tashkent Medical Academy  
Tashkent, Uzbekistan**ELEVATED HOMOCYSTEINE LEVELS IN THE DEVELOPMENT OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PREECLAMPSIA****ABSTRACT**

In patients with preeclampsia, serum levels of homocysteine, fibrinogen, cholesterol, and C-reactive protein increase significantly, causing endothelial dysfunction. The severity of endothelial dysfunction coincides with the level of proteinuria and arterial hypertension. Long-term high levels of homocysteine in the serum of pregnant women with PE is one of the possible mechanisms for the development of placental disorders, hypoxia and fetal hypotrophy.

**Key words:** hyperhomocysteinemia, C - reactive protein, spiral arteries, placental disorders

**Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna**Tibbiyot fanlari doktori  
professorToshkent davlat stomatologiya institute  
Toshkent tibbiyot akademiyasi  
Toshkent, O'zbekiston**Gaybullaeva Dinara Fatxullayevna**Toshkent davlat stomatologiya institute  
Toshkent tibbiyot akademiyasi

## PREEKLAMPSIYA PAYTIDA ENDOTELIAL DISFUNKSIYANI RIVOJLANTIRISHDA GOMOTSISTEIN DARAJASI OSHDI

## ANNOTATSIYA

Qon sarishonida preeklampsiya bo'lgan bemorlarda endoteliy disfunktsiyasi rivojlanishi uchun gomotsistein, fibrinogen, xolesterin va S-reaktivli belok darajasi ishonchli ortib bormoqda. Endoteliy disfunktsiyasining ifodalanishi proteinuriya va arterial gipertenziya darajasiga mos keladi. Homiladorlarning PE bilan qon zardobida uzoq vaqt saqlanib qolgan yuqori darajadagi gomotsistein plasenta, gipoksiya va gipotrofiya funksiyalari buzilishlarining rivojlanishi mumkin bo'lgan mexanizmlardan biridir..

**Kalit so'zlar:** erta va kech preeklampsii, uteroplasental qon oqimi, yangi tug'ilgan chaqaloqning holati

Обследовано 120 беременных: 50 с физиологическим течением беременности и 70 беременных с преэклампсией (ПЭ) различной степени в сроки 32-36 недель. У пациенток с ПЭ в сыворотке крови достоверно возрастает уровень гомоцистеина, фибриногена, холестерина и С-реактивного белка, обуславливая развитие дисфункции эндотелия. Выраженность дисфункции эндотелия совпадает с уровнем протеинурии и артериальной гипертензией. Длительно сохраняющийся высокий уровень гомоцистеина в сыворотке крови беременных с ПЭ является одним из возможных механизмов развития ФПН, гипоксии и гипотрофии плода.

В основе многих видов акушерской патологии лежит развитие микроангиопатии и тромбофилии. Такие тяжелые осложнения беременности, как преэклампсия, синдром задержки роста плода (СЗРП), являются одними из самых опасных в акушерской практике. Тяжесть состояния женщины, прогрессирование осложнений заставляют преждевременно прерывать беременность. Дети, рожденные раньше срока, нуждаются в интенсивной терапии и имеют различные осложнения. Одной из причин развития осложнений беременности является гипергомоцистеинемия (ГГЦ). Ее влияние на различные звенья гемостаза приводит к микротромбообразованию и нарушению маточного и фетоплацентарного кровообращения.

В течение последнего десятилетия преэклампсия (ПЭ) в структуре причин материнской смертности занимает 3-4 место [1, 7, 12, 14, 20, 22]. Беременность на фоне ПЭ сопровождается высокой частотой перинатальной заболеваемости (56,9%) и смертностью (12-30%), осложняется преждевременными родами (20-30%) [1, 12]. Успехи в ранней диагностике и профилактике прогрессирования ПЭ зависят от расширения существующих представлений о патогенезе данной патологии. Согласно наиболее признанной гипотезе, причиной развития ПЭ во время беременности является нарушение процессов ремоделирования спиральных артерий в самые ранние сроки гестации [3, 4, 7, ]. Вследствие аномальной плацентации и нарушения перфузии в плаценте высвобождаются факторы, вызывающие распространенную эндотелиальную дисфункцию (ЭД) и синдром системного воспалительного ответа (SSIR), приводящие к полиорганной недостаточности [4, 6, 7]. В последние годы появились данные о возможных генетических факторах риска развития гестационных осложнений, в частности полиморфизма генов, ответственных за развитие эндотелиальной дисфункции и гиперкоагуляции. Наиболее изученной является частота полиморфизма генов ключевых ферментов метаболизма гомоцистеина [3]. Гипергомоцистеинемия сопряжена с повреждением эндотелия и развитием системной воспалительной реакции [8, 11]. Кроме того, патологическое влияние гомоцистеина непосредственно на трофобласт выражается в индукции апоптоза и значительном снижении выработки хорионического гонадотропина [10], способствуя формированию хронической фетоплацентарной недостаточности (ФПН), имеющая мультифакторную природу [2, 5, 9, 17, 20]. В основе данного синдрома лежат патологические изменения в плодово-и/или маточно-плацентарном комплексе с нарушением компенсаторно-приспособительных механизмов на молекулярном, клеточном и тканевом уровнях. При этом нарушаются трофическая, транспортная, эндокринная, метаболическая, антиоксидантная функции плаценты, лежащие в основе патологии плода и новорожденных [13, 20, 18, 19]. Таким образом, определение уровня

гомоцистеина актуально в акушерской практике для прогнозирования осложнений во время беременности и родов.

**Целью** настоящего исследования является изучение значения гипергомоцистеинемии в развитии фетоплацентарной недостаточности и нарушений состояния плода.

**Материалы и методы исследования.**

Нами проведено проспективное исследование 120 беременных. Изучены особенности течения беременности и исходы родов. Клинико- лабораторные исследования всех беременных проводились на сроке 32-36 недель. Критериями включения беременных в исследование были отсутствие противопоказаний для беременности, согласие женщины на участие в исследовании. Критерии исключения: онкологические заболевания, ВИЧ-инфекции, туберкулез, тяжелая соматическая патология, психические заболевания, хронический алкоголизм, наркомания.

В зависимости от наличия/отсутствия ПЭ и степени ее тяжести [1] выделены: 1-я группа (контрольная) – 50 женщины, течение беременности которых не осложнилось развитием ПЭ, 2-я группа – 45 беременных с умеренной ПЭ, 3-я группа – 25 пациенток с тяжелой ПЭ. Средний возраст женщин 1-й группы составил 21,2±1,3 года, 2-я группа – 27,1±0,9 года, 3-й – 28,9±2,6 года. В анализе крови определяли билирубин общий, АЛТ, АСАТ, общий белок, креатинин, мочевины, глюкозу, общий холестерин, протромбиновый индекс, фибриноген, С-реактивный белок (СРБ), гомоцистеин иммуноферментным методом. Наличие хронической ФПН устанавливали при помощи клинических данных и результатов УЗИ (УЗ-фетометрия – наличие синдрома ограниченного роста плода, изменения толщины и структуры плаценты, количества и качества околоплодных вод); данных кардиотокографии (наличие хронической внутриутробной гипоксии плода) с использованием монитора акушерского компьютерного «ВМТ» (Германия). Состояние новорожденных при рождении оценивались по шкале Апгар. Все статистические расчеты были выполнены с помощью пакета программ spss 12.1, StatisticaforWindows 6.0, STADIA6.3 prof.

**Результаты и их обсуждение**

Результаты проведенных исследований показали, что во 2-й и, особенно в 3-й группах, наибольший процент составили женщины возрастной группы 28-37 лет, что возможно объяснить наличием у них анамнезе сопутствующей экстрагенитальной патологии. В этих группах частота самопроизвольных выкидышей или неразвившихся беременностей составили 10-17,4%, преждевременных родов 7-10,6%, осложнений предыдущей беременности: ФПН - 34%, внутриутробной инфекцией 25%, ПЭ - 15%, перинатальные потери отмечены в анамнезе у 7% женщин

Настоящая беременность зачастую протекала с различными осложнениями. К моменту обследования женщин 2-й и 3-й групп предъявляли жалобы на головные боли, отмечено повышение САД и ДАД, отмечена протеинурия различной степени выраженности в зависимости от тяжести состояния пациенток (табл. №1). Выявлено увеличение уровня гомоцистеина в сыворотке крови женщин с ПЭ различной степени тяжести. Так, относительно значений у женщин с физиологическим течением беременности, у пациенток с легкой ПЭ уровень гомоцистеина статистически значимо возрос в 1,52 раза, тогда как у пациенток с тяжелой преэклампсией это повышение составило 1,78 раза. Следует сказать, что у пациенток 2-й группы частота превышения нормативных значений составила 73,9%, выявляясь у 17 обследованных беременных. В то же время у всех пациенток 3-й

группы мы наблюдали высокие значения гомоцистеина в сыворотке крови.

Таблица №1

## Клинико-биохимические показатели беременных с преэклампсией, M±m

Сроки исследования	1-я группа, n=50	2-я группа, n=45	3-я группа, n=25
Уровень гомоцистеина, мкмоль/л	6,33±0,79	18,48±1,34*	25,43±1,76*
Фибриноген, г/л	4,37±0,11	5,68±0,23*	6,82±0,48*
СРБ, мг/л	3,31±0,27	5,99±0,76*	9,96±2,89*
Общий холестерин, ммоль/л	6,15±0,36	7,47±0,31	8,31±0,69*
САД, мм рт.ст	109±7,11	143±6,4	164±2,3
ДАД, мм рт.ст	75±4,3	99±3,4	110±0,8
Головные боль, %	11,8	91,3*	100,0*
Протеинурия, г/сут	-	1,04±0,57*	3,52±0,78*

Примечание: \* - различия между показателями женщин с физиологическим течением беременности и ПЭ достоверны, P<0,05.

Поскольку патофизиологическое действие гомоцистеина в значительной степени связано с нарушением функции эндотелия, можно предположить развитие дисфункции эндотелия у обследованных пациенток с преэклампсией.

Известно, что эндотелий обладает уникальной способностью реагировать на различные гуморальные стимулы окружающей среды продукцией сосудосуживающих и сосудорасширяющих факторов, баланс которых определяет тонус гладкомышечных клеток, являясь весьма важным в регуляции сосудистого тонуса. При длительном воздействии повреждающих факторов, каким является гипергомоцистеинемия, происходит постепенное истощение компенсаторной дилатирующей способности эндотелия и преимущественным ответом эндотелиальных клеток на обычные физиологические стимулы становится гиперпродукция вазоконстрикторных медиаторов.

Наряду с этим в результате нарушения функции эндотелиальных клетки продуцируют аномальное количество коагуляционных факторов, что приводит к смещению баланса между тромбогенными и тромборезистентными свойствами сосудистой стенки в сторону увеличения тромбогенного потенциала [5]. Действительно, анализ уровня фибриногена у пациенток с ПЭ показал прогрессирующее его статистически значимое увеличение в 1,3-1,4 раза, выраженность которой зависела от степени тяжести.

С другой стороны, вследствие аномальной плацентации и нарушения перфузии в плаценте высвобождаются факторы, ответственные за развитие синдрома системного воспаления, приводящие к полиорганной недостаточности [6, 7]. Проведенный нами анализ уровня СРБ в сыворотке крови пациенток с ПЭ показал достоверное повышение данного показателя в 1,81 и 3 раза относительно значений 1-й группы пациенток. Вместе с тем следует сказать, что СРБ обладает проатерогенным, провоспалительным и прокоагулянтным эффектами. Действительно, при анализе содержания общего холестерина в сыворотке крови пациенток с ПЭ установлено его прогрессирующее увеличение. Следовательно, дисфункция эндотелия, развитие гиперкоагуляции и системного воспалительного синдрома могут усугублять имеющиеся нарушения в фетоплацентарной системе и замедлить внутриутробное развитие плода.

Эндотелиальная дисфункция, наблюдаемая при гипергомоцистеинемии, сопровождается десинхронизацией процессов фибринолиза и фибринообразования, вазоконстрикцией, способствует нарушению nidации плодного яйца, инвазии трофобласта. Это обуславливает нарушение плацентации, фетоплацентарного кровотока, развитию хронической плацентарной недостаточности, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, хронической внутриутробной гипоксии плода, гипотрофии плода и ряда осложнений периода новорожденности [3, 15, 16]. В связи с этим, представлял интерес анализ морфометрических параметров плаценты. В процессе исследования последов 2-й и, особенно 3-й

групп, были выявлены патологические изменения, являющиеся морфологическими критериями ХПН. При макроскопическом исследовании плацент показатели массы, объема и площади материнской поверхности плаценты, а также плодово-плацентарного индекса, достоверно отличались от таковых 1-й группы. Отмечалось достоверное увеличение содержания плодового фибриноида и утолщение плацентарного барьера.

Наличие ФПН у пациенток с ПЭ существенно сказывалось на состоянии плода. Так, анализ биофизической активности мозга показал, что дыхательные движения плода, нестрессовый тест подвергаются наибольшим изменениям, имелись расхождения между биофизическими параметрами плода. Известно, что наличием признаков адекватной вариабельности и реактивности сердечного ритма служит надежным гарантом полноценного функционирования витальных систем плодового организма. Снижение вариабельности и отсутствие реактивности, появление вариабельных децелераций свидетельствует о наличии гипоксической альтерации. В наших исследованиях выявлено отсутствие реактивности нестрессового теста у большинства плодов, в 20% случаях обнаружены W-образные вариабельные спонтанные децелерации, свидетельствующие о глубоких нарушениях оксигенации организма плода. При наличии нереактивного нестрессового теста был проведен контрактильный стрессовый тест, который оказался неудовлетворительным у 6 пациенток, что свидетельствует о неподготовленности организма матери к родам.

Анализ исхода беременности показал неблагоприятную ситуацию для плода у пациенток 2-й и 3-й групп.

Наиболее выраженным был уровень гомоцистеина у пациенток с I степенью СЗРП:  $-20,5 \pm 5,0$  мкг/л. У пациенток со II и III степенью СЗРП соответственно  $22,0 \pm 5,5$  и  $24,0 \pm 5,4$  мкг/л ( $p < 0,05$ ).

Из них 21 (70%) ребенок родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов, средняя масса тела составила  $2954,8 \pm 25,6$  г; у 1 (3,3%) пациентки произошла антенатальная гибель плода на сроке 32 недели, несмотря на проводимую терапию. С гипотрофией I степени родились 16 новорожденных (53,3%), II степени – 5 (16,7%), III степени – 3 (10%) новорожденных. Их средняя масса тела составила соответственно  $2550,0 \pm 20,2$  г,  $2140,0 \pm 3,1$  г,  $1910,0 \pm 5,2$  г; средний рост –  $45,1 \pm 2,1$  см. Здоровыми родились лишь 5 (16,7%) новорожденных. Следует подчеркнуть, что своевременная диагностика тромбофилии и гипергомоцистеинемии у беременных с СЗРП позволяет своевременно назначить патогенетически обоснованное лечение и тактику ведения, что позволит улучшить перинатальные исходы, что исключительно важно для решения вопросов профилактики перинатальной заболеваемости и смертности.

Частота преждевременных родов у них в 2-3 раза превышала таковые 1-й группы. Наиболее частыми осложнениями были несвоевременное излитие околоплодных вод. Частота кесаревых сечений составила соответственно 2-й и 3-й группам 21,7 и 33,3%.

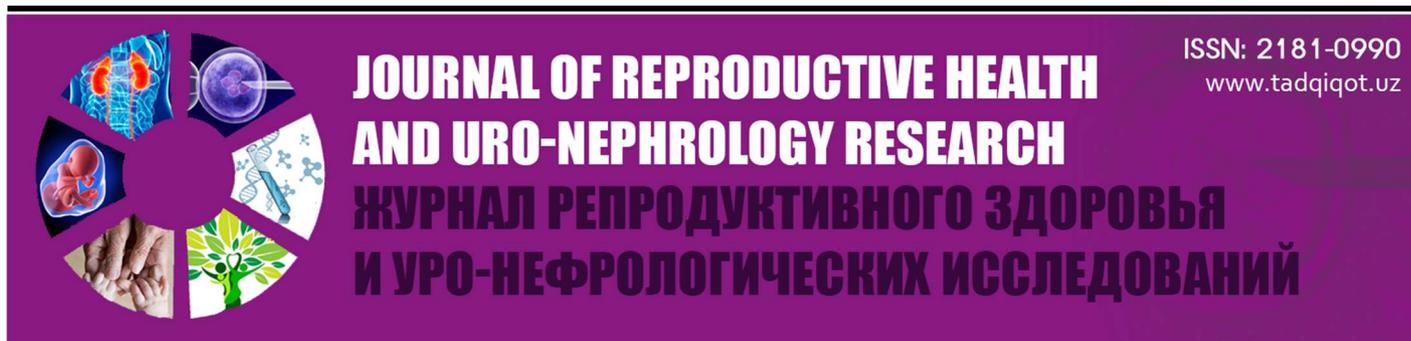
Исход родов для плода, течение периода новорожденности были проанализированы у 53 детей. Гестационный возраст к моменту рождения колебался от 32 до 40 недель беременности. Масса доношенных новорожденных колебалась от 2876 до 3820 г., недоношенных – от 1176 до 2380 г. Масса-ростовые показатели новорожденных от матерей с ПЭ были достоверно ниже, чем у пациенток с физиологическим течением беременности, что закономерно и обусловлено высокой частотой преждевременных родов, а также задержкой внутриутробного развития плода у беременных этой группы. Асфиксии различной степени тяжести достоверно чаще отмечались во 2-й и 3-й группах.

По результатам наших исследований можно сделать следующие выводы:

1. У пациенток с ПЭ в сыворотке крови достоверно возрастает уровень гомоцистеина, обуславливая развитие дисфункции эндотелия.
2. Высокий уровень гомоцистеина проявляется на фоне гиперфибриногенемии, гиперхолестеринемии и высокого значения СРБ, что совпадает с уровнем протеинурии и артериальной гипертензией.
3. Высокий уровень гомоцистеина в сыворотке крови беременных с ПЭ является одним из возможных механизмов развития ФПН и гипотрофии плода, низких уровней массо-ростовых показателей и оценки по шкале Апгар.

## Список литературы

1. Афанасьева П.В., Стрижаков А.Н. Исходы беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2004. - № 3 (2). - С.7- 13.
2. Васильев Г.А. и соавт. Роль нарушений обмена гомоцистеина в патологических процессах // Российские биомедицинские исследования. 2022г. Т1, №7, с 45-55.
3. Газиева И.А., Чистякова Г.Н., Ковалев В.В. Полиморфизм генов фолатного обмена и показатели функционального состояния эндотелия в ранние сроки беременности: факторы риска развития гестационных осложнений // Акушерство и гинекология. - 2013. - №1. - С.57-62. (8, 11, 12, 13, 14)
4. Каттаходжаева М.Х. Гайбуллаева Д.Ф. Значение гипергомоцистеинемии в развитии плацентарных изменений при преэклампсии. // «Инновационные технологии в науке нового времени». Международно-практическая конференция. Москва. 12 июня 2017 г. с.9-14
5. Каттаходжаева М.Х. Гайбуллаева Д.Ф. // Биофизическая активность плода в прогнозировании состояния новорожденных при преэклампсии // Сборник научных трудов съезда педиатров «Проблемы усовершенствования и модернизации охраны здоровья детей в Узбекистане», Ташкент, 2014.
6. Каттаходжаева М.Х. Гайбуллаева Д.Ф. // Значение гипергомоцистеинемии в развитии фетоплацентарной недостаточности при преэклампсии. /, Материалы международной научно-практической конференции «Инновационные технологии в науке нового времени», Москва, 12.07. 2017 г., с.9
7. Каттаходжаева М.Х. Гайбуллаева Д.Ф. // Клинико-биохимические аспекты гипергомоцистеинемии при преэклампсии / Назарий ва Клиник тиббиёт журнали; 2019, №5, стр. 35-37
8. Kattakhodjaeva M.H., Gaybullayeva D.F. // The effect of uterine myoma on the course and outcome of pregnancy/ 21 European Congress on Gynecological Oncology 2019 г. , 2-5 ноября Афины, стр. 158
9. Кулаков В. И., Орджоникидзе И.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. Руководство для врачей.- М., 2004.- 494 с.
10. Репина М.А., Сумская Г.Ф., Лапина Е.Н. Наследственные нарушения системы гемостаза и беременность: Методические рекомендации. СПб.: Издательство Н-Л.- 2008.- 40с.
11. Рябова Т.И., Попова Т.П., Сиротин Б.З. Концентрация гомоцистеина в сыворотке крови у коренного и пришлого населения Приамурья. // Клиническая лабораторная диагностика.- 2012.- №4.- С.16-19.
12. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И. и др. Неотложные состояния в акушерстве: Руководство для врачей.- М.: GEOTAR-Media.- 2011.- 784с.
13. Сидорова И.С., Макаров И.О. Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности.- М.: МИА, 2005.- 296 с.
14. Справочные данные Минздрава России РФ.- М.: ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад.В.И. Кулакова».- 2008.
15. Трифонова Е.А., Габидулина Т.В., Агаркова Т.А. и др. Гомоцистеин, полиморфизмы гена MTHFR и осложнения беременности. // Акушерство и гинекология.- 2011.- №2.- С.8-15.
16. Фетисова И.П., Посисеева Л.В., Ноликов А.В. Наследственные факторы при различных формах нарушения репродуктивной функции супружеской пары.- Иваново: Издательство «Иваново», 2009.- 240с.
17. Amato N.A., Maruotti G., Schillitani G. Et al. Placental insufficiency and intrauterine growth retardation // Munerva Ginecol.- 2007.- Vol.59 (4).- P.357-367.
18. Cetin I., Alvino G. Intrauterine growth restriction: implications for placental metabolism and transport. // Placenta.- 2009.- Vol.30 (A).- P. 77-82.
19. Chaudhry S.H., Taljaard M., MacFarlane A.J. et al. The determinants of maternal homocysteine in pregnancy: findings from the Ottawa and Kingston Birth Cohort. Public Health Nutr. 2020; 23(17): 3170–80.
20. Haram K., Softeland E., Bukowski R. Intrauterine growth restriction. // Int. J. of Gynecology and Obstetrics.- 2006.- Vol.93 (1).- P.5-12.
21. Mandruzzato G., Antsaklis A., Botet F. Et al. Intrauterine restriction (IUGR). // J. Perinat Med.- 2008.- Vol. 36 (4).- P.277-281.
22. Steegers E.A., von Dadelszen P., Duvercot J.J., Pijnenborg R. Pre-eclampsia // Lancet.- 2010.- Vol.376.- P.631-644.



УДК 513.626-005.5-025.13

**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**Доктор медицинских наук  
профессорТашкентский государственный стоматологический институт  
Ташкентская Медицинская Академия

Ташкент, Узбекистан

**Назирова Муяссар Убаевна**Ташкентский государственный стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан**ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ****For citation:** Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna, Gaybullaeva Dinara Fatxulla Nazirova Muyassar Ubayevna., Features of hemostasis parameters in non-developing pregnancy, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.27-31 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7419005>**АННОТАЦИЯ**

Неразвивающаяся беременность – одна из наиболее серьезных и актуальных проблем современного акушерства как в клиническом, так и в социальном аспекте, т.к. частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь достаточно высока (10-20%). Задержка погибшего плода в полости матки представляет большую угрозу не только здоровью, но и жизни женщины. Наиболее выраженные изменения связаны с системой гемостаза женщины, что обуславливает повышенный риск кровотечений не зависимо от способа прерывания неразвивающейся беременности. Проведенно исследование параметров гемостаза, коагуляционных свойств крови, свертывающей и противосвертывающей систем. Доказано, что с увеличением сроков задержки погибшего плодного яйца в полости матки возрастают гемостазиологические нарушения, что можно рассматривать как критерии прогнозирования кровотечений при прерывании.

**Ключевые слова:** неразвивающаяся беременность, гемостаз, коагуляционные свойства крови, аборт.**Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna**Doctor of Medical Sciences  
ProfessorTashkent State Dental Institute  
Tashkent Medical Academy

Tashkent, Uzbekistan

**Nazirova Muyassar Ubayevna**Tashkent State Dental Institute  
Tashkent, Uzbekistan**FEATURES OF HEMOSTASIS PARAMETERS IN NON-DEVELOPING PREGNANCY****ABSTRACT**

Non-developing pregnancy is one of the most serious and urgent problems of modern obstetrics, both in clinical and social aspects, because the frequency of this pathology in the structure of reproductive losses is quite high (10-20%). The delay of the dead fetus in the uterine cavity poses a great threat not only to health, but also to the life of a woman. The most pronounced changes are associated with the woman's hemostasis system, which causes an increased risk of bleeding, regardless of the method of terminating an undeveloped pregnancy. A study of the parameters of hemostasis, coagulation properties of blood, coagulation and anticoagulation systems was carried out. It has been proven that with an increase in the delay of a dead fetal egg in the uterine cavity, hemostasiological disorders increase, which can be considered as criteria for predicting bleeding during interruption.

**Key words:** non-developing pregnancy, hemostasis, coagulation properties of blood, abortion.**Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna**Tibbiyot fanlari doktori  
professorToshkent davlat stomatologiya institute  
Toshkent tibbiyot akademiyasi

Toshkent, O'zbekiston  
**Nazirova Muyassar Ubayevna**  
 Toshkent davlat stomatologiya instituti  
 Toshkent, O'zbekiston

## RIVOJLANMAYDIGAN HOMILADORLIKDA GEMOSTAZ PARAMETRLARINING XUSUSIYATLARI

### ANNOTATSIYA

Rivojlanmaydigan homiladorlik zamonaviy akusherlikning ham klinik, ham ijtimoiy jihatdan eng jiddiy va dolzarb muammolaridan biridir, chunki reproduktiv yo'qotishlar tarkibida ushbu patologiyaning chastotasi ancha yuqori (10-20%). Bachadon bo'shlig'ida o'lik homilaning kechikishi nafaqat sog'liq uchun, balki ayolning hayoti uchun ham katta xavf tug'diradi. Eng aniq o'zgarishlar ayolning gemostaz tizimi bilan bog'liq bo'lib, bu rivojlanmagan homiladorlikni to'xtatish usulidan qat'i nazar, qon ketish xavfini oshiradi. Gemostaz parametrlari, qonning koagulyatsion xususiyatlari, koagulyatsion va antikoagulyatsion tizimlar o'rganildi.

Bachadon bo'shlig'ida o'lik xomilalik tuxumning kechikishi ortishi bilan gemostazologik buzilishlar kuchayishi isbotlangan, bu uzilish paytida qon ketishini bashorat qilish mezonlari sifatida ko'rib chiqilishi mumkin.

**Kalit so'zlar:** rivojlanmagan homiladorlik, gemostaz, qonning koagulyatsion xususiyatlari, abort

Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся выкидыш (missed abortion) в течении I триместра, т.е. гибель эмбриона с длительной задержкой его в полости матки неразвивающаяся беременность, имеющая отдельный шифр в Международной статистической классификации, болезней 10 пересмотра (1995). Проблема неразвивающейся беременности чрезвычайно актуальна как в клиническом, так и в социальном аспекте, т.к. частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь достаточно высока (10-20%). Задержка погибшего плода в полости матки представляет большую угрозу не только здоровью, но и жизни женщины (1,6,7).

Многие вопросы патогенеза неразвивающейся беременности являются предметом дискуссии. Недостаточно ясны причины задержки эмбриона в полости матки после его гибели и факторы обуславливающие патологическую инертность матки.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в антенатальной охране плода, в ряде случаев под влиянием различных неблагоприятных факторов наступает внутриутробная смерть плода.

Наиболее частыми причинами неразвивающейся беременности являются эндокринные, иммунные нарушения у матери, персистирующий эндометрит, хромосомные аномалии. В то же время в 26-66% случаев причину неразвивающейся беременности выяснить не удается (8)

Наиболее часто самопроизвольное прерывание беременности наблюдается в I- триместре беременности, причем по типу неразвивающейся беременности в 45-88,6% случаев (9,10)

При изучении причин неразвивающейся беременности в I-триместре беременности выявлено, что в 70% она чаще всего обуславливается хромосомными аномалиями, в том числе аутомсомными трисомиями (55%), х-моносомии -20%, полиплодиями -20%, структурными аномалиями-5% вследствие оплодотворения дефективными половыми клетками

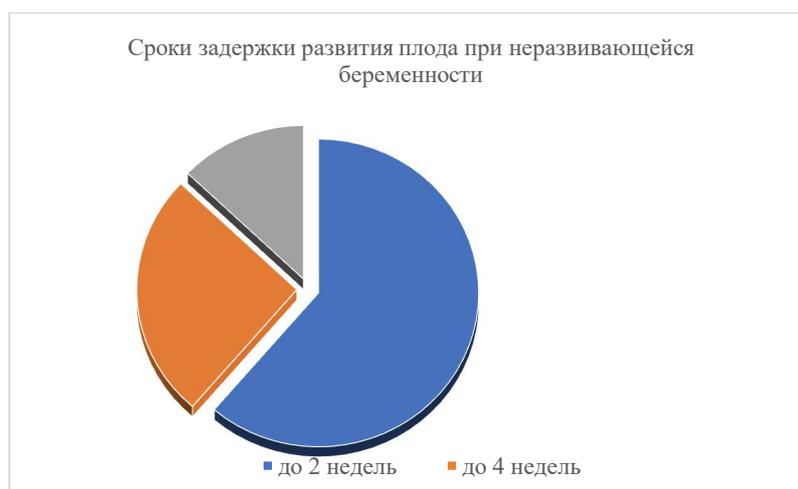
**Целью** данного исследования – изучение параметров гемостаза при неразвивающейся беременности для определения критериев прогнозирования кровотечения.

### Материал и методы исследования

Обследовано 62 женщины в возрасте от 19-37 лет с неразвивающейся беременностью в сроках от 5 до 12 недель. В контрольную группу входили 30 здоровых беременных женщин в сроках от 5 до 12 недель.

В основной группе у 20 женщин беременность -I, у 16 -вторая и у 28- третья или четвертая беременность. В контрольной группе у 12 женщин беременность -I, у 14 вторая беременность, у 4 третья беременность.

У 38 женщин с неразвивающейся беременностью с пребыванием плодного яйца в матке менее 2-х недель, 16 женщин с пребыванием мертвого плода в течении 2-4 недель, 8 женщин с внутриутробной задержкой погибшего эмбриона до 6 недель



Эстрагениальные заболевания выявлены у 29 женщин, в том числе хронический тонзиллит-10, анемия – 18, хронический холецистит – 12, диффузное увеличение щитовидной железы 1-2 степени у 6. ОРВИ во время беременности – 10, а также воспалительные заболевания гениталий- 18, кольпит-18, первичное бесплодие в течении 4-5 лет- 6.

Наши исследования показали, что наиболее информативным методом диагностики неразвивающейся беременности является УЗИ (3). Оно дает возможность установить неразвивающуюся беременность задолго до появления клинических симптомов, что позволяет своевременно провести соответствующие мероприятия.

Всем пациенткам ( и супругу) при поступлении в клинику проведено обследование на наличие инфекции TORCH-комплекса методом полимеразной цепной реакции и методом ИФА. Исследование гемостаза крови (АФС), коагулограмма, биохимические исследования, общий ан.крови, мочи, группа крови, анализ выделений.

При исследовании были исследованы оценочные тесты системы гемостаза: суммарная активность факторов свертываемости-активированное время рекальцификации (АВР); активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ); протромбиновый индекс (ПИ) по Quick (1961), определение концентрации фибриногена по Рутбергу (1961); эталонный тест по Godal, Abildgar (1982); протамин-сульфатный по Niluwirovuskic (1981), фибринолиз, толерантность плазмы к гепарину, активность фактора хiii, изучение функциональной активности тромбоцитов при воздействии индукторами агрегации АДФ по З.С.Баркогону (1988). Для оценки состояния эндотелия капилляров определялся уровень фактора Виллебранда крови (ФВ), содержание которого увеличивается при его повреждении ( Михайлов В.Г. 1986).

Выбор метода прерывания – медикаментозный-синтетическим простагландином Е мизопростолом. Второй метод вакуум-аспирация.

### Результаты и обсуждение

Одной из частых причин перинатальной заболеваемости и смертности является внутриутробная инфекция. Частота возникновения зависит от вида возбудителя, состояния плода, срока гестации.

А.В.Мещерякова, Е.М.Демидова (2001) считают, что у каждой второй женщины с хроническим воспалением урогенитальных органов, у 30-57% женщин, страдающих бесплодием, и у 25-87% пациенток с невынашиванием беременности можно диагностировать хламидий. Возможность трансплацентарной передачи хламидийной инфекции подтверждена обнаружением хламидий в органах и тканях плода (11)

Задержка плодного яйца в матке приводит к значительным изменениям всех основных показателей свертывающей системы крови. Одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости и смертности является внутриутробная инфекция (5). Возбудителями внутриутробной инфекции являются более 27 видов бактерий, вирусы, паразиты, 6 видов грибов, 4 вида простейших и риккетсии (6).

Для обозначения группы внутриутробных инфекции, вызывающих поражения центральной нервной системы плода, предложена аббревиатура TORCH- toxoplasmosis, other (другие инфекции), rubella (краснуха), cytomegalia (цитомегалия), herpes simplex (герпесная инфекция). Своевременная диагностика этих патологий имеет большое значение для снижения пренатальной патологии.

Все женщины прошли УЗИ. При исследовании на TORCH инфекции у 7 выявлен один вид возбудителя – хламидий, а в остальных случаях инфицированность носит смешанный характер. Наиболее распространенный вариант: вирусно-бактериальный ( вирус простого герпеса + цитомегаловирус + хламидий, вирус простого герпеса + уреоплазма, хламидий + уреоплазма + candida).

Таблица 1.

Распространенность ИППП у женщин с неразвивающейся беременностью

Количество	Название ИППП
12	Хламиди + ЦМВ
22	ВПГ + уреоплазма
21	Хламиди + уреоплазма + candida
7	хламидий

Показатели общеоценочных тестов состояния системы гемостаза во время беременности сравнивали с аналогичными параметрами у соматически здоровых беременных женщин. Все женщины к моменту обследования не принимали гормональные или какие либо другие препараты, способные влиять на свертывание крови. Частота выявляемости инфекции передающийся половым путем у женщин с неразвивающейся беременностью была сравнительно высокой и в среднем составило 25-33%. Как известно, основная масса возбудителей ИППП эндотелиотропно и часто сопровождаются выделением эндотелиоплазматических факторов свертывания крови при гибели эндотелиоцитов. Изложенные данные дают возможность заключить, что сосудистая стенка играет чрезвычайно важную роль в обеспечении гемостатических реакций, так как причины вызвавшие нарушения целостности или изменения функциональной активности стенки сосуда приводит инициации процессов направленных с одной стороны на уменьшения выраженности геморагических проявлений, а с другой стороны на ограничения процессов тромбообразования. Однако, при наличии таких факторов как гипоксия, вирусы, токсины, циркулирующие иммунные комплексы, гемодинамические факторы, цитокины, сопровождающийся дисбалансом протромбогенных и антитромбогенных сосудистых факторов, может способствовать развитию неконтролируемой коагуляции крови. Выше сказанное свидетельствует, что гибель эндотелиоцитов при неразвивающейся является пусковым моментом активации сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза. Проведенные нами исследования, по изучению характера изменений эндогенных токсинов и циркулирующих иммунных комплексов показало (таблица 1), что у женщин с неразвивающейся беременностью наблюдается достоверный рост концентрации ЦИК и СМП в крови по мере увеличения срока гибели плода. По мнению Габриэля Н.И.

и соав. (1985) СМП адсорбируясь на эндотелии сосудисто стенки могут быть одной из причин гибели эндотелиоцитов. Kilpatrick J.M. et.av. (1987) в своих работах доказывает, что ЦИК стимулирует взаимодействие лейкоцитов и эндотелиальных клеток сосудов, в результате чего происходит повреждение эндотелиоцитов.

При исследовании уровня фактора Виллебранда крови отмечено (табл. 1), что наибольшее его повышение имеют место у 82,5 % женщин с неразвивающейся беременностью сроком более 6 недель и составило 121,5 +- 0,14 % по сравнению 73,2 +- 0,3% в грешпе сравнения (р - 0,05). У 8 пациентов, уровень фактора Виллебранда достигал максимальных цифр ( 181,4- 199,6%). У женщин с неразвивающейся беременностью сроком 2-4 недели уровень фактора Виллебранда составило 98,7 +- 0,08%, что на 26% превысила контрольные значения.

Стимуляция эндотелиоцитов эндотоксином и ЦИК не только повреждают ее, но также является одной из причин повышения тромбоцитарной активности эндотелия. т.е. усиления синтеза апопротеина, ИЛ-1.

Анализ суммарной активности факторов внешнего и внутреннего звена системы свертывания крови по данным АВР и АТВ показал, что у женщин с неразвивающейся беременностью отмечено достоверное повышение суммарной активности факторов, особенно у беременных с задержкой более 6 недель. Количество тромбоцитов у всех обследуемых групп беременных достоверно снижалось и составило 148,0+- 9,8. 10<sup>9</sup>л против 264,2 +- 11,4. 10<sup>9</sup>л. Из представленных результатов (таблица №1) видно, что концентрация фиброгена у обследуемых больных достоверно повышается. Особенно существенных значений она достигает у женщин внутриутробной задержкой погибшего плода 6 и более недель (р 0,05). Фибринолитическая активность была снижена за счет максимального увеличения содержания ингибитора

активатора плазминогена. Агрегационные свойства тромбоцитов у женщин с неразвивающейся беременностью до 2-4 недель задержки имела тенденцию к активации и ускорению реакции тромбоцитов на воздействие экзогенного (АДФ) индуктора агрегации. С увеличением срока гибели плода до 6 и более недель наблюдалось удлинение во времени агрегационной активности тромбоцитов, что указывает на состояние гиподисфункции кровяных пластинок. По мере увеличения содержания фибриногена в крови и гиподисфункции тромбоцитов отмечается снижение активности фибринстабилизирующего фактора (Ф-х//) в среднем на 38% от исходного. По-видимому, это облегчает лизис локальных отложений фибрина под действием тканевых факторов. Многие исследователи связывают это с повышением потенциала свертывания крови, достоверное увеличение высокомолекулярных ПДФ и положительный протамин

сульфатный тест свидетельствовало о повышенном обороте фибриногена у женщин с неразвивающейся беременностью. На этом фоне наблюдаются низкие значения антитромбина 3 у 41,4 и 74,3% больных соответственно. Полученные данные говорят о том, что у женщин с неразвивающейся беременностью начиная с 4-6 недель задержки развития плода гиперкоагуляционный синдром может осложняться тромбофилией, т.е. гиперкоагуляционной фазой острого ДВС синдрома, которая переходит в гипокоагуляционную фазу острого ДВС- синдрома. При гипокоагуляционной фазе ДВС синдрома, клинически могут появиться признаки полиорганной патологии, а лабораторно-несвертываемостью крови в пробирке, потреблением факторов свертывания (снижением уровня протромбина, фибриногена, тромбоцитов, высоким уровнем ПДФ.

Таблица 2.

Некоторые показатели системы гемостаза у женщин с неразвивающейся беременностью.

	Гематокрит (%)	Тромбоциты 10/л	АВР (сек)	АЧТВ (сек)	Протромбин индекс (%)	Фибриноген (г/л)	РКМФ Этамола тест	ПОФ Протамин сульфат тест	Фибринолит. Актив. г/л	Фибриноза (сек)	Фибрин стабилиз фактор (%)	Толерантность плазмы к гепарину мин.	Гемолизат		Фактор Виллебранда
													2 раза (сек)	Агрегационный тест (сек)	
Здоровые беремен. n=16	40,1 ± 0,8	264,2 ± 11,4	62,4 ± 1,7	35,2 ± 2,4	98,0 ± 0,6	2,21 ± 0,1	-	-	0,93 ± 0,01	69,8 ± 1,3	66,4 ± 1,3	9,4 ± 0,6	13,8 ± 0,41	36,3 ± 0,89	73,2 ± 0,3
Задержка до 2 нед. n=38	38,0 ± 0,7 p>0.01	204,0 ± 9,8 p<0.05	70,0 ± 2,1 p<0.05	43,0 ± 1,8 p<0.05	92,0 ± 1,1 p<0.05	3,1 ± 0,2 p<0.05	-	-	1,4 ± 0,02 p<0.05	70,0 ± 1,4 p>0.01	80,0 ± 1,9 p<0.05	18,0 ± 0,6 p<0.05	13,0 ± 0,51 p>0.04	27,0 ± 0,73 p<0.05	78,4 ± 0,8 p<0.05
Задержка 2-4 нед. n=14	42,0 ± 1,8 p>0.01	180,6 ± 11,2 p<0.05	72,0 ± 3,4 p<0.05	46,0 ± 2,1 p<0.05	92,6 ± 3,6 p<0.05	3,3 ± 0,3 p<0.05	+	-	1,6 ± 0,01 p<0.05	76,1 ± 2,2 p<0.05	92,6 ± 2,3 p<0.05	29,8 ± 0,33 p<0.05	11,6 ± 0,31 p<0.05	22,0 ± 0,14 p<0.05	88,4 ± 1,6 p<0.05
Задержка до 6 нед. n=8	46,0 ± 1,7 p<0.05	160,7 ± 14,7 p<0.05	76,0 ± 2,8 p<0.05	50,0 ± 1,9 p<0.05	96,0 ± 3,8 p<0.05	3,8 ± 0,2 p<0.05	++	+	1,8 ± 0,01 p<0.05	80,0 ± 2,8 p<0.05	105,0 ± 3,9 p<0.05	35,0 ± 0,91 p<0.05	10,3 ± 0,89 p<0.05	40,0 ± 0,71 p<0.01	114,0 ± 7,6 p<0.05
Задержка более 6 нед. n=8	48,0 ± 1,4 p<0.05	148,0 ± 9,8 p<0.05	80,0 ± 3,1 p<0.05	52,6 ± 1,4 p<0.05	100,0 ± 4,8 p>0.01	4,6 ± 0,14 p<0.05	+++	+	2,1 ± 0,04 p<0.05	88,0 ± 2,6 p<0.05	110,0 ± 5,1 p<0.05	45,0 ± 0,73 p<0.05	9,2 ± 0,51 p<0.01	46,0 ± 1,21 p<0.05	121,5 ± 10,9 p<0.05

Данная ситуация требует соответствующих мероприятий для перевода гипокоагуляционной фазы в гиперкоагуляционную фазу ДВС- синдрома, а затем в гиперкоагуляционный синдром. Однако необходимо подчеркнуть, что терапия

гиперкоагуляционных синдромов является индивидуализированной и специфичной. В терапии гиперкоагуляционного синдрома, развивающегося в ответ на повреждение эндотелия, терапия отличается многообразием;

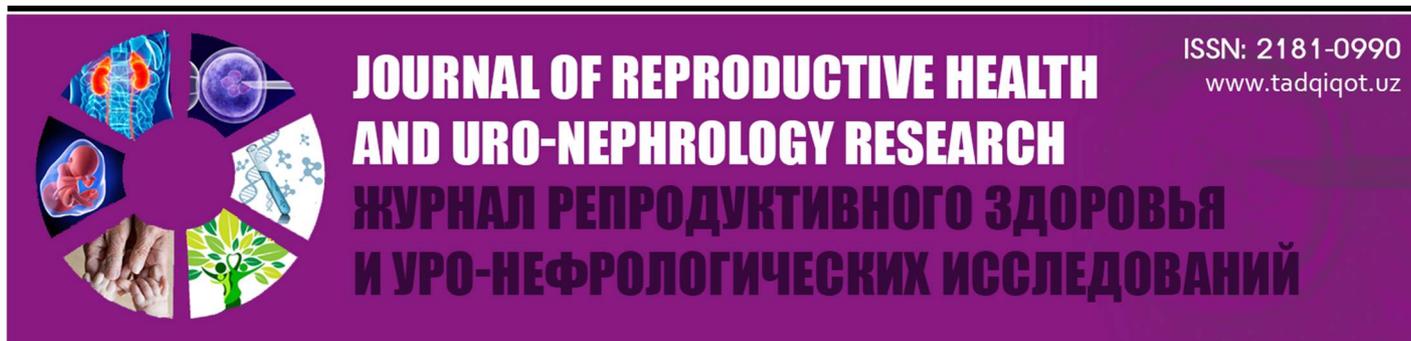
т.е. учитывается эндогенная интоксикация- накопление ЦИК, повышение фактора Виллебранда и потеря плазменной части крови за счет нарушения целостности сосудистой стенки.

#### ВЫВОДЫ.

1. В формировании гиперкоагуляционного синдрома у женщин с неразвивающейся беременностью имеет значение высокая частота экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, с превалированием заболеваний инфекционно-воспалительного характера, а также активация механизмов свертывания крови.
2. У женщин с пребыванием мертвого плода в течении 2-4 недель гиперкоагуляционный синдром формируется на фоне повреждения сосудистого эндотелия (эндотелиопатии), сопровождается активацией свертывания крови как по внешнему, так и внутреннему механизму при участии тромбопластина, которому противостоит активность системы фибринолиза.
3. У женщин с пребыванием мертвого плода течении 6 недель и более, гиперкоагуляционный синдром переходит в гиперкоагуляционную фазу острого ДВС синдрома, а иногда может перейти в гипокоагуляционную фазу острого ДВС синдрома, которая сопровождается клинически не резким снижением свертываемости крови, кровоточивостью, понижением уровня тромбоцитов, резким повышением уровня ПДФ.

#### Список литературы

1. Демидова Е.М. //Патогенез привычного выкидыша// автореферат диссер.д.м.наук -Москва 1993.-52с.
2. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях а акушерской практике.-Новгород 1995.-281с.
3. Каттаходжаева М.Х., Гайбуллаева Д.Ф.//Значение гипергомоцистеинемии при невынашивании беременности// 75 Международная конференция молодых ученых. Москва 2021.стр.34-37.
4. Каттаходжаева М.Х., Назирова М.У. //Эффективность применения простагландина Е-мизопростола в прерывании неразвивающейся беременности // Журнал теоретической и клинической медицины. 2003.№1-С.51-53.
5. Каттаходжаева М.Х. , Абдуллаева Л.С., Сулейманова Н. Ж.// Практические контраверсии в профилактике послеродовых акушерских кровотечений / JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH, 2022г. № 2 ., Стр. 35-39
6. Кулаков В.И., Сидельникова В.М. \Акуш.и гинеколог.// -1996 №4 -С.3-5
7. Каттаходжаева М.Х., Гайбуллаева Д.Ф Клинико-биохимические аспекты гипергомоцистеинемии при преэклампсии.//Назарий ва Клиник тиббиет журнали; 2019,№5,стр.35-37.
8. Нематова З.Г., Курбанов Д.Д.//Тактика ведения при неразвивающейся беременности//Методические рекомендации Тошкент 1999.- 10с.
9. Неразвивающаяся беременность в анамнезе: реабилитация и подготовка к следующей гестации. Методические рекомендации Марс версия 2,0 Москва 2021.
10. Назирова М.У.//Эффективность применения простагландинов в прерывании неразвивающейся беременности//.Диссер.к.м.наук - 2005 145с.
11. A. Avezov, Kattakhodjaeva M.H., F. Boltoeva, S. Yuldasheva// Study of the development level of risk factors in Dangerous tumors causing lonely arterial Thromboembolia/ International Journal of Advanced Science and Technology Vol. 29, No. 5, (2020), pp. 1751-1760
12. Сафарова Г.А., Игитова М.Б., Гуревич Н.Л. Эффективность прегвидарной подготовки женщин со спорадическим случаем неразвивающейся беременности \ Бюллетень медицинской науки. -2020.-№3- С.21-23.
13. Kirk E, Ankum P., Gakab et al/ Eshre working group on Ectopic Pregnancy; Terminology for describing normally sited and ectopic pregnancies on ultrasound; ESHRE recommtndations for good hractice // Hum.Reprod.Open.-2020.-№4 -P.hoaa 055.(PMID 33354626).
14. Zhang L., Liu W., Hou K et al Air pollution-induced missed abortion risk for pregnancies //Nature Sustainability.- 2019.-Vol.2.-№11ю-С.1011-1017.



УДК: 618.2-07:616-021.2-0 03.96

**Комилова Мастура Сафаровна**Ташкентский государственный стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан**Пахомова Жанна Евгеньевна**Городской родильный комплекс №6  
Ташкент, Узбекистан**ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЦИТОКИНЫ: РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ  
НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ****For citation:** Komilova Mastura Safarovna, Pakhomova Zhanna Evgenievna, Endothelial dysfunction and cytokines: a role in the development of premature department of a normally located placenta, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.32-35

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7418824>
**АННОТАЦИЯ**

Для нормального развития и функционирования плаценты важно равновесие между различными механизмами ангиогенеза, а также баланс между процессами ангиогенеза и апоптоза, который поддерживается соотношением проангиогенных и антиангиогенных факторов, секретируемых как самими эндотелиальными клетками, так и клетками микроокружения. Изменение равновесия цитокинов и сосудистых факторов роста в микроокружении эндотелиальных клеток лежит в основе патологических нарушений плацентации, гестации на разных сроках беременности и преждевременных родов.

**Ключевые слова:** Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эндотелиальная дисфункция, беременные.**Komilova Mastura Safarovna**Tashkent State Dental Institute  
Tashkent, Uzbekistan**Pakhomova Zhanna Evgenievna**City maternity complex №6  
Tashkent, Uzbekistan**ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AND CYTOKINES: A ROLE IN THE DEVELOPMENT OF PREMATURE DEPARTMENT  
OF A NORMALLY LOCATED PLACENTA****ABSTRACT**

For the normal development and functioning of the placenta, it is important to have a balance between various mechanisms of angiogenesis, as well as a balance between the processes of angiogenesis and apoptosis, which is maintained by the ratio of proangiogenic and antiangiogenic factors secreted by both the endothelial cells themselves and the cells of the microenvironment. Changes in the balance of cytokines and vascular growth factors in the microenvironment of endothelial cells underlie pathological disorders of placentation, gestation at different stages of pregnancy, and preterm birth.

**Key words:** Premature detachment of a normally located placenta, endothelial dysfunction, pregnant women.**Komilova Mastura Safarovna**Toshkent davlat stomatologiya institute  
Toshkent, O'zbekiston**Pakhomova Zhanna Evgenievna**№6 shahar tug'ruq majmuasi  
Toshkent, O'zbekiston**ENDOTELIAL DISFUNKSIYA VA SĪTOKINLARNING: NORMAL JOYLASHGAN YOLDOSNING VAQTIDAN OLDIN  
KOCHISHINI RIVOJLANISHDAGI ROLI****ANNOTATSIYA**

Platsentaning normal rivojlanishi va ishlashi uchun angiogenezning turli mexanizmlari o'rtasidagi muvozanat, shuningdek, ajralib chiqadigan proangiogen va antiangiogen omillar nisbati bilan saqlanadigan angiogenez va apoptoz jarayonlari o'rtasidagi muvozanatda endotelial

hujayralarning o'zlari va mikromuhit hujayralari muhim ahamiyatga ega. Platsentatsiya, homiladorlikning turli bosqichlarida homiladorlik va erta tug'ilishning patologik buzilishlari asosida endotelial hujayralar mikromuhitida sitokinlar va qon tomir o'sish omillari muvozanatining o'zgarishi yotadi

**Kalit so'zlar:** normal joylashgan yuldoshning muddatidan oldin kochishi, endotelial disfunktsiya, homilador ayollar

Введение: на данный момент накоплен значительный фактический материал о роли дисфункции эндотелия в патогенезе преэклампсии, фетоплацентарной недостаточности и при преждевременных родах. Известно, что роль эндотелия сосудов заключается в поддержании нормального артериального давления, обеспечении эндотелиозависимой релаксации сосудов и адекватной адгезивности эндотелиальной выстилки. Одной из значимых причин, способных вызвать нарушение функционального состояния эндотелия, может быть гиперсекреция эндотелина-1 и недостаточное высвобождение эндотелиального расслабляющего фактора (EDRF), связанного по мнению многих исследователей с оксидом азота – NO [1,3,6]. Рядом исследований показано, что эндотелиальные клетки экспрессируют рецепторы VEGF-R, в то время как VEGF, экспрессируют клетки трофобласта, обеспечивая тем самым дифференцировку, миграцию и пролиферацию эндотелиальных клеток, формирование новой сосудистой сети. Материнские сосуды трансформируются так, чтобы обеспечить маточно-плацентарную циркуляцию крови. Инвазия трофобласта происходит глубоко в материнские спиральные артерии, которые полностью разрушаются, а плацентарный лабиринт представляет собой открытые окончания спиральных артерий. Последующее формирование сосудистой сети плаценты идет путем ангиогенеза [2,4,5].

В последние десятилетия многочисленные исследования ученых все чаще указывают на значимость системного воспалительного ответа в развитии таких осложнений беременности, как привычная потеря беременности, преждевременные роды, синдром плацентарной недостаточности, задержка внутриутробного роста плода, внутриутробная инфекция, преэклампсия [1]. Факторами, реализующими системную воспалительную реакцию (СВР), являются провоспалительные цитокины, продукты оксидативного стресса, липиды, нейтрофилы и тромбоциты. Развитие воспалительной реакции приводит к нарушению процессов плацентации и последующим осложнениям беременности. Рост концентрации таких провоспалительных цитокинов, как фактор некроза опухоли (TNF- $\alpha$ ), интерферон  $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ) ассоциируется с преждевременными родами, преэклампсией. Снижение уровня противовоспалительных цитокинов: интерлейкина-4 (IL-4), IL-10 – со спонтанными абортными в I триместре беременности.

Таким образом, для нормального развития и функционирования плаценты важно равновесие между различными механизмами ангиогенеза, а также баланс между процессами ангиогенеза и апоптоза, который поддерживается соотношением проангиогенных и антиангиогенных факторов, секретируемых как самими эндотелиальными клетками, так и клетками микроокружения. Изменение равновесия цитокинов и сосудистых факторов роста в микроокружении эндотелиальных клеток лежит в основе патологических нарушений плацентации, гестации на различных сроках беременности и преждевременных родов [3,7].

**Цель исследования:** изучить характер изменения уровня маркеров эндотелиальной дисфункции и цитокинов у беременных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП), без гипертензивного синдрома.

**Материалы и методы.** Количество исследуемых: 83 беременных со сроком гестации 27-37 нед. с ПОНРП. Из них 1-ю группу составили 31 первородящих беременных с ПОНРП легкой степени, 2-ю группу составили 31 повторнородящих женщин с ПОНРП. Контрольную группу составили 21 здоровых беременных с физиологическим течением беременности. Возраст беременных

был от 20 до 35 лет. Критериями исключения из исследования были: тяжелая экстрагенитальная патология, многоплодная беременность, аномалии матки и миома матки, артериальная гипертензия. Для исследования брали 5,0 мл крови у беременных из локтевой вены с ПОНРП. В сыворотке крови у женщин основной и контрольной группы методом иммуноферментного анализа исследовали содержания регуляторов ангиогенеза (эндотелин-1, сосудистоэндотелиальный фактор роста и плацентарный фактор роста) уровень цитокинов (IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-10) и фактор некроза опухоли-альфа (TNF- $\alpha$ ) на иммуноферментном анализаторе (Shanghai Kehua Laboratory System Co.Ltd; КНВ st-360) с использованием набора тест систем (ЗАО «Вектор-Бест» Россия). Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с помощью пакета универсальных программ «Excel» и «Statistica v.6» с использованием общепринятых параметрических и непараметрических методов.

**Результаты и их обсуждение:** Возраст беременных с ПОНРП у 48 (71,6%) беременных был от 21 до 30 лет. Значимые возрастные отличия у первородящих и повторнородящих беременных с ПОНРП не установлены. Доношенная беременность была у 46 (68,7%) и недоношенной – у 21 (31,3%) пациенток. Примечательно, что у повторнородящих недоношенная беременность была в 1,5 раза чаще, чем у первородящих. Так, беременных с ПОНРП легкой степенью тяжести было 3 (4,5%), со средней степенью тяжести – 56 (83,6%) и тяжелой степенью – 8 (11,9%).

Анализ соматических заболеваний среди беременных в 1-й группе показал, что ЖДА был в 1,2 раза, заболевания щитовидной железы были в 1,6 раза, варикозная болезнь 1,3 раза ниже, чем во 2-й группе беременных.

Обращает на себя внимание, что среди беременных с ПОНРП воспалительные заболевания органов малого таза были у 25 (37,3%). Причем носители инфекции, передаваемой половым путем (ИППП хламидии, ВПГ, ЦМВ, уреоплазма), составляли 51 (76,1%). Следует сказать, что у первородящих женщин ИППП встречалась в 2 раза чаще, чем у повторнородящих. Миома матки встречалась у 6 (8,9%) беременных и была в 1,4 раза чаще у повторнородящих, чем у первородящих. Также, следует обратить внимание, что искусственные аборты имело место у 12 (17,9%) женщин. Анализ акушерского анамнеза показал следующее. Самопроизвольные выкидыши были 4 (5,9%), неразвивающаяся беременность у 3 (4,5%).

Течение беременности протекало на фоне угрозы прерывания беременности I и II половины беременности. Причем в 1-й группе первородящих беременных угроза I половины беременности встречалась у 18 (51,4%), тогда как во 2-й группе – у 11 (35,2%) беременных. Угроза II половины беременности чаще встречалась в 2-й группе: у 14 (43,8%) по сравнению с беременными во 1-й группе: 12 (34,3%). Токсикоз I половины был у 16 (23,9%) женщин. Причем у первородящих рвота беременных встречалась в 1,5 раза чаще, чем у повторнородящих. Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) до развития клиники ПОНРП была у 31 (46,3%). Причем в обеих группах ее частота была почти одинаковой: 45,0% и 45,8% соответственно. Клиника ПОНРП возникла без родовой деятельности у 34 (50,7%), у 12 (17,9%) - в латентную фазу и у 20 (29,9%) - в процессе родов. Кроме того, у 1 (1,5%) беременных ПОНРП провоцировала индукция родов окситоцином. В крови у первобеременных и повторнобеременных с ПОНРП установлено достоверное увеличение ЭТ-1 по сравнению с контрольной группой:  $21 \pm 0,69 \text{ fmol/ml}$ ,  $1,16 \pm 0,65 \text{ fmol/ml}$   $P < 0,001$ ;  $P < 0,05$  соответственно.

Показатели эндотелиальной дисфункции и цитокинов у беременных с ПОНРП

Показатели	1-я группа (n=31)	2-я группа (n=31)	3-я группа (n=21)
ЭТ-1[fmol/ml]	1,17±0,69***	1,13±0,065*	0,889± 0,048
VEGF пг/мл	13,9±0,72***	12,7± 0,63***	9,2± 0,47
PLGF пг/мл	178,8±8,14***	202,7± 11,89***	341,7± 18,1
TNF-α	67,2±4,22***	62,7±4,09***	25,8±2,55
IL-1β	79,8±4,47***	72,8±4,88***	26,5±2,23
IL-6	57,9±3,37***	52,7±3,93***	7,1±0,51
IL-10	5,9±0,41***	6,8±0,43**	9,4±0,87

Примечание: \*-различия относительно данных контрольной группы значимы (\*-P<0,05; \*\*-P<0,01; \*\*\*-P<0,001).

Достоверных отличий содержания ЭТ-1 в 1-й и 2-й группах не установлено. Установлено достоверное увеличение VEGF и снижение PLGF в крови первобеременных женщин по сравнению с контрольной группой: 13,9±0,72пг/мл (P<0,001) 178,8±8,14пг/мл (P<0,001). У повторнобеременных, также VEGF был достоверно повышен 12,7±0,63пг/мл (P<0,001), а PLGF достоверно снижен до 202,7±11,99 пг/мл (P<0,001) по сравнению с контрольной группой. Достоверные различия между 1-й и 2-й группой установлено только по PLGF (P<0,01).

Таким образом, ПОНРП активизирует функцию эндотелия, сосудистые и плацентарные факторы роста. Повышение ЭТ-1, VEGF, PLGF в крови у беременных с ПОНРП по сравнению со здоровыми беременными свидетельствует о поражении эндотелия в стенках сосудах матки и плаценты, вероятно, способствующего манифестации клиники ПОНРП.

Все провоспалительные цитокины у беременных с ПОНРП в обеих группах достоверно повышены по сравнению с группой контроля. Наибольшее повышения достигли IL-6, TNF-α по сравнению с группой контроля. Так, содержание IL-6составило в 1-й группе: 57,9±3,37 пг/мл и во 2-й группе- 52,7±3,93пг/мл (P<0,001); TNF-α: 67,2±4,22 и 62,7±4,09 пг/мл (P<0,001; P<0,001) соответственно (табл.). IL-1βувеличен в 1-й группе до 79,8±4,47, во 2-й – 72,8±4,88пг/мл (P<0,001; P<0,001) по сравнению с 3-й группой – 26,5±2,23пг/мл.

Тогда как противовоспалительный IL-10 несколько снизился в обеих группах у беременных с ПОНРП по сравнению с

контрольной группой: 5,9±0,41 пг/мл и 6,8±0,43 пг/мл (P<0,001; P<0,01) соответственно. Сравнительная оценка этих показателей в группах первородящих и повторнородящих существенных изменений не обнаружено.

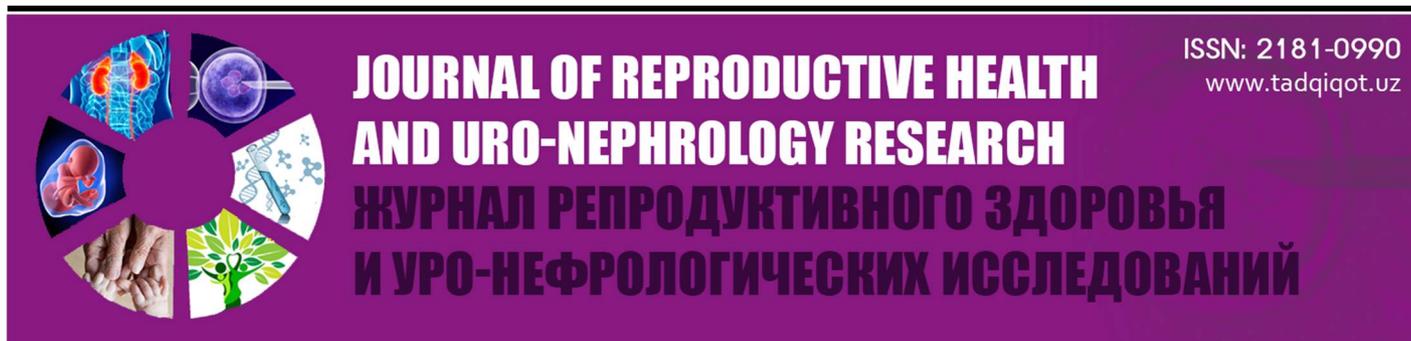
Таким образом, ПОНРП существенно инициирует изменения уровня цитокинов в крови у матери и ее новорожденного. Так, в крови у беременных отмечено увеличение провоспалительных цитокинов по сравнению с группой контроля: IL-1β в 2,9-3,1 раза; IL-6- в 7,4-8,2 раза; TNF-α– в 2,5-2,7 раза.

**Выводы:** Факторы риска развития ПОНРП: инфекция, передаваемая половым путем (хламидия, ВПГ, ЦМВ, уреоплазма), воспалительные заболевания половых органов, токсикозы (рвота беременных) угроза прерывания беременности, ФПН. Преждевременная отслойка плаценты развивается на фоне выраженной эндотелиальной дисфункции, что сопровождается повышением в крови у беременных эндотелина-1 в 1,3раза сосудисто-эндотелиального фактора роста в 1,5 раза и снижением плацентарного фактора роста в 1,9 раз. Реакция системного воспалительного ответа характеризуется увеличением повышения TNF-α в 2,6раз, IL-1β в 3раз, IL-6 в 8 раз, а также индекса соотношений TNFα/IL-10 в 4,1 раз и снижение IL-10 в 1,5 раз. Изменения цитокинового баланса может служить маркерами развития преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты еще на доклиническом уровне.

## Список литературы

1. Ж.Е. Пахомова, М.С. Комилова., Оценка дисфункции эндотелия фетоплацентарного комплекса при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты//Вестник современной клинической медицины 9 (1), 51-57
2. М.С. Комилова, Ж.Е. Пахомова., Значение эндотелия в развитии осложнений гестационного периода// Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa
3. М.С. Комилова, Ж.Е. Пахомова// Значение эндотелия в развитии осложнений гестационного периода/ Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa №3, с. 11-14.
4. Каттаходжаева М.Х., Гайбуллаева Д.Ф. // Клинико-биохимические аспекты гипергомоцистеинемии при преэклампсии / Назарий ва Клиник тиббиёт журнали; 2019, №5, стр. 35-37
5. Каттаходжаева М.Х., Гайбуллаева Д.Ф. // Клинико-биохимические аспекты повреждения эндотелия при преэклампсии/“re-health/ Электронный журнал” Андиганский государственный медицинский институт. 2020. №1, с. 21-25
6. Гайбуллаева Д.Ф., Каттаходжаева М.Х. // Гипергомоцистеинемия при преэклампсии/ Материалы 13 Конгресса гинекологов FIGO, Рим 2021г., стр. 56-58
7. Гайбуллаева Д.Ф., Каттаходжаева М.Х. // Значение гипергомоцистеинемии при невынашивании беременности./ 75 международная конференция молодых ученых. Москва, 2021, стр. 34-37
8. Баринов С.В., Рогова Е.В., Кадцына Т.В., Шамина И.В. Прогнозирование плацентарной недостаточности при многоплодной беременности на основании определения фактора роста плаценты// Акуш. и гин.-2015.-№7.-С.43-47.
9. Dubick A., Fransson E., Centini E. et al. Pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines in human preterm and term cervical ripening // J. Reprod. Immunol.-2010.-Vol.84.-P.176-185.
10. Molvarec A., Szerka A., Walentin S., Beko G., Karadi I., Prohaizke Z., Rigo J. Jr. Serum heat shock protein 70 levels in relation to circulating cytokines, chemokines, adhesion molecules and angiogenic factors in women with preeclampsia // Clin Chim. Acta.-2011.-Vol.412.-№21-22.-P.1957-1962.

11. Peltier M.R., Faux D.S., Hamblin S.D. et al. Cytokine production by peripheral blood mononuclear cells of women with a history of preterm birth // J. Reprod. Immunol.-2010.-Vol.84.-P.111-116.



УДК: 616.1

**Кудратова Дильноза Шарифовна**Ташкентский государственный стоматологический институт  
Ташкентская Медицинская Академия  
Ташкент, Узбекистан**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**Доктор медицинских наук  
профессор  
Ташкентский государственный стоматологический институт  
Ташкентская Медицинская Академия  
Ташкент, Узбекистан**ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ****For citation:** Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna, Kudratova Dilnoza Sharifovna, Prophylaxis and forecasting of the birth of small children, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.36-39

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7418919>
**АННОТАЦИЯ**

Дети, рождённые малой массой представляют собой особую группу пациентов, для которых характерны признаки физиологической незрелости, что определяет особые условия выхаживания. У маловесных новорожденных отмечается высокий риск долговременных патологических состояний, оказывающий широкомасштабное влияние на систему оказания медицинской помощи.

**Ключевые слова:** масса тела, задержка внутриутробного развития плода, микроэлемент, факторы риска.

**Kudratova Dilnoza Sharifovna**Tashkent State Dental Institute  
Tashkent, Uzbekistan**Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna**Doctor of Medical Sciences  
Professor

Tashkent State Dental Institute

Tashkent Medical Academy

Tashkent, Uzbekistan

**PROPHYLAXIS AND FORECASTING OF THE BIRTH OF SMALL CHILDREN****ABSTRACT**

The children born by small weight represent special group of patients of whom signs of a physiological dismaturity are characteristic that defines special conditions of nursing. At small newborns the high risk of long-term pathological states exerting large-scale impact on system of delivery of health care becomes perceptible.

**Key words:** children with a small weight, fruit arrest of development, microelement, risk factors.

**Qudratova Dilnoza Sharifovna**Toshkent davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston**Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna**Tibbiyot fanlari doktori  
professor

Toshkent davlat stomatologiya institute

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Toshkent, O'zbekiston

**KAM VAZNLI CHAQALOQLAR TUG'ILISHINI PROFILAKTIKA XAMDA BASHORAT QILISH**

## ANNOTATSIYA

Kam vazn bilan tug'ilgan bolalar parvarishning aloxida sharoitlarini talab etuvchi, fiziologik yetilmaganlik belgilari xos bulgan bemorlarning aloxida guruxini tashkil etadi. Kam vaznda tugilgan chakaloklarda uzok davom etuvchi patologik xolatlarining yukori xavfi kayd etilib, u tibbiy yordam kursatish tizimida keng kulamli ta'sir kursatadi.

**Kalit so'zlar:** kam vazn, xomila usishining orkada kolishi, mikroelement, xavf omillari.

Факторы риска, влияющие на рождение детей с низкой массой тела, многочисленны: возраст матери, социально-экономический статус, состояние здоровья, течение беременности, несовместимость матери и ребенка по систем ABO, генетические факторы. В исследованиях Н.П. Шабалова, Г.М. Дементьевой (2006г) недоношенность и задержка развития имеют множество причин, совокупности которых и развивается патологический процесс. в обменных процессах и метаболизме имеет значение не отдельно взятый микроэлемент (МЭ), а комплекс МЭ и их сбалансированность, так как в организме между самими микроэлементами существует взаимодействие. Так, отмечается синергизм магния, меди, кобальта, цинка в их действии на процессы роста и развития. Кобальт эффективно действует на кроветворение лишь при наличии достаточных количеств железа и меди, а магний повышает усвоение меди. В то же время известно, что железо, кальций, магний и цинк конкурируют друг с другом при одновременном приеме. Кроме того, кальций и железо ингибируют адсорбцию марганца, а цинк - меди. При дефиците железа скорость всасывания никеля существенно возрастает. Дестабилизация обмена эндогенных металлов (цинк, железо, медь, железо, кальций) усиливает процессы перекисного окисления липидов и синтез оксида азота, активацию процессов адгезии, продукцию цитокинов, кальций зависимых процессов, регуляцию экспрессии и внутриклеточного транспорта главного комплекса гисто совместимости, подавляет функцию макрофагов, проявляется системной сосудистой патологией, имеющей важное значение в развитии и течении воспалительного процесса, некроза клеток.[70]. Повышенный уровень токсических МЭ (алюминий, кремний, ртуть, свинец) способствуют возникновению нейроэктодермальных опухолей мозга.

По мнению Н.В. Долгушина, Е.В. Казанцева, А.В.Пивоварова (2013 г.) малая масса тела новорожденных (ММН) при рождении ассоциирована с высокой частотой неонатальной заболеваемости и смертности, а также, возможно, с повышенной частотой заболеваемости во взрослом возрасте.

**Цель исследования.** определение особенностей течения гестации и факторов рождения маловесных детей для обоснования прогнозирования и своевременной его профилактики.

**Материалы и методы.** Основную группу составили 51 родильницы, у которых новорожденные родились массой тела до 2499,0 граммов в сроке гестации от 37неделя и более.

Контрольную группу составили 21 родильницы, у которых роды произошли своевременно и массой тела новорожденных свыше 2500,0 граммов.

В сравнительном аспекте анкетно - опросным методом изучены соматический и акушерско-гинекологический анамнез, лабораторные данные и клиническое течение родов в изучаемых группах. Изучались частота, причинные факторы рождения маловесных детей.

**Результаты и обсуждение.** Нами проведен анализ карт 111 женщин родивших детей массой менее 2500 граммов в сроке гестации от 37 и более, которые находились в Бухарском Областном Перинатальном Центре (ОПЦ) в периодах от 2013 до 2014 года, которые составили группу женщин ретроспективного наблюдения.

Соматический анамнез включила: изучение возраста, профессии, семейного положения, наличия фоновых состояний и экстрагенитальных заболеваний, сопутствующих во время данной беременности. По возрастной категории женщины подразделены на 4 группы: до 20 лет составили 3 женщин(2,7%) из ретроспективной, 6 (11,8%) женщин из основной и 4 женщин (19,0%) из контрольной группы. Женщины в возрасте от 21 до 29 лет составили 31 женщин (27,9%) из ретроспективной, 40 (78,4%) женщин из основной и 12 женщин (57,1 %) из контрольной группы.

Женщины в возрасте от 30 до 34 лет составили 4 женщин (3,6%) из ретроспективной, 4 (7,8%) женщин из основной и одна женщина (4,8 %) из контрольной группы. Женщины от 35 и старше лет составили 2 женщин (1,8%) из ретроспективной, 4 (7,8%) женщин из основной и одна женщина (4,8 %) из контрольной группы. К многорожавши отнесены женщин у которых в анамнезе произошли 3 и более родов, независимо от исходе. К часторожавши отнесена женщин, у интергенетика интервал составил менее 2х лет.

Среди обследованных женщин основной группы первобеременные составили 31,4% (16 женщин), повторнородимые наблюдение 62,7% (32 женщин), многорожавши 7,8% (4 женщин), часторожавши 11,8% (6 женщин).

Изучение паритета у контрольной группы, показано, что среди них 38,1% (8 женщины) оказались первобеременные, 57,1% (12 женщин) повторнородимые, 9,5% (2 женщины) многорожавши, 4,8% (одна женщина) часторожавши.

Исследование показало, что среди пациенток основной группы, преобладали домохозяйки (44 женщин), которые составили 86,3% женщин. Женщины умственного труда составили 8 (14,7%) женщин, из них: 2 (3,9%) женщины – студентки. Рабочую профессию имели 6 (11,8%) женщин.

При изучения материнских факторов риска рождения маловесных детей выявлено, что все женщины имели ту или иную **экстрагенитальную патологию** как фоновую или сопутствующую. Из них **анемией** страдали 84 женщин из ретроспективной, 43 из основной, 6 женщин контрольной группы, что составило соответственно 75,7%; 84,3%; 28,6%. В группу контроля включены были практически здоровые женщины и женщины с анемией I степени, у которых уровень Hb составила не менее 100 г/л.

**Ожирением** различной степени страдали 33 (29,7%) женщин из ретроспективной, 7 (13,7%) женщин из основной и одна женщина (4,8%) из контрольной группы, что говорит о довольно часто встречающейся патологией.

27 (24.3%) женщин из ретроспективной, 27 (52,9%) женщин из проспективной группы, 6 женщин (28.6%) из контрольной группы страдали заболеваниями **щитовидной железы**, что указывает на распространенность данной патологии в эндемической зоне.

Заболеваниями **мочеполового тракта** в виде **циститов** страдали одна (0,9%) женщина из ретроспективной группы, 3 (5,9%) женщин из проспективной группы.

29 (26.0%) женщин имели в анамнезе **хронический пиелонефрит** из ретроспективной, 9 (17.6%) женщин из проспективной группы. В контрольной группе женщин заболевания мочеполового тракта не наблюдались.

**Инфекционными заболеваниями** в виде **гепатитов** переболели 16 (14% 0 женщин из ретроспективной, у 3 (5.9%) женщин из проспективной группы. Далее по частоте встречаемости выявлены **инфекции**, относящие к группе TORCh. Эти инфекции определены у (1.8%) женщин из ретроспективной, 12 (23.5%) женщин из основной группы, в анамнезе которых имелись неоднократные репродуктивные потери.

Заболеваниями **сердечно-сосудистой системы** в виде ревматизма страдали 2 (1,8%) женщин из ретроспективной, одна (1,96%) женщина из основной группы, из контрольной группы не страдала. Варикозной болезни страдали 14 (12,6%) женщин из ретроспективной, 17 (33,3%) женщин из основной группы, двое женщин (9.5%) из контрольной группы .

11(9,9%) женщин из ретроспективной, 5 (9,8%) женщин из основной группы перенесли, эпизоды **воспалительных заболеваний органов малого таза**, в основном в виде кольпитов.

В структуре акушерских осложнений самой распространенной и часто выявляемой патологией была **ОРВИ**, перенесенная во время беременности 51 (45,9%) женщин из ретроспективной и 29 (56,9%) женщин из основной группы перенесли ОРИ различной тяжести и длительности. При этом 47% женщин не получала соответствующее лечение стационарно или консервативно.

**Преэклампсия** легкой и тяжелой степени встречалась у 22 женщин из ретроспективной группы, что составила 19,8% и, у 11 женщин проспективной группы, что составила 21,6%. В контрольную группу не включены женщины, у которых беременность осложнилось с поздними токсикозами.

**Угроза прерывания беременности** наблюдалось у 20 женщин ретроспективной группы у которых беременность протекала на фоне этого осложнения, в различные сроки беременности что составила 18,0%, у 14 женщин основной группы (27,5%).

**Ранними токсикозами** страдали 14 женщин из ретроспективной группы, что составила 12,6% и 11 женщин из основной группы, что составила 21,5%.

**Многоводием** осложнилась беременность у 13 женщин из ретроспективной группы, что составила 11,7%. А в основной группе у троих женщин наблюдалось это осложнение, что составила 5,9%.

**Маловодие** выявлено у 10 женщин из ретроспективной и у 2 женщин из проспективной группы, что составило соответственно 9,0% и 3,9%.

Также входе исследований выявлено: патология прикрепления плаценты в виде **низкой плацентации**, которая имела места в 6,3% случаев (у 7 женщин) в ретроспективной группе и 3,9% случаев (2 женщины) в основной группе.

**Отек беременных** встречалось у 5 женщин ретроспективной группы, что составило 4,5% и у 2 женщины из основной группы, что составила 3,9%.

Довольно часто регистрированы **гипертензивные нарушения** во время беременности в виде гестационной гипертензии, преэклампсии легкой и тяжелой степени, которые имели место у 29 женщин ретроспективной, у основной групп женщин. Из них: наблюдалось у 7 женщин ретроспективной группы, что составило 6,3%. В группе женщин основного наблюдения. Это патология встречалось у 3 женщины, что составило 5,9% случаев.

17 (33,3%) женщин имели в анамнезе экологические и профессиональные вредности из проспективной и 2 (9,5%) женщины из контрольной группы.

14 (27%) женщины имели в анамнезе наличие вредных привычек у женщины и мужа из проспективной, 1 (5%) женщины из контрольной группы.

Таким образом, у преобладающего большинства женщин ретроспективной и основной группы наблюдения встречалось та или иная экстрагенитальная или генитальная патология, которые явились неблагоприятными фоном для нормального развития плода. У 78% женщин на фоне этих патологий присоединилась и акушерская патология, приводящая в итоге к фетоплацентарной недостаточности, проявляющемся в виде ЗРП.

Результаты исследования показали, что как эссенциальные, так и токсичные микроэлементы (МЭ) оказывают прямое или

косвенное влияние на развитие и клиническое течение на рождение маловесных детей.

Показатели эссенциальных МЭ, контрольной группы как кальций, магний и железа укладываются в пределах нормы, составляя следующие:

Уровень **кальций** в пуповинной крови составляет 2,34 ммоль/л, по отношению к норме 2,03-2,6 ммоль/л, уровень которого в основной группе составляет 1,94 ммоль/л.

Концентрация **магния** в пуповинной крови основной группы составил 0,69 ммоль/л, по отношению к контрольной группе, у которых составил 0,78 ммоль/л, тогда как референтные значения составляют 0,70-0,99 ммоль/л.

Концентрация **железа** также была низкая, чем нормальных значений и у женщин контрольной группы. Уровень этого элемента в пуповинной крови составила в группе женщин основной группы 9,9 мкмоль/л, в контрольной группе 16,9 мкмоль/л, тогда как референтные значения составляют 12,5-30,4 мкмоль/л. При дефицита железа в организме, прежде всего, ухудшается клеточное дыхание, что ведет к дистрофии тканей и органов и нарушению состояния трофики, которое постепенно может привести к плацентарной недостаточности.

Как известно микроэлемент **Медь**, участвует в развитии факторов роста и формирования чувствительности, при недостатке меди плод отстаёт в развитии, страдает внутриутробной инфекцией.

Концентрация меди у женщин основной группы оказалась намного меньше (9,8) чем в норме (11,02-22,04), а в контрольной группе 14,8 мкмоль/л.

Также уровень **фосфор** в пуповинной крови у женщин, рожавших маловесных детей оказался несколько меньше (0,45 ммоль/л) чем у женщин контрольной группы (0,82 ммоль/л) тогда как, в норме уровень этого элемента не должен превышать 0,025.

#### Выводы.

1. Ретроспективный анализ показал, что частота встречаемость рождения маловесных детей (МД) составляет 7,3% от общего числа родов в Бухарской области. Наиболее частые причины рождения МД явились: преэклампсии легкой и тяжелой степени, анемия и ОРИ, перенесенные в период данной гестации.

2. Изучение проспективного материала показывает, что рождению маловесных детей способствуют фоновые соматические заболевания, предшествующие до беременности, инфекционные заболевания острого и хронического характера, сопутствующие во время беременности. Также, учитывая, что 42,5% женщин отмечают неблагоприятные экологические и трудовые условия и наличия вредных привычек у себя и (или) у членов семьи, и дефицит эссенциальных МЭ необходимо женщинам этого контингента отнести к группе высокого риска.

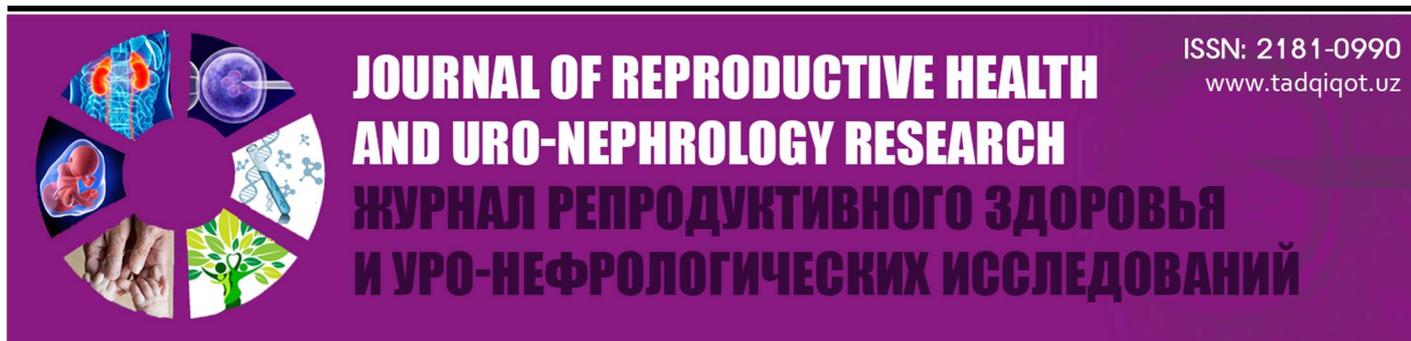
3. Изучение микроэлементного статуса показало значимую разницу в изучаемых группах. В основной группе наблюдался заниженная концентрация таких эссенциальных микроэлементов, как Fe, Ca, Mg, Cu, P в пуповинной крови, чем в контрольной группе.

4. Результаты анализа указывают на фундаментальную необходимость использования мультивитаминных препаратов для микронутриентной поддержки беременности и для профилактики гипотрофии и пороков развития плода.

#### Список литературы

1. Волков А.Е. Ультразвуковая диагностика у акушерстве и гинекологии. - Ростов-на-Дону. - 2004. - С. 8- 15.
2. Медведев М.В., Алтынский Н.А. Основы ультразвукового скрининга в 11-14 недель беременности. - Москва. - 2006. - С. 3-5.
3. Каттаходжаева М.Х., Рахманова Н.Х., Методы выбора контрацепции у женщин группы риска. - Узбекистан. - 2018. - С.96- 100.
4. Каттаходжаева М.Х., Умаров З.М., Сафаров А.Т., Сулейманова Н.Ж.К вопросу о тактике введения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 2020, № 3-4, С.4
5. М.Х.Каттаходжаева, Амонова З.Д., Умаров З.М., Сафаров А.Т., Сулейманова Н. Современный взгляды на роль генитальный папилломавирусной инфекции в развитие предраковых заболеваний и рака шейки матки, пути их профилактики // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 2021, №1-2, С.38-42
6. Кудратова Д.Ш. Медико-социальные проблемы развития врожденных пороков в период пандемии // Вестник науки и образования Москва 2020, № 22(100) Часть 3, 57 стр
7. Кудратова Д.Ш., Ихтиярова Г.А., Давлатов С.С. Medical and social problems of the development of congenital malformations during a pandemic-2020 С 756-760

8. Муратова Н.Д., Абдурахманова С.И., Эшонходжаева Д.Д. Допплерометрия в диагностике типа миомы матки сочетанной с аденомиозом. // Международный съезд акушеров-гинекологов. Ташкент, 2017 С.96
9. Кудратова Д.Ш., Ихтиярова Г.А. - Проблемы биологии и медицины 2021 №1.1(126) Сборник материалов, 424 стр.
10. Кудратова Д.Ш., Ихтиярова Г.А., Давлатов С.С. Analysis of risk factors for the development of congenital malformations in the bukhara region // Проблемы биологии и медицины 2020 № 4 (120), 159 стр
11. A.G Bozorov, G.A Ikhtiyarova, S.S Davlatov. Biochemical markers for prediction of premature labor in urogenital infections // International Journal of Pharmaceutical Research | Jan - Mar 2021 | Vol 13 | Issue 1. P 4894-4898
12. Kudratova D.Sh. Common risk factors for in utero anomalies of fetus development // International journal of innovative analyses and emerging technology 2022 Issue 8, Pg 25-31
13. Ikhtiyarova G.A., Kudratova D.Sh. Optimization of prenatal screening for diagnostics of intrauterine anomalies of fetal development // Journal of ethics and diversity in international communication 2022 Issue 8, Pg 44-49
14. Абдурахманова В. Р. Пренатальный биохимический скрининг в диагностике хромосомных синдромов и врожденных пороков развития плода : научное издание / В. Р. Абдурахманова, М. К. Шарипова // Национальная модель охраны здоровья матери и ребенка в Узбекистане: "Здоровая мать - здоровый ребенок": сб. тезисов/ Международный симпозиум.-Т.: ИПТД "Узбекистан", 2011. - 160с. - Ташкент, 2011. - С. 13
15. Кудратова Д.Ш. Ихтиярова Г.А Современный взгляд диагностики врожденных пороков развития плода. // Журнал Вестник Ташкентской медицинской академии. 2020 №2 стр 147-153
16. Вахарловский, В.Г. Анализ результатов мультицентрового исследования состояния пренатальной диагностики в некоторых регионах Российской Федерации / В.Г. Вахарловский [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней.- 2007.- LVI, 1.- С. 4655.
17. Медведев, М.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. В.В. Митькова, М.В. Медведева.- М.: Видар, 1996.- Т. 2. – С. 280-299.
18. Новиков, П.В. Состояние пренатальной диагностики врожденных и наследственных заболеваний в Российской Федерации (по материалам деятельности медико-генетических учреждений) / П.В. Новиков // Акушерство и гинекология. – 2006.- № 2.- С. 3-7.
19. Ихтиярова Г.А., Шодиев Б.В., Э. Озкая. Micronutrient diet as a basic prevention of pathology in women with habitual miscarriages. // Журнал теоретической и клинической медицины С. 91-93 // Октябрь 2019 №5. 2019
20. Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.С. Баранова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 416с.
21. A. Avezov, Kattakhodjaeva M.H., F. Boltoeva // Study of the development level of risk factors in Dangerous tumors causing lonely arterial Thromboembolism/ International Journal of Advanced Science and Technology Vol. 29, No. 5, (2020), pp. 1751-1760
22. Ромеро, Р. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода / Р. Ромеро, Дж. Пилу, Ф. Дженти и др. М.: медицина, 1994.- 448с.
23. Снайдерс, Р.Дж. М. Ультразвуковые маркеры хромосомных дефектов плода / Р. Дж. М. Снайдерс, К.Х. Николаидес.-М.: Видар, 1997.- С. 130-150.
24. D'Anton, M.E. Prenatal diagnosis / M.E. D'Anton, S. Craigo, D. Bianchi // Curr. Probl. Obstet. Gynecol. - 1994. – Vol. 17, N 1.- P. 49-80.



УДК 616-053.31; 616-053; 612.65

**Негмаджанов Баходур Болтаевич**

д.м.н., профессор

Самаркандский Государственный Медицинский Университет  
Самарканд, Узбекистан**Махмудова Севара Эркиновна**

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Доктор философских наук

Самарканд, Узбекистан

**РЕСПИРАТОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У БОЛЬНЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ****For citation:** Negmadjanov Bahodur Boltaevich, Makhmudova Sevara Erkinovna, Respiratory disease of newborns in preeclampsia patients, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. Vol. 3, issue 4. pp.40-42<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7418952>**АННОТАЦИЯ**

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

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

**Negmadjanov Bahodur Boltaevich**Doctor of medical science, professor  
Samarkand State Medical University,  
Samarkand, Uzbekistan**Mahmudova Sevara Erkinovna**Samarkand State Medical University  
Doctor of Philosophy  
Samarkand, Uzbekistan**RESPIRATORY DISEASE OF NEWBORNS IN PREECLAMPSIA PATIENTS****ABSTRACT**

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

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

**Negmadjanov Bahodur Boltaevich**Tibbiyot fanlari doktori, professor  
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti,  
Samarqand, O'zbekiston**Maxmudova Sevara Erkinovna**Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti  
Falsafa fanlari doktori  
Samarqand, O'zbekiston**PREEKLAMPSIYASI BOR AYOLLARDA CHAQALOQLARNING RESPIRATOR PATOLOGIYASI****ANNOTASIYA**

Maqolada shuni aks ettirganki, preeklampsiya bilan og'rigan bemorlarda 68 ta yangi tug'ilgan chaqaloqlarda neonatal davrni taqqoslash tahlili shuni ko'rsatdiki, nafas olish buzilishlarining eng yuqori chastotasi, 17,6% og'ir preeklampsiyada sodir bo'lgan. Shu bilan birga, muddatidan oldin

tug'ruq va kesar kesish yo'li orqali tug'ilgan chaqaloqlarda nafas olish buzilishi faqat preeklampsianing og'irligi, va erta tug'ilgan chaqaloqlarda qo'shimcha ravishda o'pkaning funktsional yetishmasligi kuzatilgan

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

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

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

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

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

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

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

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

Клиническое обследование рожениц включало изучение соматического, акушерского и гинекологического анамнеза, учет заболеваний перенесенных до и во время данной беременности. Особое внимание обращали на исходы предыдущих беременностей и родов. По показаниям проводили консультации терапевтов, невропатологов и окулистов.

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

детей с массой более 4000гр было 3(7,9%), а в группе сравнения 4(12,1%).

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

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

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

В группе сравнения у 3(9,1%) доношенных детей с оценкой по шкале Апгар 7-6 баллов отмечался нерезкий цианоз и отмечались явления дыхательной недостаточности I степени, которое выражалось нарушением ритма дыхания лишь при беспокойстве. При анализе респираторных нарушений в основной группе у 5 (13,1%) детей с оценкой по шкале Апгар 4-5 балла так же, как у недоношенных новорожденных отмечены нарушения ритма и частоты дыхания, цианоз, участие вспомогательной мускулатуры, с втяжением мечевидного отростка и межреберей, глухость сердечных тонов бради и тахикардия. (дыхательная недостаточность II степени). Симптомы дыхательной недостаточности нарастают при беспокойстве ребенка. В группе сравнения в 2 (6,1%) случаях с респираторным дистресс синдромом были отмечены неврологические нарушения. Новорожденные были мало активными, беспокойны, отмечалось снижение мышечного тонуса, рефлексов, тремор конечностей, что свидетельствует о возбудимости ЦНС. На 3-4 сутки неонатального периода состояние новорожденных было удовлетворительным. У 4 (12,1%) недоношенных новорожденных в основной группе с РДС II-III степени снижение мышечного тонуса и тремор конечностей отмечались в течении 4-5 дней неонатального периода, который нормализовался к 7-9 дню неонатального периода. В основной группе у одного новорожденного на фоне респираторных нарушений были судороги, которые носили клоникотонический характер, отмечалось нарушение периода сна и бодрствования. В 2х случаях наблюдались атония, арефлексия и адинамия. В основной группе у недоношенных новорожденных с низкой массой тела (от 2000 до 2400 гр) на фоне адинамии и депрессии отмечались периоды повышенной возбудимости. В основной группе роды были осложненными: преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты с кесаревым сечением 8(24,2%) в группе сравнения 5 (15,1%)( $p \leq 0,05$ ) неудовлетворительный прогресс родов 4 (12,1%) в группе сравнения 3 (7,9%) ( $p \leq 0,05$ ) тазовое предлежание плода 1 (2,6%) и 1(3,0%) соответственно. Наши данные согласуются с данными Куликова А.В., Казакова Д.П. и соавт. 2001г, что любое отклонение от нормального течения родов даже плановое оперативное родоразрешение, может вызвать процесс недостаточного синтеза сурфактанта с последующим развитием РДС.

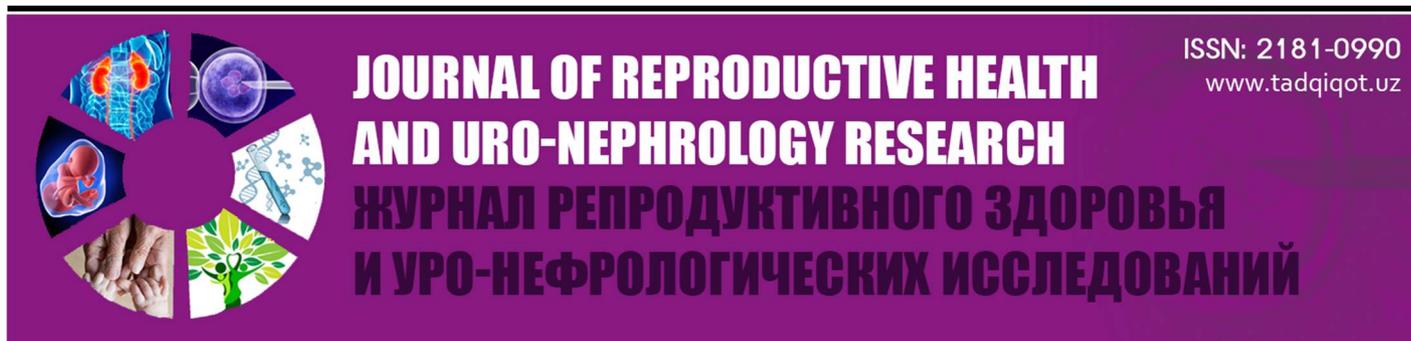
В основной группе период максимального риска проявлений нарушения дыхания длилось до конца 3-4 суток, в группе сравнения длилось 24-48 часов.

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

неонатального периода, когда симптомы дыхательной недостаточности полностью или частично купируются.

#### Список литературы:

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



УДК: 616.1:616.9:578.8-618.2.

Уринбаева Нилюфар Абдужабборовна

Республиканский перинатальный центр  
Ташкент, Узбекистан

Эшонходжаева Дилдора Джураевна

Ташкентский государственный стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан**КОВИД-АССОЦИИРОВАННЫЙ МИОКАРДИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ГЕСТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО  
КОРОНАВИРУСА**

**For citation:** Urinbaeva Nilufar Abdujabborovna , Eshonkhojaeva Dildora Juraevna, Covid-associated myocarditis as a complication of gestation after coronavirus, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.43-45

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7420817>**АННОТАЦИЯ**

Ковид ассоциированный миокардит, одно из осложнений сердечно-сосудистой системы после перенесенного COVID-19. Беременность с сопутствующим миокардитом, осложняется нарушением маточно-плацентарно-плодового кровотока, синдромом отставания роста плода, а также нарушениями в работе сердца. Обследованные были разделены на 2 группы: 1-я группа беременные женщины с выявленным ковид-ассоциированным миокардитом и 2-я группа с хроническим очаговым миокардитом. Первые проявления ковид-ассоциированного миокардита, появились через 3-4 недели после перенесенного COVID-19. Беременные предъявляли жалобы на боли в области сердца, перебоями в работе сердца, одышкой, чувством нехватки воздуха, что усугубляло течение беременности. Обследуемым проводили лабораторные и инструментальные методы исследования. Также были проведены иммунологические методы обследования. Целью нашего исследования явилось определение особенностей течения беременности у женщин с ковид-ассоциированным миокардитом и оптимизация методов лечения, родоразрешения и профилактики осложнений. Проведенные нами обследования а также кардиотоническое лечение показали свои положительные результаты.

**Ключевые слова:** ковид-ассоциированный миокардит, факторы риска, боли в области сердца.

Urinbaeva Nilufar Abdujabborovna

Republican Perinatal Center  
Tashkent, Uzbekistan

Eshonkhojaeva Dildora Juraevna

Tashkent State Dental Institute  
Tashkent, Uzbekistan**COVID-ASSOCIATED MYOCARDITIS AS A COMPLICATION OF GESTATION AFTER CORONAVIRUS****ABSTRACT**

Covid-associated myocarditis, one of the complications of the cardiovascular system after suffering COVID-19. Pregnancy with concomitant myocarditis is complicated by impaired utero-placental-fetal blood flow, fetal growth retardation syndrome, as well as disorders in the work of the heart. The examined were divided into 2 groups: the 1st group of pregnant women with identified covid-associated myocarditis and the 2nd group with chronic focal myocarditis. The first manifestations of covid-associated myocarditis appeared 3-4 weeks after suffering COVID-19. Pregnant women complained of pain in the region of the heart, interruptions in the work of the heart, shortness of breath, a feeling of lack of air, which aggravated the course of pregnancy. The subjects were subjected to laboratory and instrumental research methods. Immunological methods of examination were also carried out. The aim of our study was to determine the characteristics of the course of pregnancy in women with covid-associated myocarditis and to optimize the methods of treatment, delivery and prevention of complications. Our examinations and cardiotonic treatment showed their positive results.

**Key words:** pregnant women with identified covid-associated myocarditis, risk factors, pain in the region of the heart

Urinbaeva Nilufar Abdujabborovna

Respublika perinatal markazi  
Toshkent, O'zbekiston

Eshonkhojaeva Dildora Juraevna

Toshkent davlat stomatologiya instituti

**KOVID BILAN BOG'LIQ MIOKARDIT KORONAVIRUS BILAN KASALLANGANIDAN KEYIN GESTASIYADAGI ASORATLARI****ANNOTATSIYA**

Kovid bilan bog'liq miokardit, yurak-qon tomir tizimining COVID-19 bilan kasallanganidan keyin asoratlaridan biri. Birgalikda miyokardit bilan homiladorlik utero-plasental-homilalik qon oqimining buzilishi, homila rivojlanishining kechikishi sindromi, shuningdek, yurak ishidagi buzilishlar bilan murakkablashadi. Tekshiruvdan o'tganlar 2 guruhga bo'lingan: kovid bilan bog'liq miokardit aniqlangan homilador ayollarning 1-guruhi va surunkali o'choqli miokardit bilan 2-guruh. Kovid bilan bog'liq miokarditning birinchi ko'rinishlari COVID-19 bilan og'riganidan 3-4 hafta o'tgach paydo bo'ldi. Homilador ayollar yurak mintaqasidagi og'riqlar, yurak ishidagi uzilishlar, nafas qisilishi, havo etishmasligi hissi haqida shikoyat qildilar, bu esa homiladorlik jarayonini og'irlashtirdi. Mavzular laboratoriya va instrumental tadqiqot usullaridan o'tkazildi. Immunologik tekshirish usullari ham o'tkazildi. Tadqiqotimizning maqsadi kovid bilan bog'liq miokardit bilan og'rigan ayollarda homiladorlik jarayonining xususiyatlarini aniqlash va davolash, etkazib berish va asoratlarni oldini olish usullarini optimallashtirish edi. Ko'riklarimiz, kardiotonik davolashimiz o'zining ijobiy natijalarini ko'rsatdi.

**Kalit so'zlar:** kovid bilan bog'liq miokardit, xavf omillari, yurak mintaqasidagi og'riqlar

**Актуальность.** Инфекция COVID-19 занимающая на сегодняшний день лидирующее место по заболеваемости внесла значительные изменения в частоту и характер течения беременности.

Результаты международных исследований указывают на повышение частоты заболеваемости у беременных и госпитализации в отделение интенсивной терапии, искусственной вентиляции лёгких с симптомами COVID-19, особенно у пациенток с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями [1]. Риск развития акушерских осложнений (преждевременные роды, нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока, кесарева-сечения и т.д.) может быть повышен у беременных женщин с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы. Заболевания сердечно-сосудистой системы беременных и их осложнения являются на сегодняшний день одной из причин материнской смертности во многих странах мира [2].

Международные публикации посвящённые заболеванию другими типами коронавируса, таких как ближневосточный респираторный синдром (MERS), а также тяжёлый острый респираторный синдром (SARS-COV-2), [3] при беременности, отмечают более высокий процент осложнений в результате заболевания у беременных женщин по сравнению с небеременными женщинами той же возрастной группы. Описано их влияние на течение беременности, приводящие к развитию дистресс-синдрома у беременной, тяжёлым осложнениям у матери и плода, аномалиям развития плода [4].

В Руководстве общества кардиологов США представлены данные о сердечно-сосудистых заболеваниях врожденных или приобретенных во время беременности [5]. Согласно данным, представленным в руководстве общества кардиологов США, о сердечно-сосудистых заболеваниях врождённых или приобретённых во время беременности, чаще отмечались жалобы на одышку, нехватку воздуха, чувство перебоев в работе сердца, что в итоге создаёт риск развития сердечной декомпенсации и может привести к неблагоприятным последствиям для жизни матери и плода [6].

Развитие миокардита, у беременных после перенесенной вирусной инфекции, может быть выявлено уже через 1-2 недели или в течении 3-х месяцев после перенесенного инфекционно-воспалительного заболевания. За последние два года пандемии, частота выявления миокардита у беременных, после перенесенного во время гестации COVID-19, резко возросла, что может быть предиктором осложнения течения беременности и родов [7].

**Цель исследования** - изучить особенности влияния COVID-ассоциированного миокардита на течение беременности и родов.

**Материал и методы исследования.** Исследования проводились в Республиканском перинатальном центре за период от 2.10.2020г. до 31.09.2022г. Нами были обследованы 150 беременных женщин с миокардитом, наблюдавшихся во время беременности и поступивших на роды. Все обследованные были разделены на 2 группы: 1-группа – 100 беременных, перенесших

COVID-19 во время беременности и 2-группа – 50 беременных с миокардитом, не болевших COVID-19.

Были изучены анамнез, данные о перенесенной COVID-19 инфекции, степени тяжести заболевания. Беременным женщинам проведены ПЦР-тесты на COVID-19, ЭКГ, ЭХОКГ и УЗИ фетоплацентарного комплекса. Среди обследованных беременных женщин не было вакцинированных от COVID-19.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Возраст обследованных колебался от 20 до 39 лет и составлял в среднем  $29,4 \pm 5,8$  лет. COVID-19 перенесли беременные 1-группы в I-триместре – 65% женщин, во II-триместре – 35%. В 1-группе течение COVID-19 было в легкой форме – у 71 беременной, средне-тяжелой степени – у 29 беременных. Практически всем беременным проведен ПЦР- тест на COVID-19, однако он был положительным только у половины обследованных. Остальным диагнозы устанавливали на основании характерной картины – простудное заболевание, потеря обоняния, антитела к COVID-19 - IgM и IgG.

Миокардит впервые был выявлен у беременных 1-группы в I-триместре в сроках 8-12 недель, а во II-триместре в сроках от 16-26 недель. Тщательный сбор анамнеза выявил, что появление признаков миокардита – одышка, боль в области сердца, чувство сердцебиения, слабость, головокружение - отмечены в среднем через 3-4 недели после проявлений COVID-19.

Во 2 группе беременных, миокардит был выявлен до беременности. В анамнезе у этих женщин были указания на перенесенные простудные заболевания, детские инфекции во взрослом периоде, ревматические заболевания. Все эти пациентки состояли на учете у кардиолога по поводу хронического очагового миокардита.

Проведенные функциональные исследования установили некоторые отличия в показателях 1 и 2-групп. Так для пациенток 1-группы с впервые выявленным миокардитом, ассоциированным с COVID-19, на ЭКГ были выявлены диффузные и метаболические изменения миокарда, нарушения ритма (тахикардия, экстрасистолия) и блокада ножек пучка Гисса. На эхокардиограмме (ЭХОКГ) были выявлены митральная или трикуспидальная регургитация (68%), митральная или трикуспидальная недостаточность (61%), диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ).

Во 2-группе с хроническим очаговым миокардитом на ЭКГ выявлялись те же изменения, но с меньшей частотой. Например, в 1,5 раза чаще выявлены диффузные изменения миокарда, в 3,5 раз чаще – блокада левой ножки пучка по сравнению с беременными 1-группы. У беременных 2-группы также чаще выявлялись нарушения ритма. На ЭХОКГ у беременных 2-группы почти в 3 раза чаще определяли ДДЛЖ по сравнению с беременными 1-группы. Вместе с тем такие признаки как митральная или трикуспидальная регургитация, митральная или трикуспидальная недостаточность выявлялись у беременных 2-группы в 1,8 раза реже, по сравнению с 1-группы, что свидетельствует о развитии у них компенсаторных изменений в организме, связанных с длительностью заболевания. Более выраженная патология и яркость клинических проявлений ковид-ассоциированного

миокардита у беременных 1-группы, вероятно связана с небольшой длительностью заболевания и недостаточной компенсацией изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.

УЗИ фетоплацентарного комплекса с доплерометрией маточно-плацентарно-плодового кровотока у беременных 1-группы выявляли признаки нарушения I-а степени (21,0%) и I-б (66,0%), реже II-степени (около 10%), что мы связывали с повышением свертываемости крови после перенесенного COVID-19. Во 2-группе доплерометрические показатели качества кровотока выявили нарушения МППК I-а степени в 2 раза чаще, по сравнению с беременными 1-группы, а I-б степени несколько реже, чем в 1-группе.

Роды завершились оперативно у 66,7% в 1-группе и у 50% - во 2 группе. Показанием для операции кесарево сечение были частые нарушения сердечного ритма, такие как мерцательная аритмия, некупируемые экстрасистолы, хроническая сердечная

недостаточность II-III степени или изменения состояния плода (дистресс).

#### **Выводы.**

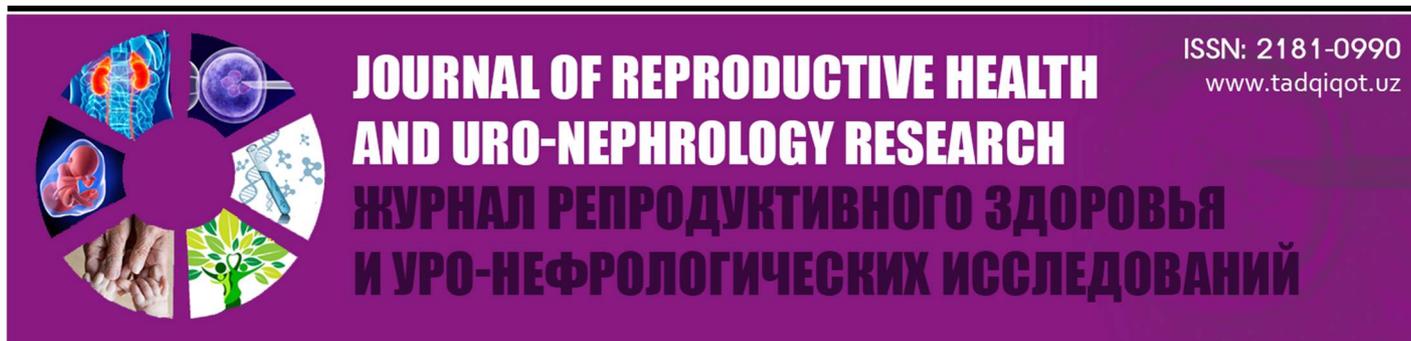
1. У беременных, COVID-19-ассоциированный миокардит развивается преимущественно через 3-4 недели после перенесенного COVID-19 и характеризуется признаками нарушения кровообращения, требующими консультации кардиолога.

2. Показатели ЭхоКардиографии, у беременных 1-группы имели яркие проявления при небольшой длительности заболевания по сравнению с беременными с хроническим очаговым миокардитом, что связано с недостаточной степенью развития компенсаторных механизмов.

3. У женщин, перенесших COVID-19, нарушения маточно-плацентарного кровотока в фетоплацентарном комплексе характеризовались изменением кровотока чаще в маточных артериях, что связано с повышением свертываемости.

#### **Список литературы.**

1. Пун Л. С. и др. Международное временное руководство по коронавирусной инфекции 2019 г.(COVID-19) при беременности, в родах и в послеродовом периоде, разработанное Международной федерацией акушеров-гинекологов (FIGO) с партнерами: информация для работников здравоохранения //Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2020. – Т. 8. – №. 2 (28). – С. 8-24
2. Зобова Д.А., Козлов С.А., Живечкова Е.А., Шишканова Т.И. Исходы родов у беременных с заболеваниями сердечно - сосудистой системы в Республики Мордовия//Тенденции развития науки и образования.- 2018.- с.15-20
3. Ahlberg M, M Neovius, S Saltvedt, et al. Association of SARS-CoV-2 test status and pregnancy outcomes//JAMA, 324 (2020), pp. 1782-1785
4. Lokken EM, Walker CL, S Delaney, et al. Clinical characteristics of 46 pregnant women with a severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in Washington State//Am J Obstet Gynecol, 223 (2020)
5. Mehra MR, Desai SS, Kuy S, Henry TD, Patel AN. Cardiovascular disease, drug therapy, and mortality in COVID-19. //N Engl J Med. 2020;382:e102
6. Wastnedge EAN, Reynolds RM, van Boeckel SR, Stock SJ, Denison FC, Maybin JA, Critchley HOD. Pregnancy and COVID-19. //Physiol Rev. 2021 Jan 1;101(1):303-318.
7. Juusela A, Nazir M, Gimovsky M. Two cases of coronavirus 2019-related cardiomyopathy in pregnancy. //Am J Obstet Gynecol MFM. 2020 May;2(2):100113



УДК 616.8 036.82 082

**Файзуллаева Хилола Бахроновна**

Ассистент

Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан.**Абдуллаева Мухиба Негматовна**

доктор медицинских наук, профессор

Самаркандский Государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан**ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ****For citation:** Fayzullaeva Khilola Bakhronovna, Abdullaeva Mukhiba Negmatovna, Prognostic information value of clinical and laboratory indicators of post-hypoxic syndrome in newborn, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.46-48 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7420821>**АННОТАЦИЯ**

Проведено обследование 120 доношенных новорожденных, родившихся в асфиксии в анамнезе. По состоянию и по массе тела наблюдаемые новорожденные разделены на группы: I-новорожденные с малой массой тела ко сроку гестации – 30 (25%) новорожденных; II-с нормальной массой тела ко сроку гестации – 70 (58%) новорожденных; III-с большой массой тела ко сроку гестации – 20 (17%) новорожденных. Проведённые исследования показали, что из всех проявлений полиорганной симптоматики при асфиксии независимо от тяжести и сдвигов массы тела преобладала тяжесть неврологических сдвигов в сочетании с соответствующими лабораторными показателями. Что может служить прогностической информативностью как скрытый лабораторный феномен риска отдаленной неврологической симптоматики.

**Ключевые слова:** новорожденных; асфиксия; гипоксия; S100; газовый анализатор.**Fayzullaeva Khilola Bakhronovna**

Assistant

Samarkand State medical University  
Samarkand, Uzbekistan**Abdullaeva Mukhiba Negmatovna**Doctor of Medical Sciences, Professor  
Samarkand State medical University  
Samarkand, Uzbekistan**PROGNOSTIC INFORMATION VALUE OF CLINICAL AND LABORATORY INDICATORS OF POST-HYPOXIC SYNDROME IN NEWBORN****ABSTRACT**

A survey of 120 full-term newborns born in asphyxia in history was carried out. According to the condition and body weight, the observed newborns are divided into groups: I-newborns with low body weight by the gestational age - 30 (25%) newborns; II - with normal body weight at gestational age - 70 (58%) newborns; III - with a large body weight at gestational age - 20 (17%) newborns. The conducted studies showed that of all the manifestations of multiple organ symptoms in asphyxia, regardless of the severity and shifts in body weight, the severity of neurological shifts prevailed in combination with the corresponding laboratory parameters. What can serve as prognostic information as a hidden laboratory phenomenon of the risk of distant neurological symptoms.

**Key words:** newborns; asphyxia; hypoxia; S100; gas analyzer.**Fayzullayeva Xilola Baxronovna**

Assistant

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti  
Samarqand, O'zbekiston**Abdullayeva Muxiba Negmatovna**Tibbiyot fanlari doktori, professor  
Samarqand davlat Tibbiyot Universiteti

## YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA POSTGIPOKSIK SINDROMNING KLINIK VA LABORATORIYA KO'RSATKICHLARINING PROGNOZIK AXBOROT TARKIBI

ANNOTATSIYA

Anamnezidan asfiksiya bilan 120 ta muddatida tug'ilgan chaqaloqlarni o'rganish amalga oshirildi. Tana vazni va umumiy holati bo'yicha kuzatilgan yangi tug'ilgan chaqaloqlar quyidagi guruhlariga bo'lindi: I-gestatsion muddatiga nisbatan kam vaznli chaqaloqlar – 30 (25%); II - gestatsion muddatiga nisbatan normal vaznli chaqaloqlar -70 (58%); III – gestatsion muddatiga nisbatan katta vaznli chaqaloqlar -20 (17%). O'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, asfiksiyada barcha kuzatilgan poliorgan simptomatikalarda og'irlik darajasi va tana massasi siljishlaridan qat'iy nazar nevrologik o'zgarishlar mos laborator ko'rsatkichlarning namoyon bo'lishi bilan ustunlik qildi. Bu esa uzoqlashgan nevrologik simptomatika xavfida yashirin laborator fenomen sifatida prognozistik informativlikka xizmat qiladi.

**Kalit so'zlar:** yangi tug'ilgan chaqaloqlar; asfiksiya; gipoksiya; S100; gaz analizatori.

**Введение.** Среди многих факторов, повреждающих головной мозг новорожденных, особо следует выделить гипоксию, которая может быть отнесена к универсальным повреждающим агентам. Асфиксия, регистрируемая у новорожденных, очень часто является лишь продолжением гипоксии, начавшейся еще внутриутробно. Внутриматочная гипоксия и гипоксия в родах в 20–50 % случаев является причиной перинатальной смертности, в 59 % — причиной мертворождений, а в 72,4 % гипоксия и асфиксия становятся одной из главных причин гибели плода в родах или раннем неонатальном периоде. [3,6,7,10]

**Цель.** Выделить ведущие клинко-лабораторные сдвиги постгипоксического синдрома в ранний неонатальный период у наблюдаемых новорожденных.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 120 доношенных новорожденных, родившихся в асфиксии в анамнезе. Все больные наблюдались в Самаркандском областном перинатальном центре и в отделении неонатальной реанимации Самаркандского многопрофильного детского научного медицинского центра. По состоянию и по массе тела наблюдаемые новорожденные разделены на группы: I-новорожденные с малой массой тела ко сроку гестации; II-с нормальной массой тела ко сроку гестации; III-с большой массой тела ко сроку гестации.

Причем каждая группа в зависимости от тяжести асфиксии разделена на 2 подгруппы: (I a, I b; II a, II b; III a, III b)

a- асфиксия средней тяжести

b-тяжелая асфиксия

Диагноз асфиксии и критерии тяжести асфиксии поставлен согласно требованиям ВОЗ [1,4,5]

**Результаты и обсуждение.**

Из ведущих факторов высокого риска антенатальной гипоксии плода преобладали:

- острые инфекции верхних дыхательных путей – 80%
- анемия – 63%
- плацентарная недостаточность – 43%
- операция кесарева сечения - 40%
- заболевания щитовидной железы – 40%
- патология мочевыделительной системы – 36%

- гипертензионное расстройство – 34%
- воспалительные заболевания органов малого таза у женщин – 28%

• вредные привычки – 15%  
Из ведущих факторов высокого риска развития интранатальной асфиксии плода преобладали:

- Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода – 80%
- Обвитие пуповиной – 40%
- Преждевременная отслойка плаценты – 36%
- Нарушения родовой деятельности – 35%
- Тяжелая преэклампсия – 30%
- Начало родов после 24-часового безводного периода – 28%
- Преждевременный разрыв плодных оболочек – 22%

Таким образом, выделены 5 ведущих механизмов, приводящих к острой асфиксии плода [2,8,9]

- прерывание кровотока через пуповину 45 %; - нарушение обмена газов через плаценту 40 %; неадекватная гемоперфузии материнской части плаценты 25 %; ухудшение оксигенации крови матери 76 %.

Сочетание факторов высокого риска развития как анте- так интранатальной гипоксии имелось у 70% новорожденных. Из наблюдаемых больных 60-62% составляли мальчики.

Соблюдены правила мониторинга: клинические, аппаратные, лабораторные. Кроме общепринятых лабораторно-биохимических методов исследования для выполнения поставленной задачи определены: уровень Лактатдегидрогеназа, общий КФК, щелочной фосфатаза, лактат.

Варианты аппаратного мониторинга выполнены по мере необходимости и по показаниям. Статистическая обработка проведена по пакету программы Microsoft Excel 2019.

Обсуждение полученных результатов: У наблюдаемых новорожденных с ранними проявлениями постгипоксического синдрома выявлены признаки полиорганной недостаточности в зависимости от степени тяжести асфиксии и массы тела (таблица 1)

Таблица 1.

Нарастание клинических симптомов в зависимости от тяжести асфиксии

№	Патологии	I		II		III	
		a	b	a	b	A	b
1	Неврологические расстройства	↑	↑↑	↑	↑	↑↑	↑↑
2	Повреждение легких	↑	↑↑	↑	↑↑	↑	↑↑
3	Нарушения сердечно-сосудистой системы	↑	↑	↑↑	↑↑	↑	↑↑
4	Желудочно-кишечные расстройства	↑	↑↑	↑	↑↑	↑	↑
5	Геморрагическое расстройство	↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑	↑
6	Мочевой синдром	↑	↑↑	↑	↑↑	↑	↑↑

На этом фоне показатели метаболического ацидоза в сочетании оценки функционального состояния новорожденных по шкале Апгар с зависимости от тяжести асфиксии и массы тела

выглядят по нарастающим сдвигам pH и дефицита оснований соответственно ухудшению клинко-лабораторных признаков при полиорганной недостаточности (таблица 2)

Таблица 2.

## Оценка степени тяжести ацидоза в исследуемой группе детей раннего возраста

Группы	Шкала Апгара	Подгруппы	pH в крови	BE	Лактат ацидоз
I	4-5 (60%)	a	7,19 – 7,14	11,2 – 13,6	35%
	0-3 (40%)	b	7,11 – 7,09	15,5 – 18,8	60%
II	4-5 (66%)	a	7,32 – 7,20	12,2 – 14,8	40%
	0-3 (35%)	b	7,10 – 7,06	15,8 – 17,6	55%
III	4-5 (45%)	a	7,14 – 7,11	14,4 – 17,6	38%
	0-3 (55%)	b	7,08 – 7,04	17,8 – 19,6	67%

Маркер перинатального поражения ЦНС нейротест S100 в зависимости от дефицита массы тела и избытка массы увеличен в первые часы жизни в 3-4 раза чем показатели у здоровых новорожденных [11] (табл.3)

Таблица 3.

## Динамика концентрации белка S-100 у детей в группах сравнения

Сутки	S-100 нг/л (N 90-105 нг/л)					
	1agr n=14	1bgr n=16	2agr n=52	2bgr n=18	3agr n=8	3bgr n=12
1-сутки M±m	247нг/л-313нг/л 285,79±5,89 p=0,24	255нг/л- 414нг/л 345±11,53 p=0,46	160нг/л- 187нг/л 174±1,11 p=0,04	258нг/л- 288нг/л 277±1,99 p=0,08	202нг/л- 369нг/л 265±22,82 p=0,91	247нг/л-505нг/л 360±23,87 p=0,95
5-сутки M±m	96нг/л-102нг/л 99,00±0,43 p=0,02	105нг/л- 116нг/л 111±0,81 p=0,03	91 нг/л 110нг/л 101±0,72 p=0,03	94нг/л- 118нг/л 105±1,66 p=0,07	101нг/л- 129нг/л 115±3,30 p=0,13	136нг/л-166нг/л 156±2,51 p=0,10

На фоне уменьшения кальций в сыворотке крови до 1,56 ммоль/л, ионизированного кальций до 0,78 ммоль/л, фосфора до 0,74 ммоль/л, магний до 0,48 ммоль/л которые соответственно регулируют проницаемость стенки сосудов состояния клеточной мембраны, тонус мускулатуры и участвуют в миелинизации нейрона сдвиг маркера S100 указывает на глубокие изменения. А регуляции различных клеточных процессов структурную организацию мембран, защитой от окислительного повреждения клетки, регуляции белкового фосфорилирования.

И хотя на 5 день жизни наблюдается умеренное снижение маркера S100, но в группах I b, II b, III ab до показателей у здоровых детей не дошло.

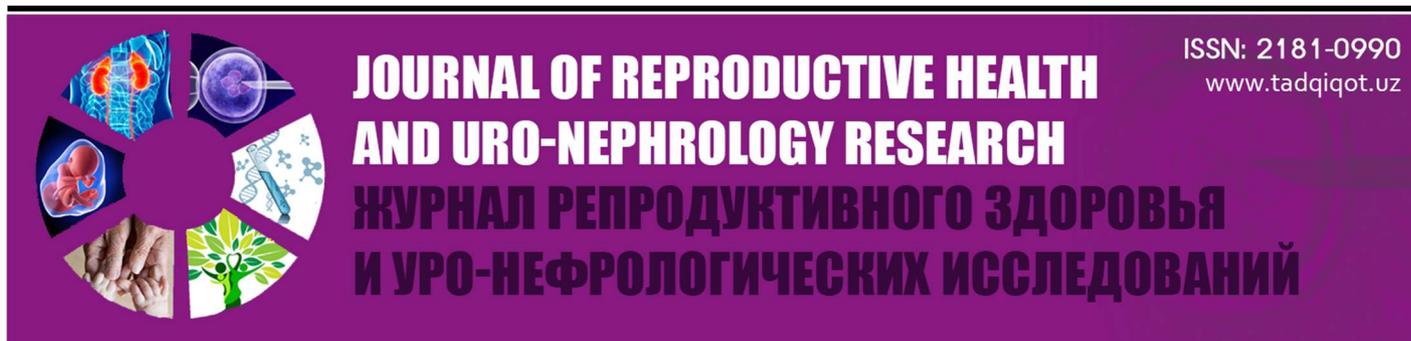
Клиническая симптоматика постепенно на 5-7 сутки сравнительно уменьшается на лабораторные показатели

поражения ЦНС особенно в сочетании с дефицитом метаболитов может служить прогностическим тестом для отдаленной неврологической симптоматики, что совпадает с показателями доступной информации.

**ВЫВОД:** Таким образом из всех проявлений полиорганной симптоматики при асфиксии независимо от тяжести и сдвигов массы тела преобладала тяжесть неврологических сдвигов в сочетании с соответствующими лабораторными показателями. Что может служить прогностической информативностью как скрытый лабораторный феномен риска отдаленной неврологической симптоматики. Эти наблюдения служат основанием для программы оздоровительных процедур при диспансеризации группы "риска" в условиях поликлиники.

## Список литературы:

1. Абдуллаева М.Н. Критерии диагностики и классификации патологических состояний периода новорожденности: Учебно-методическое пособие. Ташкент, 2015 115с
2. Абдуллаева М. Н., Файзуллаева Х. Б., Икрамова З. Метаболические сдвиги как индикатор постгипоксических осложнений у новорождённых //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – Т. 3. – №. 1.
3. Бобоева Н., Файзуллаева Х. Преимущества самостоятельного дыхания с постоянным положительным давлением в дыхательных путях у новорожденных с респираторным дистресс синдромом //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 2 (94). – С. 25-26.
4. Международная классификация болезней: X пересмотр.- Т.1.- Женева: ВОЗ; 1983.-584 с
5. Неонатология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Н. Володина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — С. 223.
6. Ткаченко, А. К. Асфиксия новорожденных. Перинатальная патология нервной системы: учеб.-метод. пособие /А. К. Ткаченко. — Минск: БГМУ, 2006. — С. 4.
7. Шабалов Н.П. Неонатология: учеб. пособие: в 2 т. – 5-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2019. - Том 1. – 736 с
8. Vaxronovna F. X. et al. Analysis Of The Specificity Of Antenatal And Intrapartum Risk Factors In Newborns With Intrauterine Hypoxia //NVEO-NATURAL VOLATILES & ESSENTIAL OILS Journal| NVEO. – 2021. – С. 5949-5957.
9. Fayzullayeva H. et al. Metabolic status as an indicator of post-hypoxic complications in newborns born in asphyxia //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. ISSN. – 2020. – С. 2515-8260.
10. Sh N. G. et al. The specifics of neurosonographic changes in the diagnosis of posthypoxic complications in children born in asphyxia //Colloquium-journal. – Голопристанський міський районний центр зайнятості, 2020. – №. 19 (71). – С. 6-7.
11. Chen H, Xu C, Jin Q, Liu Z. S100 protein family in human cancer. Am J Cancer Res. 2014 Mar 1;4(2):89-115. eCollection 2014. Review



УДК: 618.14-006.55-08-055.23/.25

**Ходжаева Зарина Алихановна**

соискатель

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

**Муратова Нигора Джураевна**

д.м.н., доцент

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДЕНОМИОЗА СОЧЕТАННО-ГО С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

**For citation:** Khodjaeva Zarina Alikhanovna, Nigora Djuraevna Muratova, Features of clinical and laboratory parameters of adenomyosis combined with endometrioid ovarian cysts, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.49-52


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7420829>

#### АННОТАЦИЯ

К числу самых распространенных заболеваний среди женщин репродуктивного возраста, относятся миома, аденомиоз и эндометриоидные кисты яичников. Целью исследования явилось определение клинико-лабораторные показатели аденомиоза сочетанного с эндометриоидными кистами яичников у молодых женщин. Нами обследованы 80 женщин репродуктивного возраста с аденомиозом и эндометриозом яичников. Возраст обследованных составил в среднем  $25,4 \pm 0,14$  года. Всем пациенткам проведены гормональные, ультразвуковые и доплерометрические методы исследования. Исследования показали, что 70% обследованных обратились по поводу вагинальных кровотечений различной интенсивности, а 30% жаловались на отсутствие наступления беременности. Выявлено изменение гормонального статуса, так уровень тестостерона был повышен в 3,5 раза, 17-Он прогестерон был повышен в среднем в 5 раз, уровень пролактина был повышен у 35% пациенток в 1,7 раза. При доплерометрии выявлена гиперплазия эндометрия, аденоматозные очаги визуализировались как анэхогенные включения с нечеткими краями, и отсутствием капсулы вокруг аденоматозного очага, наличием единичных цветных сигналов по периферии и отсутствием кровотока внутри. В результате проведенного лечения у женщин 1-группы фертильность восстановлена в 27,2%, а у женщин 2-группы в 60% случаев в течение первого года.

**Ключевые слова:** клиника аденомиоза, диагностика, женщины раннего репродуктивного возраста, эндометриоидные кисты яичников, бесплодие, дисгормонез, микродозированные оральные контрацептивы.

**Khodjaeva Zarina Alikhanovna**

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

**Nigora Djuraevna Muratova**

MD, Associate Professor

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

### FEATURES OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS OF ADENOMYOSIS COMBINED WITH ENDOMETRIOID OVARIAN CYSTS

#### ABSTRACT

The most common diseases among women of reproductive age include fibroids, adenomyosis and endometrioid ovarian cysts. The aim of the study was to determine the clinical and laboratory parameters of adenomyosis combined with endometrioid ovarian cysts in young women. We examined 80 women of reproductive age with adenomyosis and endometriosis of the ovaries. The average age of the examined patients was  $25.4 \pm 0.14$  years. All patients underwent hormonal, ultrasound and Doppler methods of examination. The results of the studies showed that 70% of the examined patients reported bleeding from the genital tract of varying intensity, and 30% complained of the absence of pregnancy. A change in the hormonal status was revealed, so the level of testosterone was increased by 3.5 times, 17-OH progesterone was increased by an average of 5 times, the level of prolactin was increased in 35% of patients by 1.7 times. Dopplerometry revealed endometrial hyperplasia, adenomatous foci were visualized as anechoic inclusions with fuzzy edges, and the absence of a capsule around the adenomatous focus, the presence of single color

signals along the periphery and the absence of blood flow inside. As a re-sult of the treatment, fertility was restored in 27.2% of group 1 women, and in 60% of cases in group 2 women during the first year.

**Key words:** clinic of adenomyosis, diagnostics, women of early reproductive age, endometrioid ovarian cysts, infertility, dienogest, microdosed oral contraceptives.

**Khodjaeva Zarina Alikhanovna**  
Toshkent davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston  
**Nigora Djuraevna Muratova**  
Tibbiyot fanlari doktori  
Toshkent davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston

## ADENOMIOZNI TUXUMDON ENDOMETRIOID KISTALARI BILAN QO'SHILIB KELGANINING KLINIK-LABORATOR KO'RSATKICHLARINING XUSUSIYATI

### ANNOTATSIYA

Reproduktiv yoshdagi ayollar orasida eng keng tarqalgan kasalliklarga mioma, adenomioz va tuxumdon endometrioid kistalari kiradi. Tadqiqot maqsadi yosh ayollarda adenomiozni tuxumdon endometrioid kistalarni bilan qo'shilib kelishining klinik va laborator xususiyatlarini aniqlash. Repro-duktiv yoshdagi 80 nafar ayollarni tekshiruvdan o'tkazdik. Tekshirilayotgan bemorlarning o'rtacha yoshi  $25,4 \pm 0,14$  yilni tashkil etdi. Barcha bemorlarga gormonal, ultratovush va dopplerometrik tekshiruvlar o'tkazildi. Tadqiqot natijalariga ko'ra bemorlarning 70% turli intensivligda jinsiy yo'llaridan qon ketishi, va 30% homiladorlik yo'qligiga shikoyat qilishgan. Gormonal holatning o'zgarishi xam aniqlandi, bunda testosteron darajasi 3,5 marta oshishi, 17-On progesteron o'rtacha 5 marta va prolaktin darajasi 35% bemorlarda 1,7 marta ko'tarilishi aniklandi. Dopplerometrik tekshiruvda endometriy giperplaziyasi aniqlangan, adenomatoz o'choqlar esa noaniq qirrali anexogen kiritmal sifatida kuringan, adenomatoz o'choqlar atrofida kapsula yo'qligi, va ichki qon oqimining yo'qligi xam aniqlangan. Davolash natijasida fertillik birinchi yil davomida 1-guruh ayollarida - 27,2%, 2-guruh ayollarida esa 60% hollarda tiklandi.

**Kalit so'zlar:** adenomioz klinikasi, diagnostika, erta reproduktiv yoshdagi ayollar, tuxumdon endometrioid kistasi, bepustlik, dienogest, mikrodozlangan oral kontratseptivlari.

**Актуальность.** Эндометриоз матки – аденомиоз – это доброкачественная инвазия эндометрия в миометрий, которая приводит к диффузному увеличению матки [9]. Распространенность аденомиоза также, как и наружно-генитального эндометриоза в последние годы имеет тенденцию к росту и приходится на возраст реализации репродуктивных планов [5]. Аденомиоз поражает от 27 до 53% женщин, причинами такого разброса данных может быть использование различных диагностических критериев, сложность в клинической постановке диагноза, так как симптомы аденомиоза не специфичны и могут быть связаны как с другими заболеваниями, например, с миомой матки, так и сопутствовать им. Зачастую врачи ультразвуковой диагностики ошибочно принимают очаги аденомиоза за миоматозные узлы, это может быть связано с использованием аппаратов с низкой разрешающей способностью, что приводит к неправильной постановке диагноза, и как следствие к неэффективному лечению. Для аденомиоза характерны разнообразные проявления: боли в малом тазу, включая овуляторную боль, дисменорею, не связанную с менструацией тазовую боль, а также такие проявления, как дисхезия, дизурия, меноррагия и хроническая усталость [3]. Причинами болезненных менструаций являются циклические менструально-подобные изменения в эндометриоидных имплантах, они секретируют жидкость, которая содержит простагландины, являющиеся мощными стимуляторами тонуса сосудов и маточных сокращений. В основе нарушения дифференциации эндометриоидных клеток лежит дефект местного гормонального гемостаза. Потому что, эстрогены способствуют имплантации и функционированию эндометриоидной ткани в чужой для нее среде, и оказывают модулирующее влияние на иммунные и воспалительные процессы [7]. При аденомиозе наблюдаются значительные структурные и функциональные изменения в репродуктивной системе, что нередко приводит к бесплодию и «инвалидизации», что снижает качество жизни женщины. Частота первичного бесплодия у женщин с аденомиозом составляет 30-40%, тогда как вторичное бесплодие встречается реже и составляет – 27% [4]. Как и любой процесс в гормонозависимых органах, эндометриоз находится под постоянным влиянием стероидов – эстрогенов и прогестерона. Некоторые авторы считают, что одним из механизмов развития бесплодия при аденомиозе является хроническая овариальная недостаточность, которая в свою очередь приводит к нарушению морфофункционального состояния эпителиоцитов эндометрия.

Эндометриоз является эстрогензависимым заболеванием, однако мнения ученых разнятся. Так у больных аденомиозом выявлена умеренная гиперэстрогемия в раннюю фолликулярную фазу и в течении лютеиновой фазы, и снижение эстрадиола в преовуляторную фазу [1]. В то время как другие ученые в своих исследованиях отмечают гипоестрогемию в лютеиновую фазу цикла [2]. По данным некоторых авторов нарастание степени тяжести заболевания сопровождается повышением уровня эстрадиола, снижением уровней пролактина и ФСГ [6]. Диагностика аденомиоза также представляет определенные трудности, это зависит от разрешающей способности аппарата и применяемых датчиков. Ультразвуковая диагностика является скрининговым методом инструментального обследования при подозрении на аденомиоз. По мнению М.М. Дамирова и соавт., чувствительность трансвагинальной эхографии зависит от степени тяжести заболевания, при этом средняя точность УЗ диагностики аденомиоза составляет 88,7%, чувствительность – 91,5%, а специфичность – 86% [8]. На сегодняшний день среди всех методов инструментальной диагностики наибольшее доверие вызывает метод МРТ, чувствительность, специфичность и точность которого превышает 95%. Однако в связи с отсутствием рекомендаций в клинических руководствах и учитывая финансовую сторону, данный метод не получил широкого применения. Систематический анализ мировой литературы показал, что несмотря на многогранное изучение проблемы аденомиоза особенно у женщин раннего репродуктивного возраста, вопросы ранней диагностики и дифференцированного лечения требует дальнейшего изучения. Таким образом, подводя итог данным об аденомиозе, надо отметить, что, несмотря на огромное количество исследований, посвященные различным аспектам аденомиоза до сих пор отсутствуют четкие диагностические критерии и надежные неинвазивные методы лечения и прогнозирования заболевания. В связи с этим данная патология вызывает большой интерес к разработке вопросов этиологии и патогенеза развития аденомиоза, современных диагностических критериев и прогнозирования течения заболевания.

**Цель** - определить клинико-лабораторные показатели аденомиоза сочетанного с эндометриоидными кистами яичников у молодых женщин.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 80 женщин репродуктивного возраста с установленным диагнозом аденомиоз

и эндометриоз яичников, обратившиеся за консультацией в частную клинику «NikaMed» г.Ташкента. Изучен анамнез обследованных женщин, проведен общий и гинекологический осмотр. Всем пациенткам были проведены ультразвуковые и доплерометрические исследования на аппарате Esaote My Lab Seven, трансвагинальным датчиком AC 2541 с частотой 3-3,5 МГц. Проведено гормональное исследование крови на следующие показатели: ТТГ, Т4 св, 17-ОКС, Тестостерон, Пролактин. Проведены антропометрические измерения для вычисления ИМТ (индекса массы тела). Консультация эндокринолога. Для консервативного лечения пациенткам назначены низкодозированные препараты ОК (Линдинет 20 по 1 таблетке в течение 63 или 126 дней в непрерывном режиме), диногест 2 мг в течение 6 месяцев непрерывно.

**Результаты.** Нами обследованы 80 женщин раннего репродуктивного возраста. После обследования все женщины были разделены на 2 группы: I-группа 44 пациенток с аденомиозом (принимавших диногест 2 мг в течение 6 месяцев), и II-группа 36 пациенток с аденомиозом и эндометриодными кистами яичников (принимавших ОК в течение 3х или 6 месяцев). Возраст обследованных колебался от 18 до 30 лет, составляя в среднем  $25,4 \pm 0,14$  года. Нами изучен соматический анамнез обследованных, который показал что самыми частыми из перенесенных заболеваний у пациенток в обеих группах были воспалительные заболевания верхних и нижних дыхательных путей, которые составили 95,7% и 90,1% соответственно. Следующей по частоте были детские инфекционные заболевания, составившие 29,3 и 17% соответственно. Далее по частоте следовали инфекционный гепатит, заболевания ЖКТ, и эндокринные заболевания (диффузный зоб, сахарный диабет, ожирение). Хроническая анемия средней степени, которая в большинстве случаев является осложнением аденомиоза, вследствие нарушений менструальной функции значительно чаще выявлена у каждой четвертой пациентки I-группы, а во II-группе составила 13,8%. Следовательно, у всех пациенток обследованных групп имели место нарушения соматического здоровья, заболевания инфекционно-воспалительного характера, эндокринопатии, анемия, что может быть фактором риска, приводящим к нарушению иммунитета, и создаёт условия для развития гиперпластических процессов в матке и за её пределами. Длительность заболевания составила от 1 года до 3х лет в группе с эндометриодными кистами и до 9 лет у женщин с аденомиозом. Чаще всего пациентки обращались с жалобами на обильные и/или длительные менструации, нарушения менструального цикла, боли внизу живота и бесплодие. Впервые диагноз аденомиоз и/или эндометриоз яичников установлен во время обследования по поводу повторного маточного кровотечения у 70% больных среди которых 25% - женщины после перенесенного COVID-19, а у остальных 30% по поводу бесплодия. Выскабливание полости матки произведено по поводу маточного кровотечения, обусловленного железистой гиперплазией эндометрия у 28 женщин, вследствие аборта в 30% и у 12 по поводу неразвивающейся беременности. Клиника заболевания была представлена нарушениями менструального цикла в обеих группах (60 - 75%), причем чаще всего нарушения были представлены болями перед и во время менструаций – альгодисменореей, различной интенсивности у пациенток I-группы в – 60%, а во II-группе этот показатель составил 100%, следующей жалобой была – диспареуния, выявленная у 45% обследованных обеих групп. Также пациентки II-группы в 88,8% случаев жаловались на коричневые выделения за 3-4 дня до предполагаемой даты менструации, тогда как этот показатель в I-группе составил 45%. Бесплодие было выявлено только у пациенток I-группы и составило 63,6% - 28 пациенток, из них первичное бесплодие составило 67,5%, а вторичное 32,5%. Также хочется отметить, что 18,3% женщин I-группы имели ожирение I степени по ИМТ.

Нами изучен гормональный статус пациенток. Исследования показали, что уровень тестостерона был повышен в среднем в 3,5

раза у 80% (64 пациентки: у 40 женщин Iй группы и у 24 из IIй группы), уровень 17-Он прогестерона был повышен в среднем в 5 раз у 87,5% всех обследованных. Уровень пролактина был повышен у 35% пациенток и был увеличен в среднем на 1,7 раза. Определение уровня ТТГ показало, повышение его в 1,85 раза, которое наблюдалось только у 16 женщин, что составило 20%. У 36,3% - 16 пациенток I-группы выявлено снижение свободного Т4, тогда как во II-группе этот показатель был снижен у 16,6% больных. После консультации эндокринолога 16 (36,3%) пациенткам I-группы и 5 (13,8%) из II-группы был поставлен диагноз – гипотериоз, более 85% пациенток обеих групп – аденогитальный синдром, и 3 пациенткам I-группы – тиреоидит.

Ультразвуковые исследования проводились во II фазу и сразу после менструального цикла. При этом определяли наличие, топографию и количество аденомиозных очагов и эндометриодных кист яичников. На УЗИ аденоматозные очаги визуализировались как анэхогенные образования с нечеткими и деформированными контурами и мелкодисперсным содержимым.

Эндометриодные кисты характеризовались с утолщенными стенками, округлой формы, с неоднородным дисперсным содержимым «шоколадная киста» или многокамерная киста в виде пчелиных сот. Допплерометрическая картина выявила гиперплазию эндометрия, а аденоматозные очаги визуализировались как анэхогенные включения с нечеткими краями, и отсутствием капсулы вокруг аденоматозного очага, наличием единичных цветовых сигналов по периферии и отсутствием кровотока внутри.

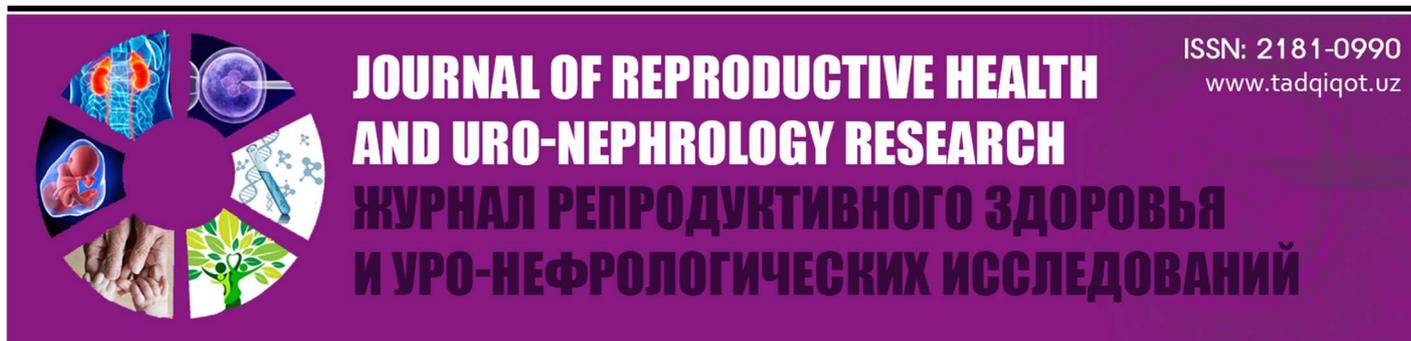
Лечение проводили в зависимости от выявленной патологии: при аденомиозе – диногест 2 мг в течение 6 месяцев непрерывно, а при эндометриодных кистах Линдинет 20 в течение 63 или 126 дней в непрерывном режиме. Длительность консервативной терапии зависела от репродуктивных планов женщины, отсутствия симптоматики и УЗИ картины. Результаты лечения в течение 6 месяцев у женщин I группы с аденомиозом показали, что у большинства пациенток (36 пациенток - 81,8%) наступала нормализация цикла, боли исчезали. У четверти больных после окончания лечения наступила беременность. У пациенток II-группы, эндометриодные кисты размеры которых не превышали 2-3 см в диаметре ОК назначались в течение 3 месяцев без перерыва. Женщинам, с эндометриодными кистами 4-6 см и более в диаметре (16 женщин – 44,4%), проводилась лапароскопическая кистэктомия, с дальнейшим приемом ОК препаратов в течение 6ти месяцев с противорецидивной целью. Прием ОК способствовал уменьшению болевого синдрома в 70% случаев, ликвидации мелких эндометриодных очагов в 35,2%. Мониторинг эффективности консервативного лечения проводился путем УЗИ-контроля. Динамическое УЗИ наблюдение показало, что у пациенток I-группы эхо-структура миометрия стала однородной у 70%, фертильность восстановлена в 27,2% случаев, рецидив в данной группе составил 9,1%. Во II-группе фертильность восстановлена в 55,5% случаев, рецидив наблюдался у 8 – 22,2% женщин, при этом данные пациентки пожелали продолжить лечение по той же схеме, т.е. 126 дней без перерыва, затем перерыв на менструацию.

Стоит отметить, что у женщин принимавших препараты ОК в течение 3х месяцев симптомы заболевания возобновлялись через 8 месяцев после последней таблетки. В целом репродуктивная функция восстановлена у 55,5% женщин, принимавших Линдинет 20 в течение 6ти месяцев.

**Заключение:** Таким образом, эффективность комплексного своевременного лечения аденомиоза заключается в улучшении клинического течения заболевания, и восстановлении фертильности в 27,2% случаев в течение первого года. Низкодозированные препараты ОК позволяют восстановить репродуктивную функцию в 60% случаев. Схема лечения ОК 126/7 является более эффективной.

## Список литературы

1. Бабаджанова, Г. С., and С. И. Абдурахманова. "СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ, КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ (Обзор литературы)." Журнал теоретической и клинической медицины 3 (2018): 85-90.
2. Калинин О.Б., Тезиков Ю.В. / Лечение генитального эндометриоза у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста. Проблемы репродукции, 4, 2015. С. 110-113.
3. Ризаев, Ж. А., et al. "Частота, клиника и хирургическое лечение миомы матки и аденомиоза." Мед. журн. Узбекистана 1 (2019): 23-26.
4. Каттаходжаева М.Х.,Рахманова Н.Х.,Методы выбора контрацепции у женщин группы риска.– Узбекистан. – 2018.– С.96-100.Abdullaeva, L. M., Babadzhanova, G. S., Nazarova, D. B., Muratova, N. D., & Ashurova, U. A. (2012). Role of hormonal disturbances in sterility development for patients with benign formations of ovaries. Likars' ka Sprava, (3-4), 104-109.
5. Vabadjanova, G. S., et al. "The role of proinflammatory cytokines in the development of clinical picture of myoma and adenomyosis." Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology 14.4 (2020): 7224-7228.
6. Каттаходжаева М.Х.,Умаров З.М.,Сафаров А.Т.,Сулейманова Н.Ж.К вопросу о тактике введения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 2020,№ 3-4,С.4М.М. Damirov, Endometriosis - a disease of active and business women. М. 2010 ; 191 p.
7. М.Х.Каттаходжаева, Амонова З.Д.,Умаров З.М., Сафаров А.Т.,Сулейманова Н. Современный взгляды на роль генитальный папилломавирусной инфекции в развитие предраковых заболеваний и рака шейки матки,пути их профилактики // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 2021, №1-2,С.38-42
8. Рахманова Н. Ж. , Каттаходжаева М.Х.// Аёлларда контрацепция усулларини индивидуал танлашда замонавий жихатлари: шарх/ Назарий ва клиник тиббиёт, № 1 2018 йил, 82-84 стр.
9. A. Avezov, Kattakhodjaeva M.H., F. Boltoeva// Study of the development level of risk factors in Dangerous tumors causing lonely arterial Thromboembolia/ International Journal of Advanced Science and Technology Vol. 29, No. 5, (2020), pp. 1751-1760
10. Kudratova D.Sh. Common risk factors for intranutore anomalies of fetus development \International journal of innovative analyses and emerging technology 2022 Issue 8, Pg 25-30



УДК: 616.61-002-053.2

**Gapparova Guli Nurmuminovna**  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarqand, O'zbekiston  
**Axmedjanova Nargiza Ismoilovna**  
Tibbiyot fanlari doktori  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarqand, O'zbekiston

### COVID - 19 PANDEMIYASI DAVRIDA BOLALARDA PIELONEFRITNING KLINIK-LABORATOR XUSUSIYATI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH

**For citation:** Gapparova Guli Nurmuminovna, Axmedjanova Nargiza Ismoilovna, Clinical and laboratory characteristics, diagnosis and treatment of pyelonephritis in children during the covid-19 pandemic, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.53-57

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7420850>

#### ANNOTATSIYA

Ko'pgina mualliflarning ta'kidlashicha, COVID-19 infeksiyasi asosan buyrak kasalligi bo'lgan odamlarda davolanishni murakkablashtirishi va o'lim darajasini oshirishi mumkin [6, 7]. Ishning Maqsad: COVID-19 bilan kasallangan bolalarda pielonefritning klinik va laborator xususiyatlarini o'rganish va davolash. Materiallar va tekshirish usullari: I guruh - pielonefrit bilan og'riqan, COVID-19 infeksiyasi bilan kasallangan bolalar - 50 bola. II guruh Taqqoslash guruhi pielonefrit bilan og'riqan, COVID-19 infeksiyasi bilan kasallanmagan bolalardan iborat - 50 bola. Natijalar: Etakchi klinik simptomlar yig'indisi bu siydik sindromi edi. Birinchi guruhdagi barcha bolalarning laboratoriya tekshiruvida massiv leykotsituriya, bakteriuriya, leykotsitlar formulasining chapga siljishi, EChT tezlashishi va C-reaktiv oqsil konsentratsiyasining ortishi bilan leykotsitoz aniqlandi. Xulosa: Bizning klinik kuzatuvimiz shuni ko'rsatadi COVID-19, hatto engil kechsa ham, bolalarda pielonefritning kuchayishiga olib kelishi va shu bilan birga, surunkali pielonefritning tez-tez qaytalanishi aniqlandi. COVID-19 fonida pielonefriti bor bolalarda standart davolash sxemasiga A vitaminini kiritish 2, 3 kun oldinroq buyraklar kosacha-jom tizimi va parenximasida membranliz va sitoliz jarayonlarini tavsiflovchi ko'rsatkichlarni normaga kelishiga, eritrositlarning elektron-transport funksiyasini tiklanishiga imkon beradi

**Kalit so'zlar:** COVID-19, pielonefrit, protienuriya, mikrogematuriya, likotsituriya

#### Гаппарова Гули Нурмуниновна

Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

#### Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

доктор медицинских наук  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

### КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

#### АННОТАЦИЯ

Многие авторы констатируют, что заражение COVID-19 может осложнить лечение и увеличить смертность, в основном у лиц с заболеваниями почек [6, 7]. Цель работы: изучение и лечение клинико-лабораторных особенностей пиелонефрита у детей, инфицированных COVID-19. Материалы и методы обследования: I группа - дети с пиелонефритом, инфицированные COVID-19 - 50 детей. II группа Группу сравнения составляют дети с пиелонефритом, не инфицированные COVID-19 - 50 детей. Результаты. Ведущим клиническим симптомокомплексом был мочевого синдром. При лабораторном обследовании у всех детей первой группы выявлен массивный лейкоцитоз, бактериурия, лейкоцитоз со сдвигом влево лейкоцитарной формулы, ускорение ЭХТ и повышение концентрации С-реактивного белка. Заключение: Наше клиническое наблюдение показывает, что COVID-19, даже в легкой форме, вызывает обострение пиелонефрита у детей, в то же время установлено, что хронический пиелонефрит часто рецидивирует. У детей с пиелонефритом на фоне COVID-19 введение витамина А в стандартную схему лечения на 2, 3 дня раньше позволяет нормализовать мембранолиз и цитоллиз в системе почечных чашечек и паренхиме, а электронно-транспортную функцию почек эритроциты приходят в норму.

**Ключевые слова:** COVID-19, пиелонефрит, протенурия, микрогематурия, саркоидурия.

**Gapparova Guli Nurmuminovna**  
Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan  
**Akhmedjanova Nargiza Ismailovna**  
Doctor of Medicine  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan

## CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN DURING THE COVID-19 PANDEMIC

### ABSTRACT

Many authors state that COVID-19 infection can complicate treatment and increase mortality, mainly in individuals with kidney disease. Purpose of work: study and treatment of clinical and laboratory features of pyelonephritis in children infected with COVID-19. Materials and methods of examination: Group I - children with pyelonephritis infected with COVID-19 - 50 children. Group II Comparison group consisted of children with pyelonephritis not infected with COVID-19 - 50 children. Results. Urinary syndrome was the leading clinical symptom-complex. Laboratory examination in all children of the first group revealed massive leukocytosis, bacteriuria, leukocytosis with a left shift of the leukocytic formula, accelerated EHT and increased concentration of C-reactive protein. CONCLUSION: Our clinical observation shows that COVID-19, even in its mild form, causes exacerbation of pyelonephritis in children, while at the same time it is found that chronic pyelonephritis often relapses. In children with pyelonephritis against COVID-19, introduction of vitamin A into the standard treatment scheme 2, 3 days earlier allows normalization of membranolysis and cytolysis in the renal calyx system and parenchyma, and electron-transport function of the kidneys erythrocytes come to norm.

**Key words:** COVID-19, pyelonephritis, proteinuria, microhematuria, sarcoiduria.

**Dolzarbli.** Pielonefrit - bu buyraklarning nospesifik yuqumli-yallig'lanish kasalligi bo'lib, buyrak-jom tizimi va tubulointerstitial to'qimalarning birlamchi shikastlanishidir. Kasallikning yuqori chastotasi, tez-tez qaytalanishlar va buyrak funktsiyasining buzilishi klinisyest uchun qiyinchilik tug'diradi. Pielonefrit ham bolalar, ham ota-onalar, ham shifokorlar uchun jiddiy tashvish hisoblanadi. Kasallikni kamaytirish va og'ir oqibatlar, asoratlar va buyrak funktsiyasining buzilishining oldini olish uchun o'z vaqtida tashxis qo'yish va tegishli davolash choralarini ko'rish juda muhimdir [1]. Kichik yoshdagi bolalarga tashxis qo'yish qiyin bo'lib, bunga sabab kam ma'lumotli fizik tekshiruvlar va bolalarning ota-onalari simptomlarni to'g'ri talqin qila olmasliklaridir. Kichik yoshdagi bolalar uchun noma'lum sababli isitma ko'pincha yagona alomatdir [2]. Maktabgacha va boshlang'ich maktab yoshidagi bolalarda simptomlar yanada o'ziga xos bo'lib, isitmadan tashqari, titroq, kungil aynishi, qusish, bezovtalik, bel va umurtqa sohasidagi og'riqlar, qovurg'a-vertebral burchagi sohasidagi, qovuq yuqori sohasidagi og'riqlar, dizuriya, ijobiy Pasternatskiy simptomi va boshqalar xos. Hayotning birinchi yilida pielonefrit kasalligi qizlarda taxminan 0,7% va o'g'il bolalarda 2,7% ni tashkil qiladi. Hayotning dastlabki 2 oyligida SYuI bilan kasallangan chaqaloqlarda isitma qizlarda taxminan 5% va o'g'il bolalarda 20% ni tashkil qiladi. Birinchi 6 oy davomida o'g'il bolalarda pielonefrit rivojlanish ehtimoli 10-12 marta ko'proq ko'zatsilsa, bir yil o'tgach qizlarda o'g'il bolalarga qaraganda pielonefrit rivojlanishi ehtimoli yuqori bo'ladi. 7 yoshgacha qizlarning taxminan 7,8 foizi va o'g'il bolalarning 1,7 foizi, 16 yoshgacha qizlarning 11,3 foizi va o'g'il bolalarning 3,6 foizi pielonefrit bilan kasallanadi. Kasallikning qaytalanish darajasi 30 dan 50% gacha bo'lib, bu ayniqsa qizlar orasida ko'p uchraydi [4]. Yuqoridagi ma'lumotlarga asoslanib, pielonefrit barcha yoshdagi bolalar populyatsiyasida juda keng tarqalganligini aytish mumkin. Kasallikning rivojlanishida mikroflorasining xususiyatlari, siydik tizimining anatomik anomaliyalari, buyrak to'qimalarining displaziyasi, dismetabolik nefropatiya ko'rinishidagi metabolik kasalliklar, siydik pufagining neyrogen disfunktsiyasini shakllantirishda urokinamikaning funktsional buzilishlari, qisman immun buzilishlar muhim ahamiyatga ega.

Koronavirus infeksiyasi 2019 (COVID-19) epidemiyasi tezda butun dunyoga tarqaldi va pandemiyaga aylandi. Hozirgi davrda COVID-19 butun dunyo bo'ylab tibbiyot mutaxassislari va olimlari oldida turgan eng katta muammodir. Albatta, pandemiyani yengish hozir eng muhim vazifa, ammo boshqa muhim patologiyalar haqida ham unutmastlik kerak: yangi koronavirus infeksiyasidan xavotirlanish boshqa kasalliklarga chalingan bemorlarni tashxislash va davolash sifatiga ta'sir qilmasligi kerak [11, 12]. SARS-CoV-2 ko'p tizimli infeksiya bo'lib, u o'pkaning shikastlanishi bilan cheklanmaydi va organ - tizimlarga, shu jumladan buyraklarga immun vositachi sifatida ta'sir ko'rsatadi. Bugungi kunga qadar COVID-19 bilan kasallangan bemorlarda nefrologik kasalliklarning patogenezini haqida aniq

tushuncha mavjud emas. Ko'pgina mualliflarning ta'kidlashicha, COVID-19 infeksiyasi asosan buyrak kasalligi bo'lgan odamlarda davolanishni murakkablashtirishi va o'lim darajasini oshirishi mumkin [6, 7]. Hamroh kasalliklar pielonefritning qaytalanishiga olib kelishi mumkin va bu har bir amaliyot shifokoriga ma'lum. Pielonefritning kechishini murakkablashtiradigan ko'pgina yuqumli kasalliklar ma'lum bo'lsada ammo, COVID-19 infeksiyasidan keyin pielonefritning kechishi o'rganilmagan. Shu maqsadda biz COVID-19 bilan kasallangan bolalarda pielonefritning klinik kechishini o'rganishga qaror qildik.

**Maqsad** COVID-19 bilan kasallangan bolalarda pielonefritning klinik va laborator xususiyatlarini o'rganish va davolash.

#### Materiallar va tadqiqot usullari

• I guruh - pielonefrit bilan og'rikan, COVID-19 infeksiyasi bilan kasallangan bolalar - 50 bola.

• II guruh Taqqoslash guruhi pielonefrit bilan og'rikan, COVID-19 infeksiyasi bilan kasallanmagan bolalardan iborat - 50 bola.

Barcha bemorlar klinik, instrumental va laboratoriya usullari yordamida tekshirildi. Ularda qo'yidagi klinik - laborator tekshirish usullari amalga oshirildi: umumiy qon va siydik tahlillari; siydikni bakteriologik tekshirish; qonda karbamid va kreatinin, umumiy qon oqsili, prokalsitonin, siydikda kreatinin, Zimmitskiy testi bo'yicha buyraklarning kontsentratsiya qobiliyatini aniqlash.

Instrumental tekshiruvga buyrak va siydik pufagining ultratovush tekshiruvini amalga oshirildi.

**NATIJALAR.** Keng qamrovli klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvga ko'ra, pielonefrit bo'lgan bolalar ikkita guruhga ajratilgan. Birinchi guruh pielonefrit bilan og'rikan, COVID-19 infeksiyasi bilan kasallangan bolalar (n = 50), ikkinchi guruhga taqqoslash guruhi pielonefrit bilan og'rikan, COVID-19 infeksiyasi bilan kasallanmagan bolalardan iborat bolalar (n = 50).

3 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan pielonefrit boshlangan barcha bolalarda febril isitma, intoksikatsiya belgilari; yuzning pastozligi 78,8% bolalarda qayd etilgan, dispeptik hodisalar 36,3% da aniqlangan. 6 yoshdan 10 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida siydik ajratish buzilishining eng yuqori chastotasi (43,0%) va siydik tuta olmaslik ko'rinishi qayd etilgan. Ushbu guruh qorin og'rig'i sindromi bilan ham tavsiflangan (39,4%). Katta yoshdagi bolalarda palpatsiya paytida qorinning og'rig'i va ijobiy Pasternatskiy simptomi mos ravishda 75,0% va 60,0% bolalarda qayd etilgan.

Etakchi klinik simptomlar yig'indisi bu siydik sindromi edi. Birinchi guruhdagi barcha bolalarning laboratoriya tekshiruvida massiv leykotsituriya, bakteriuriya, leykotsitlar formulasining chapga siljishi, EChT tezlashishi va C-reaktiv oqsil kontsentratsiyasining ortishi bilan leykotsitoz aniqlandi (1-jadval). Ikkinchi guruhda bu ko'rsatkichlarda sezilarli o'zgarishlar kamroq aniqlandi. Biroq, birinchi guruhidagi bolalarda qonda prokalsitonin va sistatin C ning statistik jihatdan sezilarli darajada (p < 0,05) yuqoriligi qayd etilgan.

1-jadval

**Pielonefrit bilan kasallangan bolalarda laborator ko'rsatkichlar.**

Ko'rsatkichlar	Birinchi guuruh (n = 50)	Ikkinchi guuruh (n = 50)	P
qondagi leykotsitlar soni 10 <sup>3</sup> /mkl	18,6±3,3	16,9±2,4	>0,05
eritrotsitlarning cho'kish tezligi mm/ s	40±9	36±8	>0,05
C-reaktiv oqsil mg/l	91,2±34	75±27	<0,05
Prokaltsetonin ng/mg	3,8±0,5	1,2±0,2	<0,05
Leykotsituriya ko'rish/maydoni	297±93	242±85	>0,05
Tsistatin C mg/l	1,03±0,18	0,91±0,19	>0,05

Birinchi guuruh bolalarida umumiy siydik sinovlarida 28 (56%) bolada engil proteinuriya (0,099-0,5 g/l) va 32 nafarida (64%) o'rtacha proteinuriya (1-3 g/l) aniqlangan; mikrogematuriya 40 bolada (80%), silindruriya (gialin va granulyar) 38 tada (76%) aniqlangan. Ikkinchi kuzatuv guuruhida bu ko'rsatkichlar bo'yicha statistik jihatdan muhim farqlar yo'q edi. Yengil proteinuriya (0,099-0,5 g / l) 38 (76%) bolada, o'rtacha proteinuriya (1-3 g / l) 4 (8%); 14 (28%) bolalarda mikrogematuriya va silindruriya (gialin va granulyar) aniqlangan.

Siydik pH 5,5 va siydik solishtirma og'irligi 1013±3. Kundalik diurez 1900±100 ml. Buyraklarning azot chiqarish funksiyasi saqlanib qolgan (karbamid 2,1 mmol/l, kreatinin 56,3 mkmol/l).

Pielonefrit boshlangan barcha bolalarda buyraklarning konsentratsiya funksiyasining pasayishi qayd etilgan. Biroq, birinchi guuruh bemorlarida nikturiya va gipoizostenuriyaning tez-tez rivojlanishi tendentsiyasi aniqlandi (2-jadval).

2-jadval

**Pielonefriti bor bolalarda buyraklarning konsentratsion funksiyasi holati**

O'zgarishlar	Birinchi guuruh (n = 50)		Ikkinchi guuruh (n = 50)	
	mutloq	%	mutloq	%
Nikturiya	31	62	11	22
Gipostiuriya	42	84	14	28
Gipoizostinuriya	22	44	8	16

Buyraklarning glomerulyar funksiyasini baholash uchun taqqoslash guruhlardagi bolalarda Shvarts glomerulyar filtratsiya tezligi aniqlandi (3-jadval). Covid 19 bilan og'rikan pielonefriti bor bemorlarda

giperfiltratsiya va glomerulyar filtratsiya tezligining o'rtacha pasayishi ko'proq tashxis qo'yilgan.

3-jadval

**Pielonefriti bilan kasallangan bolalarda glomerulyar buyrak funksiyasi holati**

Glomerulyar filtratsiya tezligi	Birinchi guuruh (n = 50)		Ikkinchi guuruh (n = 50)	
	mutloq	%	mutloq	%
121-140 ml/min	20	40	1	2
90-120 ml/min	30	60	48	86
90 ml/min gacha	5	10	1	2

Eslatma. GFT - glomerulyar filtratsiya tezligi (Shvarts formulasi bo'yicha).

**COVID-19 fonida pielonefriti bor bolalarda vitamin A qo'llanilishining klinik samaradorligi.**

COVID-19 fonida pielonefriti bor bolalarda asosiy shikoyatlar subfebrilitet, varaja, dizuriya, bel sohasida og'riq, holsizlik bo'ldi, buyraklar va siydik ajratish yo'llaridagi yallig'lanish jarayonini aks ettiruvchi Nechiropenko probasi, bakteriuriya, leykosituriya, faol leykositlar va EChT ko'rsatkichlari bilan baholandi.

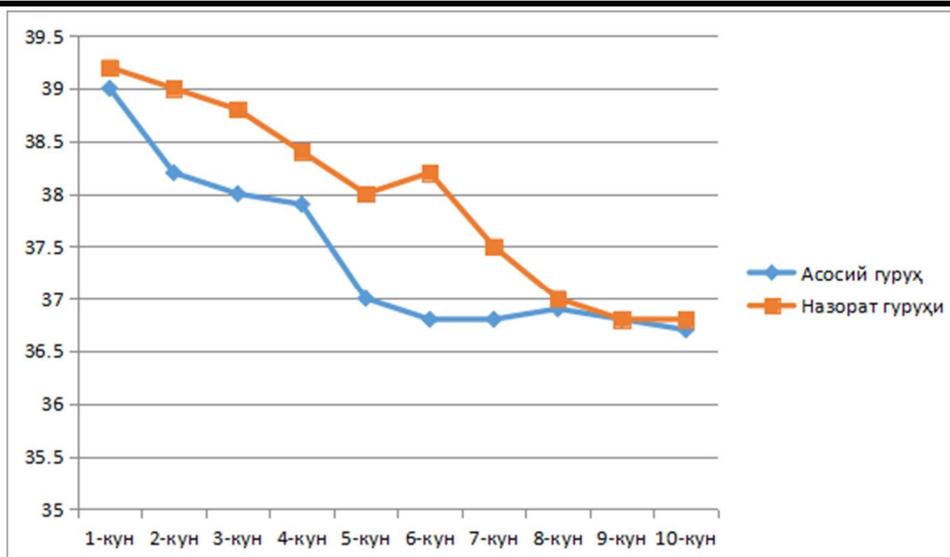
Nazorat guruhidagi bemor bolalarda COVID-19 ning standart terapiyasi o'tkazildi, asosiy guruhdagi 50 nafar bemor bolalarga COVID-19 ning standart terapiyasi bilan bir qatorda A vitamini yoshiga mos miqdorda buyurildi. Davolashning klinik samaradorligi dinamikada 10 kungacha baholandi. Asosiy klinik-laborator

ko'rsatkichlari normallashtirilgan bemor bolalar ambulator kuzatuvga olindi.

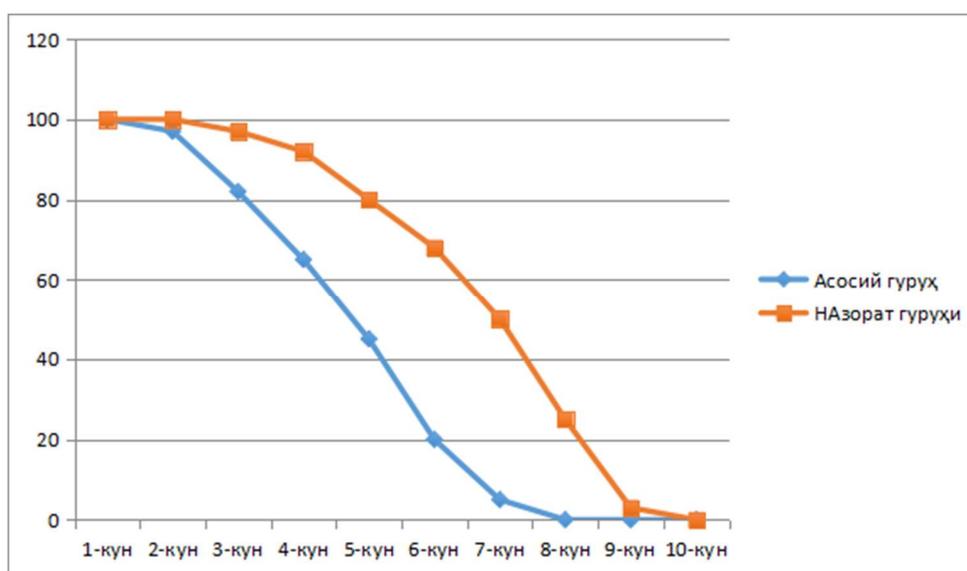
Klinik kuzatuvlar tahlili shuni ko'rsatdiki, asosiy guuruh bemorlarida tana haroratining normallashtiruvchi 5,2±0,8 kuni, nazorat guruhida - 6,8±0,6 kuni kuzatildi, tana harorati ko'rsatkichlarining normallashtiruvchi vaqtidagi farq 1,6±0,4 (R<0,05) kuni tashkil qildi (1-rasm).

Xuddi shu muddatlarda bemor bolalarda varaja belgilari yo'qoldi, umumiy ahvoli yaxshilandi. Asosiy guuruh bemor bolalarida bel sohasidagi og'riq yo'qolishi 6,6±0,8 kuni, nazorat guruhida - 9±0,6 kuni, ya'ni 2,4±0,6 kun kech yuz berdi.

Leykosituriya yo'qolishi mos ravishda 6,7±0,4 va 9,6±0,6 kuni tushkil qildi, shunga ko'ra ko'rsatilgan simptomlar yo'qolish muddatiga ko'ra farq 3,3±0,7 kuni (R<0,01) tashkil qildi (2-rasm).



Rasm-1. COVID-19 fonida pielonefriti bor bolalarda tana harorati normallashtiruvining dinamikasi



Rasm-2. COVID-19 fonida pielonefriti bor bolalarda leykosituriya yo'qolishi (guruhdagi bemorlar ulushiga ko'ra) dinamikasi

Klinik sog'ayish ko'rsatkichi sifatida umumiy holsizlikning 10-kundagi tekshiruvda yo'qolishi nazorat guruhining 8 (16%) nafar va asosiy guruhning 22 (44%) nafar bolalarida kuzatdik.

Tana haroratining oshishi ko'rsatkichi bo'yicha asosiy guruh bemorlarining ko'rsatkichlari nazorat guruhi ko'rsatkichlaridan 16,2% yuqori bo'ldi, bel sohasida og'riqlarning yo'qolishi – 24,4%,

bakteriuriya yo'qolishi – 26%, leykosituriya yo'qolishi – 17,4%, EChT ko'rsatkichi normallashtiruv – 24,2%, gemogramma ko'rsatkichlarining normallashtiruv – 8,7%, umumiy holsizlik yo'qolishi – 22,6% yuqoriligi aniqlandi. Umuman olganda SK asosiy guruh bemorlarida nazorat guruhiga qaraganda 20,2% yuqori bo'ldi (4-jadval).

4-jadval

Asosiy guruh va nazorat guruhi bemorlarida klinik mezonlar bo'yicha Samaradorlik koeffitsienti ko'rsatkichlari

Klinik mezonlar	%	P
Tana haroratining oshish mddatining qisqarishi	16,2	>0,05
Bel sohasida og'riqlar yo'qolish muddati	24,4	>0,05
Bakteriuriya yo'qolish muddati	26	>0,05
Leykosituriya yo'qolishi	17,4	>0,05
EChT ko'rsatkichi normallashtiruv	24,2	>0,05
Umumiy holsizlik yo'qolishi	22,6	>0,05

Shunday qilib, o'tkazilgan tadqiqot ko'rsatdiki, davolash sxemasiga A vitaminini kiritish davolash samaradorligini 15,4% ga oshiradi (R >0,05).

**Xulosa:** Bizning klinik kuzatuvimiz shuni ko'rsatadi COVID-19, hatto engil kechsa ham, bolalarda pielonefritning kuchayishiga olib kelishi va shu bilan birga, surunkali pielonefritning tez-tez qaytalanishi aniqlandi. Shunday qilib, o'tkazilgan tekshiruvlarda olingan natijalar

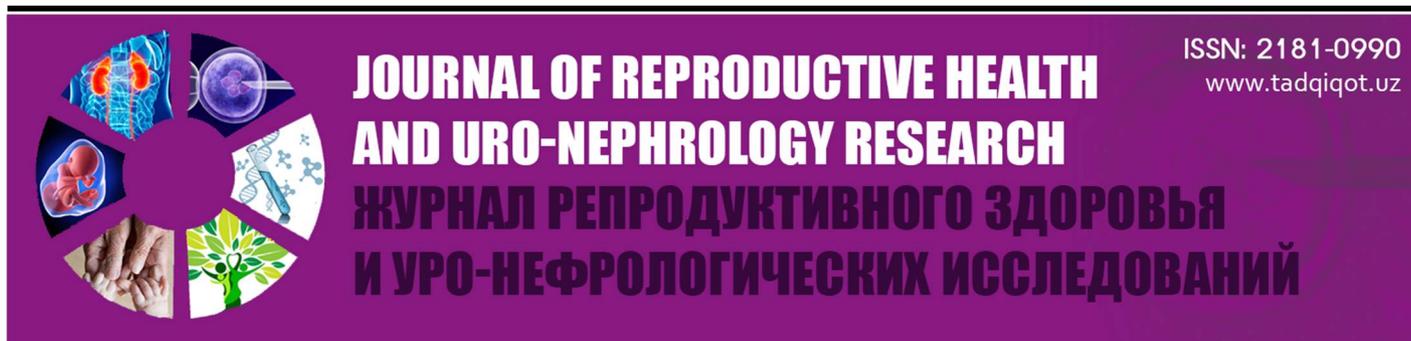
shuni ko'rsatkichi, COVID-19 fonida pielonefriti bor bolalarda standart davolash sxemasiga A vitaminini kiritish 2, 3 kun oldinroq buyraklar kosacha-jom tizimi va parenximasida membranaliz va sitoliz jarayonlarini tavsiflovchi ko'rsatkichlarni normaga kelishiga, eritrositlarning elektron-transport funksiyasini tiklanishiga imkon beradi, bu buyraklarda yallig'lanish jarayonining regressiyasi tezlashishi va klinik sog'ayish tezlashishining asosiy mezonini bo'lib xizmat qilishi mumkin.

A vitaminining hujayralar membranasida buzilgan jarayonlarni tiklashga, proteoliz jarayonlari faolligini pasaytirishga, eritrositlarda

elektron-transport tizimi fermentlari faolligini tiklashga qaratilgan yuqori ijobiy samarasi uni COVID-19 fonida BO'Sh bo'lgan bolalarda standart davolash sxemasiga adekvat antigipoksant va antioksidant vosita sifatida kiritishga tavsiya qilish imkonini beradi. COVID-19 kasalligidan keyin pelonefritning kuchayishini oldini olish vositasi sifatida suyuqlik ichish rejimini kuchaytirish, virusga qarshi vositalarni qabul qilish bo'yicha standart tavsiyalarga qo'shimcha ravishda uroseptiklardan foydalanish tavsiya etiladi.

#### Foydalanilgan adabiyotlar

1. Сафина, А. И. Становление функций почек у детей, родившихся преждевременно / А. И. Сафина, Г. А. Абдуллина, М. А. Даминова // Российский вестн. перинатологии и педиатрии. — 2016.
2. Гаппарова Г.Н. Инфекции мочевыводящих путей у детей, пиелонефрит: диагностика и лечение /Проблемы биологии и медицины -2022.
3. Gapparova G. N. Covid-19 Pandemiyasi Davrida Bollarda Pielonefritning
4. Klinikko-Laborator Xususiyatlari, Diagnostikasi //Texas Journal of Multidisciplinary Studies-2022.
5. Gapparova G. N. Clinical and laboratory diagnosis of uricosuric nephropathy in children//Web of scientist : international scietific research journal-2022
6. Gapparova G. N. in the post period of covid -19 diseasespecific clinicallaboratory properties and diagnosis of pyelonephritis in children//academica: an international multidisciplinary research journal-2022
7. Ахмеджанов И.А., Юлдашев Б.А. Хронический пиелонефрит у детей: диагностика и лечение//Монография Ташкент, 2020
8. Gapparova G. N., Akhmedzhanova N. I., Pyelonephritis in children: diagnosis and treatment // Web of Scholars: Multidimensional Research Journal (MRJ) -2022
9. Биомаркеры ренального поражения при врожденных пороках развития органов мочевой системы у детей / А. А. Вялкова [и др.] // Нефрология. — 2012. — Т. 16, № 3, вып.
10. . Вельков, В. В. Цистатин С — новые возможности и новые задачи для лабораторной диагностики. Часть 2 / В. В. Вельков // Клинико-лабора-торный консилиум. — 2011. — № 1.
11. Игнатова, М. С. Детская нефрология : рук-во для врачей / М. С. Игнатова. — М. : МИА, 2011.
12. Каюков, И. Г. Цистатин в современной медицине / И. Г. Каюков, А. В. Смирнов, В. Л. Эмануэль // Нефрология. — 2012. — Т. 16,
13. Савельева Е.В. Эндокринопатии и патология почек у детей / Е.В. Савельева, А.А. Вялкова, Е.П. Кулагина, Л.В. Куценко// Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2016.
14. Смирнов И.Е. Новый способ определения объема функциональной активной ткани почек у детей / И.Е. Смирнов, Н.П. Герасимова, Н.Л. Комарова, В.И. Видюков// Российский педиатрический журнал. — 2011.



УДК: 616-006.363.03

**Muratova Nigora Djurayevna**  
Toshkent Davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston

**Miralimova Nigora Abdurashidovna**  
Toshkent shahar 4 son tug'ruk majmuasi shifokori  
Toshkent, O'zbekiston

### BACHADON MIOMASINING HOMILADORLIK VA TUG'ISH NATIJALARIGA TA'SIRI

**For citation:** Muratova Nigora Djurayevna, Miralimova Nigora Abdurashidovna, The effect of uterine fibroids on the course of pregnancy and the outcome of childbirth, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.58-60

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7420870>

#### ANNOTATSIYA

So'nggi yillarda miomasi bo'lgan ayollarda, xususan, yoshi katta reproduktiv yoshdagi ayollarda homiladorlikning chastotasi oshdi. Miomaning mavjudligi homiladorlik va tug'ruq davrida bir qancha asoratlariga olib keladi, ko'pincha platsenta etishmovchiligining rivojlanishi va xomila tushish xavfi bilan birga keladi. 74 nafar homilador ayollarda prospektiv tadqiqot o'tkazdik. Tekshirilganlarning yoshi 22 yoshdan 42 yoshgacha bo'lgan va o'rtacha  $34,19 \pm 0,8$  yoshni tashkil etdi. Bachadon miomasi reproduktiv yoshdagi ayollarda ushbu patologiyani yoshartirish tendentsiyasi bilan tez-tez uchraydi. Ko'p hollarda bachadon miomasi bo'lgan ayollarni tug'dirish jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi: 91,67% da muddatli tug'ish bilan, 8,33% esa erta tug'ish bilan tugaydi. Ikkinchi guruhdagi homilador ayollarning atigi 7 (11,7%) nafarida chaqaloqlarning massasi 1-darajali gipotrofiyaga to'g'ri keldi. 2 nafar ayolda miomatoz tug'unining oziqlanishi buzilganligi sababli tug'ruq muddatidan oldin yakunlandi, chala tug'ilgan chaqaloqlar esa ikkinchi bosqich parvarishga o'tkazildi.

**Kalit so'zlar:** homiladorlik, bachadon miomasi, tug'ruq, erta tug'ilish, diagnostika

**Муратова Нигора Джураевна**

Ташкентский Государственный стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан

**Миралимова Нигора Абдурашидовна**

Городской родильный комплекс №4  
Ташкент, Узбекистан

### ВЛИЯНИЕ МИОМЫ МАТКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ

#### АННОТАЦИЯ

В последние годы увеличилась частота наступления беременности у женщин с миомой, а именно среди женщин старшего репродуктивного возраста. Наличие миомы приводит к осложнениям беременности и родов, часто сопровождается развитием фетоплацентарной недостаточности и угрозой прерывания беременности. Нами проведено проспективное исследование у 74 беременных. Возраст обследованных колебался от 22 до 42 лет и в среднем составлял  $34,19 \pm 0,8$  лет. Исследования показали, что миома матки чаще встречается у женщин репродуктивного возраста с тенденцией к омоложению этой патологии. В большинстве случаев родоразрешение женщин с миомой матки осуществляется оперативным путём: в 91,67% закончились срочными родами, а 8,33% преждевременными родами. Только у 7 (11,7%) беременных 2-группы масса детей соответствовала гипотрофии 1-степени. В 2х случаях у женщин с преждевременными родами, причиной которых стало нарушение питания узла, новорожденные были переведены на второй этап выхаживания.

**Ключевые слова:** беременность, миома матки, роды, преждевременные роды, диагностика

**Muratova Nigora Juraevna**

Tashkent State Dental Institute  
Tashkent, Uzbekistan

**Miralimova Nigora Abdurashidovna**

City maternity complex No. 4  
Tashkent, Uzbekistan

### THE EFFECT OF UTERINE FIBROIDS ON THE COURSE OF PREGNANCY AND THE OUTCOME OF CHILDBIRTH

## ABSTRACT

In recent years, the frequency of pregnancy in women with fibroids has increased, namely among women of older reproductive age. The presence of fibroids leads to complications of pregnancy and childbirth, often accompanied by the development of fetoplacental insufficiency and the threat of termination of pregnancy. We conducted a prospective study in 74 pregnant women. The age of the examined ranged from 22 to 42 years and averaged 34.19±0.8 years. Studies have shown that uterine fibroids are more common in women of reproductive age with a tendency to rejuvenate this pathology. In most cases, the delivery of women with uterine fibroids is carried out surgically: 91.67% ended with urgent labor, and 8.33% with premature birth. Only in 7 (11.7%) pregnant women of group 2, the weight of children corresponded to grade 1 hypotrophy. In 2 cases, in women with premature birth, the cause of which was a violation of the node nutrition, the newborns were transferred to the second stage of nursing.

**Key words:** pregnancy, uterine fibroids, childbirth, premature birth, diagnosis

**Mavzuning dolzarbligi.** So'nggi yillarda miomasi bo'lgan ayollarda, xususan, yoshi katta reproduktiv yoshdagi ayollarda homiladorlikning chastotasi oshdi [1]. Bunday ayollarda homiladorlikning borishi o'ziga xos xususiyatlarga ega, miomaning mavjudligi homiladorlik va tug'ruq davrida bir qancha asoratlariga olib keladi, ko'pincha platsenta etishmovchiligining rivojlanishi va xomila tushish xavfi bilan birga keladi [5,6]. Homiladorlikning o'zi ham miyomatoz tugunga ta'sir qilishi mumkin. Homiladorlik davrida ba'zi hollarda miyomatoz tugunlarning qon bilan ta'minlanishining buzilishi, shuningdek tugunning yallig'lanishi, trombotik va tromboembolik asoratlari rivojlanishi mumkin [3]. Homiladorlikni normal kechishiga ta'sir qiluvchi gormonal fon ham miomalarning o'sishi va rivojlanishiga ta'sir qiladi. Homiladorlik davrida mioma tugunlarining hajmi ham, soni ham oshishi mumkin [2,4].

**Tadqiqot maqsadi** – bachadon miomasi bo'lgan ayollarda homiladorlik va tug'ish jarayonini va homiladorlikni miyomatoz tuguni holatiga ta'sirini o'rganish.

**Tadqiqot materiali va usullari:** Toshkent shahridagi 4-sonli tug'ruq majmuasiga homiladorlik davrida stasionar davolanishga va tug'ish uchun yotqizilgan 74 nafar homilador ayollarda prospektiv tadqiqot o'tkazdik. Bachadonda miyomatoz tugunlarning mavjudligi homiladorlikdan oldin yoki homiladorlik davrida aniqlangan, ular tekshiruvdan so'ng 3 guruhga bo'lingan: 1-guruh – 18 nafar bemor birinchi marta homilador bo'lgan ayollar, 2-guruh – 13 nafar bemor takroriy homilador bo'lgan ayollar (ikkinchi homiladorlik), 3-guruh – 43 nafar bemor uchinchi va undan ko'p xomilador bo'lgan ayollar. Tekshirilganlarning yoshi 22 yoshdan 42 yoshgacha bo'lgan va o'rtacha 34,19±0,8 yoshni tashkil etdi.

Bundan tashqari, biz tugunlarning soni va hajmiga, shuningdek, homiladorlik davrida miyomatoz tugunning qanday o'zgarishiga qarab homiladorlik jarayonini o'rganib chiqdik. Buning uchun homilador ayollar ikkita kichik guruhga bo'lingan: 3-a kichik guruh - bir nechta miyomatoz tugunli, homiladorlik davrida tugunlar soni va hajmi kattalashgan 36 nafar homilador ayol va 3-b kichik guruh – xomiladorlikdan oldin va xomiladorlik davrida faqat bitta tugun bo'lgan 38 ta homilador ayollar. Nazorat guruhi xuddi shu yoshdagi 24 nafar sog'lom homilador ayollardan iborat edi.

Tugunlarning holatini va tugunlarning tomirlarida qon oqimini dinamik ravishda kuzatish uchun barcha homilador ayollarga ultratovush va dopplerometrik tekshiruvlar o'tkazildi.

**Tadqiqot natijalari.** Homilador ayollarning anamnezi shuni ko'rsatdiki, jami 56 nafar qayta homilador ayollar 216 ta homiladorlikni boshdan kechirishgan. Bir ayolga o'rtacha homiladorlik soni 3,8 ni tashkil etdi, bular deyarli nazorat guruhidagi kabi (3.7). Oldingi homiladorlik 46 (21,3%) holatda sun'iy abortlar bilan yakunlangan. O'z-o'zidan homila tashlashlar, rivojlanishdan to'htagan homiladorlik, ektopik homiladorlik va erta tug'ruq mos ravishda 21 (9,7%), 15 (6,9%),

3 (1,4%) va 8 (3,7%), homila nuqsonlari aniqlanganda 2 ta tibbiy abort, nazorat guruhidagi bemorlarga qaraganda kamroq uchraydi ( $p < 0,05$ ) (sun'iy abortlar 24 (18,8%)), spontan homila tushishlar - 4 (3,1%), ektopik homiladorlik - 2 (1,5%) va rivojlanishdan to'htagan homiladorlik va erta muddatli tug'ruqlar kuzatilmagan. 11 nafar homiladorlar (14,8%) anamnezida bepustlik bo'lgan, ular uchun bir necha bor gormonal davolash, stimulyatsiya terapiyasi o'tkazilgan. Shuning uchun og'ir reproduktiv va ginekologik anamnez tekshirilgan bemorlarda mioma rivojlanishi uchun xavf omili bo'lishi mumkin. Homiladorlikning kechishi to'g'risidagi ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki, 3-a kichik guruhdagi bemorlarning yarmidan ko'pi (25 - 69,4%) va 3-b kichik guruhning uchdan bir qismi (4 - 10,5%) homila tushishi xavfi fonida olib borilgan, shuning uchun ular homiladorlikning I yoki II trimestrida stasionarda davolanagan.

3-a kichik guruhda homiladorlik I-yarmida 14- bemorda erta toksikoz, asosan birinchi xomiladorlarda, II-yarmida 10- bemorda O'RVI, 16- bemorda anemiya, 12-homilador ayollarda gipertoniya, 4 nafar homilador surunkali pielonefritning qo'zish davri bilan, 2 ta ayolda homiladorlik o'z-o'zidan tushish bilan yakunlandi, 3 nafarida - rivojlanmagan homiladorlik, ya'ni reproduktiv yo'qotishlar chastotasi 22,2% ni tashkil etdi. 5 nafar ayolda muddatidan oldingi tug'ruq kuzatildi.

3-b kichik guruhda ko'pchilik ayollarda homiladorlik to'liq yetilgan homila muddatga qadar hech qanday o'zgarishsiz davom etdi. Faqat 2 ta holatda homiladorlik tushish xavfi fonida davom etdi, bu bizning fikrimizcha, miyomatoz tugun hajmining oshishi bilan bog'liq edi. Shu bilan birga, 2 (5,3%) homilador ayolda tugunning kattaligi oshib, diametri 10 sm dan oshdi. Ulardan birida homiladorlik 9-haftasida o'z-o'zidan tushish bilan yakunlandi, ikkinchi ayol homiladorlikning 10-haftasida tugunning o'sishi tufayli sun'iy abort qilindi. 2 ta holatda homilaning rivojlanishidagi anomaliyalar tufayli tibbiy sabablarga ko'ra abort qilingan, 1 ta holatda esa rivojlanmagan homiladorlik aniqlangan.

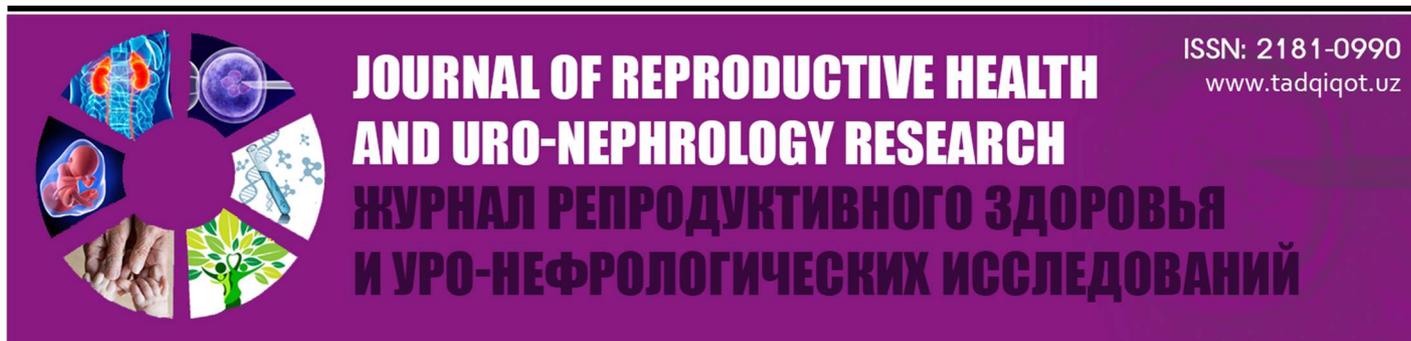
Eng muhim farqlar 3-b kichik guruhda reproduktiv yo'qotishlar chastotasida 15,7% ni tashkil etdi, 3-a kichik guruhga qaraganda 1,4 marta ( $p < 0,05$ ) ko'pdir bu ayollarda bachadon miyomasi ko'p tugunli bo'lgan.

**Xulosa:** Shunday qilib, bachadon miomasi reproduktiv yoshdagi ayollarda ushbu patologiyani yoshartirish tendentsiyasi bilan tez-tez uchraydi (tekshirilgan ayollarning 31% 30 yoshdan kichik bo'lgan.) Ko'p hollarda bachadon miomasi bo'lgan ayollarni tug'dirish jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi: 91,67% da muddatli tug'ish bilan, 8,33% esa erta tug'ish bilan tugaydi. Faqat 7 nafar (11,7%) homilador ayollarda bachadon miomasi bor. 2-guruhlar, bolalarning vazni 1-darajali gipotrofiyaga to'g'ri keldi. 2 nafar ayolda miomatoz tugunining oziqlanishi buzilganligi sababli tug'ruq muddatidan oldin yakunlandi, chala tug'ilgan chaqaloqlar esa ikkinchi bosqich parvarishga o'tkazildi.

## Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Бабаджанова, Г. С., and С. И. Абдурахманова. "СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ, КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ (Обзор литературы)." Журнал теоретической и клинической медицины 3 (2018): 85-90.
2. Баринов С.В., Раздобедина И.Н., Блауман Е.С. Комплексное лечение множественной гигантской миомы матки при беременности. Сибирский медицинский журнал. 2016;1:69.
3. Каттаходжаева М.Х., Гайбуллаева Д.Ф. "Показатели эндотелиальной дисфункции и маркеры системного воспаления у беременных при преэклампсии." Re-health journal 2-2 (6) (2020): 10-13.
4. Каттаходжаева М.Х., Мадрахимов Т.// Влияние полилазерного излучения на бактериальную флору при гнойно-септических послеоперационных осложнениях в хирургической и гинекологической практике//Мед.журнал Узбекистана, 1994, №3.С.26-28

5. Каримов З.Ж., Каттаходжаева М.Х.// Акушерский перитонит к вопросу профилактики массивной интраоперационной кровопотери, во время повторной операции// Журнал Хирургия Узбекистана, 2001, №1, стр 36-39
6. Каттаходжаева М.Х., Ахмаджанова Н. //Особенности действия Симвастатина на активность про- и антиоксидантной системы у больных с миомой матки// Журнал Лимфология, Андижан , 2007, №2 , стр. 120-125
7. Ciavattini A, Clemente N, Delli Carpini G, Di Giuseppe J, Giannubilo SR, Tranquilli AL. Number and size of uterine fibroids and obstetric outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2015;28(4):484-488. <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.921675>
8. Euzebus Chinonye Ezugwu, Chukwuemeka Anthony Iyoke, Frank Okechukwu Ezugwu, George Ugwu. Successful pregnancy following myomectomy for giant uterine fibroid in an infertile woman // *J. reprod. infertil.* – 2018. – Vol. 15. № 4. – P. 233–236.
9. Muratova, Nigora J., and Nargiza G. Shokirova. "TREATMENT OF PLACENTAL INSUFFICIENCY IN PREGNANT WOMEN WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME AND VARICOSE VEINS." *Oriental Journal of Medicine and Pharmacology* 2.02 (2022): 46-54.



УДК: 618.14-002-036.12:618.

ISSN: 2181-0990  
www.tadqiqot.uz

**Nazarova Dildora Gulomovna**  
Toshkent Davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston

**Muratova Nigora Djurayevna**  
Toshkent Davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston

### BACHADONNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI BO'LGAN AYOLLARDA ADENOMIYOZ KECHISHINING XUSUSIYATLARI

**For citation:** Nazarova Dildora Gulomovna, Muratova Nigora Djurayevna, Features of the course of adenomyosis in women with inflammatory diseases of the uterus, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.61-64

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7420880>

#### ANNOTATSIYA

Dolzarliligi. Bachadonning xavfsiz giperplastik kasalliklari, xususan, adenomioz dolzarb tibbiy va ijtimoiy muammo bo'lib, so'nggi vaqtlarda uning ahamiyati sezilarli darajada oshdi, bu esa reproduktiv yoshdagi ayollar orasida bunday kasalliklar sonining baqaror o'sishi bilan bog'liq. Buning sabablaridan biri ayollarda genital hududining yallig'lanish kasalliklari bo'lishi mumkin, bu zamonaviy ginekologiyaning muhim va hali ham hal qilinmagan muammosidir. Maqsad – bachadonning yallig'lanish kasalliklari bilan og'rikan ayollarda adenomiozning rivojlanishini aniqlash. Uslublar va materiallar. Biz ikki guruhga bo'lingan reproduktiv yoshdagi 62 nafar ayolni ko'rib chiqdik: 1 – guruh – adenomioz bilan birgalikda surunkali endometritli 29 nafar ayol, anamnezida bachadon ichi aralashuvlar o'tkazgan ayollar, 2-guruh - adenomioz tashxisi qo'yilgan 33 nafar ayol. Natijalar. Tekshirilganlarning yoshi 29 dan 49 yoshgacha bo'lib, o'rtacha  $38,1 \pm 0,3$  yoshni tashkil etdilar. Surunkali endometritning klinik ko'rinishi bunday ayollarda adenomioz mavjudligiga bog'liq emasligi aniqlandi. Birinchi va ikkinchi guruhdagi tekshirilgan ayollarda tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, pastki jinsiy a'zolar, endometriya giperplastik jarayonlar va anomal bachadon qon ketishi deyarli bir xil. So'rovda qatnashganlarning yoshi 29 dan 49 yoshgacha bo'lib, o'rtacha  $38,1 \pm 0,3$  yoshni tashkil etdi. Surunkali endometritning klinik ko'rinishi bunday ayollarda adenomiozning mavjudligiga bog'liq emasligi aniqlandi. Birinchi va ikkinchi guruhdagi tekshirilgan ayollarda tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, pastki jinsiy a'zolar, endometriya giperplastik jarayonlar va anomal uterin qon ketishi deyarli bir xil. Xulosalar. Ekspert qurilmalarida o'tkaziladigan ultratovush tekshiruv nafaqat to'g'ri tashxis qo'yish, balki bachadonda adenomiozning tarqalish darajasini aniqlash imkonini beradi. 1-darajali adenomiozning diffuz shakli ham ko'pincha ultratovush yordamida aniqlanmaydi yoki tavsiflanmaydi. Bu noto'g'ri davolanishga va uning past samaradorligiga olib keladi. Ba'zi bemorlarda ultratovush tekshiruvda aniqlangan endometritning yagona belgisi shilliq qavatning vaskulyarizatsiyasi va pastki miyometriya qatlamning gipervaskulyarizatsiyasi bo'lishi mumkin.

**Kalit so'zlar:** bachadonning yallig'lanish kasalliklari, surunkali endometrit, adenomioz, diagnostika, ultratovush, doppler.

**Назарова Дилдора Гуломовна**  
Ташкентский Государственный стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан

**Муратова Нигора Джураевна**  
Ташкентский Государственный стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ

#### АННОТАЦИЯ

Актуальность. Доброкачественные гиперпластические заболевания матки, в частности аденомиоз, представляют собой актуальную медико-социальную проблему, причем за последнее время ее значимость существенно выросла, что связано с неуклонным ростом числа подобных заболеваний среди женщин репродуктивного возраста. Одной из причин могут быть воспалительные заболевания половой сферы у женщин, представляющие значительную и до сих пор не решенную проблему современной гинекологии. Цель – определить развитие аденомиоза у женщин с воспалительными заболеваниями матки. Материалы и методы. Нами обследованы 62 женщины репродуктивного возраста, которые были разделены на две группы: 1 группа – 29 женщин с хроническим эндометритом в сочетании с аденомиозом, в анамнезе, которых имели место внутриматочные вмешательства, 2 группа – 33 женщины с установленным диагнозом – аденомиоз. Результаты. Возраст обследованных колебался от 29 до 49 лет, и составлял в среднем  $38,1 \pm 0,3$  лет. Установлено, что клиническая картина хронического эндометрита не зависит от наличия у таких женщин аденомиоза. У обследованных женщин как первой, так и второй группы практически одинаково часто встречаются воспалительные заболевания органов малого таза, нижнего

отдела гениталий, гиперпластические процессы эндометрия, аномальные маточные кровотечения. Выводы. УЗИ, выполненное на аппаратах эксперт-класса, позволяют не только поставить правильный диагноз, но и определить степень распространения аденомиоза в матке. Диффузную форму аденомиоза 1 степени также часто не обнаруживают и не описывают при УЗИ. Это приводит к неправильному лечению и его низкой эффективности. У некоторых пациенток единственным признаком эндометрита, выявленном на ультразвуковом исследовании, может быть васкуляризация слизистой и гиперваскуляризация подлежащего слоя миометрия.

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания матки, хронический эндометрит, аденомиоз, диагностика, ультразвуковое исследование, доплерометрия.

**Nazarova Dildora Gulomovna**

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

**Muratova Nigora Juraevna**

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

## FEATURES OF THE COURSE OF ADENOMYOSIS IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS

### ABSTRACT

Benign hyperplastic diseases of the uterus, in particular adenomyosis, are an urgent medical and social problem, and recently its significance has grown significantly, which is associated with a steady increase in the number of such diseases among women of reproductive age. One of the reasons may be inflammatory diseases of the genital sphere in women, which represent a significant and still unresolved problem of modern gynecology. The aim is to determine the development of adenomyosis in women with inflammatory diseases of the uterus. Materials and methods. We examined 62 women of reproductive age who were divided into two groups: group 1 – 29 women with chronic endometritis in combination with adenomyosis, with a history of intrauterine interventions, group 2 – 33 women with an established diagnosis of adenomyosis. Results. The age of the examined ranged from 29 to 49 years, and averaged  $38.1 \pm 0.3$  years. It was found that the clinical picture of chronic endometritis does not depend on the presence of adenomyosis in such women. In the examined women of both the first and second groups, inflammatory diseases of the pelvic organs, the lower genitals, hyperplastic processes of the endometrium, abnormal uterine bleeding are almost equally common. Conclusions. Ultrasound performed on expert-class devices allows not only to make the correct diagnosis, but also to determine the extent of the spread of adenomyosis in the uterus. The diffuse form of grade 1 adenomyosis is also often not detected and not described by ultrasound. This leads to improper treatment and its low effectiveness. In some patients, the only sign of endometritis detected by ultrasound may be mucosal vascularization and hypervascularization of the underlying layer of the myometrium.

**Key words:** inflammatory diseases of the uterus, chronic endometritis, adenomyosis, diagnosis, ultrasound, dopplerometry.

**Dolzarbliqi.** Bachadonning xavfsiz giperplastik kasalliklari, xususan, adenomioz dolzarb tibbiy va ijtimoiy muammo bo'lib, so'nggi paytlarda uning ahamiyati sezilarli darajada oshdi, bu reproduktiv yoshdagi ayollar orasida bunday kasalliklar sonining barqaror o'sishi bilan bog'liq. Buning sabablaridan biri ayollarda jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari bo'lishi mumkin, bu zamonaviy ginekologiyaning muhim va hali ham hal qilinmagan muammosidir [1,2]. Ushbu patologiyaning chastotasi pasaymaydi, bu kasalliklar hali ham ginekologik kasalliklar tarkibida yetakchi o'rinni egallaydi. So'nggi yillarda tadqiqotchilarning tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, surunkali endometrit bilan bog'liq alohida nozologiyaga qiziqishi sezilarli darajada oshdi.

Endometriumdagi surunkali yallig'lanish jarayoni hayz ko'rishning buzilishi, homiladorlik, bepustlik, shuningdek, endometrium va miyometriumning giperplastik jarayonlarining asosiy sabablaridan biridir. Yuqumli vosita tomonidan endometriumning doimiy shikastlanishi natijasida bachadon bo'shlig'ining shilliq qavatining tsiklik o'zgarishi va qabul qilinishini buzadigan ko'plab ikkilamchi morfofunktsional o'zgarishlar yuzaga keladi [5]. Adenomioz bachadonning shikastlanishi bilan tavsiflanadi, nodulyar, fokal, diffuz shakllar mavjud. Asosan, endometriumning funktsional qatlamidan rivojlanadigan endometrioizning boshqa lokalizatsiyalaridan farqli o'laroq, ichki endometrioiz endometriumning bazal qatlamidan kelib chiqadi [6], endometriyal bezlarning tananing miyometrium qalinligigacha progressiv invaziv o'sishi bilan tavsiflanadi. va bachadon istmusi, bachadon naychalarining oraliq qismlariga [6, 7].

Giperplaziya jarayoni nafaqat heterotopik o'choqlarning o'sishida, balki bachadon devorining mushak elementlarining giperplaziyasi bilan ham namoyon bo'ladi [8]. Endometrioizning barcha holatlari orasida adenomiozning chastotasi 70-90% ga etadi [9]. Adenomiozda miyometriumning shikastlanish chuqurligi va uning shakli bemorlarning yoshiga bog'liq emas [9]. Ayollarning bepustligining barcha sabablari orasida adenomioz taxminan 20% ni tashkil qiladi. Adenomiozda ikkilamchi bepustlik birlamchi qaraganda 4 marta tez-tez kuzatiladi. Natijada, davolanishga qaramay, ayollarning 96 foizi bepust bo'lib qolmoqda [10]. Zotova O.A. adenomioz rivojlanishi uchun xavf omillari aniqlandi: semizlik, ayol chizig'i bo'ylab

reproduktiv tizimning xavfli kasalliklarining og'ir irsiy tarixi, hayz ko'rishning mavjudligi, intrauterin kontratsepsiya vositalaridan foydalanish, abort tarixi va bachadon bo'shlig'ining kuretaji. Aniqlanishicha, adenomiozni bashorat qilishda eng yuqori sezuvchanlikka ega bo'lgan klinik va anamnestik ko'rsatkich bachadon bo'shlig'ining diagnostik kuretajining mavjudligi (90,7%), eng yuqori o'ziga xoslik esa induksiya qilingan abortning mavjudligi (92,2%) hisoblanadi. Ginekologik amaliyotda surunkali endometrit ko'pincha reproduktiv tizimning boshqa kasalliklari bilan birlashtiriladi. So'nggi yillarda klinik tibbiyotda qo'shma kasalliklarga katta e'tibor berilmoqda. Shunday qilib, surunkali endometritning endometriyal giperplastik jarayonlar, endometrioiz bilan kombinatsiyasi bo'yicha nashrlar mavjud [11,12,13]. Biroq, surunkali endometrit va adenomiozning kombinatsiyasi haqida kam e'tibor va nashrlar kam [14]. Taxmin qilish kerakki, ginekologik patologiyaning kombinatsiyasi klinik kursning o'ziga xos xususiyatlarini aniqlaydi, bunday bemorlarni davolash va davolash taktikasiga individual yondashish uchun hisobga olinishi kerak.

**Maqsad:** Bachadonning yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan ayollarda adenomiozning rivojlanishini aniqlash.

**Materiallar va uslublar.** Tadqiqot klinik tahliliy retro - va istiqbolli tahlil xarakterida edi. Surunkali endometrit va adenomioz bilan og'rigan 62 nafar bemor quyidagi usullar yordamida tekshirildi: shikoyatlar tahlili, kasallik anamnezi, hayot tarixi, umumiy klinik va ginekologik tekshiruv, Esaote My Lab Seven apparatida o'tkazilgan ultratovush va Dopplerografiya, transvaginal 3 -3,5 MGts chastotali AC 2541 sensori va immunologik tadqiqotlar, shuningdek statistik usullar.

**Natijalar.** Biz reproduktiv yoshdagi 62 ayolni tekshirdik, ular ikki guruhga bo'lingan: 1-guruh - adenomioz bilan birga surunkali endometrit bilan og'rigan 29 ayol, anamnezida intrauterin aralashuvlar bilan, 2-guruh - adenomioz tashxisi qo'yilgan 33 ayol. So'rovda qatnashganlarning yoshi 29 yoshdan 49 yoshgacha bo'lib, o'rtacha  $38,1 \pm 0,3$  yoshni tashkil qildi. Ikkala guruhdagi ayollarda kasallikning davomiyliyi 1 yildan 10 yilgacha bo'lgan. Ikkala guruhning somatik patologiyasini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, eng keng tarqalgan kasalliklar o'tkir respirator kasalliklar, bronxit, kamroq pnevmoniya. Shuningdek, asab tizimining funktsional buzilishlari, masalan, nevroz,

depressiv holatlar, astenonevrotik reaksiyalar katta e'tiborga loyiqdir. Shunday qilib, bachadonning yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan har to'rtinchi bemor asab tizimining bir yoki boshqa patologiyasidan aziyat chekdi. 2-guruhdagi har uchinchi bemorda (33,3±7,0%) asab tizimining funksional buzilishlari aniqlangan. Semizlik, diffuz buqoq, qandli diabet kabi endokrin kasalliklar ham bo'lib, 1-guruhda 34,4±5,8%, 2-guruhda 36,3±6,9% ni tashkil etdi. O'rtacha darajadagi surunkali anemiya 2-guruhdagi bemorlarda ko'proq aniqlandi va 39,4% ni tashkil etdi. 1-guruh ayollarining reproduktiv tarixini o'rganish quyidagi xususiyatlarni ko'rsatdi: homiladorlik 100% hollarda bo'lgan, ammo ikkilamchi bepustlik 20 (68,9%) ayolda sodir bo'lgan. 22 (75,8%) ayol tug'gan, 3 (10,3%) ayol rivojlanmagan homiladorlik, 5 (17,2%) o'z-o'zidan tushib qolgan, turli homiladorlik davrlarida homiladorlik abort bilan tugagan. 1-guruhdagi ayollarda adenominozning rivojlanishiga hissa qo'shgan intrauterin aralashuvlar chastotasini o'rganish shuni ko'rsatdiki, tekshirilganlarning 22-75,8 foizi 7 yilda endometriyal bezlar giperplaziyasi tufayli bachadondan qon ketishi tufayli bachadon bo'shlig'ini kuretaj qilishgan. 24% ayollar, 31% abort tufayli va 3 ta rivojlanmagan homiladorlik tufayli. Ushbu guruhdagi ayollar ko'proq dismenoreya bilan og'rigan - 18 (62,1%), bachadon miomasi - 3 (10,3%), adenomiyoz - 22 (75,8%), bakterial vaginoz bilan 14 (48,2%) ayollarda anamnez mavjud. Shuningdek, qo'shimchalarning surunkali yallig'lanish kasalliklari bilan kasallanishning yuqoriligini ta'kidlash kerak - 15 (51,7%) holatlar, 8 (27,5%) bemorda bachadon bo'yni bo'ylab turli xil aralashuvlar bo'lgan.

Kasallikning klinik ko'rinishini va 2-guruh bemorlarining shikoyatlarini o'rganish shuni ko'rsatdiki, kasallikning klinikasi hayz davrining buzilishi (25-75,7%), jami 14 (42,4%) ayollarda bepustlik aniqlangan. ikkilamchi bepustlik 66,7% ni tashkil etdi va birlamchi 33,3%, disparuniya (15 - 45,4%), hayzdan oldin va turli xil intensivlikdagi og'riqlar (23 - 69,6%). Adenomiozli 2-guruhdagi tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari ko'rsatkichi 6,1% ni tashkil etdi. Shuningdek, har to'rtinchi bemorda tuxumdon kistalari tarixi bor edi.

Ultratovush tekshiruvlari tsiklning I bosqichida endometrium va subendometriyal zonaning vaskulyarizatsiyasini aniqlash uchun, shuningdek, kutilgan hayzdan 3-4 kun oldin va hayzdan keyin darhol II bosqichda o'tkazildi. Ultratovush tekshiruvida biz adenomioz o'choqlarining mavjudligini, topografiyasini va soni va darajasini aniqladik. Ultratovush tekshiruvida adenomatoz o'choqlar loyqa konturlar va nozik dispers tarkibga ega bo'lgan anekoik shakllanishlar sifatida ko'rsatilgan.

Bachadonning yallig'lanish kasalliklari bo'lgan 1-guruhdagi bemorlarda ultratovush tekshiruvini endometriumning heterojen tuzilishi va uning ortib borayotgan yoki aralash ekogenligi, endometriyal devor qalinligining assimetriyasi, periferiya bo'ylab giperkoik qo'shimchalar bilan notekis M-echo konturi bilan tavsiflangan va bachadon hajmining oshishi ham kuzatildi.

Rangli doppler xaritasi normal bo'lsa, endometriumning avaskulyarizatsiyasi va bazal arteriyalardan olingan bitta rangli flaplar qayd etiladi. 1-guruhdagi ayollarning 75 foizida endometrium va subendometriyal zonaning vaskulyarizatsiyasi qayd etilgan, bu ba'zi hollarda endometritning yagona belgisi bo'lishi mumkin. Shu bilan birga, IR o'rtacha 0,42±0,08 ni tashkil etdi.

2-guruhdagi adenomiozli bemorlarda ultratovush tekshiruvini shuni ko'rsatdiki, ular orasida adenomiozning diffuz shakli ustun bo'lib, 18 (54,5±7,3%) bemorlarda aniqlangan, bu adenomiozning boshqa shakllariga qaraganda ancha tez-tez uchraydi. Shu bilan birga, 1-darajali diffuz shakli eng ko'p aniqlangan - 16 (48,4±7,4%) bemorda, 1 (3,03%) bemorda 2-darajali diffuz va 1 (3,03%) bemorda diffuz. shakl 3 daraja.

10 (30,3±6,7%) bemorda adenomiozning o'choqli shakli aniqlangan, shundan 1 (3,03%) bemorda 2-3 darajali o'choqli

adenomioz aniqlangan. 3 (9,09%) bemorda adenomiozning nodulyar shakli, 2 (6,06%) bemorda diffuz-tugunli adenomioz birikmasi aniqlangan. Fokuslarning diametri 2 dan 7,2 mm gacha o'zgartirgan. Diffuz adenomiozda bachadon arteriyalarida qon oqimi fokal adenomioz bilan solishtirganda kamaydi (IR 0,78-0,86).

2-guruhdagi adenomiozli bemorlarda ultratovush tekshiruvini shuni ko'rsatdiki, ular orasida adenomiozning diffuz shakli ustun bo'lib, 18 (54,5±7,3%) bemorlarda aniqlangan, bu adenomiozning boshqa shakllariga qaraganda ancha tez-tez uchraydi. Shu bilan birga, 1-darajali diffuz shakli eng ko'p aniqlangan - 16 (48,4±7,4%) bemorda, 1 (3,03%) bemorda 2-darajali diffuz va 1 (3,03%) bemorda diffuz. shakl 3 daraja.

10 (30,3±6,7%) bemorda adenomiozning o'choqli shakli aniqlangan, shundan 1 (3,03%) bemorda 2-3 darajali o'choqli adenomioz aniqlangan. 3 (9,09%) bemorda adenomiozning nodulyar shakli, 2 (6,06%) bemorda diffuz-tugunli adenomioz birikmasi aniqlangan. Fokuslarning diametri 2 dan 7,2 mm gacha o'zgartirgan. Diffuz adenomiozda bachadon arteriyalarida qon oqimi fokal adenomioz bilan solishtirganda kamaydi (IR 0,78-0,86).

2-guruhdagi bemorlarda doppler rasmida endometriyal giperplaziya aniqlangan va adenomatoz o'choqlar 1-2 mm dan 5 mm gacha bo'lgan o'lchamdagi deformatsiyalangan va o'ralgan qirralari bo'lgan anekoik qo'shimchalar sifatida ko'rsatilgan, ularda qon oqimi yo'q, bitta rang mavjudligi. periferiya bo'ylab signallar va ichkarida qon oqimining yo'qligi.

2-guruhdagi adenomiozli bemorlarda ultratovush tekshiruvini shuni ko'rsatdiki, ular orasida adenomiozning diffuz shakli ustun bo'lib, 18 (54,5±7,3%) bemorlarda aniqlangan, bu adenomiozning boshqa shakllariga qaraganda ancha tez-tez uchraydi. Shu bilan birga, 1-darajali diffuz shakli eng ko'p aniqlangan - 16 (48,4±7,4%) bemorda, 1 (3,03%) bemorda 2-darajali diffuz va 1 (3,03%) bemorda diffuz. shakl 3 daraja.

10 (30,3±6,7%) bemorda adenomiozning o'choqli shakli aniqlangan, shundan 1 (3,03%) bemorda 2-3 darajali o'choqli adenomioz aniqlangan. 3 (9,09%) bemorda adenomiozning nodulyar shakli, 2 (6,06%) bemorda diffuz-tugunli adenomioz birikmasi aniqlangan. Fokuslarning diametri 2 dan 7,2 mm gacha o'zgartirgan. Diffuz adenomiozda bachadon arteriyalarida qon oqimi fokal adenomioz bilan solishtirganda kamaydi (IR 0,78-0,86).

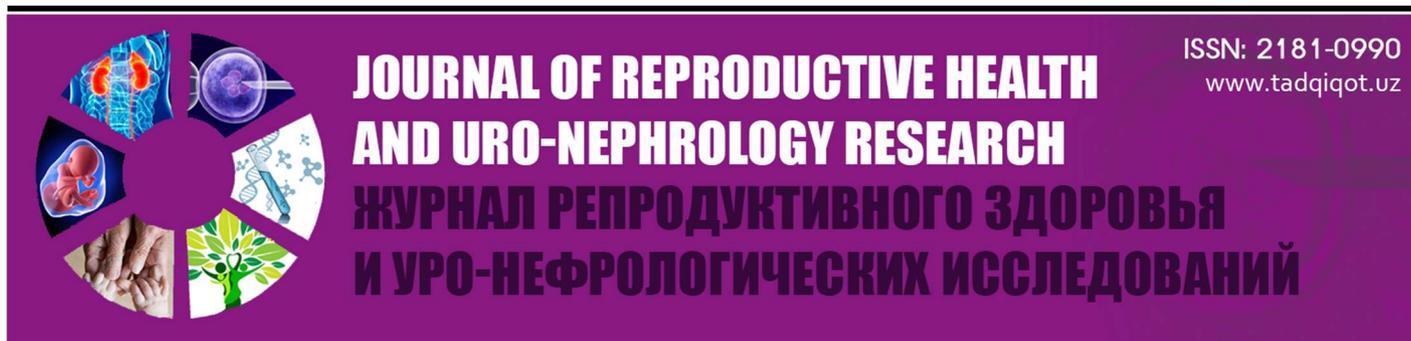
2-guruhdagi bemorlarda doppler rasmida endometriyal giperplaziya aniqlangan va adenomatoz o'choqlar 1-2 mm dan 5 mm gacha bo'lgan o'lchamdagi deformatsiyalangan va o'ralgan qirralari bo'lgan anekoik qo'shimchalar sifatida ko'rsatilgan, ularda qon oqimi yo'q, bitta rang mavjudligi. periferiya bo'ylab signallar va ichkarida qon oqimining yo'qligi.

**Xulosa.** Shunday qilib, adenomioz va bachadonning yallig'lanish kasalliklarining rivojlanishi uchun xavf omillari yuklangan somatik tarix, yuqori insidans indeksi, hayz davrining buzilishi, bachadon va qo'shimchalarning yallig'lanish kasalliklari, shuningdek, abortlarning yuqori chastotasi, ya'ni. intrauterin aralashuvlar. Surunkali endometritning klinik ko'rinishi bunday ayollarda adenomioz mavjudligiga bog'liq emas. Ekspert-klass qurilmalarida o'tkaziladigan ultratovush tekshiruvini nafaqat to'g'ri tashxis qo'yish, balki bachadonda adenomiozning tarqalish darajasini aniqlash imkonini beradi. An'anaviy ultratovush apparatlarida fokal adenomioz mioma bilan noto'g'ri hisoblanadi. 1-darajali adenomiozning diffuz shakli ham ko'pincha ultratovush yordamida aniqlanmaydi yoki tavsiflanmaydi. Bu noto'g'ri davolanishga va uning past samaradorligiga olib keladi. Ba'zi bemorlarda ultratovush tekshiruvida aniqlangan endometritning yagona belgisi shilliq qavatning vaskulyarizatsiyasi va pastki miyometriyal qatlarning giperavaskulyarizatsiyasi bo'lishi mumkin.

#### Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Babadjanova, G. S., et al. "The role of proinflammatory cytokines in the development of clinical picture of myoma and adenomyosis." *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology* 14.4 (2020): 7224-7228.
2. Мухамедов, И. М., М. Х. Каттаходжаева, and Ш. А. Хужаева. "Репродуктив ёшдаги аёлларда мейёрда ва патологик ҳолатларда жинсий аъзолар микрофлораси. Монография." (2009).
3. Azhar E, Seifer DB, Melzer K, Ahmed A, Weedon J, Minkoff H. Knowledge of ovarian reserve and reproductive choices. *J Assist Reprod Genet.* 2015 Mar;32(3):409-15.

4. М.Х. Каттаходжаева, Амонова З.Д., А.Т., Сулейманова Н. Современные взгляды на роль генитальной папилломавирусной инфекции в развитие предраковых заболеваний и рака шейки матки, пути их профилактики // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 2021, №1-2, С.38-42
5. Каттаходжаева М.Х., Умаров З.М., Сафаров А.Т., Сулейманова Н.Ж.К вопросу о тактике введения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 2020, № 3-4, С.4 Biryukova, EI, Rukhlyada, NN, Yu, KK. / Adenomyosis: a surgical approach and reproductive outcomes. // Obstetric Gynecol 2019; 5: 30–34.;
6. Каттаходжаева М.Х., Рахманова Н.Х., Методы выбора контрацепции у женщин группы риска. – Узбекистан. – 2018. – С.96-100.
7. Бабаджанова, Г. С., and С. И. Абдурахманова. "СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ, КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ (Обзор литературы)." Журнал теоретической и клинической медицины 3 (2018): 85-90.
8. Савицкий, Г. А. Перитонеальный эндометриоз и бесплодие: клинико-морфологическое исследование / Г. А. Савицкий, С. М. Горбушин. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. - 170 с.
9. Kattakhodjaeva, M. H., and L. S. Rakhimova. "The effect of laser radiation on the metabolic processes of cellular membranes in pelvic inflammatory disease." Alaska medicine 41.1 (1999): 13-15.
10. Станоевич И.В., Землякова В.В., Аброскова Б.С. и соавт. Аномальное метилирование ряда генов при гиперплазии эндометрия на фоне хронического эндометрита. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012; 11 (1): 20–4.
11. Шешукоева Н.А., Макаров И.О., Овсянникова Т.В. Функциональный потенциал эндометрия у больных с гиперпластическими процессами слизистой тела матки в сочетании с хроническим эндометритом. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2011; 10 (6): 22–5.
12. Kudratova D.Sh. Common risk factors for intranoture anomalies of fetus development \International journal of innovative analyses and emerging technology 2022 Issue 8, Pg 25-30



УДК 618.14-006.36-085

**Safarov Aliaskar Tursunovich**  
Toshkent Davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston

**Abdullayeva Lagiya Mirzatullayevna**  
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi  
Toshkent, O'zbekiston

**Safarova Lola Aliaskarovna**  
Toshkent Davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston

### OIV INFEKTSIYASINING HOMILADORLIK, TUG'RUQ VA TUG'RUQDAN KEYINGI DAVRGA TA'SIRINI BAHOLASH

**For citation:** Safarov Aliaskar Tursunovich, Abdullayeva Lagiya Mirzatullayevna, Safarova Lola Aliaskarovna, Assessment of the impact of HIV infection on the course of gestation, childbirth and the postpartum period, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.65-67

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7420945>

#### ANNOTATSIYA

Reproduktiv funksiyasini amalga oshirishni istagan tug'ish yoshidagi ayollarda OIV infeksiyasi tobora ko'proq kuzatilmoqda. Turli mualliflarga ko'ra, OIV onadan bolaga o'tkazish uchun profilaktik chora – tadbirlar bo'lmasa, infeksiya xavfi 20-40% ga yetadi, ulardan 10-15% virus homiladorlik paytida utadi, tug'ruq paytida esa 60-75%. Maqolada OIV bilan kasallangan homilador ayollarda homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning o'ziga xos xususiyatlari bo'yicha ma'lumotlar tahlil qilinadi.

**Kalit so'zlar:** OIV-infeksiyasi, homiladorlik, tug'ruq, tug'ruqdan keyingi davr.

**Сафаров Алиаскар Турсунович**  
Ташкентский Государственный стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан

**Абдуллаева Лагиya Мирзатуллаевна**  
Ташкентская медицинская академия  
Ташкент, Узбекистан

**Сафарова Лола Алиаскаровна**  
Ташкентский Государственный стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан

### ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОВОДОГО ПЕРИОДА

#### АННОТАЦИЯ

Все чаще инфицирование ВИЧ наблюдается у женщин детородного возраста, желающих осуществить свою репродуктивную функцию. По данным разных авторов, при отсутствии профилактических мер передачи вируса иммунодефицита человека от матери к ребенку риск инфицирования достигает 20-40%, из них 10-15% вирус передается внутриутробно, во время родового акта – 60-75%. В статье представлен анализ данных по особенностям течения гестации, родов и послеродового периода у беременных, инфицированных ВИЧ.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, беременность, роды, послеродовый период.

**Safarov Aliaskar Tursunovich**  
Tashkent State Dental Institute  
Tashkent, Uzbekistan

**Abdullayeva Lagiya Mirzatullayevna**  
Tashkent Medical Academy  
Tashkent, Uzbekistan

**Safarova Lola Aliaskarovna**  
Tashkent State Dental Institute  
Tashkent, Uzbekistan

**ASSESSMENT OF THE IMPACT OF HIV INFECTION ON THE COURSE OF GESTATION, CHILDBIRTH AND THE POSTPARTUM PERIOD**

**ABSTRACT**

HIV infection is increasingly observed in women of childbearing age who want to exercise their reproductive function. According to various authors, in the absence of preventive measures for the transmission of the human immunodeficiency virus from mother to child, the risk of infection reaches 20-40%, of which 10-15% of the virus is transmitted in utero, during labor – 60-75%. The article presents an analysis of data on the peculiarities of the course of gestation, childbirth and the postpartum period in pregnant women infected with HIV.

**Key words:** HIV-infection, pregnancy, childbirth, postpartum period.

Tibbiyot fanining ilg'or rivojlanishiga qaramasdan, OIV infeksiyasining tarqalishi muammosi O'zbekistonda ham, butun dunyoda eng dolzarb masalalardan biri bo'lib qolmoqda. [1, 4, 6]. OIV infeksiyasi reproduktiv funktsiyasini amalga oshirishni istagan tug'ish yoshidagi ayollarda tez-tez uchraydi [4, 7].

OIVga qarshi kurashda xalqaro hamkorlik tegishli xizmatlarni qamrab olishni oshirishga yordam beradi. 68% OIV bilan kasallangan sayyoramizning kattalar va 53% bolalar aholisining 2019 yilda antiretrovirus davolashni umr bo'yi qabul qilindi (ART). O'zbekiston Respublikasida OIV infeksiyasini vertikal yo'l bilan, ya'ni onadan bolaga uzatishning oldini olish va sog'lom bola tug'ilishi masalasiga alohida e'tibor qaratilmoqda.

Ma'lumki, xomiladorlik paytida homilada gipoksiya hamda homila o'sishini cheklash sindromining asosiy etiologik component surunkali platsenta etishmovchiligining rivojlanishi deb hisoblanadi, bunda ona – platsenta – homila tizimida buzilishlar mavjud [2,3,5].

Turli mualliflarga ko'ra, virusni o'tkazishning profilaktik choralarini bo'lmasa bola uchun onadan OIV-infeksiyasi xavfi 20-40% etib, shundan 10-15% virus homiladorlik paytida utadi, 60-75% - tug'ruq davomida, [4, 7].

OIV infeksiyasining zararli ta'sirining aniqligiga qaramay homilador ayolning tanasida OIVning rivojlanishdagi roli to'g'risida ma'lumotlar akusherlik asoratlari bir-biriga ziddir [1, 7].

Turli akusherlik asoratlari, xususan, homila o'sishini cheklash sindromi, OIV-seropozitiv ayollarda platsenta disfunktsiyasi tufayli homilaning surunkali intrauterin gipoksiyasi, gipertenziv kasalliklar salbiy OIV holatiga ega bo'lgan ayollarga qaraganda tez-tez uchraydi [1,6,8].

Tadqiqot maqsadi: OIV bilan kasallangan ayollarda homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning xususiyatlarini tahlil qilish.

Tadqiqot materiallari va usullari : belgilangan maqsadga muvofiq, biz 1-sonli Toshkent shahar kompleksida 2018-2021 yillar oralig'ida

OIV bilan kasallangan tug'ilgan ayollarning 48 ta tug'ruq tarixi, shuningdek, yuqtirgan ayollarning ambulator xaritalarini retrospektiv tadqiq qildik. OIV-infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarda homiladorlik va tug'ruqdan keyingi davr ma'lumotlarining xususiyatlari tahlil qilindi. Nazorat guruhi tug'ruq majmuasida tug'ilgan 35 seronegativ homilador ayollardan iborat edi. Tadqiqot Toshkent shahrining 1-son tug'ruq kompleksi negizida o'tkazildi.

Olingan natijalarni muhokamasi: tekshirilgan ayollarning o'rtacha yoshi 24,1 ± 4,3 yil bo'lib, 19 dan 38 yoshgacha bo'lgan. Yashash joyi bo'yicha : 31 ayollar (64%) - shahar aholisi, 17 (36%) - qishloq joylarda istiqomat qiluvchilar. Toshkent shahar OITS markazida homiladirlikdan oldin 33 (69 %) bemor ro'yxatga olingan, 13 (27%) – homiladorlik paytida virus aniqlangan va bemorlar ro'yxatga olingan edi, 2 (4%) ijobiy OIV holati tug'ruq majmuasida aniqlanadi. Konsultativ oilaviy poliklinikada barcha ayollar ro'yxatdan o'tgan edi. 35 (70%) ayollarda yomon odatlar mavjud edi, ulardan 73% da spirtli ichimliklarni iste'mol qilishi, 20% da - chekish ustunlik qildi. Virus yukini o'rnatish natijalari bilan bog'liq ma'lumotlarni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, yuqori qiymatlar 20 (40%) sodir bo'lgan, past esa – 43%. 16% hollarda virus yuki ma'lumotlari aniqlanmagan. Homiladorlik paytida antiretrovirus terapiya preparatlarni barcha homilador ayollar amalga oshirdi. Shu bilan birga, antiretrovirus preparatlarni ikkinchi trimestrdan- 85%, uchinchi trimestrdan -15 % OIV bilan kasallangan homilador ayollar amalga olingan.

OIV-musbat homilador ayollarda ekstragenital kasalliklar orasida eng tez-tez kamqonlik ( 94%), nafas olish tizimi kasalliklari (20%), siydik-chiqarish tizimi kasalliklari ( 22%), og'iz boshligining qo'ziqorin infeksiyalari (20%), virusli gepatit C (12%), virusli gepatit B (12%) kuzatilgan

OIV bilan kasallangan bemorlarda homiladorlik asoratlari to'g'risidagi ma'lumotlar 1-jadvalda keltirilgan.

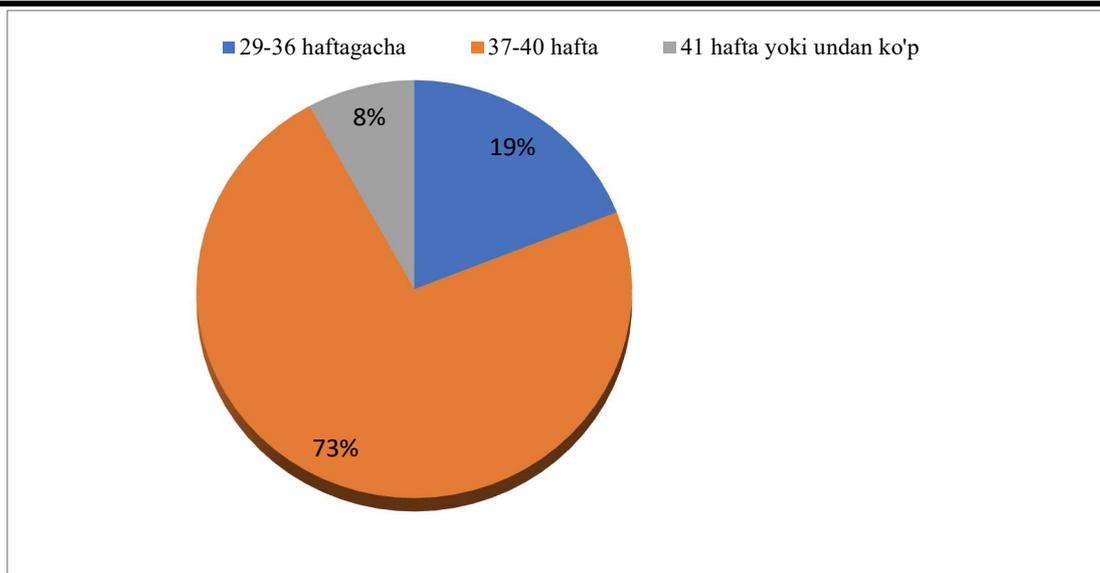
**1-jadval**

**OIV bilan kasallangan ayollarda homiladorlikning asoratlari**

Asoratlari	Asosiy guruhi		Nazorat guruhi	
	Abs.	%	Abs.	%
Homila tushish xavfi	21	44%	5	14%
Engil va o'rtacha darajali homilador ayollarning qusishi	29	62%	9	26%
Homiladorlik paytida gipertenziv buzilishlar	6	12%	2	6%
Bachadon-plasenta-xomilalik qon oqimining buzilishi	32	68%	11	32%
VONPK	3	6%	1	3%
Erta tug'ilish xavfi	11	24%	4	14%

OIV bilan kasallangan ayollarni etkazib berish paytida homiladorlik davrini tahlil qilishda quyidagilar kuzatildi: 28 haftagacha etkazib berish kuzatilmadi, homiladorlik davrida 29 dan 36 haftagacha – 9 (19%), homiladorlik davrida 37 dan 40 haftagacha – 35 (73%),

homiladorlik davrida 41 yoshdan 41 yoshgacha. haftalar va undan yuqori-4 (8%) ayollarda. 44 (96%) OIV-musbat ayollar kesar kesish operatsiyasi orqali etkazib berilgan. Ular urtasida rejali tartibda 78% hollarda, qolganlari favqulod vaziyatda (22%) hal qilinadi.



Shakl 1. OIV bilan kasallangan ayollarda tug'ruq paytida homiladorlik davri

Yangi tug'ilgan chaqaloqning holatini baholash Apgar shkalasi bo'yicha 1 va 5 daqiqa davomida o'tkazildi. Ko'pgina yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tug'ilish ballari nazorat guruhining ko'rsatkichlaridan qayd etilmagan, o'rtacha 7-8 ball. Shuni ta'kidlash kerakki, OIV-seropozitiv onadan tug'ilgan bolalarda 42% hollarda vazn va bo'yinging homiladorlik davriga mos kelmasligi qayd etilgan. Bolalarning o'rtacha vazni  $2300 \pm 200$  grammni tashkil etdi, 1700 dan 3200 grammgacha. O'rtacha o'sish  $47 \pm 2$  sm, 41 dan 50 sm gacha bo'lgan. Tug'ilgandan keyin 48 soat ichida yangi tug'ilgan chaqaloqlarda perinatal asoratlar chastotasi nazorat guruhidagi bolalarga qaraganda ancha tez-tez uchraydi.

Asoratlar- miya ishemiyasi 32% da kuzatilgan, har xil darajadagi nafas olish etishmovchiligi- 39% hollarda, intrauterin infeksiya belgilari - 31% hollarda. Ikkala guruhda ham homilaning antenatal o'limi kuzatilmagan.

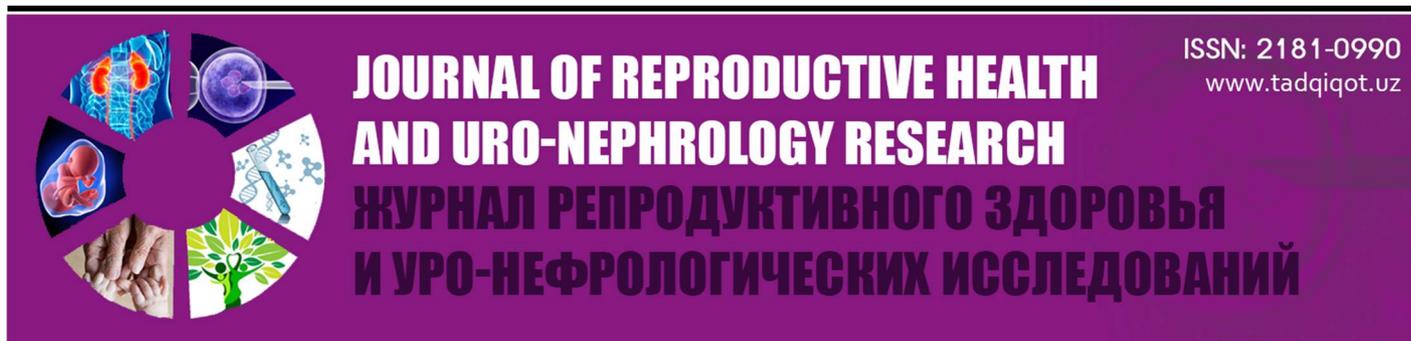
Tug'ruqdan keyingi davrda OIV infeksiyasiga chalingan bemorlarga laktatsiya jarayonini bostirish uchun Dostineks preparatini

tavsiya qilingan, shuningdek profilaktik antibiotik profilaktikasi o'tkazilgan. Tug'ruqdan keyingi davr mobaynida asosiy guruhning aksariyat ayollari-29 (61%) silliq, 5 (11%) hollatlarda bachadon subinvolyutsiyasi, 4 (8%) holatida - lochiometra kuzatilgan. Nazorat guruhida ma'lumotlar asosiy guruhdan ishonchli farq qilmadi. Tug'ruqdan keyingi davrning silliq kechishi ko'pchilik hollatlarda - 32(91%) da kuzatilgan, bachadon subinvolyutsiyasi 3 holatlarida (9%) kuzatilgan.

Xulosalar: shunday qilib, shaharda yashovchilarda OIV infeksiyasi tez-tez uchraydi. OIV bilan kasallangan homilador ayollar uchun xos bo'lgan homiladorlikning asosiy asoratlari homiladorlikning tugatilishi, uteroplasentarnopl qon oqimining buzilishi, homila o'sishini cheklash sindromi xavfi hisoblanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda homila rivojlanishining kechikishi, markaziy asab tizimiga zarar yetishi va nafas olish etishmovchiligi tez-tez kuzatiladi.

#### Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Белоконева Т. С.1, Тезиков Ю. В., Липатов И. С., Агафонова О. В. Ретроспективный анализ течения беременности и её исходов у женщин с ВИЧ-инфекцией. Таврический медико-биологический вестник. 2018; Т.21, №2, вып.2 : С.14-19
2. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х., Хамани И.В. Плацентарная недостаточность при осложненной беременности и возможности применения дипиридамола. Акушерство, гинекология и репродукция. 2016; 4: 72-82
3. Сафаров А.Т. Алиментарно-конституциональное ожирение как фактор риска формирования перинатальной патологии//Журнал Репродуктивного Здоровья и Уро-Нефрологических Исследований. - 2020. - Т. 1. - №. 3.
4. Сафарова Л.А., Абдуллаева Л.М. Антиретровирусная терапия у ВИЧ-серопозитивных женщин во время // Доктор ахборотномаси- 2021- №4 (101) - С.141-144
5. Каттаходжаева М. Х., Гайбуллаева Д. Ф. Показатели эндотелиальной дисфункции и маркеры системного воспаления у беременных при преэклампсии //Re-health journal. - 2020. - №. 2-2 (6). - С. 10-13.
6. Мухаммедов Э.М., Хужаева Ш.А., Каттаходжаева М.Х.// Репродуктив ёшдаги аёлларда меёрда ва патологик холатларда жинсий аъзолар микрофлораси/ Монография. Тошкент 2008 г.
7. Kattakhodjaeva M.H. , Rakhmanova N.H.// Influence of hormonal injectable contraception on health condition of women of different reproductive age Higher Education / The Ninth European Conference on Biology and Medical Sciences «East West» Association for Advanced Studies Vienna, Austria, 2016.-P.51-55.
8. Каттаходжаева М.Х., Рахманова Н.Х.// Контрацепция воситаларининг аёл урогенитал тракти микрофлорасига таъсирини солиштирма ўрганиш/ Ўзбекистон тиббиёти журнали.-Тошкент, 2019.-№5.-Бет. (14.00.11;№8)
9. Яценко Д.С. Течение беременности, родов и состояние новорожденных у женщин, инфицированных ВИЧ - инфекцией. Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150) 2015. Volume 5. Issue 5. P.448
10. Abdullaeva L.M., Safarova L.A., Features of the management of childbirth and the postpartum period in hiv-positive women, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 3, issue 1. pp.5-7
11. Awoleke, J. O. Maternal risk factors for low birth weight babies in Lagos, Nigeria / J. O. Awoleke // Arch. Gynecol. Obstet. - 2018. - Vol. 285 (1). - P. 1-6.



УДК 513.626-005.5-025.13-052

**Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna**Tibbiyot fanlari doktori  
professorToshkent davlat stomatologiya institute  
Toshkent, O'zbekiston**Qudratova Dilnoza Sharifovna**Toshkent Davlat stomatologiya instituti  
Toshkent, O'zbekiston**HOMILA ANTENATAL NUQSONLARI RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARINI ERTA BASHORATLASH  
PREDIKTORLARI**

**For citation:** Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna, Qudratova Dilnoza Sharifovna, Early markers for the diagnosis of intrauterine fetal anomalies, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.68-71

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7420983>**ANNOTATSIYA**

Buxoro viloyatida tug'ma rivojlanish anomaliyasi bulgan bola tug'ilishi uchun turli xil xavf omillarining axamiyatini baholashni o'rganib chiqdik. Buxoro viloyatida tug'ma nuqsonlarni uz vaqtda tashxislash darajasini oshirish, perinatal va bolalar o'limini kamaytirishga imkon beradigan homilador aellar o'rtasida xavf guruhlarini oqilona shakllantirish usuli taklif etilmoqda. Xavf omillari folat yetishmovchiligi (24,9%), D vitamini yetishmovchiligi (9,8%), rux yetishmovchiligi (12,9%) va yodning surunkali yetishmasligi (7,5%) yedi. Tahlil jarayonida asab tizimining tug'ma nuqsonlari aniqlandi (34,03%), ikkinchi o'rinni ko'plab tug'ma nuqsonlar egalladi - (19,9%), uchinchi qon aylanish tizimining tug'ma nuqsonlari (2,27%).

**Kalit so'zlar:** tug'ma nuqsonlar, xromosoma anomaliyalari, prenatal tashxis.

**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**Доктор медицинских наук  
профессорТашкентский государственный стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан**Кудратова Дильноза Шарифовна**Ташкентский Государственный стоматологический институт  
Ташкент, Узбекистан**ПРЕДИКТОРЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПЛОДА****АННОТАЦИЯ**

Нами было изучено оценка значимости различных факторов риска рождения ребенка с врожденными аномалиями развития на территории Бухарской области. Предложено методика рационального формирования групп риска среди беременных, что позволит повысить уровень своевременной диагностики врожденных аномалий развития и снизить перинатальную и младенческую смертность в Бухарском регионе. Факторами риска оказались фолиеводефицитное состояние (24,9%), дефицит витамина Д (9,8%), дефицит цинка (12,9%) и хронические йод дефицитное состояние (7,5%). По ходу анализа выявлено ВУАП нервной системы (34,03%), второе место заняли множественные врожденные пороки развития - (19,9%), третье - ВУАП системы кровообращения (2,27%).

**Ключевые слова:** врожденные пороки развития, хромосомные аномалии, пренатальная диагностика.

**Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna**Doctor of Medical Sciences  
ProfessorTashkent State Dental Institute  
Tashkent, Uzbekistan**Qudratova Dilnoza Sharifovna**Tashkent State Dental Institute  
Tashkent, Uzbekistan

## EARLY MARKERS FOR THE DIAGNOSIS OF INTRAUTERINE FETAL ANOMALIES

## ABSTRACT

We have studied the assessment of the significance of various risk factors for the birth of a child with congenital developmental anomalies in the Bukhara region. A method for the rational formation of risk groups among pregnant women is proposed, which will increase the level of timely diagnosis of congenital malformations and reduce perinatal and infant mortality in the Bukhara region. The risk factors were folate deficiency (24.9%), vitamin D deficiency (9.8%), zinc deficiency (12.9%) and chronic iodine deficiency (7.5%). In the course of the analysis, congenital malformations of the nervous system were revealed (34.03%), the second place was taken by multiple congenital malformations - (19.9%), the third - congenital malformations of the circulatory system (2.27%).

**Key words:** congenital malformations, chromosomal abnormalities, prenatal diagnosis

Hozirgi kunga kelib, perinatal o'lim tarkibida ikkinchi o'rinni yegallagan xomilaichi anomaliyalari (zamonaviy perinatologiyada dolzarb muammo hisoblanadi [1,2,23]. Chaqaloqlar va bolalar ulimi, nogironlik va kasalliklarga katta xissa kushadigan rivojlanish anomaliyalarini prenatal diagnostika qilish zamonaviy sog'liqni saqlashning muhim vazifasidir. YeUROCAT ma'lumotlariga ko'ra, har yili duneda 33 yangi tug'ilgan chaqaloqning 1 nafari tug'ma nuqsonga yega, haetning dastlabki 4 haftasida 300 mingga yaqin nuqsонli bolalar vafot yetadi, bu patologiya tufayli taxminan 3,2 million bola turli darajadagi nogironlarga yega. So'nggi yillarda Uzbekistonda perinatal o'limning sezilarli darajada pasayishiga qaramay, bizning kursatkichlarimiz Yevropaga qaraganda ancha yuqori [9,11,22]. unumdorlik. Buxoro viloyatida u o'rtacha tug'ma nuqsонlarning 6,8% dan 8,7% gacha yekanligini kursatdi. Antenatal diagnostika usullarini takomillashtirish, homilaning tug'ma patologiyasi borligi uchun homilador aellarni skrining qilish, zamonaviy perinatal texnologiyaalarni joriya yetish Uzbekistonda perinatal o'limni kamaytirishning asosiy vazifalaridan biri sifatida tan olingan [1, 4,6,10,11, 23].

Har xil patogen omillar homila va butun fetoplatsental tizimga teng bo'lmagan zararli ta'sir ko'rsatadi. Shu nuqtai nazardan, bir omilning ta'sir darajasini boshqasidan ajratish, ularning bir-biridan mustaqil yeki birgalikda harakat qilishlarini baholash ancha qiyin [1,15,18,20].

Xomilaning anomaliyalarining ko'pchiligini rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun maxsus profilaktika choralar mavjud yemas, chunki ular asosan sporadikdir [10,12,16,20]. Shu sababli, hozirgi vaqtda homilaichi anomaliyalarini prenatal tashhislash tug'ma anomaliyaga yega bolalar tug'ilishining oldini olish uchun eng samarali chora hisoblanadi [10,21,21].

O'zbekistonda prenatal diagnostikaning zamonaviy texnologiyalari (ultratovush tekshiruv, homila nuqsони belgilarini biokimeviy tekshiruvlar, invaziv tekshirish usullari) joriy yetilganiga qaramay, tug'ma patologiya bilan kasallanish kamaymadi, bu profilaktika va aniqlashning yangi yendashuvlarini izlashga olib keladi homilaning tug'ma nuqsонlari uchun xavf omillari [20,21]. Xomilaichi anomaliyalarni rivojlanishi uchun antenatal zarar yetkazuvchi omillar ta'sirining o'ziga xos xususiyatlarini va prenatal diagnostikani optimallashtirishni hisobga olgan holda turli darajadagi xavf guruhlarini shakllantirish zarurati mavjud, shu bilan bog'liq holda tadqiqotning maqsadi va vazifalari aniqlangan [20,22].

Tadqiqot maqsadi: tug'ma nuqsонlarning rivojlanish belgilarini shakllantirish uchun muhim xavf omillarini ishlab chiqish.

Materiallar va tekshirish usullari. Prenatal texnologiyaalar yerdamida aniqlangan anomaliyalar va homila xromosoma anomaliyalarining chastotasi va tuzilishini urganish uchun tadqiqot guruhi (n= 80) homilador aellarni prenatal diagnostika usullaridan foyyadalangan holda utkazilgan barcha holatlardan tasodifiy tanlab olish ("har uchdan biri") bilan tuzilgan. Aellarning yeshi 19 yeshdan 40 yeshgacha bo'lgan. Xomilada eng ko'p uchraydigan anomaliyalar va xromosoma anormalliklari uchun xavf omillarini (bashorat qiluvchilarni) aniqlash uchun tadqiqot guruhi asosiy guruhga va taqqoslash guruhiga bo'lindi. Asosiy guruh homiladorlik paytida yeki tug'ruqdan keyin homilada tashxis qo'yilgan nuqsон bo'lgan homilador aellardan iborat yedi (n= 45). Taqqoslash guruhi, umumiy qabul qilingan mezonlarga ko'ra, homiladorlik paytida bolada nuqsон bo'lishi xavfi bo'lgan bemorlardan iborat yedi. Nazorat guruhi Buxoro viloyati skrining markaziga murojaat qilgan, bachadon ichi anormalliklari bo'lgan bolani tug'ish xavfi bo'lmagan, O'z iltimosiga ko'ra tekshirilgan va keyinchalik sog'lom bolalar tug'gan aellardan tashkil topgan (n= 35). Ko'rsatkichlarning diagnostik ahamiyatini aniqlash

uchun skrining markazida ultratovush va biokimeviy markerlarni yerta tashxislash usuli bilan salbiy natijaning sezgiriligini, o'ziga xosligini, prognostik qiymatini aniqlashdan foydalandik. O'rganilgan belgi kasallik uchun xavf omil yekanligini aniqlash uchun mezon.

Tadqiqot natijalari va munozara. Tadqiqot davomida 20-24 yeshdagi aellarning asosiy guruhida (50,8%) ustunlik aniqlandi. Yesh aellarning ulushi (18-24 yesh) taqqoslash guruhiga qaraganda 2 baravar yuqori (48,6% ga nisbatan 24,7%, p <0,01), 35 yesh va undan katta yeshdagi aellar nisbati 4 baravar kam (7,9). % 32,5% ga nisbatan, p <0,01).

Yashash joyining ijtimoiy-geografik sharoitlarini tahlil qilganda, homilador aellarning katta qismi Uzgargan (9,8%) va turlich ao'zgargan (86,3%) turdagi (p <0,01) bo'lgan hududlarda yashashi aniqlandi, ammo bu yerda asosiy guruh o'rtasidagi muhim farqlar va yashash sharoitlari turi omilini taqqoslash guruhi aniqlanmagan. Asosiya guruhdagi va taqqoslash guruhidagi aellar asosan shaharlarning aholisi (83%), shu jumladan Buxoro shahrida 49%, qishloq aellari yesa atigi 17% ni tashkil yetdi (p <0,01). Shuni ta'kidlash kerakki, viloyat shaharlar aholisining asosiya guruhida taqqoslash guruhiga qaraganda ko'proq (39,8% 28,3% ga nisbatan, p <0,05), taqqoslash guruhida buxorolik aellar ustunlik qilishgan (55,4%). va 39,1%, p <0,01).

Asosiya guruhdagi va taqqoslash guruhidagi homilador aellarning mashg'ulot turini o'rganatganda ular orasida ofis xodimlari (39,7%) va ishlamaydigan odamlar (30,4%) ustun bo'lganligi aniqlandi. Xomilada anomaliyalar bo'lgan bemorlar guruhida (asosiy) taqqoslash guruhiga qaraganda ancha tez-tez ishlamaydigan aellar bor yedi (mos ravishda 33,3% va 20,2%, p <0,05). Asosiy guruhdagi va taqqoslash guruhidagi homilador aellarning 18,1% kasbiy xavf omillari ta'siriga yega. Kasbiy xavfli tuzilishda yelektromagnit nurlanish(50,5%), biomaterial (13,3%) va kimeviy moddalar (12,4%) bilan aloqa ustunlik qildi. Asosiy guruhda kasbiy nutqning ko'payishi tez-tez kuzatilgan (mos ravishda 18,4% va 5,4%, p <0,01).

Havfi tug'ma nuqsонni belgilaydigan eng muhim omillardan biri bu irsiy kasalliklar tarixi. Tahlil shuni ko'rsatdiki, oilaviya tarixda eng katta solishtirma og'irlikni anomaliyalar yegallagan, bu asosiy guruhda 92,8% ni tashkil yetdi (p <0.001). Tarixda nuqsон orasida malformatsiyalar ko'pincha qayd yetilgan, ularning soni asosiy guruhda ustun bo'lgan (87,6%, p1-2 <0,001), tarixda (Down kasalligi) soni, aksincha, ko'proq bo'lgan taqqoslash guruhi (16,4%, p1-2 <0,001).

Homilador aellarda surunkali yekstragenital patologiyalarning tarqalishini tahlil qilishda ularning yuqori chastotasi asosiy guruhda va taqqoslash guruhida - 88,6% aniqlandi. Homilador aellarning surunkali yekstragenital patologiyaalari tarkibida nafas olish tizimi (24,0%), ovqat hazm qilish(26,8%) va siydik chiqarish tizimi (17,0%) kasalliklari ustun keldi. Asosiy guruhda allergik kasalliklar tarqalishining tarqalishi nazoratga nisbatan (mos ravishda 18,5% va 1,9%, p <0,01), shu jumladan dori allergiyaasi (8,9%, p <0,005) va polivalent allergiya (4,3) bilan solishtirganda aniqlandi. %, p <0.05).

Asosiy guruhdagi va taqqoslash guruhidagi aellar orasida yuqori chastotali og'ir reproduktiv tarix qayd yetilgan (homiladorlikning sun'iy ravishda uzilishi - 67,2%, spontan abort - 12,8% hollarda). Ushbu guruhlarda yerta tug'ilish nazorat guruhiga qaraganda tez-tez kuzatilgan (mos ravishda 6,7%, 14,5% va 1,2%, p1-3 <0,05, p2-3 <0,05).

Taqqoslangan guruhlardagi aellarda homiladorlik paritetini o'rganish tahlili shuni ko'rsatdiki, primipar aellar asosiya guruhda (66,3%), asosan primipar (42,4%), taqqoslash guruhida ko'p xonadonli (56,7%) va homilador aellar ustunlik qildi. (71,9%), (p1-2 <0,01, p1-3 <0,05). Asosiya guruhda primipar aellarni taqqoslash guruhiga qaraganda 1,5 baravar ko'proq (42,4% va 28,1%, p <0,005), yana

homilador primiparalar yesa 1,6 marta tez-tez (23,9% ga nisbatan 15,2%,  $p < 0.05$ ). Sho' bilan birga, mintaqada aellarning reproduktiv xulq-atvorining xususiyatlarini aks yettiruvchi nazorat guruhida primipar (77,3%) va yana homilador aellar (63,9%) ustunlik qiladi.

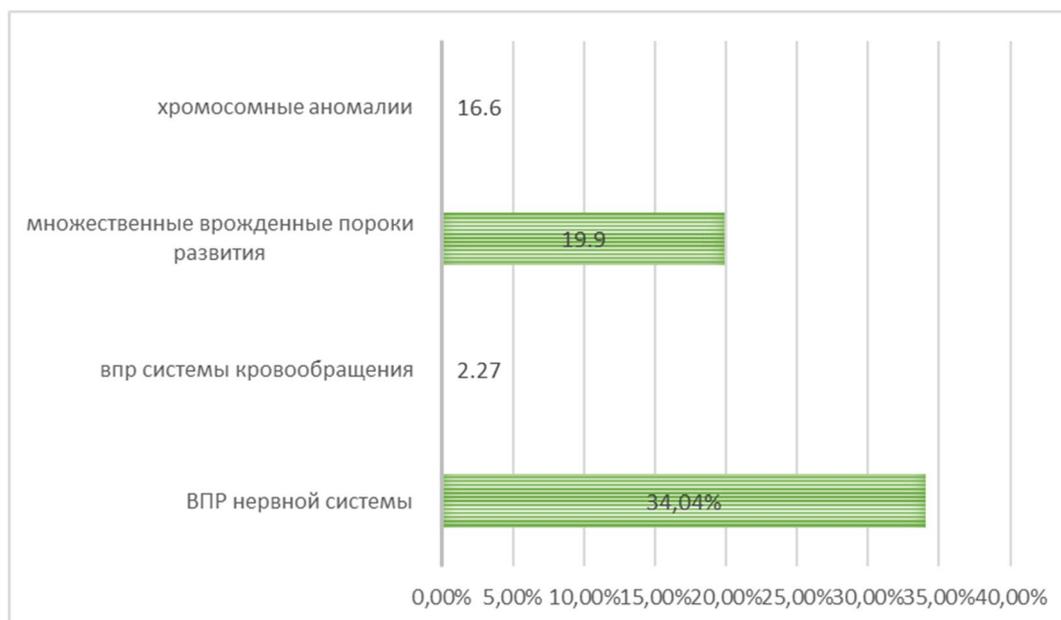
Ushbu homiladorlikning davomiyligini tahlil qilganda, eng tez-tez uchraydigan asoratlar yerta o'z-o'zidan abort qilish tahdidi (28,8%) yekanligi aniqlandi, homiladorlik paytida o'tkir respirator virusli infeksiyalar 21,6% hollarda, homilador aellarning qusishi - 13,4%. Shu bilan birga, asosiy guruhda sanab o'tilgan asoratlar taqqoslash guruhiga va nazorat guruhiga qaraganda sezilarli darajada kam bo'lgan ( $p1-2 < 0.05$ ,  $p13 < 0.05$ ).

Aellarning asosiy guruhida homiladorlik natijalarini o'rganaetganda, tibbiy sabablarga ko'ra abort qilish tabiiy ravishda homiladorlikning 1-(9,2%) va 2-3-chi (61,9%) trimestrlarida ustun keldi, bu yesa zarar ko'rmaydigan homilani yo'q qilish zarurati bilan belgilandi. Muddatda tug'ilish aellarning 17,7 foizida qayd yetilgan ( $p1-2 < 0,01$ ), 2,4 foizida o'z-o'zidan abort qilish va homilaning tug'ruqdan oldin o'limi qayd yetilgan. Tabiiyki, taqqoslash guruhida yerta tug'ilish asosiy guruhga qaraganda 3,7 marta kamroq qayad yetilgan (8,8%,  $p < 0,01$ ). Homilador aellar orasida surunkali mikroelementlar yetishmovchiligi tarkibida folat yetishmovchiligi (24,9%), D vitamini yetishmovchiligi (9,8%), rux yetishmovchiligi (12,9%) va yodning surunkali yetishmovchiligi (7,5%) ustunlik qiladi. Tadqiqot davomida asosiy guruhda aniqlangan nuqson tarkibida quyidagilar ustun keldi: asab tizimining nuqsoni (34,03%), ikkinchi o'rinni ko'plab tug'ma nuqsonlar yegalladi - (19,9%), uchinchi - qon aylanish tizimining (2,27%). Homiladorlikning 1 trimestridagi asosiy guruhda 16,3% hollarda nuqson va xromosoma anomaliyalarining ultratovush markerlari aniqlandi. Bemorlarning 83,2 foizida izolyatsiya qilingan nuqson yoki xromosoma anomalliklarini ultratovush tekshiruvi 16,7 foizga aniqlandi - o'zgarishlar birlashtirildi. Asab tizimining eng tez-tez aniqlanadigan nuqson (22-36,7%), ovqat hazm qilish tizimining nuqsoni (10-31,3%) va genito-yriner tizim nuqson (5-9,4%). Homiladorlikning 1 trimestrida xromosoma kasalliklariga nisbatan o'tkazilgan tadqiqotda yekografiya usulining samaradorligi 16,7% hollarda qayd yetilgan. Bunday holatda ultratovush tekshiruvi, masalan, bo'yin va gidrotsefali kabi kist gigroma (75%) eng yuqori sezuvchanlikka yega yedi.

Xomilada nuqson shakllanishi uchun muhim xavf omillaridan biri bu homiladorlik markerlari me'eridan o'ziga xos og'ishlardir. Ushbu tadqiqotda bemorlarning 16-71% nuqsonning har xil turlari bilan ushbu anomalliklarga yega yedi. Tahlillar natijasida tug'ma patologiyalarda ularga nisbatan past sezuvchanlik va yuqori o'ziga xosliklarga yega ekanligi aniqlandi. Eng sezgir PAPP ning pasayishi (0,38), Eng pasti AFPning pasayishi (0,07). Xususiyat 0,44 dan 0,91 gacha bo'lgan, eng yuqori darajasi AFP (0,91), shuningdek XGCh va AFP ni kamaytirish (mos ravishda 0,88 va 0,81), eng pasti - XGCh (0,44) ... deyarli barcha uchun nisbatan barqaror qiymat (0,5 dan 0,59 gacha), eng yuqori - PAPPni kamaytirish va eng past - AFPni oshirish va kamaytirish uchun belgilangan.

Tug'ma anomaliyalarining ayrim turlari bo'yicha ma'lumotlarni tahlil qilganda, asab tizimining anomaliyalar bilan AFP (0,83) ko'payishi eng sezgir, ko'p nuqson bilan - PAPP pasayishi (0,75), mushak-skeletlari topildi ultratovush bilan aniqlandi. Tizim - PAPP ning pasayishi (0,67), xromosoma anomaliyaalari bilan XGCh ning pasayishi va oshishi (0,67). Uzgarishlarni tahlil qilish jaraenida ularning deyarli barcha nuqson turlari uchun yuqori o'ziga xosligi aniqlandi (ovqat hazm qilishtizimining nuqsonida XGCh ni oshirish uchun 0,53 dan nuqson bilan PAPP ni 0,95 gacha kamaytirish), eng katta natija asab tizimining nuqsoni (0,55).

Homiladorlikning 2 va 3 trimestrlarida asosiy guruhda 77,9% ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, eng katta sezgirikli izolyatsiya qilingan ultratovush bilan solishtirganda bir nechta ultratovush tekshiruvi kombinatsiyasida kuzatilgan (1,9 marta tez-tez - 13,3% va 9,4%), anomaliyaga nisbatan eng katta sezuvchanlik tug'ma yurak nuqsonlariga tegishli : 57 , ajratilgan nuqson bilan 1% va 20,7% - boshqa ultratovush bilan birlashganda. Qon tomir pleksus kistalari, diafragma churrasi, polihidramnioz, burun suyagining gipoplaziyasi kabi belgilar alohida holatlarda ajratilgan, ammo ularning xromosoma anomaliyalariga sezgirikli 100% ni tashkil yetgan. Xromosoma anomaliyalariga nisbatan yuqori sezuvchanlik (50%) Un ikki barmoqli ichak atreziyaasi, ichak tutilishi, o'pkaning kistadenomatoz anomaliyaalari, shuningdek homilaning kechikishi (66,7%) va bo'yinining kistik gigromasi (37,%) bilan qayd yetilgan. boshqa ultratovush bilan birgalikda.



Rasm- 1. Tug'ma nuqson anomaliyalar uchrash skriningi

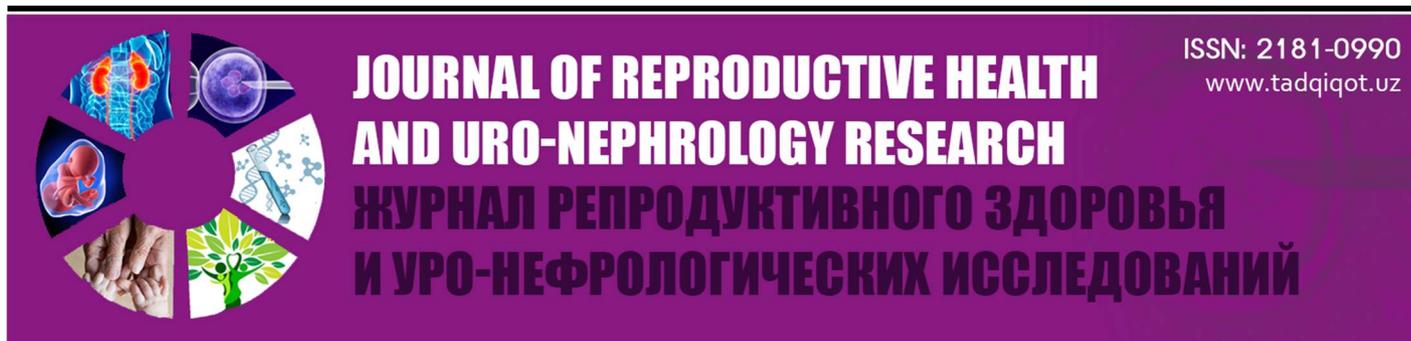
Xulosa: Tadqiqotimiz natijalarini xulosa qilib shuni xulosa qilishimiz mumkinki, perinatal ravishda aniqlangan nuqson tarkibida asab tizimining nuqsoni (34,4%), ko'plab malformatsiyaalar (19,9%) va qon aylanish tizimining tug'ma nuqsonlari (2,27%) ustunlik qiladi. . Asab tizimining nuqsoni bilan AFP ning ko'payishi, shuningdek 1 trimestrda aniqlangan ultratovushli ko'rsatkichlar eng yuqori

sezuvchanlik va o'ziga xoslikka yega; ko'p miqdordagi nuqson bilan - 2 trimestrda PAPP va ultratovush belgilarining pasayishi, qon aylanish tizimining nuqson bilan - 2-3 trimesterda aniqlangan ultratovushli belgilar, xromosoma anomaliyalari bilan - xgch darajasining o'zgarishi va ultratovush ko'rsatkichlari 2- 3- m trimesterlar. Homilador tug'ma nuqson homilasi borligini taxmin qiluvchilar anamnezdagi tug'ma

nuqsonlar, 1 va 2 trimestrdagi ultratovush ma'lumotlariga ko'ra anormalliklar, PAPP-A o'zgarishi, 16-24 yoshdagi ayollar.

#### Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Абдурахманова В. Р. Пренатальный биохимический скрининг в диагностике хромосомных синдромов и врожденных пороков развития плода: научное издание / В. Р. Абдурахманова, М. К. Шарипова // Национальная модель охраны здоровья матери и ребенка в Узбекистане: "Здоровая мать - здоровый ребенок": сб. тезисов / Международный симпозиум.-Т.: ИПТД "Узбекистан", 2011. - 160с. - Ташкент, 2011. - С. 13
2. Волков А.Е. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии.- Ростов-на-Дону. - 2004.- С. 8- 15. Каттаходжаева М.Х., Рахманова Н.Х., Методы выбора контрацепции у женщин группы риска.- Узбекистан. - 2018.- С.96- 100.
3. Вахарловский, В.Г. Анализ результатов мультицентрового исследования состояния пренатальной диагностики в некоторых регионах Российской Федерации / В.Г. Вахарловский [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней.- 2007.- LVI, 1.- С. 4655.
4. Гайбуллаева Д.Ф., Каттаходжаева М.Х. // Значение гипергомоцистеинемии при невынашивании беременности./ 75 международная конференция молодых ученых. Москва, 2021, стр. 34-37
5. Ikhtiyarova G.A., Kudratova D.Sh. Optimization of prenatal screening for diagnostics of intrauterine anomalies of fetal development // Journal of ethics and diversity in international communication 2022 Issue 8, Pg 44-49
6. Ихтиярова Г.А., Шодиев Б.В., Э. Озкая. Micronutrient diet as a basic prevention of pathology in women with habitual miscarriages. // Журнал теоретической и клинической медицины С. 91-93 // Октябрь 2019 №5.2019
7. Каттаходжаева М.Х., Умаров З.М., Сафаров А.Т., Сулейманова Н.Ж. К вопросу о тактике ведения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 2020, № 3-4, С.4
8. Каттаходжаева М.Х., Гайбуллаева Д.Ф. Клинико-биохимические аспекты гипергомоцистеинемии при преэклампсии // Назарий ва Клиник тиббиёт журнали; 2019, №5, стр. 35-37
9. М.Х. Каттаходжаева, Амонова З.Д., Умаров З.М., Сафаров А.Т., Сулейманова Н. Современный взгляд на роль генитальной папилломавирусной инфекции в развитие предраковых заболеваний и рака шейки матки, пути их профилактики // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 2021, №1-2, С.38-42
10. Кудратова Д.Ш., Ихтиярова Г.А., Давлатов С.С. Medical and social problems of the development of congenital malformations during a pandemic-2020 С 756-76
11. Кудратова Д.Ш., Ихтиярова Г.А.-Проблемы биологии и медицины 2021 №1.1(126) Сборник материалов, 424 стр.
12. Кудратова Д.Ш. Медико-социальные проблемы развития врожденных пороков в период пандемии // Вестник науки и образования Москва 2020, № 22(100) Часть 3, 57 стр
13. Кудратова Д.Ш., Ихтиярова Г.А., Давлатов С.С. Analysis of risk factors for the development of congenital malformations in the bukhara region // Проблемы биологии и медицины 2020 № 4 (120), 159 стр.
14. Муратова Н.Д., Абдурахманова С.И., Эшонходжаева Д.Д. Допплерометрия в диагностике типа миомы матки сочетанной с аденомиозом. // Международный съезд акушеров-гинекологов. Ташкент, 2017 С.96
15. Kudratova D.Sh. Common risk factors for intranutore anomalies of fetus development // International journal of innovative analyses and emerging technology 2022 Issue 8, Pg 25-30



УДК 611/616.-053.2

**Raximova Durdona Juraqulovna**  
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti  
Samarqand, O'zbekiston  
**Shayxova Guli Islamovna**  
Professor, t.f.d.  
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi  
Toshkent, O'zbekiston

### 7-17 YOSHLI MAKTAB O'QUVCHILARINING JISMONIY RIVOJLANISHINI BAHOLASH

**For citation:** Raximova Durdona Juraqulovna, Shayxova Guli Islamovna, Assessment of physical development of 7-17-year-old school students, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.72-76

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7421029>

#### ANNOTATSIYA

Bolalar va o'smirlarning salomatlik holatini o'rganish jismoniy rivojlanishni majburiy baholashni o'z ichiga oladi, chunki jismoniy rivojlanish ham ichki omillarning, ham ekzogen gigienik va ijtimoiy muhit omillarining organizmga ta'sirini aniq aks ettiradi. Haqiqiy ovqatlanishning jismoniy rivojlanish ko'rsatkichlariga ta'siri o'rtasidagi bog'liqlik shuni ko'rsatadiki, asosiy oziq moddalar, makro va mikroelementlarning yosh me'yoriga nisbatan yetarli darajada iste'mol qilinmasligi tana uzunligi va vazn ko'rsatkichlarida o'z aksini topadi. Ko'plab adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, har yili ortiqcha tana vazni va vazn yetishmovchiligi hisobiga jismoniy rivojlanishning disgarmonik variantlari bor bo'lgan bolalar soni o'sib bormoqda.

**Kalit so'zlar:** maktab o'quvchilari, jismoniy rivojlanish, makro va mikronutrientlar

**Рахимова Дурдона Джуракуловна**  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан  
**Шайхова Гули Исламовна**  
Доктор медицинских наук  
профессор  
Ташкентской медицинской академии  
Ташкент, Узбекистан

### ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ 7-17 ЛЕТ

#### АННОТАЦИЯ

Изучение состояния здоровья детей и подростков включает обязательную оценку физического развития, так как физическое развитие наглядно отражает влияние, как внутренних факторов, так и экзогенных гигиенических и социальных факторов окружающей среды на организм. Взаимосвязь влияния фактического питания на показатели физического развития показывает, что недостаточное потребление основных нутриентов, макро- и микронутриентов по отношению к возрастной норме отражается на показателях длины и массы тела. По данным литературы, ежегодно растет количество детей с дисгармоничными вариантами физического развития, как за счет избытка массы тела, так и за счет недостатка.

**Ключевые слова:** школьники, физическое развитие, макро и микронутриенты.

**Raximova Durdona Juraqulovna**  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan  
**Shayxova Guli Islamovna**  
Doctor of Medical Sciences  
Professor  
Tashkent Medical Academy  
Tashkent, Uzbekistan

### ASSESSMENT OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF 7-17-YEAR-OLD SCHOOL STUDENTS

**ABSTRACT**

Studying the health status of children and adolescents includes a mandatory assessment of physical development, because physical development clearly reflects the influence of both internal factors and exogenous hygienic and social environmental factors on the body. The relationship between the effect of actual nutrition on physical development indicators shows that insufficient intake of basic nutrients, macro- and micronutrients relative to age norms is reflected in body length and weight indicators. According to many literature data, every year the number of children with disharmonious variants of physical development due to excess body weight and underweight is growing.

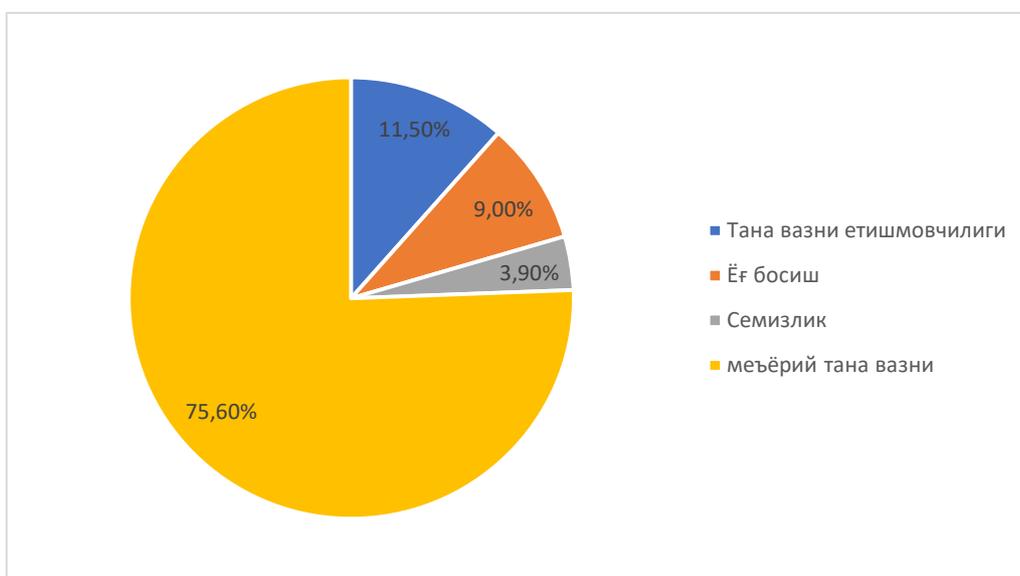
**Key words:** schoolchildren, physical development, macro and micronutrients.

**Dolzarbliigi:** Jismoniy rivojlanish ko'rsatkichlari kasalliklarning rivojlanish xavfini aniqlashga, chuqurlashtirilgan tekshirish uchun ko'rsatmalar masalasini o'z vaqtida hal qilishga imkon beradi. [5, 6, 8, 9, 10, 30]. So'nggi yillarda jismoniy rivojlanish kechikishi, oldinlab ketishi va nomutanosib jismoniy rivojlanishi bo'lgan bolalar sonining ko'payishi kuzatilmoqda. Ilmiy adabiyotlarda akseleratsiya jarayonlarining detseliratsiya bilan almashinuvi bo'yicha ko'plab ilmiy mavzular paydo bo'lmoqda [16, 20, 21]. Ko'p yillar davomida jismoniy rivojlanishni o'rganishda qo'llaniladigan usullar masalasi munozaraligicha qolmoqda [13, 17, 23].

**Materiallar va metodlar:** Keng qo'llaniladigan asosiy usullar orasida tana uzunligi bo'yicha mintaqaviy o'zgartirilgan tana vaznining regressiya shkalalari, sentil jadvallari, guruhlararo baholash jadvallari, kompleks sxema, indeks usuli ko'p qo'llanadi [11, 24]. Maktab

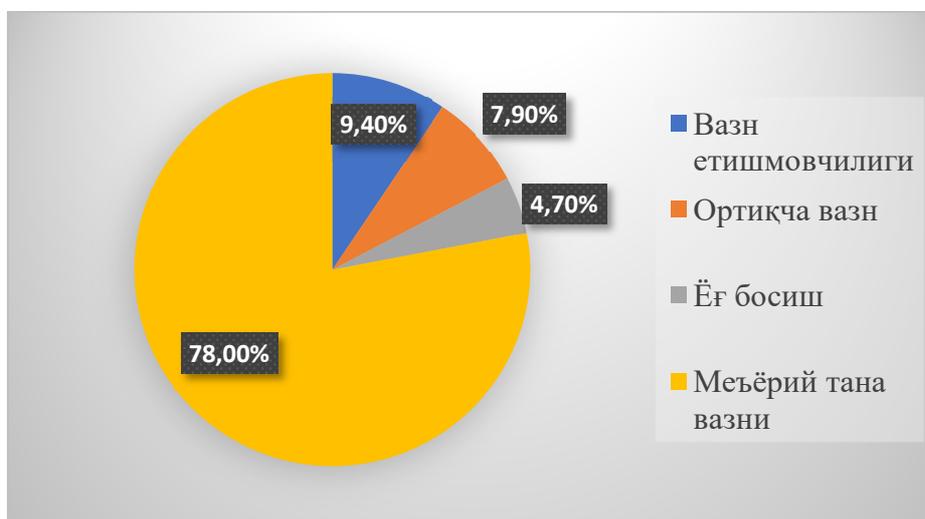
o'quvchilarining jismoniy rivojlanish darajasini baholash Samarqand viloyatidagi bolalar va o'smirlarning jismoniy rivojlanishi ko'rsatkichlarining tana uzunligi bo'yicha ishlab chiqilgan mintaqaviy o'zgartirilgan tana vazni regressiya shkalalari va hududiy sentil qiymatlari yordamida amalga oshirildi. Oziqlanish holatining buzilishini somatometrik ko'rsatkichlar bo'yicha baholash uchun tana massasi indeksini (TMI) aniqlash eng informativ hisoblanadi. Buning uchun tanadagi yog'larning umumiy miqdori bilan yuqori korrelyatsiyaga ega bo'lgan TMI indeksini ko'rsatuvchi yosh-jins sentil shkalasi qo'llanildi.

**Natijalar:** 7-10 yoshli maktab o'quvchilari orasida tana vaznining yetishmovchiligi 11,5±2,5%, normal tana vazni 75,6±1,7%, ortiqcha vazn 9,0±1,1% va 3,9±0,6% o'smirlarda semirish kuzatilgan (1-rasm).

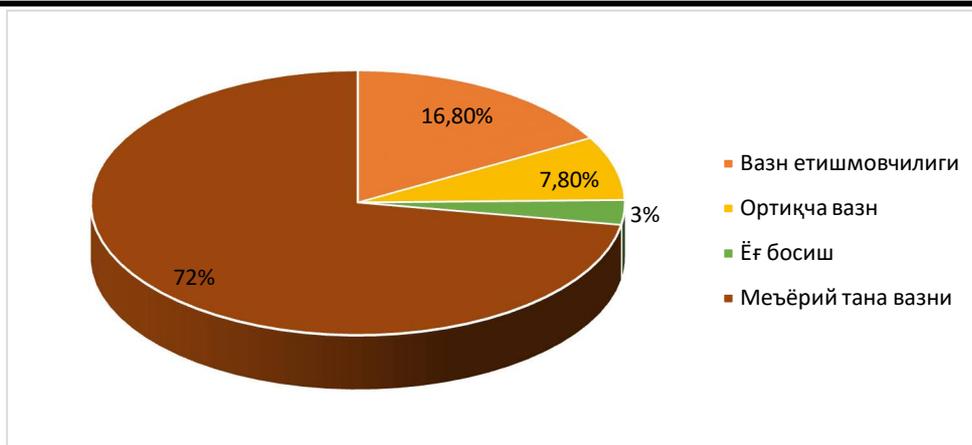


1-rasm. Tana massasi indeksini baholash natijalari bo'yicha 7-10 yoshli maktab o'quvchilarining ovqatlanish holati

Me'yoriy tana vazniga ega bo'lgan 11-13 yoshdagi maktab o'quvchilari 78,0±0,3%, vazn yetishmovchiligi 9,4±1,2%, ortiqcha vazni 7,9±0,4% bolalarda va o'smirlarning 4,7±0,3% semizlik holati kuzatildi (2-rasm).



2-rasm Tana massasi indeksini baholash natijalari bo'yicha 11-13 yoshli maktab o'quvchilarining ovqatlanish holati



3-rasm Tana massasi indeksini baholash natijalari bo'yicha 14-17 yoshli maktab o'quvchilarining ovqatlanish holati

14-17 yoshdagi maktab o'quvchilarining 72,0±1,2% da me'yoriy tana vazn, 16,8±2,1% da vazn yetishmovchiligi, 7,8±0,4% ortiqcha vazni va 3,4±0,3% semirish aniqlandi(3-rasm).

Jinsga qarab ovqatlanish holati buzilishining tarqalishini o'rganishda 7-10 yoshli qizlarning 10,0±0,2% va o'g'il bolalarning 12,7±0,1% da, 11-13 yoshli qizlarning - 11,6±1,4%, o'g'il bolalarning 7,1±0,2%, 14-17 yoshli qizlarning 19,3±0,1% va o'g'il bolalarning 14,6±1,4% da vazn yetishmovchiligi aniqlandi. Vazn yetishmovchiligi 11-13 yosh va 14-17 yoshdagi qizlarda o'g'il bolalarga qaraganda ancha keng tarqalganligi aniqlandi (p=0,01).

Ortiqcha vazn 7-10 yoshli qizlarning 6,9±0,3% va o'g'il bolalarning 10,9±0,2%, 11-13 yoshli qizlarning 5,8±0,6% va o'g'il bolalarning 9,7±1,0% qayd etildi. 14-17 yoshdagi maktab o'quvchilari orasida ortiqcha vazn qizlarning 5,3±0,5% va o'g'il bolalarning 9,7±1,1% ni tashkil qiladi.

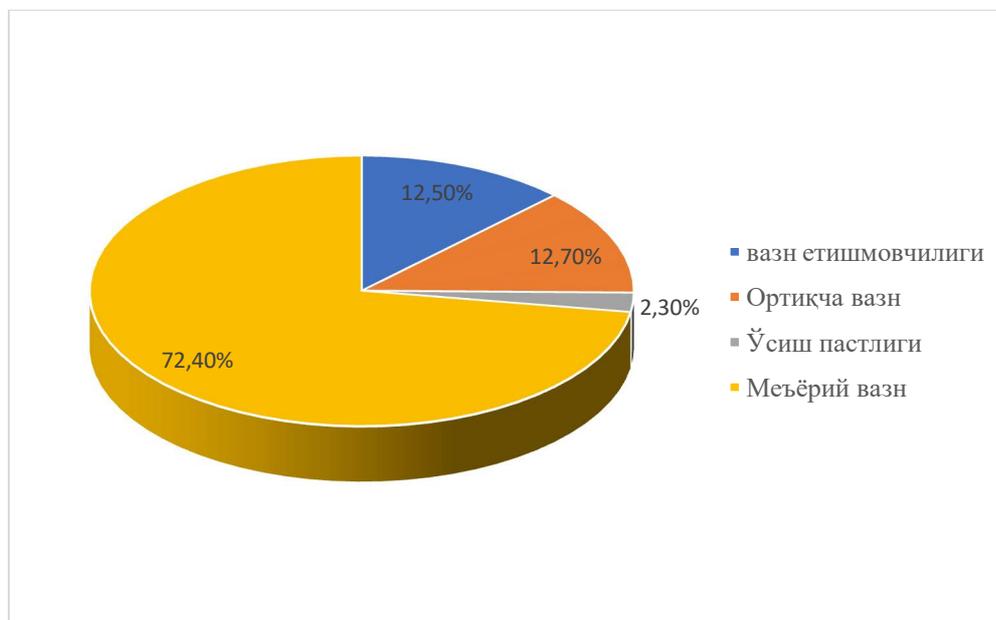
7-10 yoshli qizlarda 1,9%, 11-13 yoshli qizlarda 4,0%, 14-17 yoshli qizlarda 2,9% hollarda semizlik aniqlandi. O'g'il bolalarda semirish ko'proq uchraydi va 7-10 yoshda - 5,8% hollarda, 11-13 yoshda - 5,1%, 14-17 yoshda - 3,9% hollarda. Barcha yoshdagi o'g'il bolalarda ortiqcha

vazn va semizlik tarqalishi qizlamikiga qaraganda yuqori ekanligi aniqlandi (p = 0,012).

7-10 yoshli qizlarda 84,5±2,3%, 11-13 yoshda - 78,6±1,2%, 14-17 yoshda - 72,5±2,1% normal tana vazni aniqlandi. 7-10 yoshli o'g'il bolalarda 73,5±1,6%, 11-13 yoshlilar - 78,1±2,4%, 14-17 yoshlilar - 71,8±0,8% hollarda normal tana vazni qayd etildi.

**Muhokama:** 7-17 yoshli maktab o'quvchilarining jinsga qarab ovqatlanish holatini baholash natijalariga ko'ra, to'g'ri ovqatlanmaslik ko'rsatkichlari o'g'il bolalarda ortiqcha tana vazni tufayli, qizlarda esa vazn yetishmovchiligi tufayli ko'proq uchraydi, degan xulosaga kelish mumkin.

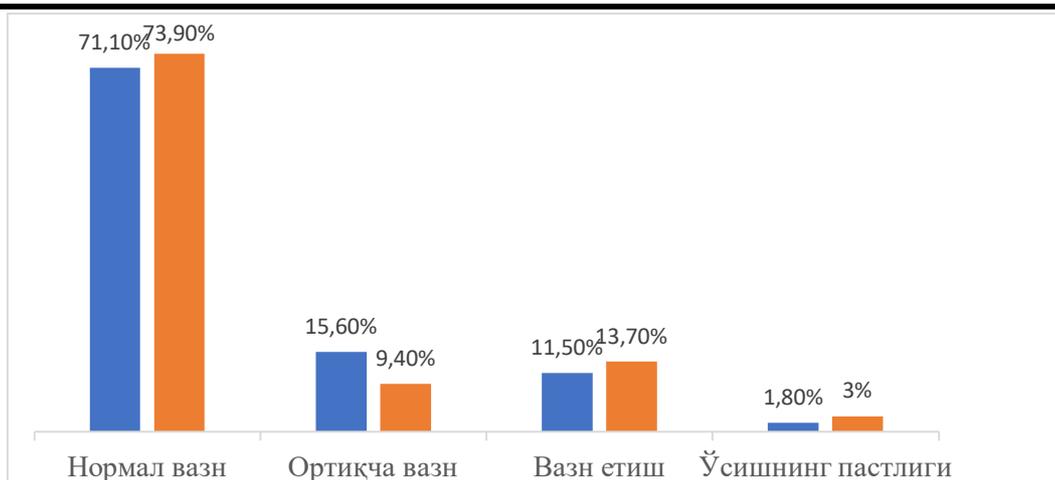
Samarqand viloyatining maktab yoshidagi bolalari uchun somatometrik ko'rsatkichlarni baholash regressiya shkalasi usulida ishlab chiqilgan baholash jadvallari yordamida ikkita antropometrik xususiyat: tana uzunligi va vazni o'rtasidagi bog'liqlikni hisobga olgan holda amalga oshirildi. Me'yoriy tana vazniga ega bo'lgan maktab o'quvchilarining umumiy namunadagi (7-17 yosh) ulushi 72,4±1,2% ni tashkil etdi. Tana vazni tanqisligi maktab o'quvchilarining 12,5±1,4%da, ortiqcha tana vazni 12,7±0,9%da, o'sishning pastligi 2,3±0,1%da aniqlandi (4-rasm).



4-rasm 7-17 yoshli maktab o'quvchilarining somatometrik ko'rsatkichlarini regressiya shkalasi usulida baholash natijalari

Barcha namunadagi (7-17 yosh) normal tana vazniga ega bo'lgan qizlarning ulushi 73,9±2,1%, vazn yetishmovchiligi - 13,7±1,1%, ortiqcha vazn - 9,4±0,6%, o'sish pastligi - 3,0±0,3% holatda aniqlandi.

O'g'il bolalarda (7-17 yosh) normal tana vazni 71,1±0,1%, vazn yetishmovchiligi 11,5±1,3%, ortiqcha vazn 15,6±0,3%, o'sishning pastligi 1,8±0,1% hollarda aniqlandi (5-rasm).



**5-rasm - 7-17 yoshli qizlar va oʻgʻil bolalarning somatometrik koʻrsatkichlarini regressiya shkalasi usulida baholash natijalari (koʻkrang oʻgʻil bolalar, jigarrang qiz bolalar).**

Kuzatuvlar natijasiga koʻra, vazn yetishmovchiligi boʻlgan qizlar barcha yosh guruhlarida oʻgʻil bolalarga qaraganda koʻproq ekanligi maʼlum boʻldi. Barcha yosh guruhlarida oʻgʻil bolalarda ortiqcha vaznli qizlarga qaraganda koʻproq ekanligi aniqlandi.

Yosh meʼyorlariga nisbatan past boʻyli maktab oʻquvchilari oʻgʻil bolalar orasida 1,8% va qizlar orasida 3,0%, maktab oʻquvchilarining barchasida oʻsishning yoʻqoriligi 6,3% ni tashkil etdi. Maktab oʻquvchilarini jismoniy rivojlanish guruhlariga (JR) ularning gormoniklik darajasiga qarab taqsimlashda, oʻrtacha 47,2% bolalarda gormonik jismoniy rivojlanishi aniqlandi.

Samarqand viloyati Nurobod tumanida yashovchi maktab oʻquvchilari va Samarqand shahridagi maktab oʻquvchilarining

jismoniy rivojlanish darajasini dinamikada qiyosiy baholash (2017-2022 yillar) oʻtkazilayotgan ijtimoiy-gigienik, profilaktika choratadbirlari maktab oʻquvchilarining jismoniy rivojlanishi koʻrsatkichlarda oʻz aksini topganini koʻrsatdi.

Shunday qilib, normal jismoniy rivojlanishi boʻlgan bolalar va oʻsmirlar ulushi 68-70% dan 73% gacha oʻsdi, vazn yetishmovchiligiga ega boʻlgan bolalar ulushi 23% dan 13% gacha kamaydi, ammo bu hali ham mamlakatdagi oʻrtacha koʻrsatkichdan yuqori. Biroq, ortiqcha vaznli bolalarning sezilarli darajada tarqalishi jiddiy muammo boʻlib qolmoqda. Soʻnggi yillarda ortiqcha vaznli maktab oʻquvchilari soni 8-9% dan 9-15% koʻpaydi (1-jadval).

**1-jadval**

**Samarqand shahri va Nurobod tumanidagi maktab oʻquvchilarining jismoniy rivojlanish bosqichlari boʻyicha taqsimlanishi (2017-2021-yillar)**

Jismoniy rivojlanish toifalari	Maktab oʻquvchilarini jismoniy rivojlanish boʻyicha toifalari		
	Samarqand shahri	Nurobod tumani	
		2017 g.	2021 g.
Normal	68-70	68-69	71-73
Ortiqcha vazn	7-15	8-9	9-15
Vazn yetishmovchiligi	5-10	21-23	11-13
Boʻy oʻsishining pastligi	2-3	3-4	2-3
Oʻsishning yoʻqoriligi	5-7	4-9	5-7

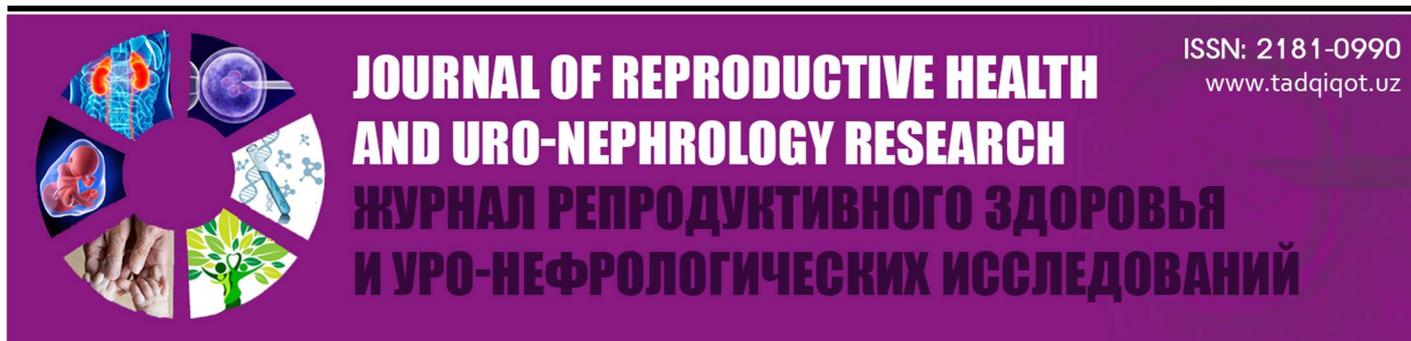
Ortiqcha vazn va vazn yetishmovchiligi tufayli rivojlanishida nomutanosiblik boʻlgan maktab oʻquvchilarining aniqlangan katta foizi ovqatlanishning noratsionalligi bilan bogʻliqligi haqida taxmin qilishimizga imkon beradi, chunki bolaning tana vazni asosan ovqatlanish tartibining va oziq-ovqatning miqdoriy va sifatii tarkibi bilan belgilanadi.

**Xulosa:** Mintaqaviy standartlardan foydalanish mintaqadagi bolalarning jismoniy rivojlanishini baholashda qoʻllashga yagona yondashuvlarni taʼminlash imkonini beradi. Bolalar sogʻligʻini shakllantirish jarayonlarini boshqarish muammosi mintaqaviy xususiyatlarni hisobga olgan holda va sogʻligʻini saqlashga qaratilgan amalga oshirilayotgan profilaktika choralarini kamaytirishga yordam beradigan sabab-taʼsir munosabatlarini aniqlagan holda kompleks hal qilinishi kerak [15, 18, 19].

**Foydalanilgan adabiyotlar roʻyxati:**

1. Аладышева, Н.С. Актуальные проблемы питания и здоровья детей дошкольного возраста материалы международного конгресса (Москва, 13/15 декабря, 2013). – М., 2013. – С. 6.
2. Александров, А.А. Особенности пищевого поведения детей и подростков крупных городов (на примере школьников Москвы и Мурманска) / Вопросы питания. 2014. Т. 83. № 4. С. 6774.

3. Баранов, А.А. Значение здоровья детей в формировании их гармоничного развития / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт // Гигиена и санитария. 2015. № 6. С. 5862.
4. Батурин, А.К. Программирование питанием: питание детей старше года / А.К. Батурин, Э.Э. Кешабянц, А.М. Сафронова, О.К. Нетребенко // Педиатрия. – 2013. – Т. 92. № 2. – С. 100106.
5. Березин, И.И. Региональные аспекты гигиенической оценки физического развития детей и подростков на примере г.о. Новокуйбышевск / И.И. Березин,
6. О.В. Сазонова, М.Ю. Гаврюшин // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. Т. 17. № 2 (2). – С. 419421.
7. Вильмс, Е. А. Микроэлементозы у детского населения мегаполиса: эпидемиологическая характеристика и возможности профилактики / Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2011. – Т. 90. № 1. – С. 96101.
8. Влияние отдельных факторов на состояние здоровья школьников / А.Т. Зулькарнаева, Е.А. Поварго, Т.Р. Зулькарнаев, Л.Б. Овсянникова, А.И. Агафонов // Здоровье населения и среда обитания. 2012. №8 (233). С. 2931.
9. Гаврюшин, М.Ю. Антропометрические особенности физического развития школьников современного мегаполиса / М.Ю. Гаврюшин, И.И. Березин, О.В Сазонова // Казанский медицинский журнал. 2016. Т. 97. № 4. С. 629633.
10. Гаврюшин, М.Ю. Современное состояние физического развития школьников Пензенского региона / М.Ю. Гаврюшин // Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. Т. 19 № 6. – С. 9497.
11. Грицинская, В.Л. Региональные и этнические особенности питания и их влияние на физическое развитие дошкольников / В.Л. Грицинская, Н.Ю. Салчак, Т.В. Корниенко // Педиатрия. – 2012. – Т. 91. № 6. – С. 108110.
12. Зулькарнаева А.Т., Гигиеническая оценка фактического питания школьников и эффективности региональных мероприятий по совершенствованию организации питания в общеобразовательных учреждениях (на примере г. Уфа): автореф. дис. канд. мед.наук. Оренбург, 2013.
13. Каверин, А.В. Влияние факторов среды на физическое развитие и здоровье населения / А.В. Каверин, А.А. Щанкин, Г.И. Щанкина // Вестник Мордовского университета. – 2015. –Т. 25. № 2. – С. 8797.
14. Клещина, Ю.В. Особенности формирования нарушений питания у детей / Ю.В. Клещина, Ю.Ю. Елисеев, Н.Н. Павлов // Здоровье населения и среда обитания. – 2012. – № 8. – С.2022.
15. Кучма В. Р. Международный опыт организaции школьного питания / В. Р. Кучма, Ж. Ю. Горелова // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т. 7. – № 2. – С. 1421.



УДК 618.-531

**Zakirova Nodira Islamovna**  
 Doctor of Medical Sciences, Professor  
 Samarkand State Medical University  
 Samarkand, Uzbekistan

**Zakirova Fotima Islamovna**  
 Candidate of Medical Sciences, Associate Professor  
 Samarkand State Medical University  
 Samarkand, Uzbekistan

**Abdullaeva Nigora Erkinovna**  
 Resident of the Master's  
 Samarkand State Medical University  
 Samarkand, Uzbekistan

#### FEATURES OF PREGNANCY MANAGEMENT AND BIRTH OUTCOMES IN WOMEN WITH FETAL MACROSOMIA WITH ACTIVE AND EXPECTANT TACTICS

**For citation:** Zakirova Nodira Islamovna, Zakirova Fotima Islamovna, Abdullaeva Nigora Erkinovna, Features of pregnancy management and birth outcomes in women with fetal macrosomia with active and expectant tactics, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.77-79

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7421722>

#### ABSTRACT

Currently, there is no generally accepted term for macrosomia, and therefore a child born weighing more than 4000 g, regardless of the gestational age, taking into account the child. The frequency of birth turns out to be a fetus, according to the literature, it ranges from 5-20%. Depending on the parity of childbirth, all women in labor (n=200) were divided into the following groups: group I included 78 women in labor, active management of labor was included, in group II - 122 women in labor with expectant management.

**Key words:** obstetrics, macrosomia, large fetus, obesity, pregnancy and macrosomia.

**Закирова Нодира Исламовна**  
 Доктор медицинских наук, профессор  
 Самаркандский Государственный Медицинский Университет  
 Самарканд, Узбекистан

**Закирова Фотима Исламовна**  
 Кандидат медицинских наук, доцент  
 Самаркандский Государственный Медицинский Университет  
 Самарканд, Узбекистан

**Абдуллаева Нигора Эркиновна**  
 Резидент магистратуры  
 Самаркандский Государственный Медицинский Университет  
 Самарканд, Узбекистан

#### ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН С МАКРОСОМИЕЙ ПРИ АКТИВНОЙ И ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ

#### АННОТАЦИЯ

В настоящее время не существует общепринятого термина макросомии, в связи с чем ребенок, рожденный с массой более 4000 г, вне зависимости от срока беременности, считается крупным ребенком. Частота рождения крупным плодом, по данным литературы колеблется в пределах 5-20%. В зависимости от паритета родов все роженицы (n=200) были разделены на следующие группы: в I группу вошли 78 рожениц, которым была применена активная тактика ведения родов, во II группу - 122 роженицы с выжидательной тактикой.

**Ключевые слова:** акушерство, макросомия, крупный плод, ожирение, беременность и макросомия

**Zokirova Nodira Islomovna**  
 Tibbiyot fanlari doktori, professor  
 Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
 Samarqand, Uzbekistan  
**Zakirova Fotima Islomovna**  
 Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent  
 Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
 Samarqand, Uzbekistan  
**Abdullaeva Nigora Erkinovna**  
 magistratura rezidenti  
 Samarqand, Uzbekistan

**FAOLI VA KUTILGAN BOSHQARUV BO‘LGAN MAKROSOMIY AYOLLARDA HOMILALIYLIKNI BOSHQARISH XUSUSIYATLARI VA TUG‘ILISH NATIJASI**

**ANNOTATSIYA**

Hozirgi vaqtda makrosomiya uchun umumiy qabul qilingan atama yo‘q va shuning uchun bolani hisobga olgan holda homiladorlik yoshidan qat‘i nazar, 4000 g dan ortiq vaznda tug‘ilgan bola. Tug‘ilish chastotasi homila bo‘lib chiqadi, adabiyotga ko‘ra, u 5-20% gacha. Tug‘ilish paritetiga qarab, barcha tug‘ruqdagi ayollar (n=200) quyidagi guruhlariga bo‘lingan: I guruhga 78 nafar tug‘ruqdagi ayollar, faol mehnatni boshqarish, II guruhga - 122 nafar tug‘ruq davridagi ayollar.

**Kalit so‘zlar:** akusherlik, makrosomiya, katta homila, semizlik, homiladorlik va makrosomiya.

**Relevance:** Currently, there is no generally accepted term for macrosomia, and therefore a child born weighing more than 4000 g, regardless of the gestational age, is considered a large child[6]. The frequency of birth with a large fetus, according to the literature, ranges from 5-20% [3]. Large children are more often born in multiparous, multiparous and age-related primiparous women [1] Literature data indicate that nutritional factors, excessive weight gain during pregnancy, pathology, etc. play a huge role in the development of fetal macrosomia.[2,5] Macrosomia is associated with adverse outcomes during pregnancy both for the mother and for child, as there is a generally accepted association between fetal macrosomia and long-term consequences for the newborn, including obesity, diabetes, heart disease, etc.

High rates of asphyxia, birth trauma during childbirth with a large fetus through the natural birth canal are of great medical and social importance, which, of course, determines the relevance of the topic and the purpose of the study.

**Purpose of the study:** to study the features of the course of pregnancy and outcomes in women with obesity and fetal macrosomia.

**Material and research methods:** Depending on the parity of childbirth, all women in labor (n=200) were divided into the following groups: group I included 78 women in labor who underwent active labor management, group II included 122 women in labor with expectant management. Inclusion criteria in group I were: women aged 18-45 years, with cephalic presentation of the fetus, gestational age 39.0 - 39.6 weeks, in which, due to the alleged fetal macrosomia and the unpreparedness of the soft birth canal for childbirth, the cervix was

prepared to childbirth. The exclusion criteria were: a scar on the uterus, premature rupture of amniotic fluid, diabetes mellitus of any type, fetal malformations.

Group II (expectant management) - women aged 18-45 years, cephalic presentation of the fetus and 40.0 - 41.6 weeks of pregnancy, who developed spontaneous labor activity.

Fetal macrosomia was diagnosed in all patients using an ultrasound scanner and obstetric research methods.

The Bishop scale was used to assess the condition of the cervix in all patients.

To study the relationship between maternal obesity and fetal macrosomia, the examined women were divided into the following groups: control group (non-obese women, BMI 25.0-29.9 kg/m<sup>2</sup>), underweight women (<18.5 kg/m<sup>2</sup>), normal weight (18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup>) and overweight (25.0-29.9 kg/m<sup>2</sup>). Comparisons were then made for each class separately for both mother and fetus.

An accounting card was developed, including data: mother's history, parity of childbirth, methods of delivery, complications of previous births and the postpartum period, weight of the newborn, anthropometric data, assessment of the state and perinatal outcome of the newborn, etc. Statistical data processing was carried out using Microsoft Excel.

**Results of the study and their discussion:** Most of the women were overweight and of varying degrees of obesity. Features of the distribution of pregnant women by body weight are presented in Table 1.

**Table 1**

**Distribution of the degree of obesity by groups**

Degree of obesity	Total n=200	Group I n=78	Group II n=122
Underweight	-	-	-
Normal weight	30(15%)	12( 15,38%)	18 (14,75%)
Overweight	88 (44%)	45 (57,7%)	43 (35,2%)
I degree of obesity	50 (25%)	14 (17,95%)	36 (29,5%)
II degree of obesity	18 (9%)	13 (16,67%)	5 (4%)
III degree of obesity	14 (7%)	9 (11,5%)	5 (4%)

Immature cervix was diagnosed at 39.0-39.6 weeks of pregnancy in 62/78 (79.5%) patients of the 1st group, at 40.0-41.6 weeks of pregnancy - in 100/122 (82%) patients 2nd group. An insufficiently

mature cervix was diagnosed at 39.0-39.6 weeks of pregnancy in 16/78 (20.5%) patients of the 1st group, at 40.0-41.6 weeks of pregnancy - in 22/122 (18% ) patients of the 2nd group (Table 2).

**Table 2**

**Evaluation of the degree of maturity of the cervix for childbirth according to the Bishop scale**

The state of maturity of the birth canal according to the Bishop scale	Group I (n=78)	Group II (n=122)
Immature cervix	62(79,5%)	100(82%)

ature cervix	16(20,5%)	22(18%)	however, the need for instrumental revision of the uterine cavity was observed in 12.9% of puerperas.
--------------	-----------	---------	---

With fetal macrosomia, there is a high frequency of birth injuries to the fetus and mother, which is due to the significant size of the fetal head, and therefore the birth proceeded with some difficulties. The presence of complications of pregnancy and childbirth in women with obesity and macrosomia was an indication for abdominal delivery. Obstetric injuries of the soft tissues of the birth canal during childbirth with a large fetus significantly exceeded during childbirth with normal weight fetuses. The frequency of injuries during childbirth with a large fetus significantly exceeded that of small ones: perineal ruptures occur in 1.7-4.9%, cervical ruptures - 0.7-4.7% of cases. The volume of blood loss during childbirth with fetal macrosomia is 325.47 ± 148.69 ml, with an average fetal weight - 227.47 ± 165.63 ml.

In the postpartum period with macrosomia, subinvolution of the uterus was observed in 10.6% of puerperas, postpartum endometritis - 1.2%, postpartum ulcer, hematometer was diagnosed in 16.0% of cases,

The study of the frequency of somatic diseases and complications of pregnancy showed that among the complications of pregnancy, premature rupture of amniotic fluid and a long anhydrous period (more than 12) were more common with active tactics compared with expectant management. After 41 weeks of pregnancy in women with obesity and macrosomia, oligohydramnios was more often diagnosed, and the frequency of chronic fetal hypoxia, which was reflected in meconium staining of amniotic fluid, increased.[4]

With active and expectant tactics, pre-induction of labor was performed in women in the presence of unpreparedness of the soft birth canal for childbirth.

The average weight and height of newborns with active and expectant management of labor are presented in Table 3.

Table 3

Mean body weight and height of newborns

Index	Group I (n=78)	Group II (n=122)
Average body weight, g	4266,0	4099,0
Average height, cm	55,4	53,9

Male newborns with macrosomia were 25% more common than female ones. The ratio between male and female fetuses was 62% and 38%, respectively. The presence of a male fetus increases the risk of macrosomia by 3-3.5 times.

Comparative analysis of methods of delivery in primiparas with active tactics showed the frequency of complications in childbirth (disproportion of the head to the mother's pelvis, acute fetal hypoxia, unsatisfactory progress of childbirth), which served as an indication for caesarean section. Premature discharge of amniotic fluid and the duration of the anhydrous period require the appointment of antibiotic prophylaxis.

Expectant management in macrosomia at 41.0-41.6 weeks reduces the frequency of caesarean section without contributing to an increase in the frequency of thankless maternal and perinatal complications.

The results of this study support our hypothesis that pregnancies with macrosomia have more adverse maternal and fetal outcomes if the

mother is obese. Birth weight  $\geq 4000$  g occurs in 12% of all births and 18% of pregnancies in obese women. Pregnancy in obese women resulting in a macrosomal fetus is more likely to be complicated by gestational diabetes, gestational hypertension than pregnancy in non-obese women. Such mothers are more likely to undergo caesarean section. Although the most striking reason for operative delivery was maternal indications.

**Conclusions:** Obesity leads to an increase in adverse pregnancy outcomes in women with macrosomia: delivery by caesarean section (especially for maternal indications) and the need for neonatal resuscitation. Obese women should be made aware early in pregnancy of possible macrosomia (18% in our study) and that these mothers and children are more likely to require intervention. Women with obesity are recommended a healthy lifestyle, a nutritious diet with appropriate calories.

## References:

1. Аязбеков А.К., Нурхасимова Р.Г., Курманова А.М., Аязбекова А.Б., Дуйсебаева Э.Е., Амангелди А.А./Макросомия плода: Акушерские и перинатальные исходы// Вестник Казнму – 2022- № 1- С. 37-42
2. Закирова Н.И., Закирова Ф.И.// Репродуктивное здоровье женщин Самаркандской области// Проблемы биологии и медицины- 2021- №1.1(126) с. 101-103
3. Мудров В.А., Мочалова М.Н., Пономарева Ю.Н., Мудров А.А. /Возможности диагностики макросомии плода на современном этапе// Журнал акушерства и женских болезней – 2016- № 5 С. 75-81
4. Мильникова Ю.В., Протопопова Н.В. /Крупный плод. Современная тактика ведения беременности и родов// Вестник Бурятского Госуниверситета – 2009- № 12- С. 174-178
5. Эшкабилов Т.Ж., Абдуллаев Б.С., Закирова Н.И., Элтазарова Г.Ш., Атакулов Б.М., Жуманов З.Э. Анализ перинатальной смертности в о самаркандской области республики Узбекистан // Журнал Здоровье, демография, экология финно-угорских народов//– 2014- № 3. С.57-58
6. Macrosomia: ACOG Practice Bullentin, Number 216. Obstet. Gynecol. 2022; 135(1): e18-e35

# ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**ТОМ 3, НОМЕР 4**

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

**VOLUME 3, ISSUE 4**

**Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://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](mailto:info@tadqiqot.uz)

Phone: (+998-94) 404-0000

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

ООО Тадqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Тел: (+998-94) 404-0000