

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 4,
ISSUE 2 **2023**

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

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 2
2023

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
Заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического университета

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

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ | MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфонсо де ла Фуэнте Хернандес
(De La Fuente Hernandez Luis Alfonso)
профессор, член Европейского общества репродукции
человека и эмбриологии (Prof. Medical Director of
the Instituto Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain))

Зуфарова Шахноза Алимджановна
Республиканский центр репродуктивного здоровья
населения, директор, д.м.н., профессор -
(Republican Center for Reproductive Health of Population,
Director, Doctor of Medical science, Professor)

Агабьян Лариса Рубеновна
к.м.н., профессор Самаркандского
государственного медицинского университета
Candidate of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Зокирова Нодира Исламовна
д.м.н., профессор, Самаркандского государственного
медицинского университета (Doctor of Medical Sciences,
Professor, Samarkand State Medical University)

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
д.м.н., профессор Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования медицинского
института РУДН, (Россия)
Doctor of Medical Sciences, Professor, of Endoscopic
Urology, Faculty of Continuing Medical Education, Medical
Institute of the Russian Peoples Friendship University, (Russia).

Пахомова Жанна Евгеньевна
д.м.н., профессор Ташкентской медицинской
академии, председатель ассоциации
акушеров-гинекологов Республики Узбекистан
Doctor of Medical Sciences, Professor of the Tashkent
Medical Academy, Chairman of the Association
of Obstetricians and Gynecologists of the Republic of Uzbekistan

Ответственный секретарь:
Махмудова Севара Эркиновна
PhD по медицинским наукам, Самаркандского
государственного медицинского университета
PhD in Medical Sciences, Samarkand State Medical University

Окулов Алексей Борисович
д.м.н., профессор Московского государственного
медико-стоматологического университета (Россия)
Doctor of Medical Sciences, professor Moscow State
University of Medicine and Dentistry (Russia).

Аллазов Салах Алазович
д.м.н., профессор Самаркандского государственного
медицинского университета
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Samarkand State Medical University

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
д.м.н., Самаркандского государственного
медицинского университета
Doctor of Medical Sciences, Samarkand
State Medical University

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
д.м.н., профессор Бухарского медицинского института
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Bukhara Medical Institute

Локшин Вячеслав Нотанович
д.м.н., профессор, член-корр. НАН РК,
президент Казахской ассоциации
репродуктивной медицины (Казахстан)
Doctor of Medical Sciences, Professor,
Corresponding Member of the National Academy
of Sciences of the Republic of Kazakhstan,
President of the Kazakhstan Association
of Reproductive Medicine (Kazakhstan).

Аскеров Арсен Аскерович
д.м.н., профессор Кыргызско-Российского
Славянского университета, президент Кыргызской
ассоциации акушеров-гинекологов и неонатологов
Doctor of Medical Sciences, Professor, Kyrgyz - Russian
Slavic University, President of the Kyrgyz Association
of Obstetricians and Neonatologists

Зокиров Фарход Истамович
PhD по медицинским наукам, Самаркандского
государственного медицинского университета
PhD in Medical Sciences,
Samarkand State Medical University

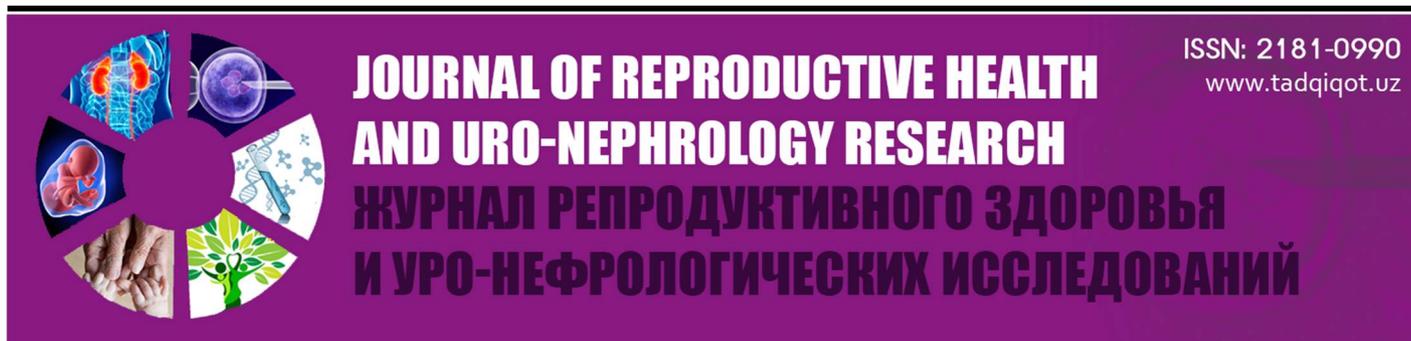
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. **Ашурова Умида Алишеровна, Нажмутдинова Дилбар Камаритдиновна**
РЕГУЛЯЦИЯ СОКРАЩЕНИЯ И РАССЛАБЛЕНИЯ МИОМЕТРИЯ / REGULATION OF MYOMETRIAL CONTRACTION AND RELAXATION / BACHADONNING QISQARISHINI VA BO'SHASHINI BOSHQARISH.....6
2. **Гафаров Рушен Рефатович**
УРЕТЕРОНЕСКОПИЯ ПРИ УРОЛИТИАЗЕ – ОСОБЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ / URETERORENOSCOPY FOR UROLITHIASIS - SPECIAL CLINICAL SCENARIOS / UROLITIAZDA URETERORENOSKOPIYA - MAXSUS KLINIK STSENARIYLAR.....10
3. **Ибрагимов Курбонмурод Ниязович, Ахмедов Юсуфжон Махмудович, Ибрагимов Эхсон Курбонмуродович, Ахмедов Исламжон Юсуфжонович**
ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЬНЫХ С ГИПОСПАДИЕЙ У ДЕТЕЙ / PROBLEM OF TREATMENT OF PATIENTS WITH HYOSPADIAS / BOLALARDA GIOSPADIANING XIRURGIK DAVOLASHDAGI MUAMMOLARI.....14
4. **Шукурова Дилором Баходировна**
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТОМ МВ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА \ EFFECTIVENESS OF TREATMENT WITH MV DIABETON IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES \ QANDLI DIABET 2 TURI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA DIABETON MV BILAN DAVOLASH SAMARASI.....18
5. **Agababayan Larisa Rubenovna, Sharipov Hurshid, Ahmedova Aziza Tairovna**
ARGON PLASMA APPLICATION IN MODERN OBSTETRICIAN-GYNECOLOGIST PRACTICE / АРГОНОВАЯ ПЛАЗМЫ В СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА / AKUSHER-GINEKOLOGNING ZAMONAVIY AMALIYOTIDA ARGON ZARDOBI.....21

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1. **Адылова Мадина Ниязовна, Негмаджанов Баходур Болтаевич, Раббимова Гулнора Тоштемуровна, Шопулатов Эркин Холтодживевич**
ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА ПРИ АПЛАЗИИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА / FEATURES OF CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM IN PATIENTS WITH OVARIAN HYPERANDROGENIA IN UTERINE AND VAGINA APLASIAS/ BACHADON VA QIN APLAZIYALARIDA TUXUMDONLAR GIPERANDROGENIYASI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA KARBONGIDRAT VA LIPIDLAR ALMASHINUVINING XUSUSIYATLARI.....25
2. **Адылова Мадина Ниязовна, Негмаджанов Баходур Болтаевич, Раббимова Гулнора Тоштемуровна, Ганиев Фахриддин Истамкулович**
ОСОБЕННОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА ПРИ АПЛАЗИИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА / PECULIARITIES OF ULTRASONIC DIAGNOSIS OF OVARIAN HYPERANDROGENIA SYNDROME IN UTERINE AND VAGINA APLASIAS \ BACHON VA QIN APLAZIYASIDA TUXUMOLON GIPERANDROGENIY SINDROMI ULTRASONIK TASHNIS QO'YISHNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI.....29
3. **Негмаджанов Баходур Болтаевич, Ахмедов Зариф Шамсиддинович, Раббимова Гулнора Тоштемуровна. Фаттоева Малика Рахмоновна**
ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА АРТИФИЦИАЛЬНОГО ВЛАГАЛИЩА У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ СИГМОИДАЛЬНОГО КОЛЬПОПОЭЗА / THE STATE OF MICROBIOCENOSIS OF THE ARTICULATED VAGINA IN PATIENTS AFTER SIGMOID COLPOPOIESIS / SIGMASIMON KOLPOPOEZDAN KEYIN BEMORLARDA SUN'IY QIN MIKROBIOSENOZINING XUSUSIYATLARI.....33
4. **Тухтаев Фирдавс Мухитдинович, Мавлянов Фарход Шавкатович, Янгиев Бахтиер Ахмедович, Улугмуратов Азим Абриевич, Мавлянов Шавкат Ходжамкулович**
СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПОЛУЧИВШИХ СТАЦИОНАРНУЮ ПОМОЩЬ В ОТДЕЛЕНИИ ХИРУРГИИ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА САМАРКАНДСКОГО ФИЛИАЛА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ / STRUCTURE OF UROGENITAL SYSTEM PATHOLOGY IN CHILDREN TREATED IN THE DEPARTMENT OF PAEDIATRIC SURGERY AND COMBINED TRAUMA OF SAMARKAND BRANCH OF SAMARKAND REPUBLICAN RESEARCH CENTER OF EMERGENCY MEDICINE / RESPUBLIKA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM OLGAN BOLALARDA SIYDIK TIZIMI PATOLOGIYASINING TUZILISHI.....37
5. **Юнусова Зарнигор Максадовна, Шавазни Наргиз Нуралиевна**
БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ PREGNANCY AND PERINATAL COMPLICATIONS IN OBESE WOMEN \ SEMIZLIGI BO'LGAN AYOLLARDA HOMILADORLIKNING VA PERINATAL ASORATLARNING KECISHI.....42
6. **Gapparova Guli Nurmuminovna**
COVID-19 PANDIMIYASI DAVRIDA PIYELONEFRIT BILAN KASALLANGAN BOLALARDA BUYRAK FUNKTSIYASINI VAHOLASH \ ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 \ ASSESSMENT OF RENAL FUNCTION IN CHILDREN WITH PYELONEPHRITIS DURING THE COVID-19 PANDEMIC.....45
7. **Ishkbulova Gulchehra Djonxurozovna, Xolmuradova Zilola Ergasheva**
BOLALARDA SURUNKALI BUYRAK ETMOVCHILIGINING KECISHI, DAVOLASH VA OQIBATLARINI VAHOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI \ СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ТЕЧЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ \ MODERN METHODS OF ASSESSING THE COURSE, TREATMENT AND OUTCOME OF CHRONIC KIDNEY FAILURE IN CHILDREN.....50
8. **Negmadjanov Bahodur Boltaevich, Egamqulov Zayniddin Toshmammedovich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Ochilova Umida Tolibovna**
HOMILADORLARDA VULVOVAGINITLARNI TASHXISLASH VA DA'VOLASH \ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ \ DIAGNOSIS AND CLAIM OF VULVOVAGINITIS IN PREGNANT WOMEN.....54

9. **Negmadjanov Bahodur Boltaevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Jumageldiyeva Yulduz Sheraliyevna**
 QIN VA HOMILADORLARDA JIGARNING O'TKIR YOG'LI GERATOZI VA SURUNKALI VIRUSLI GERATIT B, C O'RTASIDA
 DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKA TAHLILI / АНАЛИЗ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ОСТРЫМ
 ЖИРОВЫМ ГЕПАТОЗОМ ПЕЧЕНИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В, С У БЕРЕМЕННЫХ /
 DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC ANALYSIS BETWEEN ACUTE FATTY LIVER HEPATOSIS AND CHRONIC VIRAL HEPATITIS
 B, C IN PREGNANT WOMEN.....60
10. **Negmadjanov Bahodur Boltaevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Jumayeva Durdona Xayrullayevna**
 KAMSUVLILIKDA KARDIOTOKOGRAFIYA YORDAMIDA HOMILA HOLATINI BAHOLASH \ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ
 ПЛОДА С ПОМОЩЬЮ КАРДИОТОКОГРАФИИ ПРИ МАЛОВОДИИ / ASSESSMENT OF THE STATE OF THE FETUS WITH
 THE HELP OF CARDIOTOCOGRAPHY IN OLIGOHYDRAMNION.....65
11. **Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Abdieva Madina Abdurashid qizi**
 KO'P XOMILALIKDA YULDOSHNING XORIAL TURIGA ASOSLANGAN XOLDA XOMILADORLIK VA TUG'RUQNING
 KECHISH XUSUSIYATLARI \ PECULIARITIES OF THE COURSE OF PREGNANCY AND THE GENERA IN THE DUALS WITH
 DIFFERENT OF PLACENTATION \ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ДВОЙНИ С РАЗЛИЧНЫМ
 ТИПОМ ПЛАЦЕНТАЦИИ.....68
12. **Yuldasheva Dilnavoz Xasanovna**
 CLINICAL AND LABORATORY MARKERS OF PROGRESSION OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE / КЛИНИКО-
 ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ \ JIGAR
 NOALKOGOL YOG' XASTALIGI RIVOJLANISHINI KLINIK-LABORATOR MARKYORLARI.....73



ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW
УДК:616-092.18/076.5+618

Ашурова Умида Алишеровна
соискатель

Ташкентская медицинская академия
Ташкент, Узбекистан

Нажмутдинова Дилбар Камаритдиновна
д.м.н., профессор
Ташкентская медицинская академия
Ташкент, Узбекистан

РЕГУЛЯЦИЯ СОКРАЩЕНИЯ И РАССЛАБЛЕНИЯ МИОМЕТРИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Ashurova Umida Alisherovna, Najmutdinova Dilbar Kamaritdinovna, Regulation of myometrial contraction and relaxation (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2023, vol. 4, issue 2, pp.6-9

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7904469>

Ashurova Umida Alisherovna
Ilmiy izlanuvchi

Toshkent tibbiyot akademiyasi
Toshkent, O'zbekiston

Najmutdinova Dilbar Kamaritdinovna
t.f.d., professor
Toshkent tibbiyot akademiyasi
Toshkent, O'zbekiston

BACHADONNING QISQARISHINI VA BO'SHASHINI BOSHQARISH (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Ashurova Umida Alisherovna
Applicant

Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan

Najmutdinova Dilbar Kamaritdinovna
M.D., Professor
Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan

REGULATION OF MYOMETRIAL CONTRACTION AND RELAXATION (LITERATURE REVIEW)

Послеродовое кровотечение (ПРК) обычно определяется как потеря минимум 500 мл крови в течение 24 часов после родов. ПРК является основной причиной смертности родильниц в странах с низким уровнем дохода и первоочередной причиной почти четверти всех случаев материнской смертности в мире. Большинство летальных исходов, обусловленных ПРК, происходят в течение первых 24 часов после родов; большинства из них можно избежать за счет профилактического применения утеротоников в третьем периоде родов и правильного ведения родов. Повышение качества медицинской помощи женщинам в родах для профилактики и лечения ПРК — важнейший шаг к

достижению целей развития, сформулированных в «Декларации тысячелетия» ООН. Но для того, чтобы проводить любые профилактические мероприятия и меры по борьбе с ПРК, в первую очередь необходимо уточнить фундаментальное строение миометрия, процесс сокращения и расслабления матки, химико-биологические процессы в основе физиологического функционирования детородного органа [1].

Миометрий состоит из пучков гладких мышц и соединительной ткани. Выражаясь точнее, матка состоит из клеток гладкой мускулатуры, встроенных во внеклеточный матрикс из коллагеновых волокон, и функционирует как единая гладкая

мышца. Во время эмбрионального развития миометрий развивается из мезодермы уrogenитального листка [19]. По структуре строения сам миометрий можно разделить на три слоя: подсосудистый, сосудистый и надсосудистый (от самого внутреннего слоя к самому внешнему). Границы между тремя слоями четко не разделены [17].

Большая часть внутренних органов с наличием гладкой мускулатуры, имеет прямую связь строения мышцы с функцией органа. Строение миометрия было тщательно исследовано на протяжении многих лет и, по-видимому, вышеуказанная закономерность зависимости функции органа от строения мышцы нарушена, хотя по этому поводу все еще присутствуют разногласия. Мышцы матки состоят из внутреннего циркулярного слоя и внешнего продольно ориентированного слоя [21-23]. В своем исследовании Nott et al. (2016) с помощью метода магнитно-резонансной томографии (МРТ) исследовали строение мышечных и соединительнотканых волокон в матке небеременной женщины. Данная группа ученых выявила следующую структуру, которая объяснила глобальную суть функционирования органа: циркулярный слой мышечных волокон проявляет свою активность вокруг матки, а на уровне шейки эти циркулярные волокна переходят в наружный круговой слой и внутренний продольный слой. Дальнейшие изыскания, для лучшего понятия и объяснения уникальной сократительной способности миометрия были безуспешными [18].

Различают три разновидности мышц в организме человека: гладкие, сердечные и скелетные. Все они сокращаются, путем скольжения тонких актиновых филаментов вдоль неподвижных толстых миозиновых филаментов в ответ на увеличение содержания кальция, и все три вида мышц используют аденозинтрифосфат (АТФ) в качестве источника энергии для этого процесса. Однако на этом общность физиологических процессов мышц заканчивается, поскольку у каждого типа мышц разные структура, организация, механизм возбуждения, связь возбуждения-сокращения и реакция на сокращение [20,21]. Гладкие мышцы в основном расположены в таких полых органах и сосудах, как сосудистая система или пищеварительный тракт, где сокращение производится для продвижения содержимого трубки вперед. В полых органах, таких как мочевого пузыря или матки, сокращение приводит к изгнанию содержимого органа. Гладкомышечные клетки имеют веретенообразную форму, с одним ядром и намного меньше, чем многоядерные клетки скелетных мышц [30]. Сами гладкие мышцы подразделяются на отдельные или многокомпонентные гладкие мышцы. Многокомпонентные гладкие мышцы встречаются редко и могут быть обнаружены в глазных мышцах (участвующих в организации зрения вдаль), у основания волосных фолликулов и в радужной оболочке. В этом типе мышечной ткани гладкомышечные клетки организованы в функциональные единицы, которые затем отдельно стимулируются вегетативной нервной системой [31]. Каждый из этих блоков функционально независим от других блоков. Однокомпонентные гладкие мышцы встречаются чаще. Их можно найти в стенках желудка и матки. В этом типе мышечной ткани, гладкомышечные клетки организованы в пласты, при этом клетки лежат примерно параллельно друг к другу. Каждая из клеток соединена со своей соседней клеткой через щелевые контакты, и они сокращаются вместе как единое целое. Щелевые контакты действуют как пути с низким сопротивлением, которые позволяют электрическим сигналам быстро распространяться по тканям. Эта ткань стимулируется как вегетативной нервной системой, так и миогенной активностью [26-28].

Гладкие мышцы состоят из клеток диаметром 1-5 мкм и длиной 200-500 мкм. В матке эти гладкомышечные клетки собираются в пучки диаметром до 300 мкм +/-100 мкм [23,30,31]. Эти пучки очерчены небольшим количеством соединительной ткани, пронизанной микрососудами [23]. Гладкомышечные клетки плотно упакованы миофиламентами и связанными с ними плотными тельцами, которые занимают 80-90% от объема клетки и составляют сократительный аппарат клетки [2]. Клеточные мембраны прилегают друг к другу в нескольких точках, поэтому

сила, создаваемая в одной клетке, может передаваться в следующую. Они также соединены щелевыми контактами, которые позволяют легко проходить ионам и потенциалам действия от одной клетки к другой. Это позволяет волокнам сокращаться синхронно [30,31]. Затем волокна объединяются в пучки диаметром 1-2 мм каждый. Пучки окружены плотным коллагеновым матриксом и сосудистой сетью миометрия [23]. Гладкие мышцы миометрия миогенны, потенциалы действия продуцируются мышечными клетками без необходимости внешнего стимула. Детали механизмов, лежащих в основе этого процесса, до конца не изучены, однако контроль миометрия тесно связан с экспрессией ионных каналов. Таким образом, активация и подавление огромного количества ионных каналов с различными свойствами может ослаблять или стимулировать запуск потенциалов действия, что, в свою очередь, приводит к изменениям внутриклеточных концентраций ионов кальция в миоцитах [31].

Миометрий в небеременном состоянии сокращается как рефлекторная реакция на растяжение. Во время беременности этот рефлекторный ответ подавляется, и миометрий входит в состояние расслабления, называемое покоем. Перед родами миометрий сначала снова становится сократительным, испытывая слабые нерегулярные сокращения, которые завершаются относительно коротким всплеском сильных ритмичных сокращений при родах. Хотя молекулярная основа сокращения понятна, триггеры, которые переводят миометрий из состояния покоя, наблюдаемого во время беременности, в состояние сокращения, наблюдаемое при родах, полностью не изучены [17,25-29].

Было высказано предположение, что сенсibilизация кальцием может играть роль в регуляции переключения от расслабления до сократительной способности. Сенсibilизация кальцием — это явление, при котором данная концентрация внутриклеточного кальция приводит к большей, чем ожидалось, силе сокращения [19,24]. Было установлено, что ингибирование фосфатазы легких цепей миозина является именно тем механизмом, посредством которого происходит кальциевая сенсibilизация [9]. Другой предполагаемый механизм кальциевой сенсibilизации заключается в потере или снижении кальциевой чувствительности активируемых кальцием калиевых каналов. Снижение, например, чувствительности канала к кальцию приведет к снижению реполяризирующего электрического сигнала, обеспечиваемого этими каналами, следовательно, приводит к увеличению сократительной способности [4]. Рассмотрим подробнее механизмы сокращения и расслабления миометрия, молекулярную основу данных процессов, происходящих в репродуктивном органе.

Преобладающими структурными белками, экспрессируемыми в гладкомышечных клетках миометрия, являются актин и миозин. В гладких мышцах матки примерно в шесть раз больше актина, чем миозина [2]. Сокращение гладких мышц зависит от взаимодействия миозина с актиновыми филаментами. Актин представляет собой растворимый глобулярный белок, который в состоянии покоя до 80% полимеризуется в филаменты. Эти тонкие актиновые филаменты составляют часть сократительного аппарата, и они преимущественно состоят из α - и γ -актина (две из 6 изоформ актина, которые экспрессируются в клетке). Эти тонкие актиновые филаменты скользят вдоль толстых миозиновых филаментов, укорачивая клетку и вызывая сокращение при стимуляции клетки [2]. Ключевым моментом для запуска сокращения гладкой мускулатуры матки является фосфорилирование легких цепей миозина (ЛЦМ), катализируемое киназой легких цепей миозина (КЛЦМ) [19].

Важно отметить, что критическую часть сократительного аппарата клеток образуют плотные тела и плотные тяжи. Внутри каждой клетки они помогают сократительным силам передаваться по актиновым филаментам от полюсов клетки к центру и прочно прикреплению актиновые филаменты к цитоскелету клетки [25].

Миозиновые белки являются своего рода, молекулярными моторами, которые характеризуются своей способностью связываться с актином и гидролизовать аденозинтрифосфат (АТФ)

[5]. Обе эти роли выполняет головка миозина. Фосфорилирование вещества Серина-19 ЛЦМ с помощью КЛЦМ является ключом как к амплитуде, так и к продолжительности сокращения гладких мышц. Сама КЛЦМ активируется посредством передачи сигналов ионами кальция [30,31]. Обратный механизм, приводящий к расслаблению гладких мышц матки, осуществляется за счет фосфатазы легких цепей миозина (ФЛЦМ) [13,30,31]. Процесс фосфорилирования ЛЦП определяет баланс между активностью КЛЦМ и ФЛЦМ и, следовательно, сокращение или расслабление миомерия [19]. Кроме того, КЛЦМ может быть фосфорилирована на участке серина-19, так и на месте аминокислота треонина-18. Более того, фосфорилирование треонина-18 может поддерживать силу сокращения миомерия за счет снижения скорости дефосфорилирования [9].

В процессе того, как кальциевые каналы на гладкомышечной мембране открываются и кальций диффундирует в клетку, в ответ на это увеличение внутриклеточного кальция саркоплазматический ретикулум вынужденно освобождает небольшое количество кальция. После этого, каждый свободный кальциемодулин связывается с четырьмя ионами кальция. Кальциемодулин -белок-мессенджер, который связывает ионы кальция и модифицирует их взаимодействие с различными белками. В данном случае задействованный кальциемодулин активирует киназу легких цепей миозина, которая, в свою очередь, фосфорилирует миозин посредством превращения АТФ в аденозиндифосфат (АДФ) [2,3,15,16,19]. Наконец, фосфорилированный миозин связывается с актином, и начинается циклирование поперечных мостиков. Цикл поперечных мостиков — это процесс, при котором химическая энергия, запасенная в концевой фосфатной группе АТФ, преобразуется в движение. Данный механизм начинается со связывания фосфорилированного миозина с актином, за которым следует высвобождение фосфатной группы, это в свою очередь вызывает конформационное изменение миозина, что приводит к силовому удару, вызывая скольжение филаментов и высвобождение АДФ. Вновь образованное АТФ связывается с миозином, позволяя ему высвободиться из актина. АТФ превращается в АДФ, а миозин возвращается к исходной конформации. Затем цикл начинается снова [9,12,30]. Расслабление происходит, когда кальций удаляется из гладкомышечных клеток с помощью натрий-кальциевого обмена, при помощи белка-транспортера кальциевой АТФазы плазматической мембраны или белка-транспортера кальциевой АТФазы сарко/эндоплазматического ретикулума или их синергичного взаимодействия. Вслед за этим фосфатная группа удаляется из миозина за счет работы фосфатазы легкой цепи миозина, впоследствии миозин больше не может связываться с актином с образованием поперечных мостиков [9,12,24].

Рецепторы, связанные с G-белком, являются ключевыми для расслабления матки, и наиболее важной субъединицей является Gas. Активация Gas агонистами β-адренорецепторов (например, тербуталином) приводит к активации аденилатциклазы, которая превращает АТФ в циклический аденозинмонофосфат (цАМФ) [3,8]. Затем циклический АМФ действует как вторичный мессенджер, активируя протеинкиназу А (ПКА). ПКА фосфорилирует КЛЦМ на месте связывания ионов кальция с кальциемодулином, тем самым препятствуя активации КЛЦМ [8,11,17]. ПКА имеет и другие точки воздействия: во-первых, повышает активность кальциевой АТФазы в плазматической мембране и саркоплазматическом ретикулуме, вследствие чего

происходит снижение внутриклеточной концентрации ионов кальция; во-вторых, ПКА принимает непосредственное участие в фосфорилировании фосфатазы легких цепей миозина [16]. В процессе релаксации матки человека, важную роль играет оксид азота и циклический гуанозинмонофосфат (цГМФ), которые присутствуют в миомерии [20-23]. Оксид азота (NO) может напрямую проникать в миоцит путем диффузии через плазматическую мембрану и активировать гуанилатциклазу с образованием цГМФ. Затем циклический ГМФ может активировать протеинкиназу G (ПК-G). Протеинкиназа G также повышает активность кальциевой АТФазы и фосфорилирует ФЛЦМ, делая ее нечувствительной к другим воздействиям [16].

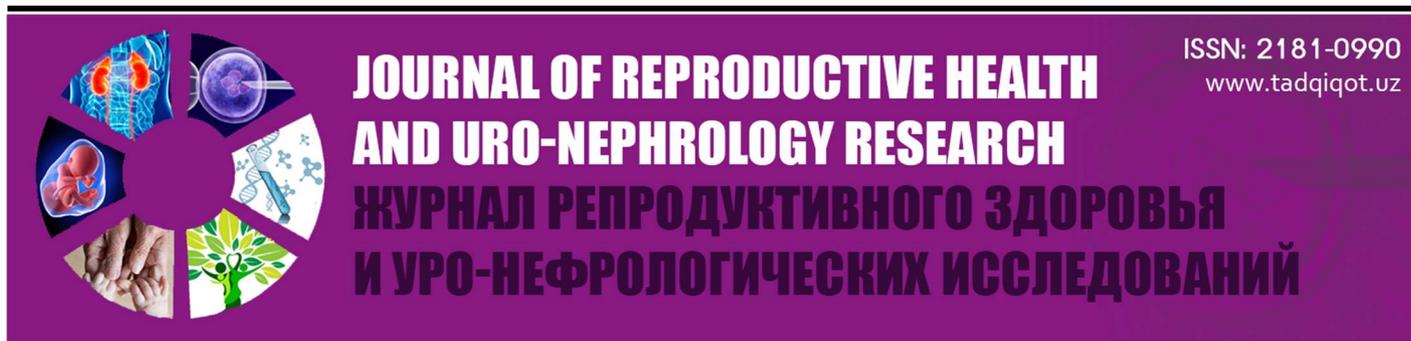
Было высказано предположение, что фосфатазы играют особую роль в поддержании релаксации матки во время беременности. Механизмы, контролирующие активность фосфатаз, могут быть вовлечены в процесс задействования фенотипических свойств в миомерии при родах [9]. Известно три семейства серин/треонинфосфатаз, одним из которых являются фосфопротеинфосфатазы - phosphoprotein phosphatases (PPP). Только это семейство играет роль в сокращении гладких мышц. Представителями PPP являются семь известных фосфатаз, включая PP1, PP2A, PP2B, PP4, PP5, PP6 и PP7. В настоящее время, только трое PP1, PP2A, PP2B фосфатаз имеют доказанную роль в сокращении гладких мышц [9]. Уровни внутриклеточного Ca²⁺ в миоцитах регулируются множеством ионных каналов. В гладких мышцах матки повышение внутриклеточной концентрации Ca²⁺ играет важную роль в сигнальном пути, ведущем к сокращению. Концентрация Ca²⁺ в покое поддерживается в 104 раза выше во внеклеточном компартменте по сравнению с внутриклеточным компартментом [5,8,11]. Агонисты миомерия, такие как окситоцин, простагландин F_{2α}, простагландин E₂ и эндотелин-1, связываются с рецепторами G-белка (G-BCP, G-белок связывающие рецепторы) в плазматической мембране миоцитов. Эти G-BCP содержат Gαq или G11 субъединицы. Связывание этих агонистов с их рецепторами в миоцитах, позволяет Gαq стимулировать фосфолипазу Cβ к действию на ее субстрат фосфатидилинозитол-4,5-бисфосфат, гидролизует его во вторичные мессенджеры - свободный инозитол трифосфат и связанный с мембраной диацилглицерин. Затем инозитол трифосфат (ИТФ) может связываться с рецептором на саркоплазматическом ретикулуме (ИТФ-закрывающие Ca²⁺-каналы), способствуя высвобождению внутриклеточных ионов кальция [7,8,11]. Высвобождение ионов кальция саркоплазматическим ретикулумом, стимулирует проводимость чувствительной к кальцию плазматической мембраны, в ответ на это активируется потенциал зависимый вход ионов кальция. Хотя увеличение внутриклеточного Ca²⁺ является основным механизмом контроля сокращения гладкой мускулатуры, гормоны также могут усиливать сократительную активность без непосредственного повышения уровня внутриклеточного кальция [5].

Таким образом, миомерий является полноценным органом, физиологические функции которого взаимосвязаны со многими биохимическими и метаболическими процессами в организме женщины. Регуляция сокращения и расслабления матки является довольно сложным механизмом, в котором принимает участие более сотен эндогенных биологических кофакторов. Полноценное функционирование данного органа способствует улучшению качества жизни женщины и многих поколений.

Список литературы:

1. Рекомендации ВОЗ по борьбе и профилактике послеродовых кровотечений. 2014. С 8-14.
2. Aguilar, H. N. and B. F. Mitchell (2010). "Physiological pathways and molecular mechanisms regulating uterine contractility." *Hum Reprod Update* 16(6): 725-744.
3. Ajibade, A. A., Q. Wang, J. Cui, J. Zou, X. Xia, M. Wang, Y. Tong, W. Hui, D. Liu, B. Su, H. Y. Wang and R. F. Wang (2012). "TAK1 negatively regulates NF-κB and p38 MAP kinase activation in Gr-1+CD11b+ neutrophils." *Immunity* 36(1): 43-54.
4. Arrowsmith, S., Kendrick, A., Hanley, J. A., Noble, K. & Wray, S. (2014) Myometrial physiology--time to translate? *Exp Physiol*, 99 (3): 495-502.
5. Blesson, C. S. & Sahlin, L. (2014) Prostaglandin E and F receptors in the Uterus. *Receptors & Clinical Investigation*, 1 (2).

6. Boopathi, E., C. M. Gomes, R. Goldfarb, M. John, V. G. Srinivasan, J. Alanzi, S. B. Malkowicz, H., Kathuria, S. A. Zderic, A. J. Wein and S. Chacko (2011). "Transcriptional repression of Caveolin-1 (CAV1) gene expression by GATA-6 in bladder smooth muscle hypertrophy in mice and human beings." *Am J Pathol* 178(5): 2236-2251.
7. Brighton, P., J., Russo, S., Bejaj, N. & Blanks, A., M. (2014) PLCL1, a Potent Suppressor of Agonist-Medicated IP3 Signalling in Human Myometrium, Is Down-Regulated at the Onset of Labor. *Reprod. Sci.*, 21 (3 Suppl) 123A-124A.
8. Buchwalow, I., V. Samoilova, W. Boecker and M. Tiemann (2011). "Non-specific binding of antibodies in immunohistochemistry: fallacies and facts." *Sci Rep* 1: 28.
9. Butler, T., Paul, J., Europe-Finner, N., Smith, R. & Chan, E. C. (2013) Role of serine-threonine phosphoprotein phosphatases in smooth muscle contractility. *Am J Physiol Cell Physiol*, 304 (6): C485-504.
10. Chen, A., M. Karolczak-Bayatti, M. Sweeney, A. Treumann, K. Morrissey, S. M. Ulrich, G. N. Europe-Finner and M. J. Taggart (2013). "Lysine deacetylase inhibition promotes relaxation of arterial tone and C-terminal acetylation of HSPB6 (Hsp20) in vascular smooth muscle cells." *Physiol Rep* 1(6): e00127.
11. Cookson, V. J., S. L. Waite, P. R. Heath, P. J. Hurd, S. V. Gandhi and N. R. Chapman (2015). "Binding loci of RelA-containing nuclear factor-kappaB dimers in promoter regions of PHM1-31 myometrial smooth muscle cells." *Mol Hum Reprod* 21(11): 865-883.
12. Eddinger, T. J. & Meer, D. P. (2007) Myosin II isoforms in smooth muscle: heterogeneity and function. *Am J Physiol Cell Physiol*, 293 (2): C493-508.
13. Kota, S. K., K. Gayatri, S. Jammula, S. V. Krishna, L. K. Meher and K. D. Modi (2013). "Endocrinology of parturition." *Indian J Endocrinol Metab* 17(1): 50-59.
14. McCloskey, C., Rada, C., Bailey, E., McCavera, S., van den Berg, H. A., Atia, J., Rand, D. A., Shmygol, A., Chan, Y. W., Quenby, S., Brosens, J. J., Vatish, M., Zhang, J., Denton, J. S., Taggart, M. J., Kettleborough, C., Tickle, D., Jerman, J., Wright, P., Dale, T., Kanumilli, S., Trezise, D. J., Thornton, S., Brown, P., Catalano, R., Lin, N., England, S. K. & Blanks, A. M. (2014) The inwardly rectifying K⁺ channel KIR7.1 controls uterine excitability throughout pregnancy. *EMBO Mol Med*, 6 (9): 1161-1174.
15. Mesiano, S., Wang, Y. & Norwitz, E. R. (2011) Progesterone receptors in the human pregnancy uterus: do they hold the key to birth timing? *Reprod Sci*, 18 (1): 6-19.
16. Mitchell, B. F., Aguilar, H. N., Mosher, A., Wood, S. & Slater, D. M. (2013) The uterine myocyte as a target for prevention of preterm birth. *Facts Views Vis Obgyn*, 5 (1): 72-81.
17. Nott, J. P., Bonney, E. A., Pickering, J. D. & Simpson, N. A. B. (2016) The Structure and Function of the Cervix During Pregnancy. *Translational Research in Anatomy*, 2 1-7.
18. Nott, J., Pervolaraki, E., Benson, A., Bonney, E., Pickering, J., Wilkinson, N. & Simpson, N. (2016a) Determination of cervical microarchitecture using magnetic resonance imaging (Conference Abstract). 2nd Annual Preterm Birth Research Conference, Chelsea and Westminster Hospital, London., 26.
19. Parkington, H. C., Tonta, M. A., Brennecke, S. P. & Coleman, H. A. (1999) Contractile activity, membrane potential, and cytoplasmic calcium in human uterine smooth muscle in the third trimester of pregnancy and during labor. *Am J Obstet Gynecol*, 181 (6): 1445-1451.
20. Rang, H. P. & Dale, M. M. (2012) *Rang & Dale's pharmacology*. 7th edn. Edinburgh ; New York: Elsevier/Churchill Livingstone.
21. Ricciotti, E. & FitzGerald, G. A. (2011) Prostaglandins and inflammation. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 31 (5): 986-1000.
22. Sennström, M. B., Ekman, G., Westergren-Thorsson, G., Malmström, A., Byström, B., Endrésen, U., Mlambo, N., Norman, M., Ståbi, B. & Brauner, A. (2000) Human cervical ripening, an inflammatory process mediated by cytokines. *Mol Hum Reprod*, 6 (4): 375-381.
23. Stock, S. J., Ferguson, E., Duffy, A., Ford, I., Chalmers, J. & Norman, J. E. (2012) Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study. *BMJ*, 344 e2838.
24. Tabb, T., Thilander, G., Grover, A., Hertzberg, E. & Garfield, R. (1992) An immunochemical and immunocytologic study of the increase in myometrial gap junctions (and connexin 43) in rats and humans during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 167 (2): 559-567.
25. Vallikkannu, N., Lam, W. K., Omar, S. Z. & Tan, P. C. (2016) Insulin-like growth factor binding protein 1, Bishop score, and sonographic cervical length: tolerability and prediction of vaginal birth and vaginal birth within 24 hours following labour induction in nulliparous women. *BJOG*.
26. Vandermolen, B. I., Hezelgrave, N. L., Smout, E. M., Abbott, D. S., Seed, P. T. & Shennan, A.H. (2016) Quantitative fetal fibronectin and cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women with previous cervical surgery. *Am J Obstet Gynecol*, 215 (4): 480.e481-480.e410.
27. Whitworth, M., Quenby, S., Cockerill, R. O. & Dowswell, T. (2011) Specialised antenatal clinics for women with a pregnancy at high risk of preterm birth (excluding multiple pregnancy) to improve maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, (9):CD006760.
28. Wilkinson, C., Bryce, R., Adelson, P. & Turnbull, D. (2015) A randomised controlled trial of outpatient compared with inpatient cervical ripening with prostaglandin E₂ (OPRA study). *BJOG*, 122 (1): 94-104.
29. Wood, S., Cooper, S. & Ross, S. (2014) Does induction of labour increase the risk of caesarean section? A systematic review and meta-analysis of trials in women with intact membranes. *BJOG*, 121 (6): 674-685; discussion 685.
30. Wray, S., Burdyga, T., Noble, D., Noble, K., Borysova, L. & Arrowsmith, S. (2015) Progress in understanding electro-mechanical signalling in the myometrium. *Acta Physiol (Oxf)*, 213 (2):417-431.
31. Xu, C., Long, A., Fang, X., Wood, S. L., Slater, D. M., Ni, X. & Olson, D. M. (2013) Effects of PGF2 α on the expression of uterine activation proteins in pregnant human myometrial cells from upper and lower segment. *J Clin Endocrinol Metab*, 98 (7): 2975-2983.

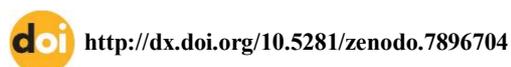


УДК: 616.62-003.7-089.879

Гафаров Рушен Рефатович
PhD, Ассистент
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

УРЕТЕРОРЕНОСКОПИЯ ПРИ УРОЛИТИАЗЕ – ОСОБЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Gafarov Rushen Refatovich, Ureterorenoscopy for urolithiasis - special clinical scenarios (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2023, vol. 4, issue 2, pp.10-13



Gafarov Rushen Refatovich
PhD, Assistant
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

URETERORENOSCOPY FOR UROLITHIASIS - SPECIAL CLINICAL SCENARIOS (LITERATURE REVIEW)

Gafarov Rushen Refatovich
PhD, Assistant
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

UROLITIAZDA URETERORENOSKOPIYA - MAXSUS KLINIK STSENARIYLAR (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Уролитиаз или мочекаменная болезнь – одна из наиболее распространённых проблем современной урологии. В среднем риск заболеваемости уролитиазом колеблется от 1 до 20% [1]. Встречаемость данного заболевания выше среди мужчин, чем среди женщин и часто проявляется в наиболее активном возрасте [2].

Уретерореноскопия (УРС) и ретроградная интратенальная хирургия (РИРХ) – современные методы малоинвазивного лечения уролитиаза, которые получают всё большее распространение. Эффективность эндоскопических методов удаления камней не уступает, а при крупных и сложных камнях превосходит дистанционную ударно-волновую литотрипсию (ДУВЛ). Вплоть до настоящего времени предметом многочисленных дискуссий являются вопросы выбора метода удаления камней почек больших размеров. Приблизительно в 15-20% случаев при УРС (особенно при камнях верхней трети мочеточника) конкременты мигрируют в почку, что требует в последующем выполнения ДУВЛ. В то же время УРС в 18-20% случаев позволяет ликвидировать «каменные дорожки», образующиеся после ДУВЛ. Таким образом, ДУВЛ и УРС служат взаимодополняющим мини-инвазивным методом удаления камней мочеточников, сочетание которых позволяет добиваться 98-99% эффективности [2,3].

Вместе с тем большой клинический интерес представляет использование УРС, как одного из наименее инвазивных методов лечения уролитиаза, при нестандартных клинических ситуациях. К клиническим сценариям, не до конца укладываемым в рамки рекомендаций, можно отнести случаи уролитиаза при двусторонних камнях верхних мочевых путей, наличие

конкрементов у пациентов с единственной почкой, у пациентов с ожирением, с трансплантированной почкой, у беременных, а также уролитиаз у детей.

УРС при двусторонних камнях верхних мочевых путей. Двусторонний уролитиаз встречается довольно часто, однако в клинических рекомендациях не одобряется плановое, одномоментное (за один сеанс) двустороннее удаление камней почек, хотя имеется значительный объем опубликованных данных, касательно билатеральной УРС. Глобальное исследование CROES (Clinical Research Office of Endourological Society – Офис клинических исследований Эндоурологического общества) объединило 2153 пациента, получавших лечение по поводу множественных камней в почках и/или мочеточниках, из которых 1880 (87,3%) и 273 (12,7%) подверглись односторонней и двусторонней УРС за один сеанс соответственно [4]. Анализ результатов продемонстрировал более низкие показатели stone-free rate (SFR) (так называемое состояние «свободы от камней»), высокую частоту повторных операций и более длительное время операции для одномоментной двусторонней УРС по сравнению с односторонней.

В исследовании Ingimarsson J.P. и соавт. (2017) были проанализированы результаты 117 двусторонних УРС за один сеанс по поводу камней в почках и/или мочеточниках у 113 пациентов. SFR через 6 недель, составил 91%. Повреждения мочеточников произошли в 2,1% случаев, все они были ликвидированы путём установки мочеточникового стента в течение 2 недель. Краткосрочные осложнения были легкими, в основном I-II степени по классификации Clavien-Dindo (n=15), а

остальные были отнесены к III степени (n=4). Спустя 6 недель после операции ни у одного из пациентов не было выявлено признаков стриктуры мочеточника, гидронефроза или почечной недостаточности. Следует отметить, что у 11% пациентов после операции возникла необходимость в экстренной госпитализации, а еще 12% были госпитализированы в отделение неотложной помощи в течение 30 дней после процедуры с болью, лихорадкой или другими симптомами. Еще 19% пациентов обратились с жалобами на стент-ассоциированные симптомы или почечную колику после удаления стента. Авторы допускают, что эти цифры могут указывать на более высокий уровень дискомфорта после одномоментной двусторонней УРС [5].

Имеются данные ряда исследований, посвященных результатам одномоментных двусторонних уретероскопий [6-10]. По их результатам SFR после одного сеанса варьировал в пределах 52-90%. Одно из исследований с длительным наблюдением продемонстрировало, что в течение 6-12 месяцев после вмешательства стриктуры мочеточников развились у 4,5% пациентов [11].

Несмотря на продемонстрированную безопасность и эффективность двусторонней УРС, многие урологи неохотно выполняют двустороннюю УРС. Rivera M.E. и соавт. (2018) провели опрос 153 членов Общества эндоурологов относительно их предпочтений в лечении двустороннего уролитиаза. Большинство специалистов предпочли выполнить одномоментную двустороннюю УРС (48%), чем двустороннюю перкутанную нефролитотрипсию (ПНЛТ) (38%) [12].

Хотя камни в обеих почках и/или мочеточниках, которые подпадают под установленные рекомендации по УРС, могут быть удалены уретероскопически в ходе одного анестезиологического пособия, никаких рекомендаций по ограничению времени операции или общему количеству конкрементов для двусторонних процедур за один сеанс не установлено. Кроме того, пациенты должны быть проинформированы о том, что двусторонние процедуры и/или стентирование могут привести к большему дискомфорту и/или более высокой вероятности обращения в отделение неотложной помощи или госпитализации. Важно отметить, что без дополнительных указаний лечение двусторонних камней в почках и/или мочеточниках следует оставить на усмотрение хирурга [13].

УРС при уролитиазе у пациентов с единственной почкой. У пациентов с единственной почкой и, соответственно, мочеточником показания к УРС идентичны таковым у пациентов с двумя почками. В систематическом обзоре Pietropaolo A. и соавт. (2018), объединившем 696 пациентов, перенесших УРС по поводу камней единственной почки (размер конкремента варьировал от 10 до 27 мм), показатель SFR составил 72%. У 16,4% пациентов возникли осложнения, при этом серьезные осложнения (3 степени и выше по классификации Clavien-Dindo) были отмечены только у 2%, и включали перфорацию мочеточника (n=6), а также его отрыв (n=4) [14]. В Рекомендациях Американской урологической ассоциации (АУА) указано, что одним из критериев, по которому можно не выполнять стентирование мочеточника после УРС, является нормальная контралатеральная почка. Соответственно, установка мочеточникового стента после УРС у пациентов с единственной почкой является настоятельно рекомендуемой процедурой [15].

УРС при уролитиазе у пациентов с ожирением. В современном мире всё более актуальной становится проблема ожирения. Доказана связь ожирения с мочекаменной болезнью, что, соответственно, приводит к увеличению числа вмешательств по поводу уролитиаза у пациентов с ожирением [16]. УРС является привлекательным вариантом для лечения пациентов с ожирением, поскольку требует очень незначительного изменения стандартной процедуры или потребности в специализированных инструментах, как это требуется для ПНЛТ. Что касается ДУВЛ, то она не всегда может быть рекомендована таким пациентам ввиду большого расстояния от кожи до камня, что снижает эффективность ДУВЛ. Рекомендации Европейской ассоциации урологов (EAU)

предлагают использовать УРС в качестве терапии первой линии у пациентов с выраженным ожирением [3].

В систематическом обзоре Ishii H. и соавт. (2016), объединившем 835 пациентов со средним индексом массы тела (ИМТ) 40,5 кг/м² и средним размером камня 14,2 мм, общий SFR составил 82,5%, а частота осложнений - 9,2%, что сравнимо с результатами, полученными при УРС в общей популяции [17]. Хотя частота осложнений у пациентов с морбидным ожирением в этом обзоре составила 17,6%, все осложнения были относительно легкими по тяжести и отнесены ко II степени по Clavien.

Krambeck A. и соавт. [18] проанализировали данные исследования CROES, в которое были включены 10099 пациентов, перенесших УРС с задокументированным ИМТ. Среди этой группы 17,4% пациентов (n=1758) имели избыточный вес и 2,2% (n=223) страдали морбидным ожирением. В то время как общий SFR составил 87% при частоте повторных вмешательств 16,8%, мультипараметрический анализ показал, что более высокий ИМТ был связан с более низким SFR. С другой стороны, не было обнаружено связи между ИМТ и интраоперационными осложнениями, которые возникли у 5,1% пациентов.

Экспертами АУА рол УРС у пациентов с ожирением специально не рассматривалась, но признано влияние ожирения и расстояния от кожи до камня на успех ДУВЛ и необходимость рассматривания эндоскопических методов лечения, когда успех ДУВЛ маловероятен [19]. Следовательно, УРС следует рассматривать как терапию первой линии у пациентов с ожирением и камнями, которые не могут быть устранены ДУВЛ и в случаях, когда размер камня не исключает возможности проведения УРС.

УРС при уролитиазе у пациентов с трансплантированной почкой. Камни в трансплантированной почке могут нарушать функцию органа и вызывать серьезные осложнения при функционировании уродинамики. Камни трансплантированной почки небольшого размера можно дробит с помощью ДУВЛ в позиции ретро, при этом антеградная или ретроградная УРС и ПНЛТ также являются возможными вариантами лечения. Успех ретроградной УРС зависит от степени извитости мочеточника и расположения устья. Доступ к мочеточнику, имплантированным в купол мочевого пузыря, может быть затруднен, если не невозможен, и для этого могут потребоваться различные проводники, ангиографические катетеры и интродьюсеры. Эксперты EAU отмечают, что все методы лечения, включая гибкую УРС, ПНЛТ и ДУВЛ, являются возможными, но признают, что ДУВЛ может сопровождаться низким SFR ввиду сложной локализации конкремента [3].

Небольшое исследование Nuams E. и соавт. [20], оценивало результаты УРС при ретроградном (n=7) или антеградном (n=5) доступе. При среднем размере камня 8 мм все пациенты были избавлены от камней, за исключением одного больного, у которого остался резидуальный фрагмент размером 2 мм, который в итоге спонтанно отошел. Хотя данные по использованию УРС у пациентов с трансплантированной почкой весьма ограничены и существуют определённые технические сложности, попытка использования УРС для удаления камней трансплантированной почки представляется разумной. Рекомендуется использование мочеточникового интродьюсера для обеспечения маневренности гибкого уретероскопа, но его следует использовать с осторожностью по причине нарушенного кровоснабжения мочеточника.

УРС при уролитиазе у беременных. Известно, что образование камней происходит в 1 из каждых 200-1500 беременностей и является наиболее частой причиной госпитализации беременных по неакушерским причинам [21,22]. Имеются данные о сходной частоте камнеобразования у беременных и небеременных женщин, тем не менее камни во время беременности могут явиться непростой и тревожной ситуацией как для пациента, так и для врача.

Исторически сложилось так, что при уролитиазе беременных, в тех случаях, когда консервативное лечение оказалось неэффективным, осуществлялось стентирование мочеточника

либо перкутанная нефростомия с последовательной заменой дренажей во время беременности. Несмотря на это, с недавнего времени УРС стала приемлемым вариантом лечения, при этом ряд исследований демонстрирует высокий показатель SFR и частоту осложнений, сравнимую с таковой у небеременных женщин [23-25]. В рекомендациях как ЕАУ, так и АУА, УРС одобрена как приемлемая альтернатива длительному стентированию/дренированию у беременных женщин, в ситуациях, когда только наблюдения недостаточно [3,15]. Поскольку ДУВЛ противопоказана для лечения камней во время беременности, а ПНЛТ, как правило, избегают из-за необходимости рентгеноскопии, УРС, как правило, является единственной процедурой окончательной удаления камней, предлагаемой во время беременности [3,15]. Необходимо подчеркнуть, что большинство данных о применении УРС у беременных предоставлены опытными эндоурологами из крупных академических центров.

Следовательно, рекомендация по использованию УРС для лечения обтурирующих камней мочеточника среднего размера (<15 мм) предполагает наличие соответствующей акушерской поддержки и опытного эндоуролога. УРС для удаления больших или сложных камней лучше отложить до родоразрешения [13].

УРС при уролитиазе у детей. Данные последних лет свидетельствуют о всё большей распространенности уролитиаза у детей и о росте потребности в хирургических вмешательствах по этому поводу [26,27]. ДУВЛ достаточно успешный вариант лечения камней у детей, поскольку в большинстве случаев не нужно выполнять стентирование мочеточника, а фрагменты камня у детей отходят легче, чем у взрослых. Долгосрочный SFR после ДУВЛ у детей колеблется в диапазоне 57-92% [3].

В то же время миниатюризация уретероскопов делает УРС привлекательным вариантом лечения камней, которые не могут

быть дезинтегрированы путём ДУВЛ, у детей без необходимости предварительного стентирования мочеточника. ЕАУ и АУА предлагают конкретные рекомендации по лечению камней у детей, с учётом более высоких значений показателя SFR при ДУВЛ у детей по сравнению со взрослыми. Мета-анализ АУА показал, что SFR для УРС составляют 95% и 78% соответственно для камней мочеточника ≤ 10 мм и > 10 мм [19]. Учитывая сопоставимые показатели SFR для УРС и ДУВЛ любой из этих методов лечения приемлем при камнях мочеточника у детей.

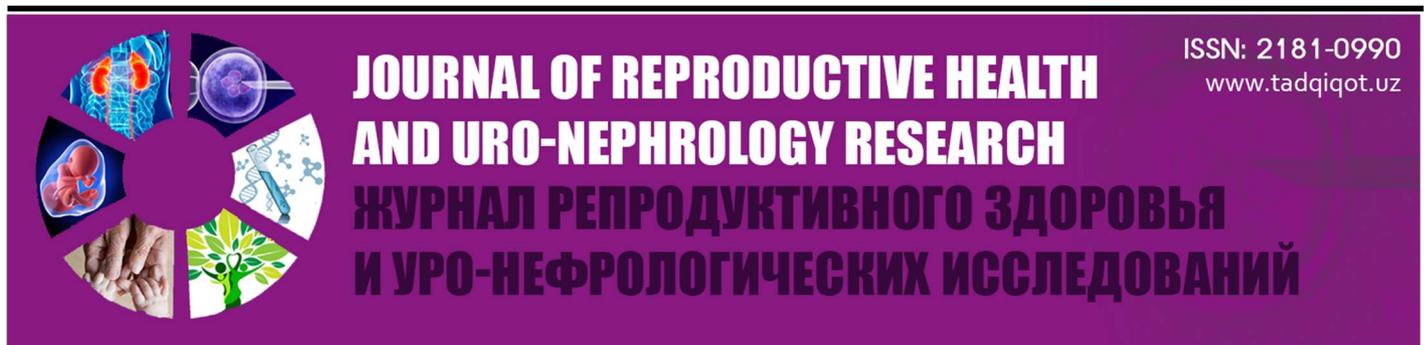
Следует отметить, что АУА не рекомендует рутинно выполнять предварительное стентирование перед УРС по причине успешности уретероскопического доступа в большинстве случаев.

Как и в рекомендациях для взрослых пациентов, АУА относит как УРС, так и ДУВЛ к приемлемым вариантам первой линии терапии при камнях почек размером ≤ 20 мм у детей. УРС не предлагается в качестве рекомендуемого лечения при камнях в почках размером более 20 мм [19,3]. ЕАУ, учитывая успешное применение ДУВЛ в лечении крупных камней у детей, рекомендует УВЛ в качестве терапии первой линии для всех камней < 20 мм, в то время как УРС считается хорошей альтернативой при неудачах ДУВЛ или если успех УВЛ не ожидается [4]. Ни в рекомендациях АУА, ни в рекомендациях ЕАУ локализация камня не использовалась в качестве решающего фактора для выбора оптимальной тактики удаления камней почек. Таким образом, миниатюризация и техническое совершенствование оборудования для УРС делает данную процедуру одним из методов выбора в лечении уролитиаза при нестандартных клинических ситуациях. Тем не менее в этом направлении требуется больше рандомизированных клинических исследований.

Список литературы:

1. Trinchieri A., Curhan G., Karlsen S., Jun Wu K. Epidemiology.Stone Disease / Eds J. Segura, P. Conort, S. Khoury. Paris: Health Publications, 2003. P. 13–30.
2. Григорьев Н.А., Семенякин И.В., Малхасян В.А., Гаджиев Н.К., Руденко В.И. Мочекаменная болезнь. Урология. – 2016. - №2 (supplement). – С. 37-70.
3. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2022. ISBN 978-94-92671-16-5.
4. Pace KT, Krocak T, Wijnstok NJ, et al. Same session bilateral ureteroscopy for multiple stones: results from the CROES URS Global Study. J Urol. 2017;198:130.
5. Ingimarsson JP, Rivera M, Knoedler JJ, et al. Same-session bilateral ureteroscopy: safety and outcomes. Urology. 2017;108:29.
6. Попов С.В., Орлов И.Н., Сулейманов М.М., Скрыбин О.Н., Емельяненко А.В., Сытник Д.А. Билатеральная одномоментная ретроградная фибронефролитотрипсия. Урология. – 2021. - №5. – С.65-68.
7. Gunlusoy B, Degirmenci T, Arslan M, et al. Is bilateral ureterorenoscopy the first choice for the treatment of bilateral ureteral stones? An updated study. Urol Int. 2012;89:412.
8. Mushtaque M, Gupta CL, Shah I, et al. Outcome of bilateral ureteroscopic retrieval of stones in a single session. Urol Ann. 2012;4:158.
9. Huang Z, Fu F, Zhong Z, et al. Flexible ureteroscopy and laser lithotripsy for bilateral multiple intrarenal stones: is this a valuable choice? Urology. 2012;80:800.
10. Drake T, Ali A, Somani BK. Feasibility and safety of bilateral same-session flexible ureteroscopy (FURS) for renal and ureteral stone disease. Cent European J Urol. 2015;68:193.
11. El-Hefnawy AS, El-Nahas AR, El-Tabey NA, et al. Bilateral same-session ureteroscopy for treatment of ureteral calculi: critical analysis of risk factors. Scand J Urol Nephrol. 2011;45:97.
12. Rivera ME, Bhojani N, Heinsimer K, et al. A survey regarding preference in the management of bilateral stone disease and a comparison of Clavien complication rates in bilateral vs unilateral percutaneous nephrolithotomy. Urology. 2018;111:48.
13. Schwartz, Bradley F. and John Denstedt. "Ureteroscopy: A Comprehensive Contemporary Guide." Ureteroscopy (2020).
14. Pietropaolo A, Jones P, Whitehurst L, et al. Efficacy and safety of ureteroscopy for stone disease in a solitary kidney: findings from a systematic review. Urology. 2018;119:17–22.
15. Assimos D, Krambeck A, Miller NL, et al. Surgical management of stones: American Urological Association/Endourological Society Guideline. PART II J Urol. 2016;196:1161.
16. Taylor EN, Stampfer MJ, Curhan GC. Obesity, weight gain, and the risk of kidney stones. JAMA. 2005;293:455.
17. Ishii H, Couzins M, Aboumarzouk O, et al. Outcomes of systematic review of ureteroscopy for stone disease in the obese and morbidly obese population. J Endourol. 2016;30:135.
18. Krambeck A, Wijnstok N, Olbert P, et al. The influence of body mass index on outcomes in ureteroscopy: results from the Clinical Research Office of Endourological Society URS Global Study. J Endourol. 2017;31:20.
19. Assimos D, Krambeck A, Miller NL, et al. Surgical management of stones: American Urological Association/Endourological Society Guideline. PART I J Urol. 2016;196:1153.
20. Hyams E, Marien T, Bruhn A, et al. Ureteroscopy for transplant lithiasis. J Endourol. 2012;26:819
21. Ishii H, Aboumarzouk OM, Somani BK. Current status of ureteroscopy for stone disease in pregnancy. Urolithiasis. 2014;42:1.

22. Semins MJ, Matlaga BR. Kidney stones during pregnancy. *Nat Rev Urol.* 2014;11:163
23. Semins MJ, Trock BJ, Matlaga BR. The safety of ureteroscopy during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *J Urol.* 2009;181:139.
24. Travassos M, Amselem I, Filho NS, et al. Ureteroscopy in pregnant women for ureteral stone. *J Endourol.* 2009;23:405.
25. Polat F, Yesil S, Kirac M, et al. Treatment outcomes of semirigid ureterorenoscopy and intracorporeal lithotripsy in pregnant women with obstructive ureteral calculi. *Urol Res.* 2011;39:487.
26. VanDervoort K, Wiesen J, Frank R, et al. Urolithiasis in pediatric patients: a single center study of incidence, clinical presentation and outcome. *J Urol.* 2007;177:2300.
27. Dwer ME, Krambeck AE, Bergstralh EJ, et al. Temporal trends in incidence of kidney stones among children: a 25-year population based study. *J Urol.* 2012;188:247.



УДК 616.66-007.26

Ибрагимов Курбонмурод НиязовичОбластной детский многопрофильный медицинский центр,
Отделение детской хирургии
Самарканд, Узбекистан**Ахмедов Юсуфжон Махмудович**д.м.н., профессор
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан**Ибрагимов Эхсон Курбонмуродович**Областной детский многопрофильный медицинский центр,
Отделение детской хирургии
Самарканд, Узбекистан**Ахмедов Исломжон Юсуфжонович**Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЬНЫХ С ГИПОСПАДИЕЙ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****For citation:** Ibragimov Kurbonmurod Niyazovich, Akhmedov Yusufjon Mahmudovich, Ibragimov Ehson Qurbonmurodovich, Akhmedov Islomjon Yusufjonovich, Problem of treatment of patients with hypospadias, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 2, pp.14-17

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7902057>
Ibragimov Kurbonmurod NiyazovichRegional Children's Multidisciplinary Medical Center,
Pediatric Surgery Department
Samarkand, Uzbekistan**Akhmedov Yusufjon Mahmudovich**Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Ibragimov Ehson Kurbonmurodovich**Regional Children's Multidisciplinary Medical Center,
Pediatric Surgery Department
Samarkand, Uzbekistan**Akhmedov Islomjon Yusufjonovich**Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**PROBLEM OF TREATMENT OF PATIENTS WITH HYPOSPADIAS (LITERATURE REVIEW)****Ibragimov Qurbonmurod Niyazovich**Viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi
Bolalar xirurgiya bo'limi
Samarqand, O'zbekiston**Axmedov Yusufjon Mahmudovich**t.f.d., professor
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**Ibragimov Ehson Qurbonmurodovich**Viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi
Bolalar xirurgiya bo'limi
Samarqand, O'zbekiston

Axmedov Islomjon Yusufjonovich
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

BOLALARDA GIPOSPADIANING XIRURGIK DAVOLASHDAGI MUAMMOLARI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Введение. Гипоспадия - порок развития полового органа мальчиков, при котором происходит искривление полового члена в сторону мошонки в следствии недоразвития губчатой части уретры. Наружное отверстие находится на нижней поверхности головки полового члена, мошонки или промежности мальчиков. Половой член деформирован и изогнут книзу. Гипоспадия развивается в результате нарушения эмбриогенеза на 7-14 недели внутриутробного развития плода. Тяжелые формы гипоспадии могут сочетаться с нарушением развития внутренних половых органов. Выделяют 3 основные формы гипоспадии, головчатую, стволовую, мошоночную. Примерно в 45% случаев сочетается с другими аномалиями, среди которых первое место занимает крипторхизм, меатостеноз, паховая грыжа. По данным Ю. Ф. Исакова гипоспадия является самой частой аномалией уретры и встречается у 1 из 150 новорожденных мальчиков. По частоте и развития гипоспадия занимает первое место среди аномалией и пороков развития уретры.

История. Исходя из приведенных статистических выше данных можно сказать о довольно широком распространении гипоспадии среди мальчиков. Существуют разные теории о истории гипоспадии, одна теория гласит о том, что слияние уретральных складок распространяется на всю длину тела уретры до верхушки головки, другая - предполагает, что рост эпидермиса «канализирует» головчатый отдел уретры [3]. Накопленный опыт хирургической коррекции искривления полового члена, ряд гистологических исследований тканей уретры заставили исследователей пересмотреть принципы хирургического лечения гипоспадии и подходы к нему [20]. Выраженность изменений при гипоспадии может варьировать от минимальных - незначительного смещения отверстия мочеиспускательного канала на головке полового члена и до тяжелой степени с тяжелой деформацией полового члена и локализацией уретры в области промежности. Проблема остаётся актуальной, поскольку имеет не только медицинский но и социальный аспект, связанный с возможностью мужчины создать семью и с его репродуктивной способностью. Были разработаны методики, при которых сохранялась ткань от гипоспадиического меатуса до вершины головки полового члена [15, 20]. Благодаря работам J. Duckett и его коллегам был разработан термин уретральная площадка которым в последующем ряд сторонников этой идеи стали обозначать то, что раньше называли хордой. При нормальном сигнале отмечалось нормальное развитие и дифференциация полового бугорка (определялся наличием хряща), удаление развивающегося эпителия сильно замедляло рост полового бугорка. Изучение закономерностей роста полового члена привело к пересмотру эмбриологии развития уретры [1, 2, 5] Основными причинами развития гипоспадии считаются генетические нарушения и гормональные сдвиги матери во время беременности. Ранее считалось, что ткань по вентральной поверхности полового члена при проксимальной гипоспадии является главной причиной вентрального искривления и должна быть полностью иссечена. Непосредственно вопросам устранения искривления полового члена уделялось меньше внимания, чем вопросам уретропластики. Вопросы гипоспадии изучены недостаточно, высказываются мнение о том что гипоспадия может быть обусловлена травмой, вызванной амниотическими тяжами, либо ранним выделением почками мочи.

Таким образом, при подлежащем мезенхимальном сигнале в период развития уретры головчатого отдела происходит индукция дифференциации уротелия в стратифицированный сквамозный эпителий

Этиология. Гипоспадия представляет собой порок развития полового члена, при которой наблюдается неполное слияние уретральных складок с эктопией выходного отверстия уретры, что

сопряжено с укорочением и изменением органа. Эта патология встречается достаточно редко: частота встречаемости один на 150-300 новорожденных мальчиков, однако она является одной из самых распространенных аномалий у мужчин, кроме того, в последнее время наблюдается стойкая тенденция к увеличению частоты гипоспадии. Если в 80-90-е годы прошлого столетия частота развития гипоспадии у новорожденных мальчиков составляла 1:400-500, то в настоящее время она составляет уже 1:125-150 случаев. можно говорить о более чем трехкратном увеличении частоты развития этого заболевания за последние 30-40 лет. Наследственная формы гипоспадии по отношению к ненаследственным встречается в соотношении примерно 1:3. Чаще всего развитие порока связано с нарушением гормонального процесса матери ребенка. В этиологии также важную роль играют факторы окружающей среды, применение различных химикатов, красителей, вредные привычки, употребление алкоголя. По публикациям разных авторов, за последние 40 лет отмечен значительный рост данной патологии. Большое значение в развитии гипоспадии придается и гормональному статусу. Формирование наружных половых органов из эмбриональных зачатков требует достаточного уровня андрогенов. Под их влиянием половой бугорок трансформируется в половой член, а половые складки - в мошонку. Влияние гормонов наиболее важно на 7-15-й неделе эмбрионального развития, когда и происходит эмбриогенез половых органов. В основе причин осложнений при оперативном лечении гипоспадии данной формы, на взгляд многих исследователей, лежат два важных фактора - широкая вариабельность клинических форм аномалии и, как следствие, многообразие методических подходов при оперативном лечении порока. результат. Несмотря на огромное разнообразие описанных операций, они далеко не всегда и нередко требуются повторные вмешательства. Таким образом, успех лечения гипоспадии у детей зависит не только от правильного выбора операции, но и в равной степени от многих нюансов послеоперационного ведения оптимального метода отведения мочи наложения повязки, использование современного атравматического шовного материала и микрохирургического инструментария значительно улучшает результаты оперативного лечения гипоспадии.

Общие понятия и терминология Гипоспадия - сочетанная аномалия развития половых органов и уретры. Лечение гипоспадии у детей проводится только хирургическим путем. Разнообразие применяемых методов лечения обусловлено большим количеством осложнений и поиском оптимального способа операции для коррекции гипоспадии. Генетические исследования не выявили у больных с гипоспадией существенных отклонений в количестве аутосом и комбинации половых хромосом. Набор половых хромосом у большинства больных был таким же, как и у здоровых мужчин. Локализация наружного отверстия уретры является определяющим признаком в большинстве классификаций гипоспадии Имеющееся большинство классификаций гипоспадии основаны на уточнении расположения дистопированного меатуса и не имеют принципиального различия. Клинически степень гипоспадии определяется расположением выходного отверстия уретры, когда меатус открывается в области головки полового члена (I степень), его тела (II степень), мошоночной области (III степень). В настоящее время большинство используют классификацию гипоспадии по Varcat (1973), согласно которой локализация наружного отверстия уретры определяется после ликвидации искривления полового члена. Согласно данной классификации выделяются: «передняя» гипоспадия, включающая головчатую, венечную и передне-стволовую формы; «средняя» или средне-стволовая гипоспадия; наиболее тяжелая «задняя» гипоспадия с задне-стволовой, стволо-мошоночной, мошоночной и промежностной формами. Если же приводится описание анатомии,

то порой оно содержит целый ряд неточностей. К тому же, практически всегда, используемая анатомическая терминология трудно сопоставима с той, которая дается в работах зарубежных авторов. Описание нормальной анатомии полового члена дано Devine и Horton в их работе [107], которая до сих пор в гипоспадиологии рассматривается как основополагающая. При хирургической коррекции гипоспадии следует учитывать следующие нюансы анатомии. Кожа на вентральной поверхности ствола дистальнее расщепленного спонгиозного тела значительно истончена и может быть интимно спаяна с ним и с диспластичным дистальным отделом уретры. Также и подлежащие фасции (dartos и Buck) на вентральной поверхности могут быть недоразвитыми и спаянными между собой. Последовательные стадии развития мочеиспускательного канала, когда имеет место задержка формирования уретры, по срокам развития сопоставимы с различными формами гипоспадии. Задержка развития каудального конца плода на 7-й неделе приводит к развитию проксимальных форм гипоспадии, после 10–13-й недели возникают дистальные формы заболевания. У детей одного возраста размеры полового члена часто различаются [7]. Степень искривления полового члена необходимо учитывать, измеряя его в градусах. Косметически значимыми являются форма мошонки и выраженность перехода между лоном и половым членом, мошонкой и половым членом пенисубикальный и пенискротальный углы соответственно [2]. Тяжесть гипоспадии может увеличиться после проведения разделения полового члена так называемой процедуры degloving (glove – перчатка): отделение кожи ствола полового члена от более глубоких структур и смещение ее проксимально [6]. Изучение размеров полового члена у пациентов с гипоспадией после периода полового созревания показало, что длина полового члена у больных с проксимальными формами достоверно короче даже при отсутствии сопутствующих эндокринологических проблем, а значит, гипоспадию можно рассматривать как патологию развития не уретры, а всего полового члена [10]. Учитывая сказанное о патологической анатомии при гипоспадии, достаточно сложно представить классификацию, которая целиком отражала бы все ее аспекты. Несмотря на это, большинство авторов придерживается классификации, основывающейся на положении меатуса [6]. Другие предлагают выделять гипоспадию, ранее подвергшуюся хирургической коррекции [11]. Всё вышперечисленное диктует необходимость совершенствования ведения больных с гипоспадией, а также проведения дополнительных клинических исследований с целью разработки более совершенных методик хирургического лечения больных данной патологией и улучшения послеоперационных как функциональных, так и эстетических результатов.

Методы обследования. Все пациенты (родители детей) жалуются на неправильно сформированный половой член, большинство из них 92,0% отмечали неправильное направление струи при мочеиспускании. Искривление беспокоило 37,8% пациентов, ротация – 14,7%. Только у 23,6% детей родители обращали внимание на сужение струи при мочеиспускании или длительное время мочеиспускания. Всем пациентам выполняли общепринятые клинико-лабораторные исследования (общий анализ крови, иммуноферментный анализ на, гепатит С, и общий анализ мочи) и консультации специалистов (педиатра, при необходимости узкие специалисты) перед проведением плановой операции. Особое значение придается осмотру наружных половых органов и детальной оценке составных элементов порока. При дифференциальной диагностике с целью установления пола ребенка при тяжелых формах гипоспадии следует основываться на типичных особенностях строения наружных половых органов. Рекомендовано проводить определение размеров полового члена, формы головки и выраженности ладьевидной ямки, степень искривления, а также расположения меатуса. Диагностика гипоспадии не представляет трудностей и относительно проста. Обязательным для всех больных с гипоспадией является проведение урофлоуметрии [8, 12]. Именно на основании результатов урофлоуметрии и ответов больных, их родителей и врачей в ходе заполнения различного рода опросников строится мнение об

эффективности хирургического лечения в большинстве клиник мира. При сниженной скорости мочеиспускания, кривая мочеиспускания имеет форму «плато», а в норме – форму «колокола».

Классификация. Степень искривления полового члена при гипоспадии нашла отражение в классификации Н.Е. Савченко (1974) Н. Баркат указывает, что для выбора правильной схемы лечения больного значение имеет не только степень дистопии наружного отверстия уретры и степень искривления полового члена, но и распределение кожи, являющейся местным пластическим материалом для формирования уретры.

Классификация по Савченко:

1. Гипоспадия полового члена.
 - А) Гипоспадия венечной борозды
 - В) Окологоловчатая гипоспадия.
 - С) гипоспадия дистальной трети полового члена
 - Д) Гипоспадия средней трети полового члена
 - Е) Гипоспадия проксимальной трети полового члена
 - Ф) Членомошоночная гипоспадия
2. Мошоночная гипоспадия
 - А) Гипоспадия дистальной трети мошонки
 - В) Гипоспадия средней трети мошонки
3. Мошоночно-промежуточная гипоспадия
4. Промежуточная гипоспадия
5. «Гипоспадия без гипоспадии»

Классификация гипоспадии по Barcat:

- I. Передняя гипоспадия:
 - а) головчатая;
 - б) венечная;
 - в) передне-стволовая.
- II. Средняя гипоспадия:
 - а) средне-стволовая.
- III. Задняя гипоспадия:
 - а) задне-стволовая;
 - б) стволо-мошоночная;
 - в) мошоночная;
 - г) промежностная.

Таким образом, разнообразие форм гипоспадии, характеризующееся степенью дистопии наружного отверстия уретры по длине, связанное с этим состоянием стволовой части полового члена, степень недоразвития кавернозного тела уретры, препуциального мешка головки полового члена обусловлены нарушением сложного процесса формирования уретральной трубки и её дальнейшей эволюции.

Лечение. Лечение гипоспадии в большей степени считается эстетической операцией [2, 11–20], и при ее лечении хирург отдает предпочтение методу, дающему лучший косметический результат [20].

Несмотря на то, что в современной литературе описано около 200 способов хирургического лечения гипоспадии, однако не один из них не считается идеальным, что побуждает хирургов продолжать поиск оптимального варианта лечения гипоспадии [6]. Данные клинических исследований показывают, что в отдалённом послеоперационном периоде частота осложнений и развития неблагоприятных явлений составляет 30–50%, что является очень высоким показателем [14, 18, 20]. Многообещающими являются методики, использующие в качестве пластического материала крайнюю плоть полового члена [12]. Все виды хирургических операций при гипоспадии делятся на две большие группы: одноэтапные и двухэтапные операции. Одноэтапные заключаются в иссечении хорды расправление полового члена и пересадка кожи из крайнего плоти на тело полового члена, для дальнейшего создания уретры. Двухэтапные (через 6 месяцев после первого) из пересаженной кожи выполняется уретропластика. Преимуществом одноэтапных операций является устранение дефекта в ходе одного хирургического вмешательства, однако оно не всегда идеально. Большинство современных авторов считает одноэтапные методики более предпочтительными [5, 17, 18]. Двухэтапные операции показаны при проксимальных формах порока, а так же при повторных операциях, когда наблюдается

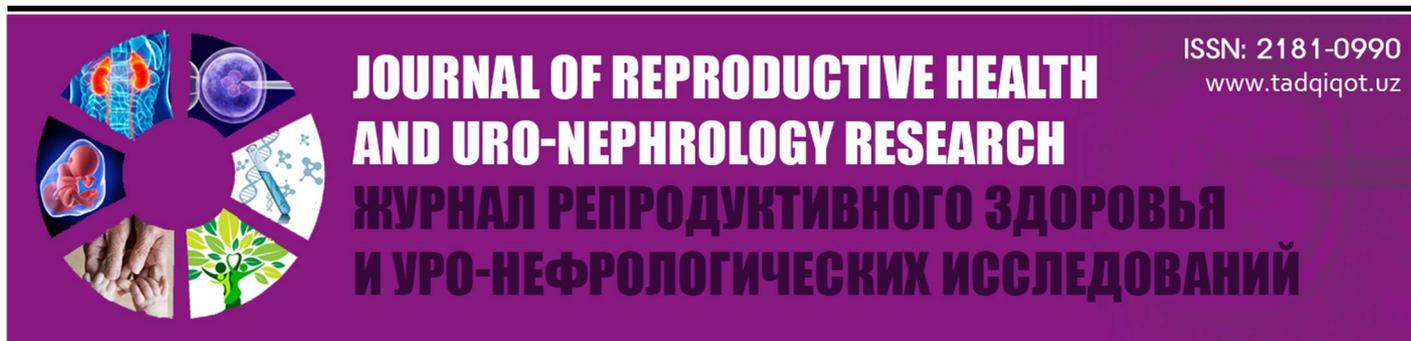
большой дефицит пластических тканей. Однако большое количество осложнений заставило хирургов значительно сузить показания к их применению [4, 19]. Наиболее благоприятные результаты хирургического лечения наблюдаются у больных с дистальными формами. Если при головчатой, мошоночной и стволовой формами количество неудачных результатов находится в пределах 10-20%, то при дистальной форме количество рецидивов удалось сократить за последние годы до 4-9% [8, 16]. Большинство авторов установлено, что для лечения дистальных форм достаточно применение одномоментных методик, в частности методики МАГПИ, а также Мэтью при недоразвитии уретральной площадки [3, 11]. Несмотря на то, что использование крайней плоти в качестве пластического материала производится уже в течение многих лет, до настоящего времени ведётся активная модернизация методики. По методу МАГПИ с применением непрерывного вворачивающегося шва позволяет довести до положительного результата в 80% случаях. У большей части пациентов удается успешно корригировать порок, проведенный анализ публикаций отечественных и зарубежных авторов свидетельствует, что частота осложнений в послеоперационном периоде достигает 50 % и более.

Таким образом, многие вопросы, связанные с гипоспадией, продолжают оставаться нерешёнными и требуют дальнейшего изучения. Особенно это касается аспектов хирургического лечения, вследствие того, что ни одна из предложенных на

сегодняшний день методик не является совершенной. Можно говорить о том, что отсутствие прямой коррелятивной зависимости между уровнем тестостерона и степенью васкуляризации кожи препуция у пациентов с гипоспадией позволяет наряду с нарушениями генетического характера отвести значительную роль и процессу дизангиогенеза при развитии данной патологии. Согласно результатам проведенного исследования стволовая форма гипоспадии встречается чаще проксимальных форм, при которой дистопированный меатус расположен в средней трети ствола ПЧ, стенозирован и вызывает затрудненный отток мочи. Проведенные инструментально – лабораторные методы исследования и оперативные методы лечения, направленные на коррекцию данной аномалии с использованием трансплантатов различных тканей не исключили возникновение часто встречающихся послеоперационных осложнений. Коррекцию гипоспадии следует проводить в раннем возрасте, учитывая повышенную способность тканей к регенерации у детей младшего возраста. Таким образом, возникновение послеоперационных осложнений предполагает проведение исследований для разработки стандартизированных подходов к оценке гипоспадии и выбора метода хирургического лечения с целью улучшения результатов уретропластики. Учитывая выше сказанное немаловажный эффект имеют хирургическая техника, шовный материал, выкраивание лоскутов, инструменты.

Список литературы:

1. Абекенов БД, Бишманов РК. Коррекция гипоспадии у детей методом формирования артифициальной неоуретры. Вестник КазНМУ. 2013;3:112-3.
2. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. Т. III. Санкт-Петербург, 1999. С. 28–50, 79–105.
3. Болотова НВ, Шарков СМ, Коновалова ОЛ. Психологические нарушения у мальчиков с корригированной гипоспадией. Российский педиатрический журнал. 2015;1:20-4.
4. Барухович ВЯ. Лапароскопия в диагностике нарушений формирования пола у детей с гипоспадией. Хирургия детского возраста. 2015;1-2:25-9.
5. Волкова О.В., Пекарский М.И. Эмбриогенез и возрастная гистология внутренних органов человека. Москва, 1976.
6. Дубров ВИ, Хмель РМ, Строчкий АВ. Этиология и распространённость гипоспадии в Беларуси. Здоровоохранение. 2011;7:13-6.
7. Жаркимбаева АД, Аубакиров МТ, Дюсембаев АА. Сравнительный анализ методов лечения дистальной формы гипоспадии у детей. Наука и здравоохранение. 2014;
8. Иноятов АШ. Характеристика частоты встречаемости врождённых патологий в Бухарской области. Вісник проблем біології і медицини.
9. Ивлиева ИВ, Полуниин ВС. Особенности заболеваемости у мальчиков с аномалиями развития и приобретённой патологией половых органов. Практическая медицина. 2011
10. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология: Руководство. Москва, 1986. С. 217–242.
11. Люлько А.В. Хирургическая андрология. Москва, 2005. С. 159–212.
12. Рудин ЮЭ, Марухненко ДВ, Гарманова ТН. Применение аналогово-цифровой шкалы для предоперационной оценки состояния полового члена у пациентов с гипоспадией. Экспериментальная и клиническая урология. 2013;
13. Рудин ЮЭ, Гарманова ТН, Марухненко ДВ. Сравнительная оценка косметических результатов операции пластики уретры по Snodgrass и Methieus применением опросников у пациентов с гипоспадией. Экспериментальная и клиническая урология. 2014;
14. Москалёва Н, Рудин Ю, Яровой С. Лечение гипоспадии у детей. Врач. 2013;
15. Староверов ОВ, Казанская ИВ. Перспективы развития гипоспадиологии. Андрология и генитальная хирургия. 2016.
16. Савченко Н.Е. Гипоспадия и гермафродитизм. Минск, 1974.
17. Севергина Л.О. Роль дизангиогенеза в пороках развития мочеполовой системы // Автореферат дисс. Москва, 2014.
18. Ташпулатов Б.К. Оценка гормонального статуса у детей с гипоспадией // Автореферат дисс. Москва, 2009.
19. Эсембаев БИ. Оптимизация лечения гипоспадии у детей в Кыргызской Республике. Проблемы современной науки и образования. 2010;
20. Baskin L.S., Himes K., Colborn T. Hypospadias and endocrine disruption: is there a connection? // Environ. Health Perspect., 2011, Nov.109 (11), pp.1175–1183.
21. Belez-Meireles A., Lundberg F. FGFR2, FGF10 and BMP7 as candidate genes for hypospadias // Eur J. Genet, 2007, Apr15 (4), P405–410
22. Brouwers MM, van der Zanden LFM, de Gier RPE, Barten EJ, Zielhuis GA, Feitz



УДК 615.03:616.43

Шукурова Дилором Баходировна

Ассистент

Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТОНОМ МВ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****For citation:** Shukurova Dilorom Bahodirovna, Effectiveness of treatment with mv diabeton in patients with type 2 diabetes, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 2, pp.18-20 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7902208>

Shukurova Dilorom Baxodirovna

assistant

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**QANDLI DIABET 2 TURI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA DIABETON MV BILAN DAVOLASH SAMARASI
(ADABIYOTLAR TAHLILI)**

Shukurova Dilorom Bahodirovna

Assistant

Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan**EFFECTIVENESS OF TREATMENT WITH MV DIABETON IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES (LITERATURE REVIEW)**

Учитывая, что основной причиной смертности у больных СД 2 типа являются заболевания сердечно-сосудистой системы, наибольшее значение имеет влияние препарата на риск развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии. Одним из производных сульфонилмочевины (ПСМ) с уникальными свойствами является Диабетон МВ, производимый фармацевтической группой Сервье. Этот препарат имеет в качестве действующего начала гликлазид, который помещен на гидрофильный матрикс из волокон гипромелозы. При взаимодействии с желудочно-кишечным соком, гидрофильный матрикс образует гель, что приводит к постепенному высвобождению препарата в течение суток при однократном приеме перед завтраком. Для данного препарата характерна уравновешенная фармакокинетика. Максимальная концентрация препарата отмечается в дневное время с постепенным снижением в ночное время. Биодоступность препарата составляет 96,7%. Период полувыведения равен 17 часам. Препарат метаболизируется в печени путем гидроксилирования с образованием 7 неактивных метаболитов. Выводится почками (70%) и желудочно-кишечным трактом (30%). Благодаря своим свойствам, Диабетон МВ при однократном приеме всей дозы утром обеспечивает устойчивый сахароснижающий эффект в течение суток. Диабетон МВ допустим к применению при диабетической нефропатии на стадии протеинурии при СКФ не ниже 30 мл/мин. В клинических и экспериментальных исследованиях показано, что использование диабетона МВ приводит к восстановлению первой фазы секреции инсулина,

снижению прандиального уровня гликемии и уменьшению постпрандиального запоздалого повышения уровня инсулина. Причем высвобождение препарата происходит не в связи с приемом пищи, а в соответствии с уровнем гликемии. Эти свойства препарата обеспечивают физиологический характер секреция инсулина и снижают риск развития гипогликемии [1]. Нежелательные побочные эффекты всех производных сульфонилмочевины – это развитие гипогликемий и прибавка массы тела. Однако эти эффекты выражены в разной степени у препаратов данной группы. Риск гипогликемий при лечении Диабетоном МВ является низким и составляет менее 5%. Причем были учтены состояния, которые расценивались как гипогликемии по симптомам и не всегда имели лабораторное подтверждение. Тяжелые гипогликемии, встречались крайне редко [2]. При десятимесячном лечении Диабетоном МВ не отмечено значимой прибавки массы тела как у больных с ожирением, так и при нормальной исходной массе тела [3]. Известно, что 90% больных в группе интенсивного контроля в исследовании ADVANCE (Actionin Diabetes and Vascular disease; Preterax and Diamicon MR Controlled Evaluation) принимали Диабетон МВ, причем 70% из них в дозировке 120 мг/сутки. При этом в этой группе количество эпизодов гипогликемии было в 7 раз меньше, чем в группе интенсивного контроля исследования ACCORD (ActiontoControlCardiovascularRiskinDiabetes), и в 2 раза меньше, чем в исследовании UKPDS (UK ProspectiveDiabetesStudy) [4]. Более того, в течение 5 лет стратегия интенсивного контроля гликемии на основанная на использовании Диабетона МВ не

приводила к увеличению массы тела у пациентов с СД 2 типа. По сравнению с глимеперидом у больных, получавших Диабетон МВ частота развития эпизодов гипогликемии менее 3 ммоль/л на протяжении 6 месяцев была достоверно ниже (3,7% и 8,9% больных соответственно, $p=0,003$), при этом количество подтвержденных эпизодов гипогликемии также было достоверно ниже (22 и 56 соответственно, $p=0,003$) [5]. Оптимальная переносимость и безопасность данного препарата во многом объясняется обратимостью связывания Диабетона МВ с рецептором на поверхности β -клетки. При низкой обратимости связи ПСМ с рецептором (например у глибенкламида) имеется пролонгированная секреторная активность, которая может определять высокий риск развития гипогликемии, увеличение массы тела, истощение и гибель β -клеток [6]. Рецептором для ПСМ является SUR субъединица АТФ-зависимых калиевых каналов (К АТФ каналы) β -клетки [7]. Взаимодействие препарата с SUR субъединицей приводит к закрытию К АТФ каналов, увеличению поступления ионов Ca^{++} внутрь клетки и, как следствие этого, усилению секреции инсулина путем экзоцитоза. Сахароснижающий эффект ПСМ проявляется только тогда, когда имеется достаточное количество функционально активных β -клеток. Помимо β -клеток, К АТФ-каналы участвуют в регуляции обменных процессов в разных тканях, в том числе в миокарде, скелетных мышцах, гладкомышечных клетках сосудов, в ЦНС. К АТФ каналы имеют тканевую специфичность, что зависит от структуры и молекулярной массы составляющих рецептор субъединиц. К АТФ каналы играют роль «сенсоров» при возникновении таких метаболических стрессов, как гипергликемия, гипогликемия, ишемия и гипоксия. В стенке сосудов К АТФ каналы участвуют в регуляции мышечного тонуса, в коронарных артериях - в вазодилатации в ответ на ишемию. К АТФ каналы (Kir 6.2 /SUR1) гипоталамуса участвуют в регуляции секреции глюкогона в ответ на гипогликемию, а также в регуляции продукции глюкозы печенью. В миокарде активация К АТФ каналов во время ишемии способствует уменьшению повреждения сердечной мышцы. Данный феномен получил название ишемического прекоординирования или ишемической подготовки. Физиологический смысл его заключается в том, что в условиях ишемии сердце само себя защищает от инфаркта. В норме К АТФ каналы калиевые каналы кардиомиоцита закрыты. В условиях ишемии происходит их открытие и ионы калия выходят из клетки. Увеличивается электрический потенциал мембраны и ограничивается приток ионов кальция. Наступает расслабление мышц. Это приводит в итоге к более экономному расходованию высокоэнергетических фосфатов кардиомиоцитами в условиях ишемии, снижается потребление кислорода. Блокада К АТФ каналов сердца препаратами может стать пагубной для миокарда в состоянии ишемии за счет подавления ишемической подготовки. Ряд препаратов, ПСМ (глибенкламид и толбутамид) связываются с К АТФ – зависимыми каналами как β -клетки, так и кардиомиоцита. По этой причине глибенкламид упраздняет кардиопротективный эффект ишемической подготовки за счет закрытия калиевых каналов что может приводить к усилению повреждения миокарда в условиях ишемии и увеличению площади инфаркта [8].

При использовании специальных методик были измерены электрические потенциалы мембран калиевых каналов при воздействии разных производных сульфонилмочевины. Оказалось, что гликлазид (Диабетон МВ) обратимо взаимодействует с АТФ-зависимым калиевыми каналами β -клетки и не связывается с рецептором на кардиомиоците, поскольку не имеет в своем составе бензамидной группы [9]. При изучении глибенкламида и меглитинида показано, что оба препарата связываются как с рецептором β -клетки, так и кардиомиоцита [10]. Таким образом, на основе сегодняшних знаний можно утверждать, что у больных СД с наличием ИБС, особенно при ее осложненном течении, предпочтительнее применять ПСМ с минимальным кардиальным эффектом. Молекула Диабетона МВ имеет уникальное строение. Наличие в ней кольцевой структуры - аминоклазидной группы делает Диабетон МВ

единственным производным сульфонилмочевины, обладающим антиоксидантными свойствами. Это объясняет дополнительные преимущества препарата. Исходя из современных представлений о патогенезе сосудистых осложнений, ведущая роль в их развитии отводится развитию оксидативного стресса. Оксидативный (окислительный) стресс – дисбаланс между избыточной продукцией свободных радикалов и ослаблением антиоксидантной защиты клеток. Свободные радикалы – это химические соединения, которые имеют один или более непарных электронов (например: O_2^- , $OONO^-$, OH^-). У здорового человека избыточная продукция свободных радикалов ограничивается антиоксидантной системой. При сахарном диабете хроническая гипергликемия сопровождается выработкой большого количества свободных радикалов. С другой стороны, отмечается ослабление антиоксидантной защиты клетки, вследствие разных причин, в частности мутации генов, регулирующих активность ферментов антиоксидантной защиты (супероксиддисмутазы и др.) и гликирования белков (супероксиддисмутазы, ферритин, трансферрин). Главной точкой приложения оксидативного стресса является эндотелий капилляров. Окислительный стресс запускает ряд патологических механизмов, основными из которых являются: эндотелиальная дисфункция, окисление ЛПНП, нарушение процессов коагуляции. Наиболее значимым нарушением из всех многочисленных функций эндотелия является возникновение дисбаланса между эндотелийзависимыми процессами вазодилатации и вазоконстрикции. При сахарном диабете наблюдается снижение продукции NO радикала и повышение продукции супероксидного аниона (O_2^-). В результате этого дисбаланса отмечается нарушение эндотелийзависимой релаксации сосудов, гиперкоагуляция, выделение различных факторов роста, что приводит к миграции и пролиферации клеток, накоплению внеклеточного матрикса. Ремоделирование стенки сосудов и изменения ЛПНП приводят к их накоплению в интима сосуда, с последующим поглощением макрофагами и образованием пенных клеток. Данный процесс составляет основу атеросклеротического поражения сосудов. Таким образом, снижение выраженности оксидативного стресса у больных СД 2 типа способно уменьшить прогрессирование атеросклероза, диабетической ретинопатии, нефропатии, т.е. макро и микрососудистых осложнений СД. Антиоксидантные свойства Диабетона МВ были подтверждены во многих исследованиях. Так в сравнительном исследовании Диабетон МВ в терапевтических концентрациях повышал устойчивость ЛПНП к перекисному окислению, удлиняя время до начала окисления. Другие ПСМ – глимеперид, глипизид, глибенкламид, толбутамид – не оказывали влияния на этот показатель. [11]. На фоне приема Диабетона наблюдалось восстановление эндотелийзависимой релаксации мелких сосудов человека. Эффект был связан с усилением продукции вазодилатора – NO, - и не наблюдался при приеме глибенкламида [4-5]. При лечении пациентов с СД 2 типа Диабетон МВ в течение 3 месяцев было отмечено повышение активности тканевого активатора плазминогена, при этом уровень ингибитора активатора плазминогена оставался неизменным. Этот эффект не зависел от степени гликемического контроля. Таким образом, назначение Диабетона МВ способствовало снижению склонности к тромбообразованию посредством улучшения баланса между тканевым активатором и ингибитором активатора плазминогена [2]. При приеме Диабетон МВ отмечалось достоверное повышение общей антиоксидантной способности плазмы, содержания тиолов, активности супероксиддисмутазы и уменьшение уровня 8-изопростаглана. Результаты исследований доказывают влияние Диабетона МВ на показатели атерогенеза: перекисное окисление липидов, уровни цитокинов плазмы, адгезию моноцитов к эндотелию. До назначения Диабетона МВ больные получали глибенкламид и были не компенсированы. Лечение гликлазидом в течение 3 месяцев привело к восстановлению нормального уровня перекисного окисления липидов и адгезии моноцитов к эндотелию и подавлению продукции фактора некроза опухолей (TNF), обладающего проатерогенным действием. Прогрессирование СД связано со

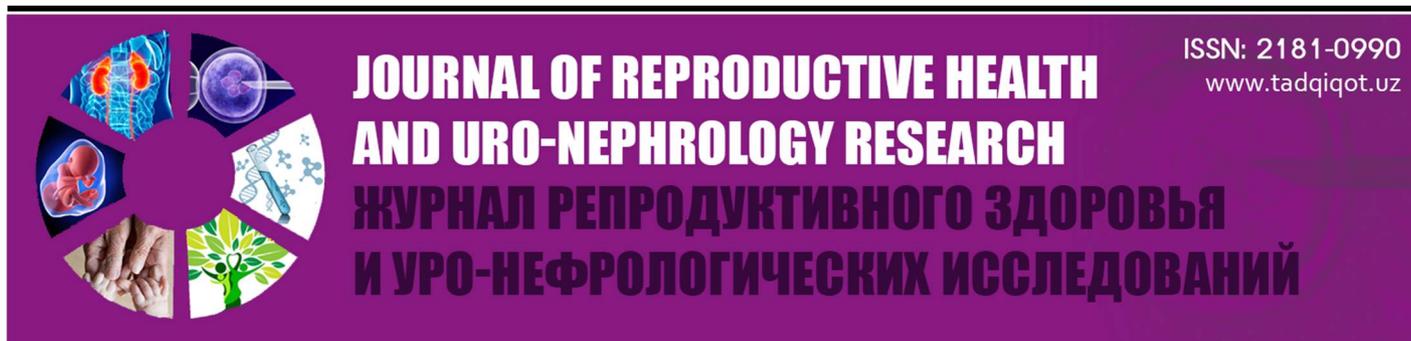
неуклонным снижением функции и массы β -клеток. Активно обсуждается вопрос о том, что длительное применение ПСМ может привести к дисфункции и апоптозу β -клеток, ускоряя тем самым развитие потребности в инсулине. Было показано, что глибенкламид [9] снижает массу функционирующих β -клеток. Конечно, прогрессирующая недостаточность β -клеток лежит в основе естественного течения СД 2 типа. Уже в дебюте заболевания функция β -клеток снижена на 50%. Примерно в той же степени снижена и масса β -клеток. Эти процессы во многом обусловлены генетическими факторами, а также воздействием таких вторичных факторов, как глюкозотоксичность и липотоксичность. В ряде сообщений отмечалось, что стойкое воздействие на β -клетки повышенных уровней глюкозы вызывает апоптоз β -клеток. Немаловажную роль при этом играет оксидативный стресс, который проявляется чрезмерной выработкой реактивных форм кислорода (РФК). Предполагается, что стойкое воздействие высоких уровней глюкозы и уровней РФК на β -клетки вызывает дефицит факторов транскрипции, которые необходимы для поддержания нормальных уровней активности промотора гена инсулина и приводит к уменьшению секреции инсулина [1]. Наряду с этим в нескольких исследованиях отмечалось, что увеличение поступления ионов Ca^{2+} в клетку вследствие применения ПСМ является одной из причин гибели β -клеток [8]. В частности стойкое увеличение поступления ионов Ca^{2+} в клетку, вызванное глибенкламидом или толбутамидом, вызывает апоптоз β -клеток. Однако до конца не известно имеются ли различия между ПСМ в отношении влияния на процессы

апоптоза β -клеток. В связи с этим представляют интерес результаты исследования, в котором оценивалось влияние различных ПСМ и натеглинида на уровни окислительного стресса и апоптоза в культуре панкреатических β -клеток линии MIN6. После культивирования клетки MIN6 подвергали воздействию препаратов сульфонилмочевины (глибенкламида, глимегирида и гликлазида) и натеглинида в различных концентрациях. Воздействие на клетки MIN6 глибенкламида, глимегирида и натеглинида в течение 24 часов привело к значительному увеличению внутриклеточного образования РФК, величина которого зависела от концентрации препарата. Судя по результатам оценки образования РФК, стимулирующие эффекты глибенкламида на апоптоз были достоверно выше, чем эффекты глимегирида или натеглинида. В отличие от этого, обработка клеток гликлазидом не привела к достоверному увеличению числа апоптозных клеток. Ранее были опубликованы сообщения о том, что гликлазид уменьшает апоптозную гибель β -клеток, индуцированную перекисью водорода [11].

Выводы. Диабетон МВ является препаратом первого выбора для лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Он обеспечивает оптимальный метаболический контроль, восстанавливает физиологические механизмы секреции инсулина. В связи со своей высокой селективностью не оказывает отрицательного влияния на состояние миокарда, удобен в применении и безопасен в отношении риска развития гипогликемических состояний.

Список литературы

1. Болезни органов эндокринной системы. Руководство под ред. акад. И.И. Дедова. Москва, Медицина 2000.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимова М.А. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет».
3. Введение в диабетологию. И.И. Дедов, В.В. Фадеев. М-1998 г.
4. De Fronzo R.A., Bonadonna R.C., Ferranini A. Pathogenesis of NIDDM/A balanced overview. *Diabetes care*. 1992, 15:318-368.
5. Юлдашев, С. Ж., Ахмедова, Г. А., Ибрагимова, Э. Ф., Шукурова, Д. Б., & Арслонова, Р. Р. (2019). Роль матриксных металлопротеиназ в развитии хронической сердечной недостаточности. *Вопросы науки и образования*, (27 (76)), 47-56.
6. Юлдашев, С. Ж., Ахмедова, Г. А., Ибрагимова, Э. Ф., Шукурова, Д. Б., & Арслонова, Р. Р. (2019). Взаимосвязь между показателями системы ММП/ТИМП и функциональными параметрами сердечно-сосудистой системы при хронической сердечной недостаточности. *Вопросы науки и образования*, (27 (76)), 66-75.
7. Shukhrat Ziyadullaev J. R. A., Agababyan Rubenovna I., Ismailov Abduraimovich J. Soatboy Yuldashev Jiyanboyevich The effect of budesonide on the quality of life in patients with bronchial asthma // *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 1760-1766.
8. Зиядуллаев Ш. Х. и др. Роль некоторых регуляторных цитокинов в иммунопатогенезе экзогенных аллергических альвеолитов // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. – 2017. – №. 1. – С. 38-41.
9. Aslam I. et al. Muscle Relaxant for Pain Management // *JournalNX*. – Т. 8. – №. 1. – С. 1-4.
10. Aslam I., Jiyanboyevich Y. S., Ergashboevna A. Z. Prevention & Treatment Of Cardiovascular Diseases // *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research*. – 2021. – Т. 3. – №. 06. – С. 180-188.
11. Jiyanboevich Y. S., Rajabboevna A. R., Salimovna N. Z. Study Of Anti-Inflammatory Properties Of Paranitrophenylglyoxilic Acid Thyosemicarbase // *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*. – 2020. – Т. 7. – №. 3. – С. 2711-2715.



UDC 618.346-074:616.98

Agababyan Larisa RubenovnaProfessor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Sharipov Hurshid**Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**Ahmedova Aziza Tairovna**PhD, Assistant
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan**ARGON PLASMA APPLICATION IN MODERN OBSTETRICIAN-GYNECOLOGIST PRACTICE (LITERATURE REVIEW)****For citation:** Agababyan Larisa Rubenovna, Sharipov Hurshid, Ahmedova Aziza Tairovna, Argon plasma application in modern obstetrician-gynecologist practice (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2023, vol. 4, issue 2, pp.21-24.<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7902247>**Агабабян Лариса Рубеновна**профессор
Самаркандский Государственный Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Шарипов Хуршид**Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Ахмедова Азиза Таировна**PhD, Ассистент
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**АРГОНОВАЯ ПЛАЗМА В СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****Agababyan Larisa Rubenovna**Professor
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**Sharipov Hurshid**Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**Ahmedova Aziza Tairovna**PhD, Assistent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**AKUSHER-GINEKOLOGNING ZAMONAVIY AMALIYOTIDA ARGON ZARDOBI (ADABIYOTLAR TAHLILI)**

The latest technologies of bloodless surgery (blood saving) are very quickly gaining more and more supporters all over the world. Currently, they are practicing in 120 specialized general surgical centers, 80 of them are located in the USA [2,3]. As it is known, bleeding is one of the eternal problems in obstetrics, which many generations of scientists have worked on trying to solve. The importance of prevention and

treatment of this complication is determined by the fact that obstetric bleeding occupies one of the first places in the structure of maternal mortality causes and makes up 17 % in its structure as a pure form, 42 % as a competing cause and up to 78% as a background cause [6,8].

Today's shortage of high-quality donor blood and the risk of contamination by dangerous infections, makes the advantages of

bloodless surgery undoubtedly and its main principle is to save a person who finds himself on the operating table as much blood as possible [15,17].

Radiowave surgery and argonoplasma coagulation set new standards for minimizing intra and postoperative complications. Electrosurgical methods are increasingly used in the diagnosis and treatment of cervix, vagina, external genitalia diseases, as well as in "open" and endoscopic obstetric and gynecologic operations in our days.

Recent achievements in physics and medicine made it possible to create an innovative method for stopping bleeding and destruction of pathological formations using plasma energy [12, 15, 17].

Using scientific language, argon plasma coagulation is an electrosurgical non-contact monopolar method of high-frequency current exposure on biological tissues using ionized electrically conductive argon gas which creates impact field between the operated tissue in which the electric gas is ionized and argon plasma jet is formed.

Currently, a large number of studies have appeared on the effective use of argonoplasma coagulation (APC) in various fields of medicine. The APC method has been successfully used in open surgery, laparoscopy and thoracoscopy for surgical interventions for more than 5-7 years [1]. The plasma jet forms an argon cloud, which is ionized by the applied high-frequency (HF) voltage and forms an argon plasma arc, which transmits high-frequency energy contactless to the treated tissue [22]. The non-contact effect of HF current on the fabric almost completely eliminates the possibility of instrument "sticking" to the fabric. Due to the regular coagulation of extensive tissue areas and the possibility of limiting the depth of thermal exposure, the number of complications decreases and the effectiveness of treatment increases. Overheating and charring of tissues (carbonization) does not occur, since argon, is an inert gas which prevents combustion. Continuous gas supply reduces the temperature on the surface of the biological tissue, that results in minimization necrosis zone, and argon flow allows to conduct effective coagulation.

Radio waves usage is based on local heating of biological tissues, rapid heating leads to violent intracellular fluid boiling and vapors formation that tear the tissue at macro level, forming an incision, slow heating with a monopolar instrument leads to gradual evaporation of the liquid, protein denaturation and clogging of small vessels, and bipolar instrument causes gluing the walls of large vessels due to collagen formation, this effect lies in the basis of electrosurgical hemostasis. Thus, working with just one device, give the obstetrician-gynecologist the opportunity to simultaneously obtain a number of effects such as: cutting, cutting with coagulation, contact and non-contact coagulation, which occurs due to heating of biological tissues during direct tissue-device contact. This method completely allows to prevent sticking of the instrument applicator to the treated tissue, ensures uniform coagulation of large surfaces, control and limit the depth of thermal exposure, which reduces the risk of complications after operations and simplifies the surgeon's activities.

The main advantages of APC are [9, 16] the following:

- contactless coagulation;
- objectively controlled tissue coagulation depth - no more than 3 mm;
- application in three-dimensional space without instrument reorientation;
- possibility of usage on parenchymal organs;
- absence of smoke and odors;
- high efficiency of hemostasis;
- bactericidal effect;
- activation of repair processes as a result of increased neoangiogenesis;
- reduction of the adhesive process recurrence.

The disadvantages of the method are:

- insufflation of an additional volume of gas into the cavity when using endoscopic access (compensated by the usage of modern electronic insufflators);
- the effectiveness of hemostasis in bleeding from vessels with a diameter of less than 1.5 mm (due to modern innovations, it is possible to eliminate this disadvantage in the nearest future).

However, it is obvious that the number and value of the advantages significantly exceeds the minor disadvantages, which determines the choice of APC as an alternative method for high-quality and gentle surgical manipulation.

Modern obstetrics is impossible to imagine without cesarean section (CS), which is often used as a method of delivery. This increases the number of women of reproductive age with anamnestic indications for CS. Complications occur more often after such delivery than during childbirth per vias naturalis, that is why it is so important to find measures aimed to reduce their frequency.

Cesarean section (CS) has become more commonly used worldwide and has made a certain contribution to reducing the perinatal mortality rate [3, 5, 10,11]. Currently, according to M. Oden [8], "it can be stated that childbirth by CS and childbirth per vias naturalis differ little in terms of safety in modern well-equipped and organized hospitals in economically developed countries". The frequency of CS complications, according to different authors [2, 3, 6], varies from 2 to 15%, which is largely due to the existing differences in the methods of morbidity accounting. The probability of complications is caused by wound infection, hemostasis violation in it, operation techniques defects. Simultaneously with an increase in the frequency of abdominal labor, the question of the possibility of delivering women with uterus scar per vias naturalis is becoming more actual, but this requires the presence of a full-fledged scar [5, 12]. The main conditions for optimal tissue regeneration and the formation of a full-fledged scar are good blood circulation in the wound, excluding the development of ischemia and hypoxia of tissues in the suture area, and minimal inflammatory reaction, which is determined by the method of restoring the dissected uterine wall and the type of suture material [1, 4,7, 9, 13]. Data about influencing the methods on the activity of repair and the formation of a full-fledged scar are very few in literature [12,13].

As it's known, CS in the lower uterine segment by a transverse incision with the imposition of a single-row continuous suture and uncomplicated postoperative period course is accompanied by the formation of a full-fledged uterus scar, promotes further delivery per vias naturalis. At the same time, the main problem is the improvement of the reparative process in the scar area after CS. In order to form a more complete uterus scar in CS, argonoplasma coagulation (APC) is now used in modern obstetrics [12].

Argonoplasma coagulation is one of the methods that improve the condition of the uterus scar and increase the effectiveness of surgical delivery outcomes. The ability to use argonoplasma coagulation in CS results in achieving the viability of the uterus scar, reducing intraoperative blood loss, improving the quality of life by lowering the severity of pain syndrome, abandoning antibacterial therapy and limiting the use of analgesics in the early postoperative period, as well as reducing the length of hospital stay [13].

Performing a caesarean section using broadband argonoplasma technology safely and effectively creates conditions for a "bloodless" clean surgical field, contributes high-quality hemostasis, provides a reduction in the severity of postoperative pain syndrome, leads to a good wound healing, and a reduction in the length of hospital stay.

According to scientific research [9], in general, the duration of operation by using the APC decreased by 15-20 minutes. The course of the postoperative period was characterized by infiltration and soreness of the anterior abdominal wall suture absence on the 2nd-3rd days. There was also a lack of infiltration and / or liquid inclusions in the uterus suture and pre-bubble tissue (according to ultrasound), a decrease in the frequency of narcotic and non-narcotic analgesics administration, wound healing by primary tension, earlier discharge (on the 5th-6th day, without APC, discharge was carried out on the 7th-8th day) [4]. An important aspect of APC in CS use is a reduction in the length of uterus suture by 10-15% according to ultrasound data obtained on the 2nd day after surgery [9]. As a result of argonoplasma coagulation, almost complete replacement of the incision zone with myocytes was found, while the traditional technique of surgery makes the scar completely presented by connective tissue [4].

The perspective of further research can be associated with the study of long-term results in operated women, which will become possible as they realize further reproductive plans.

It was noted that the processing of uterus suture with an argonoplasma torch in CS leads to the formation of not only a full-fledged scar, but also a wealthy myometrium zone adjoining the scar in the long-term period after childbirth. This fact is of great practical importance, since, as a number of studies shows, uterine rupture during childbirth does not occur along the scar itself, but next to it - in the area of tissues adjoining to the scar [7, 9]. The problem of injury healing (ruptures after childbirth) remains unexplored. It is known that these injuries lead to further pelvic organ tissue prolapse, urinary incontinence and deterioration of life quality [3,5]. In our opinion, the APC can be used to prevent all these complications.

APC is effectively used in cervix, vagina and external genitalia diseases treatment in gynecological practice [2, 11]. The issue of organ-preserving operations for uterine fibroids remains the main problem of operative gynecology to date. Myomectomy as a method of surgical treatment, depending on the size, number and localization of nodes, has three negative aspects: the likelihood of the disease recurrence, massive intraoperative blood loss, incomplete viability of the uterus scar [12, 14].

Bleeding from myometrium tissues during myomatous node removal was stopped using APC in the FULGUR mode (forced deep argonoplasma coagulation), after which the bed was carefully treated with an argon plasma torch in SPRAY mode (soft smooth argonoplasma coagulation). According to research data, the presented technique of surgery using APC can also be successfully applied in pregnant women and women in labor if there are indications for conservative myomectomy during cesarean section [4, 9].

The ultrasound data [4] on the 4th-5th day after surgery differed from those obtained using traditional techniques: the infiltration of the suture was moderate, liquid inclusions in the suture were not detected. It should be noted that the thermal effect of argon plasma torch on myometrium in the area of myomatous node bed leads to a reduction of collagen fibers, as well as to decreasing the size of uterine defect and compacting it's edges.

Analyzing studies on the effectiveness of APC usage in laparoscopic and "open" myomectomy, revealed that the duration of surgery decreased by an average of 10-20 minutes, intraoperative blood loss and the duration of hospital stay compared with traditional electrosurgical technologies significantly decreased [3].

In recent years, APC has been used for the laparoscopic surgical treatment of external genital endometriosis. According to single studies

[19], APC completely removes foci from the tissue surface without complications and with minimal thermal necrosis of coagulated areas.

Taking into account the unique features of argonoplasma effects on tissues, it is currently actively used for cervix pathology treatment. Modern conditions of care for patients with cervical pathology require adequate monitoring for one category of patients, and epithelium ablation (destruction) or cervix excision for another category [15,16]. Therefore, the requirements for the methods that doctor uses for adequate and effective treatment have increased significantly. When comparing the methods of cryodestruction, diathermoelectrocoagulation (DEC) and argonoplasma ablation in patients with histological diagnosis of epidermizing endocervicosis, for example, it can be noted that APC has high efficiency, good tolerability and provides high rates of endocervix epithelialization [17]. According to colposcopy [11], recovery in 2.5 months after APC was 92%, after DEC - 88% and 48% after cryodestruction. More gentle electrosurgical effect of APC on tissues in comparison with diathermoelectrocoagulation, and the absence of rough cervix scarring in the long-term period after treatment can serve as an additional argument for it's usage in nulliparous women. Complete recovery after using APC method occurs much faster than after cryodestruction [2, 11].

These data prove the advantages of using argonoplasma coagulation in operative gynecology with laparoscopic access.

Thus, at present, APC can be used in obstetrics and gynecology during operations on uterus (cesarean section, conservative myomectomy), at patients with external genital endometriosis, ovarian cysts and cervix pathology. The use of APC is possible both in laparotomy and laparoscopic gynecological operations [18,19].

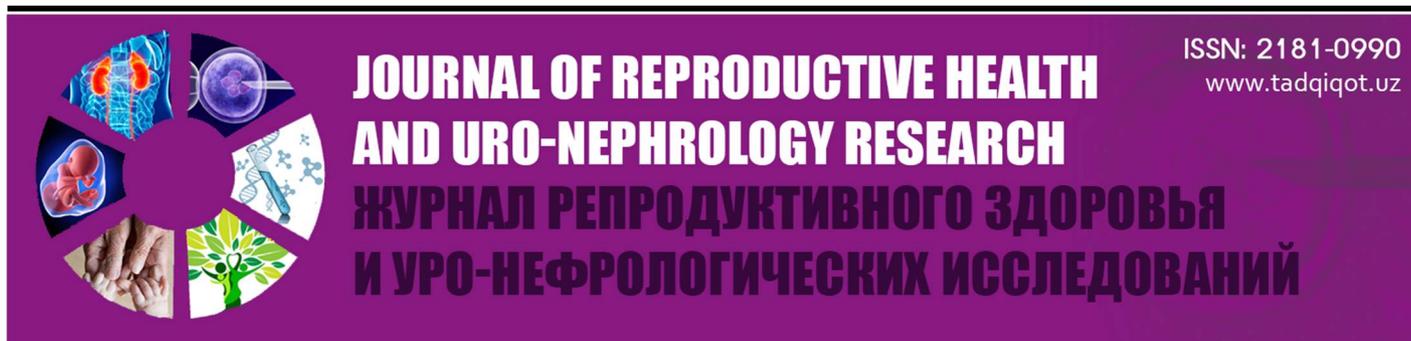
The usage of APC increases the efficiency of hemostasis, shortens operation duration and the time of postoperative rehabilitation, accelerates the repair processes and reduces the severity of the surgical defect [14,16].

Researches aimed on studying the effects of this type of energy on biological tissues remain relevant in our days, confirming the effectiveness of APC usage in surgery, taking into account the assessment of tissue injury degree, as well as improving the methods of using APC in an obstetrician-gynecologist practice. The practical application of innovative techniques is an indicator of the progressiveness of a modern obstetrician-gynecologist striving to improve his own system of skills.

Literature

1. Adamyan L.V. Rol sovremennoy gormonomoduliruyushey terapii v kompleksnom lechenii genitalnogo endometrioza / L.V. Adamyan, E.N. Andreeva // Problemi reproduktivnoy. - 2011. - № 6. - p. 66-77.
2. Analiz vzaimosvyazi mejdru kliniko-anamnesticheskim, kliniko-laboratornymi dannimi, osobennostyami induktivnoy superovulyatsii i ishodom EKO i EKO/IKSI / A.A. Amirova, T.A. Nazarenko, T.V. Kolesnichenko [et al.] // Problemi reproduktivnoy. - 2011. - № 1. - p. 73-77.
3. Andreeva V.O. Sostoyanie ovarialnogo rezerva u devochek-podrostkov s autoimmunnim ooforitom / V.O. Andreeva, I.A. Gerasimova, A.A. Mashtalova // Reproaktivnoye zdorovya detey I podrostkov. - 2013. - № 1. - p. 35-43.
4. Apresyan S.V. Mediko-psihologicheskie aspekty besplodiya / S.V. Apresyan, A. A. Abashidze, V.F. Arakelyan // Akusherstvo, ginekologiya i reproduktivnaya. - 2013. - T. 7, № 1. - p. 8-10
5. Gluhov E.Yu., Oboskalova T.A. Primenenie sovremennih elektrohrurgicheskikh metodov v lechenii dekubitalnih yazv vlagalisha i sheiki matki. Ginochiy Likar
6. Gluhov E.Yu., Oboskalova T.A., Mamin E.L. Ispolzovanie shirokopolosnoy radiovolnovoy hirurgii i argonoplazmennoy koagulyatsii pri laparoskopicheskoy i «otkritoy» miomektomii. Ginochiy Likar 2010;
7. Gluhov E.Yu., Oboskalova T.A., Butunov O.V. Sovremennie elektrohrurgicheskie tehnologii v akusherstve. Ginochiy Likar 2010;
8. Zulumyan T.N. Reproaktivnoye zdorovye molodih jenshin posle operativnogo lecheniya dobrokachestvennih nevospalitelnih boleznay yaichnikov: avtoref. dis. ... kand. med. nauk : 14.01.01 / Zulumyan Tatevik Nshanovna. - Moskva, 2013. - 24 p.
9. Kramarskiy V.A., Dudakova V.N., Mashakevich L.I., Netzvetaeva T.D., Kostyukova O.M. Otzenochnie kriterii zayavleniya rani na matke posle kesareva secheniya. Alush i gin 2003; 3: 29—31. 18 Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa 1, 2014
10. Krasnopolskiy V.I., Logutova L.S., Petruhin V.A., Buyanova S.N., Popov A.A. Mesto abdominalnogo I vlagalishnogo rodorazresheniya v sovremennom akusherstve. Realnost i perspektivi. Akush i gin 2012; 1: 4—9.
11. Oleneva M.A., Esipova L.N., Vuchenovich Yu.D. Argonoplazmennaya koagulyatsiya tkaney pri kesarevom sechenii. Status Praesens 2010;
12. Reshetov I.V., Sokolov V.V., Olshanskiy V.O. i dr. Endolaringealnaya hirurgiya i fotodinamicheskaya terapiya s ispolzovaniem gibkoy videoendoskopicheskoy tehniki pri predrake i rake gortani. Vestn otorinolar 2010;
13. Perminova E.I. Patomorfologicheskiy analiz rubtzov miometriya posle kesareva secheniya i konservativnoy miomektomii: Aftoref. dis. ... kand. med. nauk. Novosibirsk 2010.
14. Radzinskiy V.E., Esipova L.N., Vuchenovich Yu.D. Argonoplazmennaya koagulyatsiya tkaney pri kesarevom sechenii. Akush i gin 2010; 6: 28—29.

15. Rogovskaya S.I. Diagnostika i lechenie zabolevaniy sheiki matki, vlagalisha i narujnih polovih organov metodami širokopolosnoy radiovolnovoy hirurgii i argonoplazmennoy ablatzii. Posobie dlya vrachey / S.I. Rogovskaya, V.N. Prilepskaya, T.N. Bebneva // Ekaterinburg.: Izd. A.G. Mednikov - 2015 - 48 p.
16. Assessment of ovarian reserve in patients with ovarian endometriosis following laparoscopic enucleation of a cyst accompanied by CO2 laser ablation or electroablation / E. Posadzka, A. Nocun, R. Jach [et al.] // Przegl. Lek. - 2016. - V. 73, № 1. - P. 6-10.
17. Effects of bipolar electrocoagulation versus suture after laparoscopic excision of ovarian endometrioma on the ovarian reserve and outcome of in vitro fertilization / A. Takashima, N. Takeshita, K. Otaka [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Res. - 2013. -V. 39, № 7. - P. 1246-1252. Doi: 10.1111/jog.12056.



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ/ ORIGINAL ARTICLES
УДК 618.1(035).

Адылова Мадина Ниязовна
магистр

Самаркандский медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Раббимова Гулнора Тоштемировна
кандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Шопулатов Эркин Холтоджиевич
ассистент кафедры
Самаркандский медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА ПРИ АПЛАЗИИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

For citation: Adilova Madina Niyazovna, Negmadzhanov Baxodur Boltaevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Shopulatov Erkin Xoltodjievich, Features of carbohydrate and lipid metabolism in patients with ovarian hyperandrogenia in uterine and vagina aplasias Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 2, pp.25-28

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7904152>

АННОТАЦИЯ

В статье предоставлены данные углеводного и липидного обмена у женщин с аплазией влагалища и матки. Основным проявлением нарушений липидного и углеводного обмена явились повышение уровня ЛПНП в 3,8 раз выше у пациенток с аплазией влагалища и матки в сочетании с гиперандрогенией, а уровень ЛПВП в 3,3 раза ниже нормальных значений, это указывает на нарушение липидного обмена у пациенток основной группы; уровень глюкозы крови и нарушение толерантности к глюкозе статистически значимо различаются между основной группой и группой сравнения. Кроме того, уровень инсулина и наличие гиперинсулинемии также статистически значимо различаются между этими двумя группами.

Ключевые слова: аплазия влагалища и матки, гиперандрогения овариального генеза, инсулинорезистентность, липидный обмен.

Adilova Madina Niyazovna
Samarqand tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Negmadzhanov Baxodur Boltaevich
tibbiyot fanlari doktori, professor
Samarqand tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna
tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Samarqand, O'zbekiston

Shopulatov Erkin Xoltodjievich
Samarqand tibbiyot universiteti
assistent
Samarqand tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

BACHADON VA QIN APLAZIYALARIDA TUXUMDONLAR GIPERANDROGENIYASI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA KARBONGIDRAT VA LIPIDLAR ALMASHINUVINING XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIIYA

Maqolada vagina va bachadon aplaziyasi bo'lgan ayollarda uglevod va lipid almashinuvi haqida ma'lumotlar keltirilgan. Lipidlar va uglevodlar almashinuvi buzilishining asosiy namoyon bo'lishi giperandrogenizm bilan birgalikda vagina va bachadon aplaziyasi bo'lgan bemorlarda past zichlikdagi lipoproteinlar darajasining 3,8 baravar yuqori ko'tarilishi va yuqori zichlikdagi lipoproteinlar darajasi normal qiymatlardan 3,3 baravar past bo'lib, bu lipid metabolizmining buzilishini ko'rsatadi. asosiy guruhlarga ega bemorlar; qon glyukoza darajasi va buzilgan glyukoza bardoshlik asosiy guruh va taqqoslash guruhi o'rtasida statistik jihatdan sezilarli darajada farq qiladi. Bundan tashqari, insulin darajasi va giperinsulinemiya mavjudligi ham ikki guruh o'rtasida statistik jihatdan sezilarli darajada farq qiladi.

Kalit so'zlar: vaginal va bachadon aplaziyasi, tuxumdonlarning giperandrogenizmi, insulin qarshiligi, lipidlar almashinuvi.

Adilova Madina Niyazovna

Master's Resident

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Negmadzhanov Baxodur Boltaevich

Doctor of Medical science, Professor

Samarkand State medical University

Samarkand, Uzbekistan

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna

PhD, associate Professor

Samarkand Medical University

Shopulatov Erkin Xoltodjievich

assistant

Samarkand State medical University

Samarkand, Uzbekistan.

FEATURES OF CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM IN PATIENTS WITH OVARIAN HYPERANDROGENIA IN UTERINE AND VAGINA APLASIAS

ANNOTATION

The article provides data on carbohydrate and lipid metabolism in women with aplasia of the vagina and uterus. The main manifestation of lipid and carbohydrate metabolism disorders was an increase in LDL levels 3.8 times higher in patients with aplasia of the vagina and uterus in combination with hyperandrogenism, and HDL levels 3.3 times lower than normal values, which indicates a violation of lipid metabolism in patients with the main groups; blood glucose levels and impaired glucose tolerance are statistically significantly different between the main group and the comparison group. In addition, insulin levels and the presence of hyperinsulinemia also differed statistically significantly between the two groups.

Key words: vaginal and uterine aplasia, ovarian hyperandrogenism, insulin resistance, lipid metabolism.

Брожденная маточно-вагинальная аплазия или аплазия Майера-Рокитанского-Синдром-Кюстера-Хаузера (MRKH) характеризуется несросшимися зачатками матки, аплазией шейки матки и влагалища, но нормальным или гипопластическим двусторонним придатком и клинически проявляется первичной аменореей. Пациенты с MRKH имеют нормальное развитие женского фенотипа и кариотипа (46, XX) и заболеваемость 1 на 4000 или 5000 новорожденных (Cheroki et al. 2006) [11-14]. Аплазия влагалища и матки — это редкое состояние, при котором влагалище и матка не развиваются должным образом. Это может привести к ряду физических и психологических проблем, включая трудности с половым актом, нарушения менструального цикла и бесплодие. Аплазия влагалища и матки может возникать как изолированное состояние или в сочетании с другими заболеваниями, такими как гиперандрогения яичников. Гиперандрогения яичников - это состояние, при котором яичники вырабатывают чрезмерное количество андрогенов, таких как тестостерон. Это может привести к ряду симптомов, включая акне, гирсутизм и нарушения менструального цикла. Гиперандрогения яичников часто связана с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), который является распространенным гормональным расстройством, поражающим женщин репродуктивного возраста [1,11-14].

Несмотря на значительное влияние аплазии влагалища и матки в сочетании с гиперандрогенией яичников на здоровье женщин, в настоящее время нет единого мнения об оптимальных подходах к диагностике и лечению этого состояния. Это подчеркивает необходимость дальнейших исследований и исследований по этой теме. Кроме того, выявление новых подходов к диагностике и лечению этого состояния также может иметь более широкие социальные и экономические последствия. Улучшая здоровье женщин и репродуктивные результаты, мы можем помочь уменьшить бремя бесплодия, снизить расходы на здравоохранение, связанные с неоптимальным ведением, и улучшить общее благополучие пациенток и их семей.

Гиперандрогения связана с увеличением риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе с атеросклерозом и повышенным давлением, а также инсулинорезистентностью, что может привести к сахарному диабету 2 типа в последующем [2-10].

Целью исследования явилось: изучение особенности углеводного и жирового обмена пациенток с аплазией влагалища и матки в сочетании с гиперандрогенией яичникового генеза.

Материал и методы исследования: Исследования проводились в отделении детской гинекологии многопрофильного медицинского центра и частной фирме «Доктор Шифо бахт». Изучены клинические данные и результаты сонографического исследования 65 пациенток с синдромом Рокитанского-Кюстера-Хаузера-Майера. Пациентки были распределены на 2 группы: 1ая – основная группа пациентки с аплазией влагалища и матки в сочетании с признаками гиперандрогении – 30 пациенток, 2ая группа – сравнения 35, женщины с аплазией влагалища и матки без признаков гиперандрогении.

Критериями включения в исследование явились: 1) наличие 2 из 3 перечисленных признаков: андрогензависимая дерматопатия (акне и гирсутизм), гиперандрогенемия (повышение уровня андрогенов в крови); признаки овариальной гиперандрогении на основании результатов УЗИ. **Критерии исключения:** 1) предшествовавшее лечение гормональными препаратами, влияющими на стероидогенез в яичниках или надпочечниках; 2) наличие заболеваний, провоцирующих развитие вторичной гиперандрогении (сахарный диабет 1 типа, гипертонизм, гипотиреоз); 3) прием препаратов, побочным эффектом которых является развитие гиперандрогении и ановуляция (вальпроевая кислота и др.).

Больным проводилось комплексное обследование, включающее общеклинические, гормональные, эхографические и морфологические методы, на основании чего определялась форма синдрома гиперандрогении. Пациенты группы сравнения имели средний ИМТ 24,61±0,69 и средний возраст 29,6±1,36 года,

пациенты с MRKH в сочетании с гиперандрогенией имели ИМТ $33,7 \pm 4,2$, средний возраст составил $28,2 \pm 1,23$ года.

При объективном осмотре пациенток основной группы обращали внимание на кожные симптомы эндокринной дисфункции (багровые, розовые и белые стрии на коже живота, плеч, молочных желез, бедер, негроидность в специфических областях). Стрии разной степени выраженности, как признак перенесенного ранее или текущего гиперкортицизма выявлены у 6 (20%) основной группы и только у 2 (5,7%) группы сравнения.

Клинические признаки гиперандрогении были выявлены у 18 (60%) женщин основной группы. Симптомы гиперандрогении проявлялись акне vulgaris и жирной себореей у 12 (40%), гирсутизмом у 13 (43,3%) пациенток. Гирсутизм был преимущественно у девушек основной группы и выявлялся в

разной степени выраженности у 13 (43,3%), что было почти в 7 раз чаще, чем в группе сравнения (5,7%). Причем гирсутизм выраженной степени был у 4 (13,3%) из основной группы, а в группе сравнения не выявлен ни у одной.

Жалобы на головные боли в три раза чаще предъявляли пациентки основной группы 16 (53,3%), чем пациентки группы сравнения. Данные по обследованию массы тела, ИМТ и пищевому поведению у пациенток с аплазией влагалища и матки в сочетании с гиперандрогенией яичникового генеза. Учитывая разнородность группы по выраженности ожирения, пациентки обеих групп для диагностики метаболических нарушений, а в последующем для оценки эффективности лечения были разделены по степени ожирения по ИМТ (табл. 1)

Таблица 1

Сравнительные данные массы тела, ИМТ у пациенток обеих групп

Характеристика	Группа основная (n=30)	Группа сравнения (n=35)
ИМТ	$33,7 \pm 4,2$	$24,61 \pm 0,7^*$
ОТ	$102,3 \pm 8,8$ см	$75,2 \pm 4,6^*$ см
Избыт. масса тела (n, %)	18 (60%) *	5 (12,6%) *
Ожирение I ст. (n, %)	10 (33,3%) *	0
Ожирение II ст. (n, %)	2 (6,7%) *	0

Примечание: * - $p < 0,05$ - различия между группами достоверны

Учитывая, что на прибавку массы влияют привычки пищевого поведения и физическая активность, пациентки были интервьюированы по данным вопросам (табл. 2). При оценке пищевого поведения выявлено, что пациентки с ожирением чаще питались нерегулярно по сравнению с женщинами с нормальным ИМТ, из всех приемов пищи наиболее калорийным у них был

ужин, выявлены значимые различия по сравнению с пациентками группы сравнения. Прием пищи совмещали с другой деятельностью (чтение, работа, просмотр телевизора) отмечены с одинаковой частотой в обеих группах, однако физическая активность была значительно ниже в группе девушек с ожирением.

Таблица 2

Особенности пищевого поведения и физическая активность обследованных пациенток

Характер питания	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=35)
Нерегулярное питание	18 (60,0%)	7 (20,0%)
Ужин - наиболее калорийный прием пищи	13 (43,3%)	8 (22,8%)
Совмещение приема пищи и другой деятельности	11 (36,7%)	11 (31,4%)
Низкая физическая активность	20 (66,7%)	12 (34,3%)

Выявлено, что пациентки с ожирением, в отличие от женщин группы сравнения, нерегулярно питаются в 3 раза чаще и в 2 раза чаще у них наиболее калорийный прием пищи приходится на

ужин, а физическая активность у них почти в 2 раза ниже, чем в сравниваемой группе, данные факторы также являются патогенетическими механизмами ожирения у наших пациенток.

Таблица 3

Показатели липидного обмена у больных с СМРКХ в сочетании гиперандрогенией яичникового генеза

Показатель липидного профиля	Норма	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=35)	P
Холестерин, ммоль/л	4,0-6,0	$8,2 \pm 0,7$	$5,4 \pm 0,4$	$>0,05$
ЛПНП, ммоль/л	до 3,0	$4,6 \pm 0,9$	$1,2 \pm 0,4$	$<0,05$
ЛПВП, ммоль/л	0,7-1,8	$0,52 \pm 0,3$	$1,7 \pm 0,4$	$<0,05$
Триглицериды, ммоль/л	до 1,7	$1,5 \pm 0,2$	$1,5 \pm 0,7$	$>0,05$

Как видно из таблицы, значения липопротеидов низкой плотности и липопротеидов высокой плотности статистически значимо отличаются друг от друга. Так уровень ЛПНП, в 3,8 раз выше у пациенток с аплазией влагалища и матки в сочетании с гиперандрогенией, а ЛПВП в 3,3 раза ниже нормальных значений,

это указывает на нарушение липидного обмена у пациенток основной группы.

Учитывая, что одним из механизмов патогенеза СПКЯ является инсулинорезистентность, мы исследовали уровень тощакового инсулина, уровень глюкозы в крови пациенток обеих групп и индекс НОМА (табл. 4).

Таблица 4

Данные обследования углеводного обмена у женщин с ожирением

Показатель	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=35)	Pearson критерий
Норма глюкозы крови	23 (76,7%)	34 (97,1%)	0,018*
Нарушение толерантности к глюкозе	7 (23,3%)	1 (2,9%)	0,042*

Гиперинсулинемия	8 (26,6%)	0	0,041*
Индекс НОМА в норме (норма 3,3-3,8)	22 (73,3%)	33 (94,3%)	0,74

* - статистически достоверное различие ($p < 0,05$); χ^2 , Pearson – критерий χ^2 Пирсона

Из таблицы видно, что уровень глюкозы крови и нарушение толерантности к глюкозе статистически значимо различаются между основной группой и группой сравнения. Кроме того, уровень инсулина и наличие гиперинсулинемии также статистически значимо различаются между этими двумя группами. Однако индекс НОМА в норме не имеет статистически значимых различий.

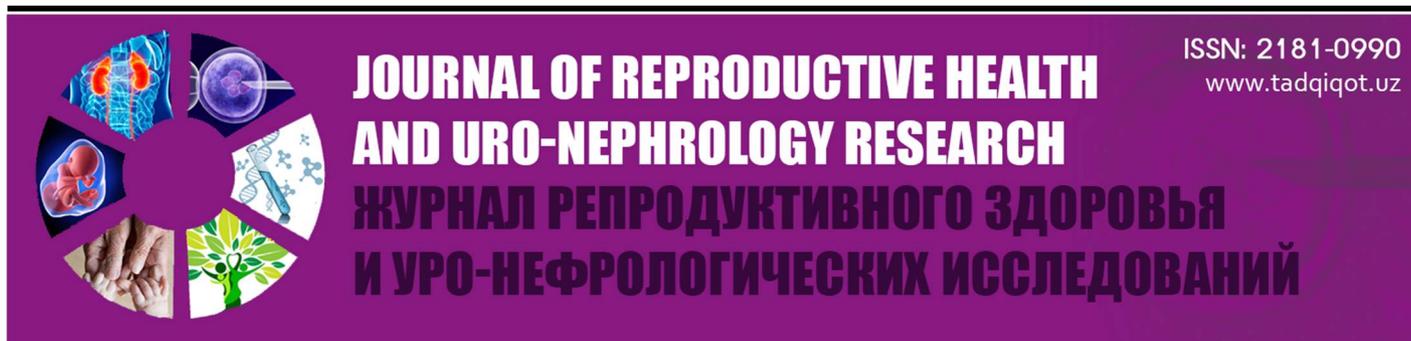
Таким образом, показатели углеводного и липидного обмена у пациенток с аплазией влагалища и матки в сочетании с гиперандрогенией яичникового генеза свидетельствуют о

нарушении углеводного обмена, характеризующимся повышением уровня глюкозы и инсулина в крови, а также снижением чувствительности к инсулину, что может приводить к развитию диабета.

Обычно уровень липидов, таких как холестерол и триглицериды, в крови пациенток с этим состоянием повышен, а уровень ЛПВП снижен. Это может увеличить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, таких как атеросклероз и инфаркт миокарда.

Список литературы:

1. Бабак О. Ю., Петрищева М. В., Серов И. С. и др. Изменения липидного и углеводного обмена у женщин с аплазией влагалища и матки // Акушерство и гинекология. - 2015. - № 1. - С. 51-55.
2. Дрангаева О. М., Артемьева Е. А. Роль инсулинорезистентности в развитии нарушений обмена веществ при ожирении // Сибирский медицинский журнал. - 2012. - № 5. - С. 17-21.
3. Мельниченко Г. А., Меленцова Е. Ю., Грачева Е. В. и др. Синдром инсулинорезистентности и метаболический синдром // Клиническая медицина - 2010. - № 4. - С. 14-19.
4. Молодцов А. А., Казакова Т. В., Шульженко Т. А. [и др.] Изучение уровня липидов и углеводов у пациентов с нарушениями обмена веществ // Медицинский алфавит. - 2016. - № 1. - С. 64-68.
5. Adeva-Andany M, Souto-Adeva G, Ameneiros-Rodríguez E, Fernández-Fernández C, Donapetry-García C, Domínguez-Montero A. Insulin resistance and glycine metabolism in humans. *Amino Acids*. 2018;50(1):11-27. doi:10.1007/s00726-017-2496-5
6. Carr BR, Bradshaw KD. Disorders of the ovary and female reproductive tract. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine*. 26th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020: chap 230.
7. Duleba AJ, Dokras A. Is PCOS an inflammatory process? *Fertil Steril*. 2012;97(1):7-12. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.11.023
8. Goldberg IJ, Eckel RH, McPherson R. Triglycerides and heart disease: still a hypothesis? *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2011;31(8):1716-1725. doi:10.1161/ATVBAHA.111.226100
9. Grundy SM. Metabolic syndrome: a multiplex cardiovascular risk factor. *J Clin Endocrinol Metab*. 2007;92(2):399-404. doi:10.1210/jc.2006-0513
10. Haffner SM. The metabolic syndrome: inflammation, diabetes mellitus, and cardiovascular disease. *Am J Cardiol*. 2006;97(2A):3A-11A. doi: 10.1016/j.amjcard.2005.11.010
11. Johns Hopkins Medicine. Vaginal agenesis. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/vaginal-agenesis>. Published 2020. Accessed April 23, 2023.
12. Mc Cracken M, Olsen CH. Primary amenorrhea: evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2016;93(10):842-849.
13. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhea. *Fertil Steril*. 2008;90(5 Suppl): S219-25. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.08.066
14. Snyder RR, Kjerulff KH. Diagnosis and management of Müllerian anomalies. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2010;22(5):381-387. doi:10.1097/GCO.0b013e32833e9a31.
15. Tirosh A, Shai I, Bitzur R, Kochba I, Tekes-Manova D, Rudich A. Changes in triglyceride levels and risk for coronary heart disease in young men. *Ann Intern Med*. 2007;147(6):377-385. doi:10.7326/0003-4819-147-6-200709180-00005.



УДК: 618.1:616.43

Адылова Мадина Ниязовна

магистр

Самаркандский медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Негмаджанов Баходур Болтаевич**доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Раббимова Гульнора Тоштемировна**кандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Ганиев Фахриддин Истамкулович**

ассистент

Самаркандский медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА ПРИ АПЛАЗИИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

For citation: Adilova Madina Niyazovna, Negmadzhanov Baxodur Boltaevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, G'aniyev Faxriddin Istamkulovich, Peculiarities of ultrasonic diagnosis of ovarian hyperandrogenia syndrome in uterine and vagina aplasias, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 2, pp.29-32

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7904195>

АННОТАЦИЯ

В статье предоставлены данные сонографических особенностей состояния яичников у женщин с аплазией влагалища и матки. Основным проявлением нарушений гормонального фона явилась овариальная гиперандрогения, сопровождающаяся хронической ановуляцией и со структурными морфологическими изменениями яичников, которые выявлены при ультразвуковом исследовании. Коэффициент отношения объема яичника к объему стромы 3,3 и более соответствует норме, а 3,2 и менее указывает на наличие гиперплазии овариальной стромы. Применение данного показателя повышает точность эхографической диагностики овариальной гиперандрогении.

Ключевые слова: аплазия влагалища и матки, гиперандрогения овариального генеза, ультразвуковая диагностика.

Adilova Madina Niyazovna

Magistr

Samarqand tibbiyot universiteti
Samarkand, Uzbekistan**Negmadjanov Baxodur Boltaevich**tibbiyot fanlari doktori, professor
Samarqand tibbiyot universiteti
Samarkand, Uzbekistan**Rabbimova Gulnora Toshtemirovna**tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Samarqand tibbiyot universiteti
Samarkand, Uzbekistan**G'aniyev Faxriddin Istamkulovich**

assistent

Samarqand tibbiyot universiteti
Samarkand, Uzbekistan

BACHON VA QIN APLAZIYASIDA TUXUMOLON GIPERANDROGENIY SINDROMI ULTRASONIK TASHHIS QO'YISHNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIIYA

Maqolada qin va bachadon aplaziyasi bo'lgan ayollarda tuxumdonlar holatining sonografik xususiyatlari haqida ma'lumotlar keltirilgan. Gormonal buzilishlarning asosiy ko'rinishi tuxumdonlarning giperandrogenizmi bo'lib, u surunkali anovulyatsiya va ultratovush yordamida aniqlangan tuxumdonlardagi strukturaviy morfologik o'zgarishlar bilan birga keladi. Tuxumdon hajmining 3,3 yoki undan ortiq stroma hajmiga nisbati normaga to'g'ri keladi va 3,2 yoki undan kam tuxumdon stromasining giperplaziyasi mavjudligini ko'rsatadi. Ushbu indikatoridan foydalanish tuxumdonlar giperandrogenizmining echografik tashxisining aniqligini oshiradi.

Kalit so'zlar: qin va bachadon aplaziyasi, tuxumdonlarning giperandrogenizmi, ultratovush diagnostikasi.

Adilova Madina Niyazovna

Master's Resident

Samarkand State Medical Institute

Samarkand, Uzbekistan

Negmadjanov Baxodur Boltaevich

Doctor of Medical science, Professor

Samarkand State Medical Institute

Samarkand, Uzbekistan

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna

PhD, associate Professor

Samarkand Medical University

Samarkand, Uzbekistan

G'aniyev Faxriddin Istamkulovich

assistant

Samarkand State Medical Institute

Samarkand, Uzbekistan

PECULIARITIES OF ULTRASONIC DIAGNOSIS OF OVARIAN HYPERANDROGENIA SYNDROME IN UTERINE AND VAGINA APLASIAS

ANNOTATION

The article provides data on the sonographic features of the state of the ovaries in women with aplasia of the vagina and uterus. The main manifestation of hormonal disorders was ovarian hyperandrogenism, accompanied by chronic anovulation and with structural morphological changes in the ovaries, which were detected by ultrasound. According to the obtained data, the ratio of the volume of the ovary to the volume of the stroma of 3.3 or more corresponds to the norm, and 3.2 or less indicates the presence of hyperplasia of the ovarian stroma. The use of this indicator increases the accuracy of the echographic diagnosis of ovarian hyperandrogenism.

Key words: aplasia of the vagina and uterus, hyperandrogenism of ovarian origin, ultrasound diagnostics.

Брожденная маточно-вагинальная аплазия или аплазия Майера-Рокитанского-Синдром-Кюстера-Хаузера (MRKH) характеризуется несросшимися зачатками матки, аплазией шейки матки и влагалища, но нормальным или гипопластическим двусторонним придатком и клинически проявляется первичной аменореей. Пациенты с MRKH имеют нормальное развитие женского фенотипа и кариотипа (46, XX) и заболеваемость 1 на 4000 или 5000 новорожденных (Cheroki et al. 2006). [1] Синдром гиперандрогении представляет собой патологическое состояние, обусловленное действием избыточной секреции андрогенов на органы и ткани-мишени, и является актуальной проблемой в эндокринной гинекологии [1,11]. В зависимости от источника, гиперандрогении выделяют овариальную, надпочечниковую, центральную формы синдрома гиперандрогении [4]. Диагностика синдрома гиперандрогении сложна; она включает клиническое, гормональное обследование, эхографию и морфологическое исследование [2,3,5,6,9]. Приоритетным направлением является применение высокоинформативных, доступных, неинвазивных методов, к которым относится эхография [10-15]. Внедрение ультразвуковых сканеров с высокой разрешающей способностью и трансвагинальный доступ расширили возможности исследования, приближая данный метод к морфологическому [4,11,12].

Целью исследования явилось оценка эхографической структуры яичников пациенток с аплазией влагалища и матки в сочетании с гиперандрогенией яичникового генеза.

Материал и методы исследования: Исследования проводились в отделении детской гинекологии многопрофильного медицинского центра и частной фирме «Доктор Шифо бахт». Изучены клинические данные и результаты сонографического исследования 65 пациенток с синдромом Рокитанского-Кюстера-Хаузера-Майера. Пациентки были распределены на 2 группы: 1ая – основная группа пациентки с аплазией влагалища и матки в сочетании с признаками гиперандрогении – 30 пациенток, 2ая группа – сравнения 35, женщины с аплазией влагалища и матки без признаков гиперандрогении.

Критериями включения в исследование явились: 1) наличие 2 из 3 перечисленных признаков: андрогензависимая дерматопатия (акне и гирсутизм), гиперандрогенемия (повышение уровня андрогенов в крови); признаки овариальной гиперандрогении на основании результатов УЗИ. **Критерии исключения:** 1) предшествовавшее лечение гормональными препаратами, влияющими на стероидогенез в яичниках или надпочечниках; 2) наличие заболеваний, провоцирующих развитие вторичной гиперандрогении (сахарный диабет I типа, гиперкортицизм, гипотиреоз); 3) прием препаратов, побочным эффектом которых является развитие гиперандрогении и ановуляция (вальпроевая кислота и др.).

Пациенты группы сравнения имели средний индекс массы тела (ИМТ) $21,61 \pm 0,69$ и средний возраст $29,6 \pm 1,36$ года, пациенты с MRKH в сочетании с гиперандрогенией имели ИМТ $28,9 \pm 0,32$, средний возраст составил $28,2 \pm 1,23$ года.

Больным проводилось комплексное обследование, включающее общеклинические, гормональные, эхографические и морфологические методы, на основании чего определялась форма синдрома гиперандрогении. Ультразвуковое исследование выполнялось на современных ультразвуковых аппаратах трансабдоминальным конвексным датчиком частотой 5 МГц. Сканирование осуществлялось в режиме реального времени на фоне аменореи. Структура яичников изучалась по следующим показателям: определение объема яичников, объема стромы, коэффициента отношения объема яичника к объему стромы; оценка эхогенности стромы; расположение, количество и диаметр фолликулов в яичниках; исследование состояния капсулы яичников.

Объем яичников и объем стромы определялся путем обвода объекта, заложенного в функцию ультразвуковых сканеров и автоматически выводимого на экране. Этот способ позволяет определить объем органа с любой поверхностью, в том числе и неровной, что особенно важно для определения объема овариальной стромы. Объем яичников расценивался как

увеличенный, если он превышал 8 см³. Средняя эхогенность стромы, сопоставимая с эхогенностью миометрия, считалась нормальной.

Однако абсолютные значения объема стромы малоинформативны, важно знать, какую часть объема яичника она составляет в каждом конкретном случае. В связи с этим мы предложили вычислять коэффициент отношения объема яичника к объему стромы по формуле: $K = \text{объем яичника} / \text{объем стромы}$.

Количество фолликулов, подсчитанное в продольной плоскости сканирования и превышающее 15, расценивалось как патологическое. Их размер определялся и считался нормальным при диаметре не более 8 мм и периферическом их расположении.

Капсула яичников в норме не визуализировалась. Полученные результаты подвергнуты компьютерному статистическому анализу.

Результаты: Эхографическое исследование яичников показало различия между здоровыми и больными женщинами, а что касается последних - различия в зависимости от формы гиперандрогении. У пациенток с овариальной гиперандрогенией наблюдался периферический тип поликистозных яичников с двухсторонним их симметричным увеличением и множественными мелкими фолликулами количеством 16 ± 4 и диаметром 6 ± 2 мм в их структуре (рис.).

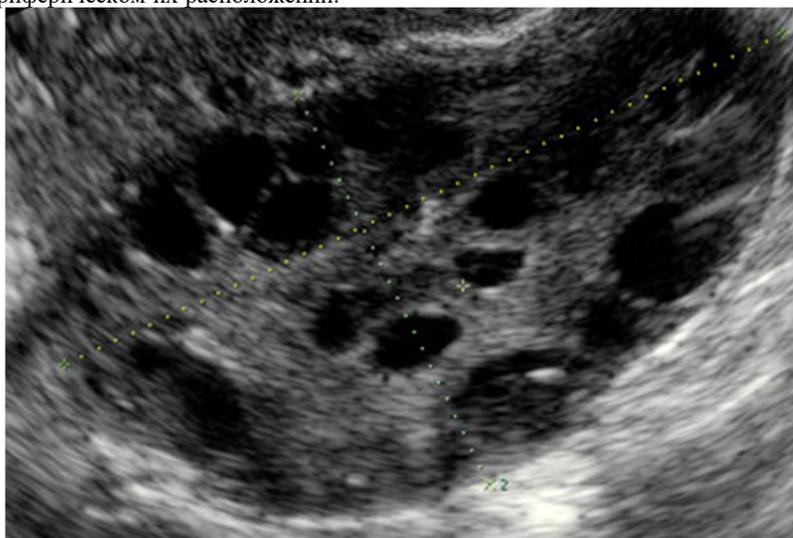


Рис. Периферический тип поликистозных яичников у пациенток с аплазией влагалища и матки при СПКЯ

Фолликулы располагались в периферическом кортикальном слое яичников. Строма занимала центральную часть яичника, была утолщена, ее эхогенность повышена за счет гиперэхогенных включений. Объем стромы составил $6,6 \pm 0,7$ см³, коэффициент отношения объема яичника к объему стромы - $2,2 \pm 1,0$. Капсула

яичников визуализировалась у 15 (29,4%) больных. Эхографическая структура яичников у пациенток с аплазией влагалища и матки при овариальной гиперандрогении по сравнению с женщинами контрольной группы представлена в табл. 1.

Таблица 1.

Эхографическая структура яичников у больных с аплазией влагалища и матки в сочетании с овариальной гиперандрогенией

Показатель	Здоровые	Пациентки с аплазией влагалища и матки с признаками гиперандрогении	Пациентки с аплазией влагалища и матки без гиперандрогении
Объем яичников, см ³	$6,6 \pm 1,4$	$22,1 \pm 1$	$7,3 \pm 1,2$
Объем стромы, см ³	$1,5 \pm 0,8$	$6,6 \pm 0,7$	$2,1 \pm 1,3$
Коэффициент отношения объема яичника к объему стромы	$4,4 \pm 1,1$	$3,2 \pm 1$	$4,1 \pm 1,2$
Количество фолликулов	8 ± 2	16 ± 4	$8,2$
Расположение фолликулов	По периферии в кортикальном слое	По периферии в кортикальном слое	По периферии в кортикальном слое
Диаметр фолликулов, мм	6 ± 2	8 ± 2 в периферическом слое и 4 ± 1 в строме ($p < 0,001$)	$6,4 \pm 2$
Капсула	Не визуализируется	Визуализируется в 30 %	Не визуализируется

Примечание: p - достоверность различий.

У больных с аплазией влагалища и матки в сочетании с гиперандрогенией яичникового генеза обнаружен диффузный тип поликистозных яичников, при котором в увеличенных яичниках множественные фолликулы количеством 16 ± 4 располагались по всему объему как в периферическом слое, так и в центральной строме.

Проведенное исследование показывает, что ультразвуковая структура яичников отличается у пациенток с аплазией влагалища и матки с и без признаков гиперандрогении. И для пациенток этой группы наблюдаются поликистозные изменения яичников.,

которые характерны для гиперандрогении и по литературным данным встречаются при овариальной и центральной формах и отсутствуют у больных надпочечниковой гиперандрогенией. В связи с тем, что периферический тип поликистозных яичников типичен для овариальной гиперандрогении, а диффузный - для центральной формы, мы провели дифференциальную диагностику данных патологических состояний по эхографическому признаку.

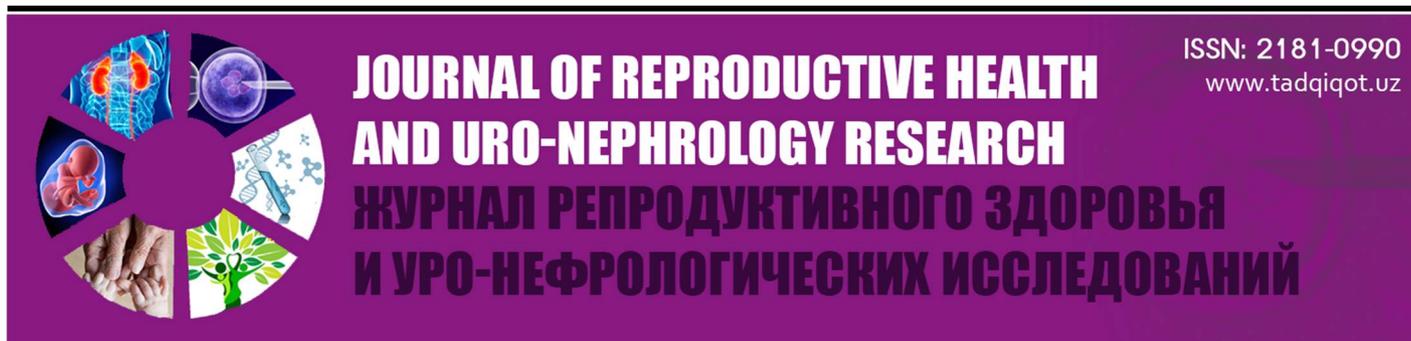
Наиболее сложна эхографическая диагностика периферического типа поликистозных яичников. Предлагаемый нами коэффициент отношения объема яичника к объему стромы

позволяет определять стромальную гиперплазию, которая является главным морфологическим признаком овариальной гиперандрогении в каждом конкретном случае. Согласно полученным данным, коэффициент отношения объема яичника к

объему стромы 3,3 и более соответствует норме, а 3,2 и менее указывает на наличие гиперплазии овариальной стромы. Применение данного показателя повышает точность эхографической диагностики овариальной гиперандрогении.

Список литературы

1. Адылова М.Н., Негмаджанов Б.Б., Раббимова Г.Т. Клинико-диагностические особенности гиперандрогении при синдроме Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера // Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований - №3. 2022. – с. 23-27
2. Боярский К.Ю. Овариальная стимуляция и фолликулогенез в конце 90-х годов: на пороге будущего (обзор литературы) // Проблемы репродукции - 1997. - № 4. - С. 11-15.
3. Демидов В.Н., Алиева Э.А. Струков А.В. Возможности эхографии в диагностике синдрома поликистозных яичников // Акушерство и гинекология. - 1991. - №1. - С. 40-42.
4. Кузьмина С. А., Зудикова С. И. Возможности эхографической диагностики синдрома овариальной гиперандрогении // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2001. – №. 2. – С. 34-38.
5. Манухин Л.Б., Геворкян М.А. Синдром поликистозных яичников // Проблемы репродукции. - 1999. - №6. - С. 21-26.
6. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Клиническая трансвагинальная эхография. - М., 1994. - С. 121-144.
7. Botsis D., Kassanos D., Pyrgiotis E., Zourlas P.A. Sonographic incidence of polycystic ovaries in a gynecological population // Ultrasound-Obstet. Gynec, 1995, Sept. 6(3): 182-5.
8. Carmina E, Guastella E, Longo R. Advances in the Diagnosis and Treatment of PCOS. Curr Pharm Des. 2016; 22(36):5508-5514.
9. Carmina E, Guastella E, Longo R. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). Hum Reprod. 2004;19(1):41-47.
10. Dewailly D., Duhamel A., Robert Y. et al. Interrelationship between ultrasonography and biology in the diagnosis of polycystic ovarian syndrome // Ann. N.Y. Acad. Sci., May 28, N 687, p. 206-216.
11. Goodman NF, Cobin RH, Futterweit W, et al. American Association Of Clinical Endocrinologists, American College Of Endocrinology, And Androgen Excess And Pcos Society Disease State Clinical Review: Guide To The Best Practices In The Evaluation And Treatment Of Polycystic Ovary Syndrome - Part 2. Endocr Pract. 2015;21(12):1415-1426.
12. Singh D, Arumalla K, Aggarwal S, Singla V, Ganie A, Malhotra N. Impact of Bariatric Surgery on Clinical, Biochemical, and Hormonal Parameters in Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). Obes Surg. 2020;30(6):2294-2300.
13. Tarlatzis BC, Fauser BCJM, Legro RS, et al. Consensus on infertility treatment related to polycystic ovary syndrome. Hum Reprod. 2008;23(3):462-477. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/dem426>
14. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Fertil Steril. 2018;110(3):364-379. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.05.004>
15. Wang R, Li W, Bordewijk EM, et al. First-line ovulation induction for polycystic ovary syndrome: an individual participant data meta-analysis. Hum Reprod Update. 2019;25(6):717-732.



УДК 618.15-089.844

Негмаджанов Баходур Болтаевич
 доктор медицинских наук, профессор
 Самаркандский медицинский университет
 Самарканд, Узбекистан

Ахмедов Зариф Шамсидинович
 Соискатель кафедры
 Самаркандский медицинский университет
 Самарканд, Узбекистан

Раббимова Гульнора Тоштемировна
 кандидат медицинских наук, доцент
 Самаркандский медицинский университет
 Самарканд, Узбекистан

Фаттоева Малика Рахмоновна
 Резидент магистратуры
 Самаркандский медицинский университет
 Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА АРТИФИЦИАЛЬНОГО ВЛАГАЛИЩА У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ СИГМОИДАЛЬНОГО КОЛЬПОПОЭЗА

For citation: Negmadzhanov Baxodur Boltaevich, Ahmedov Zarif Shamsiddinovich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Fattoeva Malika Rahmonovna, The state of microbiocenosis of the articulated vagina in patients after sigmoid colpoptosis, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 2, pp.33-36

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7904555>

АННОТАЦИЯ

В статье представлены последние исследовательские факты о искусственном влагалище, о его микробиоценозе и изменений pH среды после сигмоидального кольпопоэза. Выявлено, что состав микрофлоры неовлагалища отличается от микрофлоры влагалища. При изучении состояния неовлагалища установлено развитие бактериального вагиноза, которое сопровождается резким уменьшением концентрации физиологической бактериальной флоры, метаболизирующей гликоген, прежде всего лактобацилл. На этом фоне заметно возрастает уровень популяций облигатно- и факультативно-анаэробных микроорганизмов, среди которых можно выделить *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncusspp.*, и др. При воспалительных заболеваниях неовлагалища увеличивается роль условно-патогенной флоры, характеризующаяся ростом резистентности возбудителей болезни к лекарственной терапии, высокой частотой рецидивирования и хронизации, что создает значительные трудности в лечении пациентов.

Ключевые слова: синдром Рокитанского Кюстера-Майера-Хаузера, сигмоидальный кольпопоэз, искусственное влагалище, микробиоценоз, pH.

Negmadzhanov Bahodur Boltaevich
 Doctor of Medical science, Professor
 Samarkand State Medical Institute
 Samarkand, Uzbekistan

Ahmedov Zarif Shamsiddinovich
 Master's Resident
 Samarkand State Medical Institute
 Samarkand, Uzbekistan

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna
 PhD, associate Professor
 Samarkand Medical University

Fattoeva Malika Rahmonovna
 Master's Resident
 Samarkand Medical University

THE STATE OF MICROBIOCENOSIS OF THE ARTICULATED VAGINA IN PATIENTS AFTER SIGMOID COLPOPOIESIS

ANNOTATION

The article presents the latest research facts about the artificial vagina, its microbiocenosis and changes in the pH of the environment after sigmoid colpoptosis. It was revealed that the composition of the microflora of the neovagina differs from the microflora of the vagina. When studying the state of neovagina, the development of bacterial vaginosis was established, which is accompanied by a sharp decrease in the concentration of physiological bacterial flora that metabolizes glycogen, primarily lactobacilli. Against this background, the level of populations of obligate and facultative anaerobic microorganisms is noticeably increasing, among which *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* spp., etc. can be distinguished. In inflammatory diseases of neovagina, the role of conditionally pathogenic flora increases, characterized by an increase in the resistance of pathogens to drug therapy, a high frequency of recurrence and chronization, which creates significant difficulties in the treatment of patients.

Key words: Rokitansky Kuester-Mayer-Hauser syndrome, sigmoid colpoptosis, artificial vagina, microbiocenosis, pH.

Negmadzhanov Bahodur Boltaevich

tibbiyot fanlari doktori, professor

Samarqand tibbiyot universiteti

Samarkand, Uzbekistan

Ahmedov Zarif Shamsiddinovich

Ilmiy izlanuvchi

Samarqand tibbiyot universiteti

Samarkand, Uzbekistan

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Samarqand tibbiyot universiteti

Samarkand, Uzbekistan

Fattoeva Malika Rahmonovna

magistratura rezidenti

Samarqand tibbiyot universiteti

Samarkand, Uzbekistan

SIGMASIMON KOLPOPEZDAN KEYIN BEMORLARDA SUN'IY QIN MIKROBIOSENOZINING XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIYA

Maqolada sigmasimon kol'popoezdan keyingi sun'iy qinning mikrobiosenozi keltirilgan. Neovagina mikroflorasining tarkibi normal qin mikroflorasidan farq qiladi. Neovagina holatini o'rganishda bakterial vaginozning rivojlanishi aniqlandi, bu glikogenni, birinchi navbatda laktobakteriyalarni metabolizatsiyalovchi fiziologik bakterial flora konsentratsiyasining keskin pasayishi bilan birga keladi. Ushbu fonda obligat va fakul'tativ anaerob mikroorganizmlar populyatsiyalari darajasi sezilarli darajada oshadi, ular orasida *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* spp., va boshq. ajratib ko'rsatish mumkin. Neovaginaning yallig'lanish kasalliklarida shartli patogen floraning roli oshadi, bu patogenlarning dori terapiyasiga chidamliligining oshishi, takrorlanish va surunkalilikning yuqori chastotasi bilan tavsiflanadi, bu esa bemorlarni davolashda sezilarli qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi.

Kalit so'zlar: Rokitanskiy Kyuster-Mayer-Xauzer sindromi, sigmoidal kol'popoez, sun'iy qin, mikrobiosenez, pH.

Актуальность. Пороки развития половых органов, особенно у лиц женского пола, с каждым годом приобретает все большее значение [1,4,7,8]. Так как пациентки не могут иметь полноценную жизнь, и испытывают как физическую, так и психологическую нагрузку. По данным современных авторов пороки развития женских половых органов составляют 4-5% от всех врожденных аномалий [8,9,10,11]. Для создания неовлагалища используется успешно сигмоидальный кольпопоз. В 90% всех наблюдений аплазии влагалища приходится на синдром Рокитанского Кюстера-Майера-Хаузера и только в 7% случаев наблюдается аплазия влагалища при функционирующей матке [2,5]. По данным иностранных авторов Т.А. Toolenaar, I. Freundt, J.H. Wagenvoort et al. (1993) был исследован микробный пейзаж 15 пациентов после сигмоидального кольпопоза. У одного пациента, выделили только кишечную палочку, у всех остальных пациентов, выделили больше видов микробов (в среднем 6, в диапазоне от 1 до 9). Чаще всего были найдены кишечная палочка (у 14 пациентов), виды бактероидов (у 13 пациентов) илактобациллы (у 10 пациентов). В общей сложности 85 различных видов, представляющих 17 различных родов были изолированы. Авторы не обнаружили *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*, *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae*. Количество бактерий в неовлагалище (от 103 до 1011) было ниже, чем в здоровой сигмовидной кишке, pH равна 8 (от 7 до 9). О pH показателях и о развитии, становлении микробиоценоза искусственного влагалища почти нет данных, что показывает необходимость и актуальность изучения данного вопроса.

Цель. Изучить особенности микробиоценоза неовлагалища после сигмоидального кольпопоза.

Материал и методы Обследованию подлежали 22 пациенток после сигмоидального кольпопоза, наблюдавшихся за период

2010-2020 г.г. в частной клинике «Доктор Шифо Бахт», которые вошли в основную группу, контрольную группу составили 30 женщин с нормоценозом влагалища. Выполнены общеклинические, микроскопические и бактериологические методы исследования.

Обсуждение полученных результатов. После операции пациентки предъявляли жалобы на обильную секрецию из неовагины, незначительны кровянистые выделения после полового акта. Нормальные показатели pH влагалищной среды у пациенток контрольной группы составили от 3,8 до 4,5. Это кислая среда поддерживает в нормальную микрофлору влагалища, не давая развиваться патогенным бактериям. Как известно, создание неовлагалища выполняется из ректо-сигмовидного отдела кишечника, и pH-метрия выявляется как щелочная (8,5–9,0). И при создании искусственного влагалища используется участок сигмовидной кишки, в которой наблюдалась щелочная среда. По данным Чуркина И.А. кислотность сока толстой кишки составляет 8,5 pH. В нижних отделах толстой кишки значения pH кислотности постепенно возрастают, достигая максимального значения pH в области ректосигмоидального перехода до 9,5. В нашем исследовании pH равнялась 9,1.

При микроскопическом исследовании содержимого неовагины у 20 (91%) наблюдалась микроскопическая картина воспалительного процесса. У 3 (13,6%) пациенток основной группы обнаружены трихомонады (МКБ 10 – код N 89.8). Обращает на себя внимание количество лейкоцитов (ЛЦ) в поле зрения во влагалищных и цервикальных мазках: у 2 (13 %) пациенток в неовлагалищных образцах значения ЛЦ менее 15 в п/зр., у остальных лейкоциты составили от 20-40 в поле зрения 31,8% (7), более 40 в поле зрения выявлено у 59,1% (13) (p<0,05) пациенток основной, относительно группы контроля. При

микроскопии мазка, окрашенного по Граму, при резком снижении ($p < 0,05$) количества лактобактерий были обнаружены грамположительные кокки, грамотрицательная флора, преобладание в неовагинальных мазках смешанной микрофлоры у

(39,1%), дрожжеподобные грибы рода *Candida* в мазках отмечалось у 40,9% пациенток основной группы, «ключевые» клетки обнаружены у 27,3% ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1

Состояние микрофлоры неовлагалища при микроскопическом исследовании микроскопия (по Граму)

	Основная группа, n=22		Контроль, n=30	
	Абс.	%	Абс.	%
ЛЦ <15 в п.з.	2	13	50	100,0
ЛЦ от 20-40 в п.з.	7	31,8	-	-
ЛЦ >40 в п.з.	13	59,1*	-	-
Плоский эпителий	11	50	-	-
<i>Trichom. vaginalis</i>	3	13,6	-	-
«Ключевые клетки»	6	27,3*	-	-
Грибы <i>Candida</i>	9	40,9*	8	16,0
Слизь	22	100	-	-
Лактобактерии	-	-	28	93,3*

Примечание: * – различия относительно данных контрольной группы значимы (* – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$).

При бактериологическом исследовании отделяемого цервикального канала рост каких-либо микроорганизмов отсутствовал у 3,9% пациенток основной группы и соответственно у 5,3 и 92,3% группы сравнения и контрольной группы.

У (96,5%) женщин основной, у 46 (93,9%) группы сравнения и у 3 (6%) контрольной группы в позитивных образцах выросли преимущественно колонии стафилококков и энтеробактерий. У 34,8% обследованных основной группы выявлен рост дрожжеподобных грибов рода *Candida*. Стафилококки высеяны в 62,4% случаев. В 60% случаев обнаружена кишечная палочка и протей. Различные ассоциации анаэробных и аэробных микроорганизмов, в том числе и грибов, высеяны у 30 (19,1%). Вся выявленная УПМ имела диагностически значимые высокие цифры КОЕ/мл >10⁵.

В основной и группе сравнения монокультуры были выделены соответственно у 10 (8,7%) и 11 (22,4%) обследованных, а у 105

(92,3%) и 38 (77,6%) встречались ассоциации микроорганизмов, представленные кишечной палочкой и стафилококками, а также грибами рода *Candida*. Чаще всего в высоком титре (КОЕ/мл⁹) выделены *Staph. epidermidis* – в 33% случаев в основной и в 16,5% в группе сравнения, *Enterococcus faecalis* – соответственно в 26,1 и 12,2%, *Escherichia coli* – в 60,0 и 42,9% ($p < 0,05$). Встречались также сочетания дрожжевых грибов и стафилококков, стрептококков, стафилококков и кишечной палочки, стафилококков и клебсиелл, дрожжевых грибов и кишечной палочки (табл. 2). Таким образом, при бактериологическом исследовании в основном обнаружена условно-патогенная флора: *Enterococcus faecalis*, *E. coli*, Грибы рода *Candida*, *Staph. epidermidis* в высоких концентрациях (КОЕ/мл >10⁵). Следует отметить, что при бактериологическом исследовании неовагины уровень обсемененности был статистически значимо выше, чем в контрольной группе. (табл. 2).

Таблица 2

Состояние микрофлоры неовлагалища при бактериологическом исследовании

Микроорганизмы	Основная группа, n=22		Группа сравнения, n=30		χ^2	P
	абс.	%	абс.	%		
Рост не обнаружен	2	9,1	4	13,3	0,59	>0,05
Рост микроорганизмов	20	90,9	26	86,7	0,59	>0,05
<i>Enterococcus faecalis</i>	5	22,7	3	10	3,84	<0,05
<i>Str. agalactiae</i> B	7	31,8	6	20	1,84	>0,05
<i>Staph. epidermidis</i>	8	36,4	8	26,7	4,76	<0,05
<i>Staph. aureus</i>	3	13,6	3	10	0,77	>0,05
<i>E. coli</i>	14	63,6	12	40	4,08	<0,05
Клебсиелла	1	4,5	2	6,7	0,04	>0,05
<i>Proteus</i> spp.	3	13,6	4	13,3	0,80	>0,05
Грибы рода <i>Candida</i>	7	31,8	9	30	0,07	>0,05

При бактериологическом исследовании выявлена также общая обсемененность неовагины. Как показывает расчёт показателя χ^2 , имеются достоверные различия ($p < 0,01$) между показателями обсемененности у пациенток основной и группы сравнения. Как видно из таблицы 2, уровень обсемененности в основной группе

был выше. Нарушение количественных соотношений в бактериальном сообществе неовагины приводит к развитию клинических проявлений в виде обильного отделяемого из неовагины, характерным кишечным запахом отделяемого.

Таблица 3

Общая обсемененность неовагины, КОЕ/мл

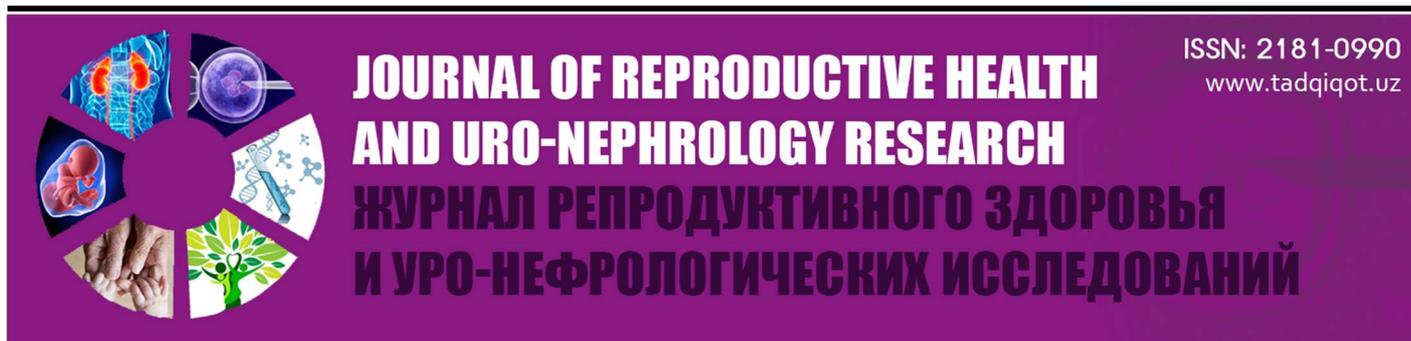
Уровень обсемененности	Основная группа, n=22		Группа контроля, n=30		P
	абс.	%	абс.	%	
Низкий ($0-10^3$)	-	-	26	86,7	<0,01
Средний ($10^3-9 \times 10^4$)	7	31,8	4	13,3	<0,01
Высокий ($10^5-9 \times 10^5$) и выше	15	68,2	-	-	<0,01

Таким образом, при изучении состояния неовагины установлено развитие бактериального вагиноза, которое сопровождается резким уменьшением концентрации физиологической бактериальной флоры, метаболизирующей гликоген, прежде всего лактобацилл. На этом фоне заметно возрастает уровень популяций облигатно- и факультативно-анаэробных микроорганизмов, среди которых можно выделить

Gardnerella vaginalis, *Mobiluncus* spp., и др. При воспалительных заболеваниях неовагины увеличивается роль условно-патогенной флоры, характеризующаяся ростом резистентности возбудителей болезни к лекарственной терапии, высокой частотой рецидивирования и хронизации, что создает значительные трудности в лечении пациентов этой группы.

Список литературы:

1. Адамян Л. В. и др. Способ хирургической коррекции при аплазии влагалища с функционирующей замкнутой маткой –1999.
2. Кругляк Д. А. и др. Синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера: современные возможности бескровного формирования неовлагалища // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2021. – Т. 17. – №. 1. – С. 40-48.
3. Буралкина Н. А. и др. Современные возможности бескровного формирования неовагины у девочек-подростков с аплазией влагалища и матки // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2016. – №. 2 (67).
4. Гаджиева З. А. Реконструктивно-пластические операции при пороках развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови: дис. – М.: ЗА Гаджиева, 2014.
5. Журавлева В. И., Галаутдинова Д. И. Эффективность лечения аплазии влагалища методом брюшинного кольпопоза на примере синдрома Майера-Рокитанского- Кюстера-Хаузера // Два сердца как одно. –2015. – С. 40-45.
6. Меджидова М. К., Зайдиева З. С., Вересова А. А. Микробиоценоз влагалища и факторы, влияющие на его состояние // Медицинский совет. – 2013. – №. 3-2.
7. Негмаджанов Б. Б. и др. Формирование искусственного влагалища при аномалиях развития половых органов // Вестник врача №3 2018г. – С. 69.
8. Ришук С. В. и др. Основы детской и подростковой гинекологии и андрологии: учебное пособие для врачей. – 2017.
9. Darai E. et al. Anatomic and functional results of laparoscopic-perinealneovagina construction by sigmoid colpoplasty in women with Rokitansky's syndrome // Human Reproduction. – 2003. – Т. 18. – №. 11. – С. 2454-2459.
10. Gauwerky J. F. H., Wallwiener D., Bastert G. An endoscopically assisted technique for construction of a neovagina // Archives of gynecology and obstetrics. – 1992. – Т. 252. – №. 2. – С. 59-63.
11. Van der Sluis W. B. et al. Diversion neovaginitis after sigmoid vaginoplasty: endoscopic and clinical characteristics // Fertility and sterility. – 2016. – Т. 105. – №. 3. – С. 834-839. e1.
12. Раббимова Г. Т. Критерии диагностики вульвовагинальных инфекций у беременных // Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований Том 1 № 1 (2020).



УДК 616.1 614.1

Тухтаев Фирдавс МухитдиновичСамаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Мавлянов Фарход Шавкатович**Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Янгиев Бахтиер Ахмедович**Самаркандский филиал республиканского
научного центра экстренной медицинской помощи
Самарканд, Узбекистан**Улугмуратов Азим Абриевич**Самаркандский филиал республиканского
научного центра экстренной медицинской помощи
Самарканд, Узбекистан**Мавлянов Шавкат Ходжамкулович**Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПОЛУЧИВШИХ СТАЦИОНАРНУЮ ПОМОЩЬ В ОТДЕЛЕНИИ ХИРУРГИИ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА САМАРКАНДСКОГО ФИЛИАЛА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

For citation: Tukhtaev Firdavs Mukhitdinovich, Mavlyanov Farhod Shavkatovich, Yangiev Bakhtiyor Akhmedovich, Ulugmuratov Azim Abrievich, Shavkat Hodjamkulovich Mavlyanov, Structure of urogenital system pathology in children treated in the department of paediatric surgery and combined trauma of samarkand branch of samarkand republican research center of emergency medicine, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 2, pp.37-41

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7904595>

АННОТАЦИЯ

Нормативы амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи детям с экстренной патологией мочеполовой системы не соответствуют уровню заболеваемости населения и не удовлетворяют потребности в них.

Цель. Дать медико-статистическую характеристику экстренной патологии мочеполовой системы у детей в условиях стационара.

Материал и методы. Ретроспективный анализ клинико-статистических данных 11313 детей, госпитализированных в отделение хирургии и сочетанной травмы детского возраста Самаркандского филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 2016 по 2022 годы.

Результаты. Из 11313 детей, находившихся на стационарном лечении, 1353 ребенка (11,96%) госпитализированы с патологией мочеполовой системы. Из них мальчиков было 892 (66%), девочек 461 (34%). Исследование показало, что в структуре заболеваний, по поводу которых больные госпитализированы в стационар, болезни мочевыделительной системы диагностированы у 426 детей, что составило 31,5%, заболевания половых органов отмечалось у 927 пациентов – 68,5%.

Выводы. Выявлена высокая частота неотложных заболеваний половых и мочевыделительных органов у детей. Проведенное комплексное клинико-статистическое исследование обосновывает необходимость оптимизации медицинской помощи детям с экстренной патологией мочеполовой системы.

Ключевые слова: дети, экстренная патология, мочеполовая система, структура

Tukhtaev Firdavs Mukhitdinovich
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Mavlyanov Farhod Shavkatovich
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Yangiev Bakhtiyor Akhmedovich
Samarkand branch of the Republican
Scientific Center for Emergency Medical Care

Samarkand, Uzbekistan

Ulugmuratov Azim Abrievich.Samarkand Branch of the Republican Scientific Center for Samarkand
branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care

Samarkand, Uzbekistan

Mavlyanov Shavkat Hodjamkulovich

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

STRUCTURE OF UROGENITAL SYSTEM PATHOLOGY IN CHILDREN TREATED IN THE DEPARTMENT OF PAEDIATRIC SURGERY AND COMBINED TRAUMA OF SAMARKAND BRANCH OF SAMARKAND REPUBLICAN RESEARCH CENTER OF EMERGENCY MEDICINE**ANNOTATION**

The standards of out-policlinic and hospital care for children with urgent pathologies of the urogenital system do not correspond to the sickness rate of the population and do not meet their requirements.

Objective: to give medical and statistical characteristics of children's emergency urogenital system pathology in in-patient settings.

Material and Methods. Retrospective analysis of clinical and statistical data of 11313 children hospitalized in the Department of Pediatric Surgery and Combined Trauma of the Samarkand Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care for the period from 2016 to 2022.

Results. Out of 11313 children who were hospitalized, 1353 children (11.96%) were hospitalized with urogenital pathology. There were 892 (66%) boys and 461 (34%) girls. The study revealed that urinary system diseases were diagnosed in 426 (31.5%) children in the disease structure for which the patients were hospitalized; genitourinary diseases were diagnosed in 927 patients (68.5%).

Conclusions. The incidence of acute diseases of the genitals and urinary system in children was found to be high. The comprehensive clinical and statistical study substantiates the necessity to optimize medical care for children with urgent pathology of the urogenital system.

Key words: children, emergency pathology, urogenital system, structure

Tuxtayev Firdavs Muxitdinovich

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Mavlyanov Farhod Shavkatovich

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Yangiyev Baxtiyor Ahmedovich

Respublika Samarqand filiali

shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi

Samarqand, O'zbekiston

Ulug'muratov Azim Abriyevich

Respublika Samarqand filiali

shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi

Samarqand, O'zbekiston

Mavlyanov Shavkat Xo'jamqulovich

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

RESPUBLIKA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM ILMIY MARKAZINING SAMARQAND FILIALI QO'SHMA TRAVMA BO'LIMIDA STATSIONAR YORDAM OLGAN BOLALARDA SIYDIK TIZIMI PATOLOGIYASINING TUZILISHI**ANNOTASIYA**

Siydik tizimining shoshilinch patologiyasi bo'lgan bolalarga ambulator va statsionar yordam ko'rsatish standartlari aholining kasallanish darajasiga to'g'ri kelmaydi va ularga bo'lgan ehtiyojni qondirmaydi.

Maqsad. Shoshilinch patologiyaning tibbiy-statistik tavsifini berish.

Materiali va usullari. Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Samarqand filialining 2016 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda qo'shma jarohatlar bo'limiga yotqizilgan 11313 nafar bolalarning klinik va statistik ma'lumotlarini retrospektiv tahlil qilish.

Natijalar. Kasalxonaga yotqizilgan 11313 nafar boladan 1353 nafari (11,96%) siydik tizimi patologiyasi bilan shifoxonaga yotqizilgan. Ularning 892 nafari (66%) o'g'il bolalar, 461 nafari (34%) qizlardir. Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, kasalliklar tarkibida shifoxonaga yotqizilgan bemorlarning 426 nafarida siydik tizimi kasalliklari aniqlangan, bu 31,5 foizni tashkil etadi, 927 nafar bemorda jinsiy a'zolar kasalliklari qayd etilgan - 68,5%.

Xulosa. Bolalarda jinsiy va siydik chiqarish organlarining shoshilinch kasalliklarining yuqori chastotasi aniqlandi. O'tkazilgan keng qamrovli klinik va statistik tadqiqotlar siydik tizimning shoshilinch patologiyasi bo'lgan bolalarga tibbiy yordamni optimallashtirish zarurligini asoslaydi.

Kalit so'zlar: bolalar, patologiya, siydik tizimi tuzilishi

Актуальность. Вопросы разработки диагностических критериев и тактики лечения неотложных состояний мочеполовой системы у детей на основании комплексного использования урологических методов обследования являются актуальными до настоящего времени (3). С принятием программ государственных гарантий оказания гражданам Республики Узбекистан бесплатной экстренной медицинской помощи повышается необходимость улучшения эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения, достижения сбалансированности объема, что особенно актуально для стационарной медицинской помощи.

Концепция развития здравоохранения и медицинской науки предусматривает реструктуризацию коечной сети, расширение объема амбулаторной медицинской помощи, стационаро-замещающих технологий, а также медицинскую помощь населению дающую возможность при существующих нестабильных социально-экономических условиях не только сохранить необходимый объем медицинских услуг, но и повысить их качество путем привлечения местных ресурсов и неиспользованных резервов (2).

Для того, чтобы рационально организовать медицинскую помощь и использовать экономические ресурсы целесообразно использовать максимум информации для всестороннего анализа заболеваемости (4). Современные национальные клинические рекомендации, по повышению критерии качества медицинской помощи и медико-экономических стандартов необходимо формировать, опираясь исключительно на данные отечественных исследований (5).

В качестве первого шага в разработке методов для оценки и повышения качества медицинской помощи подрастающему поколению необходимо определить доказательную базу, лежащую в основе мероприятий, направленных на оптимизацию медицинской помощи у детей с экстренной патологией

мочеполовой системы.

Цель. Дать характеристику экстренной патологии мочеполовой системы у детей по клинко-статистическим данным в условиях стационара.

Материал и методы. Материалом исследования послужил ретроспективный анализ клинко-статистических данных 11313 детей, госпитализированных в отделение хирургии и сочетанной травмы детского возраста Самаркандского филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 2016 по 2022 годы.

Исследование было многоэтапным. Программа и методика исследования представлены на схеме.

Таблица 1.

Программа и методика исследования

Этапы	Содержание работы	Объекты наблюдения и методы исследования	Источники информации и объем наблюдения
I	Изучение уровня и структуры заболеваемости экстренной патологии мочеполовой системы у детского населения	Пациенты отделения хирургии и сочетанной травмы детского возраста	Официальные данные годовых отчетов заведующего отделением 2017-2021 год
II	Клинко-статистическая характеристика заболеваний мочеполовой системы, послуживших причиной экстренной госпитализации детей в стационар, в течение года 5 лет	Пациенты отделения хирургии и сочетанной травмы детского возраста	Официальные данные годовых отчетов заведующего отделением 2017-2021 год

На первом этапе исследования по данным госпитализации детей в стационар был проанализирован уровень заболеваемости экстренной патологией мочеполовых органов. Для изучения показателей были использованы официальные данные годовых отчетов заведующего отделением. На втором этапе анализируя результаты клинко-лабораторных исследований установлена клинко-статистическая характеристика заболеваний мочеполовой системы у детей, послуживших причиной экстренной госпитализации в стационар.

Результаты. По данным реестра статистических данных годовых отчетов заведующего отделением хирургии и сочетанной

травмы детского возраста Самаркандского филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 2016 по 2022 годы из 11313 детей, находившихся на стационарном лечении, 1353 ребенка (11,96%) госпитализированы с патологией мочеполовой системы. Из них мальчиков было 892 (66%), девочек 461 (34%).

Распределение детей по возрасту выявило, что наибольшее количество обратившихся детей было дошкольного возраста (369 детей) и в возрасте от 1 до 3-х лет (336 детей), что в совокупности составило 52,1%.

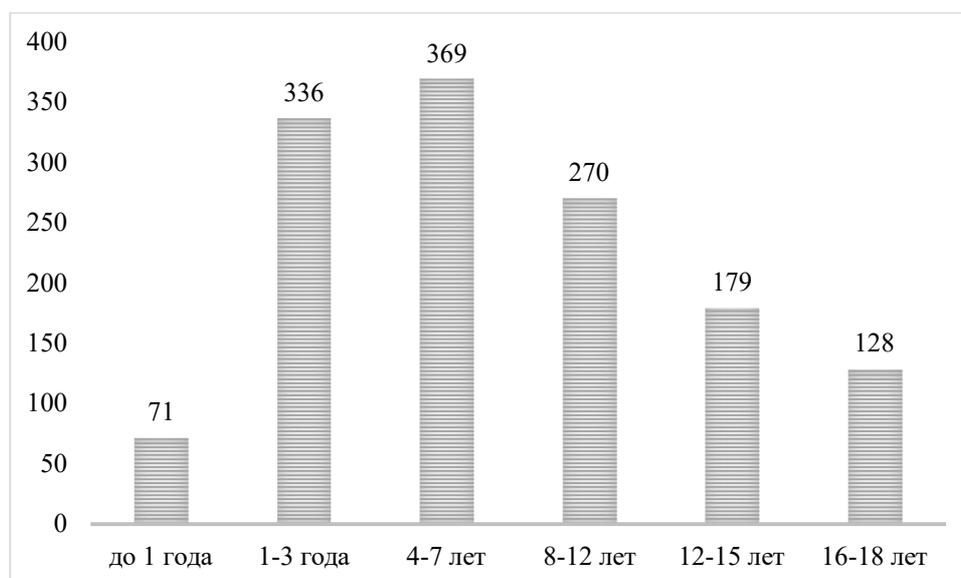


Рисунок 1. Распределение детей с экстренной патологией мочеполовой системы

Как видно из рисунка 1, следующими по частоте обращаемости явились дети в возрасте от 8 до 12 лет (270 детей) - 19,9%. Дети старшего (179 детей) и подросткового возраста (128 детей) заняли

3 место по частоте госпитализации в стационар, число детей от 12 до 18 лет составило 22,8% от общего количества больных. Среди больных госпитализированных с экстренной патологией

мочевыделительной системы меньше всех было детей до 1 года (71 ребенок) – 5,2%.

Исследование показало, что в структуре заболеваний, по поводу которых больные госпитализированы в стационар, болезни мочевыделительной системы диагностированы у 426 детей, что составило 31,5%, заболевания половых органов отмечалось у 927 пациентов – 68,5%.

Анализ нозологических форм экстренных урологических заболеваний выявил, наиболее часто у детей встречалась мочекаменная болезнь – 359 случаев. Из них камни в почках выявлены у 237 детей, камни в мочеточниках у 52, конкременты мочевого пузыря диагностированы у 23 больных и камни уретры у 17 пациентов (рисунок 2).

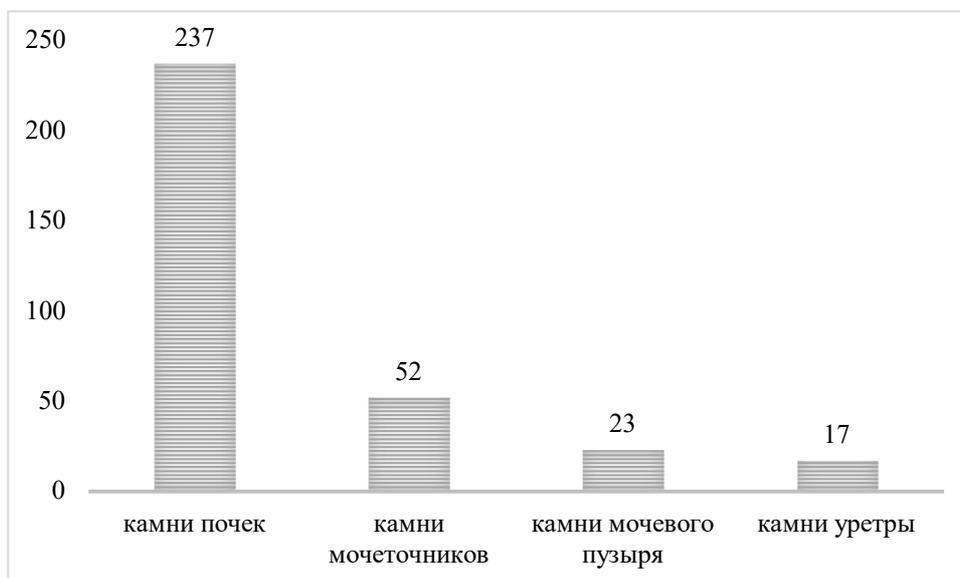


Рисунок 2. Виды мочекаменной болезни у детей

Больных, госпитализированные с жалобами на острую задержку мочи, причиной которой явился «острый цистит» было 46. Экстренная медицинская помощь в условиях стационара понадобилась 27 детям с травмами почек. В отделение поступили также 12 детей с почечной коликой, 10 пациентов с врожденными обструктивными уropатиями и 2 ребенка с «Острым гнойным паранефритом».

Из 927 детей с неотложными заболеваниями половой системы на первом месте по частоте госпитализации находились больные с ущемленными паховыми грыжами – 673 ребенка, на втором месте

оказалось 134 мальчика, госпитализированных с диагнозом «Синдром отечной мошонки» Следующим по частоте явились девочки с «Апоплексией яичника» - 54 пациента. 24 ребенка в структуре заболеваний составили дети, госпитализированные с осложнением в виде кровотечения после операции «Circumcisio». 16 пациентов больные, госпитализированные с острой задержкой мочи, причиной которой был «Меатостеноз». Незначительное количество составили дети с травмой наружных половых органов – 14 больных (рисунок 3).

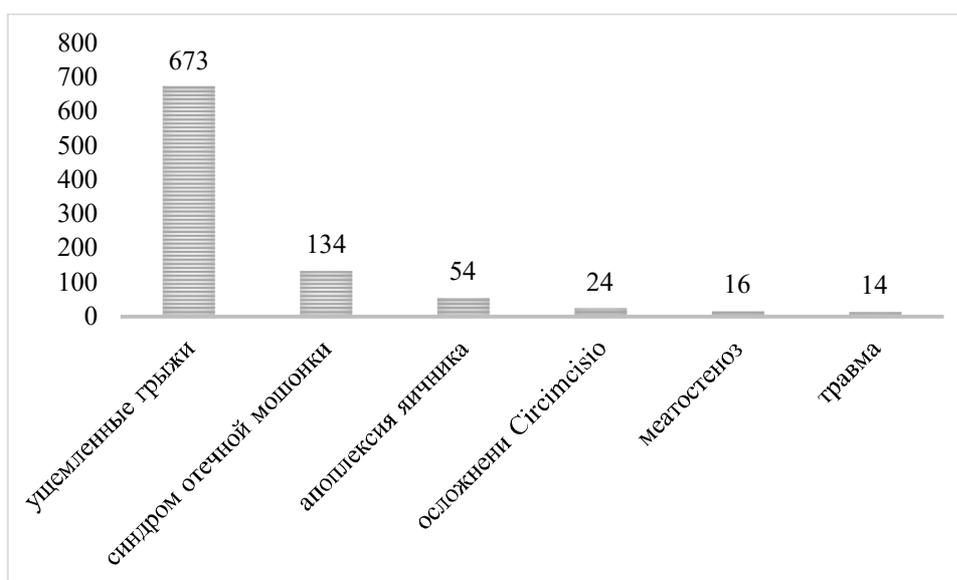


Рисунок 3. Структура экстренной патологии половых органов у детей

Заключение. Таким образом, нами выявлена высокая частота неотложных заболеваний половых и мочевыделительных органов у детей, требующих обоснования современных, малозатратных подходов к организации медицинской помощи, методов лечения и реабилитации данной категории больных. Проведенное

комплексное клинико-статистическое исследование обосновывает необходимость оптимизации медицинской помощи детям с экстренной патологией мочеполовой системы.

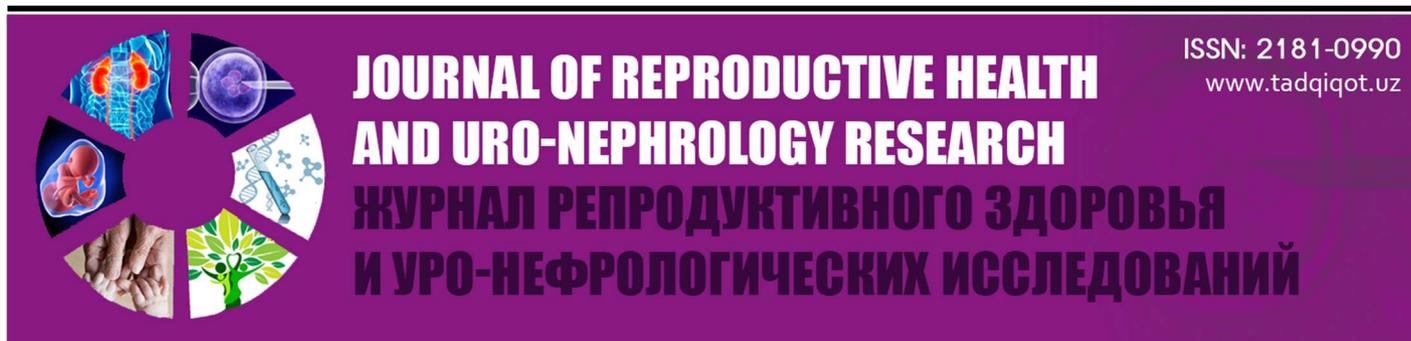
Формирование четкого представления о частоте встречаемости и структуре экстренных заболеваний органов мочевого выделения и

репродукции является качественно новым этапом для медицинского обслуживания на основе принципов ресурсосбережения, максимального удовлетворения потребностей в специализированной хирургической помощи детского населения.

Для практической медицины важно сотрудничество различных специалистов, сталкивающихся в процессе работы с патологией мочеполовой системы у детей требующей неотложной медицинской помощи. Особенно актуально взаимодействие в работе детских хирургов и педиатров.

Список литературы

1. Указ Президента РУз №УП-6221 от 05.05.2021 г. "О последовательном продолжении осуществляемых в системе здравоохранения реформ и создании необходимых условий для повышения потенциала медицинских работников".
2. Постановление Президента РУз от 25.05.2021 г. №ПП-5124 "О дополнительных мерах по комплексному развитию сферы здравоохранения".
3. Детская урология. Современные операционные методики. От внутриутробного периода развития до пубертата. Л.Д. Марио, М. Джанантонио. - Москва: ГЭОТАР-МЕДИА, 2018. - С. 1-155
4. Децик, О.З. Социально-экономические детерминанты заболеваемости и рецидивирования мочекаменной болезни / О.З. Децик, З.Н. Мытник, Д.Б. Соломчак // Проблемы здоровья и экологии. - 2015. - № 4 (46). - С. 80-85.
5. Изучение этиологической структуры осложненных инфекций мочевыводящих путей / Ш.М. Тусматов [и др.] // Вестник Педагогического университета. - 2015. - № 2-2 (63). - С. 219- 222.



УДК: 159.9:618.2:616

Юнусова Зарнигор Максодовна

магистрант

Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Шавazi Наргиз Нуралиевна**доцент Самаркандского государственного
медицинского университета, Самарканд, Узбекистан**БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ****For citation:** Yunusova Zarnigor Maksadovna, Shavazi Nargiz Nuralievna, Pregnancy and perinatal complications in obese women, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 2, pp.42-44<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7904649>**АННОТАЦИЯ**

Цель данного исследования - определить распространенность, факторы риска, ведение и перинатальные исходы у женщин с ожирением, родившихся в Самарканде. Ожирение среди узбекских женщин увеличилось с 10,6% до 14,8% в Узбекистане. Избыточный вес или ожирение матерей во время беременности и родов вызывают дородовые, внутриутробные, послеродовые и неонатальные осложнения. Целью данного исследования является изучение различных материнских и плодовых осложнений, на которые влияет материнское ожирение.

Цель - определить материнские и перинатальные осложнения ожирения у беременных женщин с ожирением по сравнению с женщинами с нормальным весом. Инициатива Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO) по преэклампсии объясняется группой акушеров и гинекологов. Преэклампсия встречается у 2-5% беременных женщин. Одной из основных причин является раннее начало материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Ежегодно в мире от этого заболевания умирают 76 000 женщин и 500 000 младенцев. Кроме того, риск развития преэклампсии у женщин в странах с низкими ресурсами выше, чем у женщин в странах с высокими ресурсами. Хотя полное понимание патогенеза преэклампсии остается неясным, современная теория предполагает двухэтапный процесс. Первый этап возникает в результате неглубокого проникновения трофобластов, что приводит к неправильной перестройке спиральных артерий.

Ключевые слова: ожирение, плод, преэклампсия, беременность, роды.

Yunusova Zarnigor Maksadovna

магистрант

Самарканд davlat tibbiyot universiteti

Самарканд, O'zbekiston

Shavazi Nargiz Nuralievna

dotsent Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Самарканд, O'zbekiston

SEMIZLIGI BO'LGAN AYOLLARDA HOMILADORLIKNING VA PERINATAL ASORATLARNING KECHISHI**ANNOTATSIYA**

Ushbu tadqiqotning maqsadi Samarqand shahrida tug'ilgan semizligi bo'lgan ayollarning ko'payib borayotgani, xavf omillari, boshqaruvi va perinatal natijalarini aniqlash. O'zbek ayollari orasida semizlik O'zbekistonda 10,6 foizdan 14,8 foizga oshgan. Homiladorlik va tug'ish davrida ortiqcha vazn yoki semirib ketgan onalar antenatal, intrapartum, tug'ruqdan keyingi va neonatal asoratlarni keltirib chiqaradi. Ushbu tadqiqot onaning semizligi ta'sir qiladigan ona va homiladagi turli xil asoratlarni o'rganishga qaratilgan.

Maqsad, normal vaznli ayollar bilan solishtirganda, semizligi bo'lgan homilador ayollarda semizlikning onalik va perinatal asoratlarini aniqlash.

Xalqaro ginekologiya va akusherlik federatsiyasining (FIGO) preeklampsiya bo'yicha tashabbusi bir guruh akusher-ginekologlar tomonidan izohlanadi. Preeklampsiya homilador ayollarning 2-5 foizida uchraydi. Onalar va perinatal kasalliklar va o'limning erta boshlanishi asosiy sabablardan biri. Dunyo miqyosida har yili 76 000 ayol va 500 000 chaqaloq ushbu kasallikdan vafot etadi. Bundan tashqari, resurslari past mamlakatlardagi ayollar yuqori resurslarga ega mamlakatlardagi ayollarga nisbatan preeklampsianini rivojlanish xavfi yuqori.

Preeklampsiya patogenezi to'liq tushunish noaniq bo'lib qolsa-da, hozirgi nazariya ikki bosqichli jarayonni taklif qiladi. Birinchi bosqich trofoblastlarning sayoz kirishi natijasida yuzaga keladi, bu esa spiral arteriyalarning noto'g'ri qayta tuzilishiga olib keladi.

Bu ikkinchi bosqichga olib keladi, bu esa endotelial disfunktsiyaga kasalligining klinik belgilariga olib keladigan angiogen va antiangiogen omillar o'rtasidagi muvozanatni o'z ichiga oladi.

Kalit so'zlar: homiladorlik, semizlik, preeklampsiya, tug'ruq, homila.

Yunusova Zarnigor Maksadovna

Master's student

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Shavazi Nargiz Nuralievna

Associate Professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

PREGNANCY AND PERINATAL COMPLICATIONS IN OBESE WOMEN

ANNOTATION

The purpose of this study is to determine the prevalence, risk factors, management, and perinatal outcomes of obese women born in Samarkand. Obesity among Uzbek women has increased from 10.6 percent to 14.8 percent in Uzbekistan. Overweight or obese mothers during pregnancy and childbirth cause antenatal, intrapartum, postpartum and neonatal complications. This study aims to investigate the various maternal and fetal complications that are affected by maternal obesity. The aim is to determine the maternal and perinatal complications of obesity in obese pregnant women compared to normal weight women. The preeclampsia initiative of the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) is explained by a group of obstetricians and gynecologists. Preeclampsia occurs in 2-5% of pregnant women. Early onset of maternal and perinatal morbidity and mortality is one of the main causes. Worldwide, 76,000 women and 500,000 babies die from this disease every year. In addition, women in low-resource countries have a higher risk of developing preeclampsia than women in high-resource countries. Although the full understanding of the pathogenesis of preeclampsia remains unclear, current theory suggests a two-step process. The first stage occurs as a result of the shallow entry of trophoblasts, which leads to the incorrect restructuring of the spiral arteries.[1]

Keywords: obesity, fetus, preeclampsia, pregnancy, childbirth.

Актуальность. Цель этого исследования состояла в том, чтобы определить распространенность, факторы риска, ведение и перинатальные исходы у женщин с ожирением, рожавших в Самарканде. Ожирение среди узбекских женщин увеличилось с 10,6% до 14,8% в Узбекистане. Матери, имеющие избыточную массу тела или ожирение во время беременности и родов, вызывают значительные антенатальные, интранатальные, послеродовые, а также неонатальные осложнения. Настоящее исследование направлено на изучение различных исходов для матери и плода, на которые влияет материнское ожирение.[2]

Инициативу Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO) по преэклампсии комментирует группа ученых акушеров-гинекологов (Poon LC, Shennan A, Nyett JA, Karur A. 2019) [3] Преэклампсия поражает 2-5% беременных женщин и является одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, особенно при раннем дебюте.[4] Во всем мире от этого заболевания ежегодно умирают 76 000 женщин и 500 000 младенцев. Кроме того, женщины в странах с низким уровнем ресурсов подвержены более высокому риску развития ПЭ по сравнению с женщинами в странах с высокими ресурсами. Хотя полное понимание патогенеза ТЭЛА остается неясным, современная теория предполагает двухстадийный процесс. [5] Первая стадия вызвана неглубокой инвазией трофобласта, что приводит к неадекватному ремоделированию спиральных артерий. Предполагается, что это ведет ко второму этапу, который включает материнский ответ на эндотелиальную дисфункцию и дисбаланс между ангиогенными и антиангиогенными факторами, что приводит к клиническим признакам расстройства [1]. По данным доступной литературы, число осложнений беременности и родов продолжает неуклонно расти [2, 3]. Сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости новорожденных. В современной литературе встречается мало широкомасштабных работ, посвященных анализу воздействия образа жизни на характер течения беременности и родов. В основном эти работы посвящены влиянию курения, экологических факторов [1; 8], изменению массы тела [3, 4]. Ожирение и метаболический синдром представляют собой актуальную проблему современного акушерства. В последнее время особое внимание уделяется выявлению связей между ожирением, метаболическим синдромом или снижением массы тела с различной акушерской патологией. Установлена четкая связь ожирения с различными нарушениями репродуктивного здоровья – невынашивание беременности, бесплодие, нарушение

менструального цикла, гестоз и многое другое [4; 5]. Однако число этих исследований еще невелико, а в популяции Белгородской области подобных работ не выполнялось. В научной литературе пока еще не получили должного освещения вопросы влияния измененной массы тела и других соматотрических и биологических показателей на состояние репродуктивного здоровья женщин, а имеющиеся данные часто имеют противоречивый характер. В настоящее время женское ожирение стало одним из наиболее часто встречающихся факторов риска в акушерской практике [4,5]. Осложнения гестационного процесса у женщин с ожирением отмечаются в 45-85% случаев [6]. Ожирение отрицательно влияет на функцию различных органов и систем организма, создает предпосылки для развития экстрагенитальных заболеваний и снижает сопротивляемость инфекции [5]. Ожирение повышает риск развития патологического течения беременности, родов, послеродового периода у женщин, а также перинатальной заболеваемости и смертности у новорожденных [1,2,3]. Женщины с ожирением составляют группу риска по развитию гипертензивных осложнений, плацентарной недостаточности, гестационного сахарного диабета, анемии беременных

Методы исследования. Исследование проводилось у женщин в дородовом периоде, посещающих дородовое амбулаторное отделение клиника СамМИ. Метод последовательной выборки включал 50 случаев и 50 контролей. Корреляция Пирсона была сделана, чтобы найти связь между ИМТ матери и массой тела при рождении.

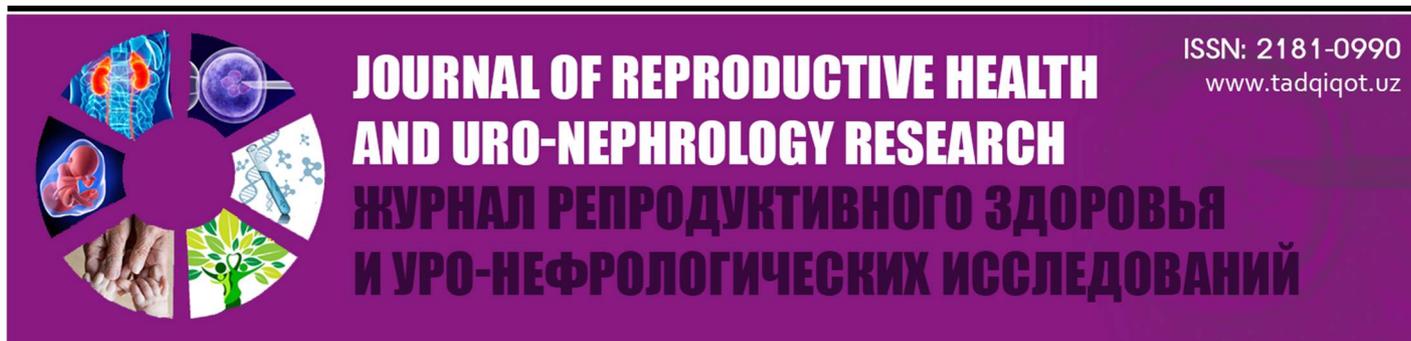
Результаты: у 16 (32%) случаев развился увеличение массы плода и у 19 (38%) развилась гестационная гипертензия. В 10% случаев было проведено экстренное кесарево сечение, в 28% случаев было выполнено плановое кесарево сечение. Доля случаев, у которых развились дородовые осложнения, включая увеличение массы плода, гестационную гипертензию и преэклампсию, была выше, чем в контрольных группах (значение $p = 0,03, 0,00, 0,004$ соответственно). Потребность в индукции родов и кесаревом сечении оказалась выше в случаях, чем в контроле ($p = 0,014, 0,03$ соответственно). Увеличение числа госпитализаций в детской многопрофильной больнице для стабилизации состояния новорожденного среди случаев было выше, чем в контрольной группе ($p = 0,012$).

Выводы. Из настоящего исследования ясно видно, что материнское ожирение имеет неблагоприятные исходы для матери и плода. Материнское ожирение было тесно связано с увеличением массы плода, гестационной гипертензией, преэклампсией и

увеличение потребности в индукции родов и оперативном вмешательстве.

Список литературы:

1. Guelinckx I, Devlieger R, Beckers K, Vansant G. Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition. *Obes Rev* 2018;9(02):140–150
2. Heslehurst N, Ngongalah L, Bigirimurame T, Nguyen G, Odeniyi A, Flynn A, Smith V, Crowe L, Skidmore B, Gaudet L, Simon A, Hayes L. Association between maternal adiposity measures and adverse maternal outcomes of pregnancy: Systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2022 Jul;23(7):e13449.
3. Hod M., Kapur A., Sacks D.A., et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 131 Suppl 3, S173-211
4. Hopkins MK, Levine LD, Koelper NC, Durnwald C. Screening Echocardiogram in High-Risk Women with Class III Obesity to Predict the Risk of Preeclampsia. *Am J Perinatol*. 2022 Apr;39(5):457-463.
5. Huo N, Zhang K, Wang L, Wang L, Lv W, Cheng W, Jia G. Association of Maternal Body Mass Index With Risk of Infant Mortality: A Dose-Response Meta-Analysis. *Front Pediatr*. 2021 Mar 12;9:650413.
6. Hypertension in pregnancy . Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. (2013)



УДК: 616. 61-002

Gapparova Guli Nurmuminovna
Assistant
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

COVID -19 PANDIMIYASI DAVRIDA PIYELONEFRIT BILAN KASALLANGAN BOLALARDA BUYRAK FUNKTSIYASINI BAHOLASH

For citation: Gapparova Guli Nurmuminovna, Assessment of renal function in children with pyelonephritis during the Covid-19 pandemic, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 2, pp.45-49

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7904688>

ANNOTATSIYA

SARS-CoV-2 infeksiyasida buyrak shikastlanishining patogenezi multifaktorial hisoblanadi. Birinchidan, SARS-CoV-2 buyrakka to'g'ridan-to'g'ri sitopatik ta'sir ko'rsatishi mumkin. Buni COVID-19 bilan kasallangan bemorlarning siydigida polimeraza zanjiri reaksiya bilan koronavirus fragmentlarini aniqlash tasdiqlaydi [5]. **Maqsad:** COVID-19 fonida bolalarda pielonefritning kechishini o'rganish. **Materiallar va tadqiqot usullari:** I guruh - biz tadqiqotga Samarqand viloyatida COVID-19 kasalligi bilan kasallangan bolalar kasallik varaqasi hamda ambulator kartalariga ko'ra pielonefriti bo'lgan 50 nafar bolani ajratib oldik. II guruh Shuningdek, tadqiqotga 2020 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda COVID-19 kasalligi test natijalari manfiy bo'lgan, pielonefriti bor 50 ta bemor bolalar ma'lumotlari kiritildi. **Natijalar:** Shunday qilib, buyraklarning infeksiyon jarayonga jalb qilinishi COVID-19 bilan kasallangan har 8-bolada ko'pincha differensiallashmagan siydik sindromi shaklida aniqlandi, uni aniqlash chastotasi koronavirus infeksiyasining og'irligi bilan bog'liq bo'ldi: og'ir holatlarda bemorlarning 31,6% da proteinuriya aniqlandi, gematuriya – 21% da, pielonefrit – 10,5% da 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 ko'zatildi.

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

Гаппарова Гули Нурмуниновна
Ассистент
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

АННОТАЦИЯ

Патогенез поражения почек при инфекции SARS-CoV-2 многофакторный. Во-первых, SARS-CoV-2 может оказывать прямое цитопатическое действие на почки. Это подтверждается обнаружением фрагментов коронавируса с полимеразной цепной реакцией в моче пациентов с covid-19 [5]. Цель-изучить течение пиелонефрита у детей на фоне COVID-19. Материалы и методы исследования: I группа-мы выделили для исследования 50 детей с пиелонефритом в Самаркандской области по детским больничным листам и амбулаторным картам с covid-19. Группа II в исследование также были включены данные 50 детей с пиелонефритом с отрицательными результатами тестов на covid-19 в период с 2020 по 2022 год. Выводы: так, вовлечение почек в инфекционный процесс чаще всего выявлялось у каждого 8-го ребенка с COVID-19 в виде недифференцированного мочевого синдрома, частота выявления которого была связана с тяжестью коронавирусной инфекции: в тяжелых случаях протеинурия выявлялась у 31,6% больных, гематурия – у 21%, пиелонефрит – у 10,5%. Резюме: наше клиническое наблюдение показывает, что COVID-19, даже если он протекает в легкой форме, может привести к обострению пиелонефрита у детей и, как следствие, к частым рецидивам хронического пиелонефрита.

Ключевые слова: COVID-19, пиелонефрит, протеинурия, микрогематурия, эндочитирия.

Gapparova Guli Nurmuminovna
Assistant
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

ASSESSMENT OF RENAL FUNCTION IN CHILDREN WITH PYELONEPHRITIS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

ANNOTATION

The pathogenesis of renal damage in SARS-CoV-2 infection is multifactorial. Firstly, SARS-CoV-2 can have a direct cytopathic effect on the kidneys. This is supported by the detection of coronavirus fragments with polymerase chain reaction in the urine of patients with covid-19 [5]. Purpose-to study the course of pyelonephritis in children against the background of COVID-19. Materials and Methods: Group I-we selected 50 children with pyelonephritis in Samarkand region for the study based on children's sick lists and outpatient cards with covid-19. Group II The study also included data from 50 children with covid-19-negative pyelonephritis between 2020 and 2022. Conclusions: thus, the involvement of the kidneys in the infectious process was most often detected in every 8th child with COVID-19 in the form of undifferentiated urinary syndrome, whose frequency of detection was related to the severity of coronavirus infection: in severe cases proteinuria was detected in 31.6% of patients, hematuria in 21% and pyelonephritis in 10.5%. Abstract: our clinical observation shows that COVID-19, even if it occurs in a mild form, can lead to exacerbation of pyelonephritis in children and, as a consequence, to frequent relapses of chronic pyelonephritis.

Key words: COVID-19, pyelonephritis, proteinuria, microhematuria, endocyturia.

Dolzarbli. Og'ir o'tkir respirator sindromli koronavirus-2 (SARS-Cov-2) chaqirgan yangi koronavirus kasalligi (COVID-19) birinchi bo'lib 2019 yil dekabr oyida Xitoyning Uxan shahrida paydo bo'ldi [1, 2]. Ko'p o'tmay, Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) global pandemiyani e'lon qildi. Ushbu virus butun dunyo bo'ylab sayohat qilar ekan, ko'plab sog'liqni saqlash tizimlarini buzdi. 2020 yil mart oyining boshlarida JSST 2 hafta ichida Xitoydan tashqarida tasdiqlangan holatlar soni 13 baravar ko'payganligi (37364 bemor) va ta'sirlangan mamlakatlar soni uch baravar ko'payganligini (113 mamlakat) qayd etdi. Shunday qilib, JSST yangi koronavirus infeksiyasini (COVID-19, SARS-CoV-2) pandemiya deb e'lon qildi [2].

COVID-19 zamonaviy davrda dunyodagi tibbiyot va olimlar oldida turgan eng katta muammodir. Kasallikning yuqori yuqumli va og'ir kechishi global sog'liqni saqlash tizimi uchun jiddiy sinovga aylandi. SARS-CoV-2 birinchi navbatda diffuz alveolyar zararlanishi va interstisial pnevmoniya bilan o'tkir respirator kasalliklar sabab bo'lsa-da, u yurak, jigar, buyrak, oshqozon-ichak trakti, markaziy asab tizimi va qon hosil qilish tizimi kabi organizmning ko'plab organlariga ta'sir qilishi mumkin [7]. Hozirda COVID-19 bilan bog'liq buyrakning o'tkir shikastlanishi (pielonefrit) haqidagi pediatrik ma'lumotlar juda kam hisoblanadi.

SARS-CoV-2 infeksiyasida buyrak shikastlanishining patogenezi mul'tifaktorial hisoblanadi. Birinchidan, SARS-CoV-2 buyrakka to'g'ridan-to'g'ri sitopatik ta'sir ko'rsatishi mumkin. Buni COVID-19 bilan kasallangan bemorlarning siydigida polimeraza zanjiri reaksiya bilan koronavirus fragmentlarini aniqlash tasdiqlaydi [5]. Yuqorida aytib o'tilganidek, SARS-CoV-2 xo'jayin hujayrasiga kirish uchun ACE2 dan foydalanadi [2, 7]. Inson to'qimalarining RNK sekvensiyasidan olingan so'nggi ma'lumotlar buyraklardagi ACE2 ekspressiyasi nafas organlari (o'pka) ga nisbatan deyarli 100 marta yuqori ekanligini ko'rsatdi [10]. Bundan tashqari, ACE2 ekspressiyasi nefronning turli qismlarida: buyrak tanasida (podositlar, mezangial hujayralar), tomirlar ko'ptokchasi kapillyarlarining endoteliysida,

proksimal kanalchalarning epiteliy hujayralarida aniqlandi [1, 9, 13]. Binobarin, nefronning aksariyat bo'limlari COVID-19 uchun nishondir!

Maqsad COVID-19 fonida pielonefrit bilan og'rikan bolalarda buyrak partiya funktsiyasini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari

• I guruh -biz tadqiqotga Samarqand viloyatida COVID-19 kasalligi bilan kasallangan bolalar kasallik varaqasi hamda ambulator kartalariga ko'ra pielonefriti bo'lgan 50 nafar bolani ajratib oldik.

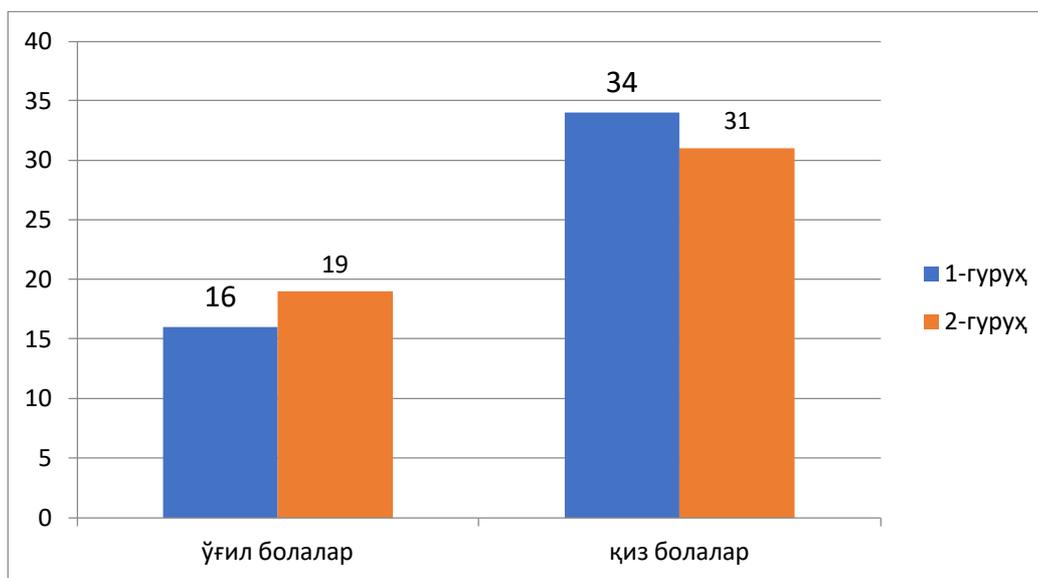
• II guruh Shuningdek, tadqiqotga 2020 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda COVID-19 kasalligi test natijalari manfiy bo'lgan, pielonefriti bor 50 ta bemor bolalar ma'lumotlari kiritildi.

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, Zimnitskiy testi bo'yicha buyraklarning kontsentratsiya qobiliyatini aniqlash.

Instrumental tekshiruvga buyrak va siydik pufagining ultratovush tekshiruvini amalga oshirildi.

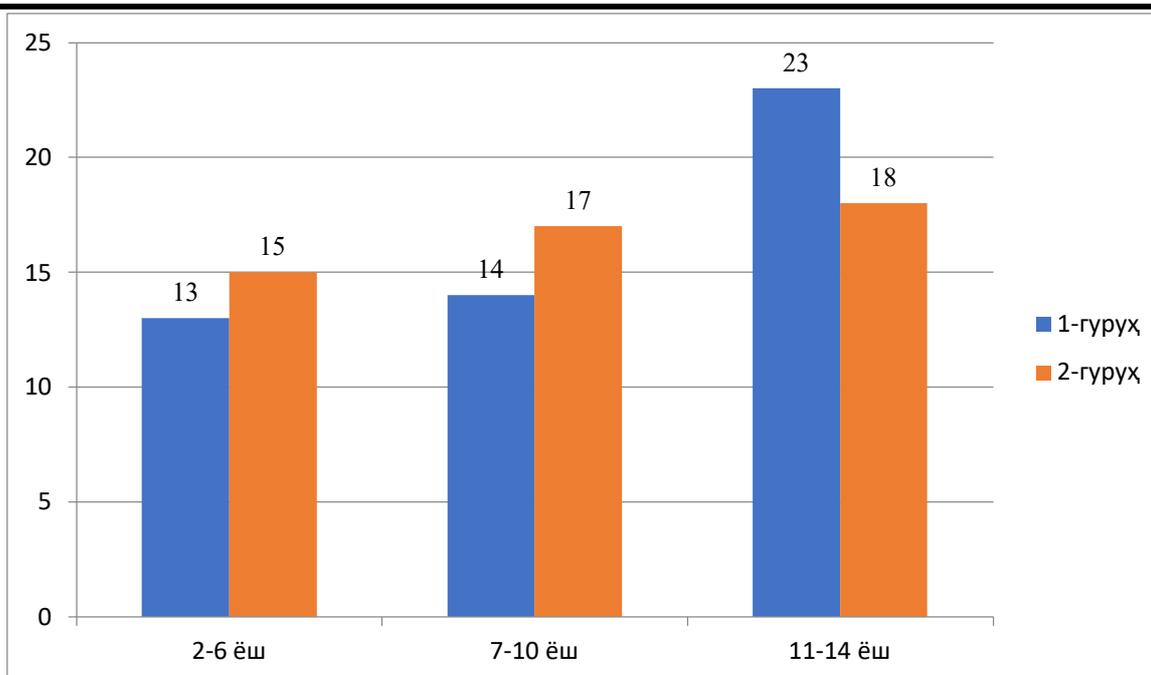
Natijalar: klinik, laboratoriya va instrumental tekshiruvga ko'ra, pielonefrit bo'lgan bolalar ikkita guruhga ajratilgan. Birinchi guruh pielonefrit bilan og'rikan, COVID-19 infeksiyasi bilan kasallangan bolalar (n = 50), ikkinchi guruhga taqqoslash guruhi pielonefrit bilan og'rikan, COVID-19 infeksiyasi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

Bemor bolalar yoshi va jinsiga ko'ra taqsimlandi. O'g'il va qiz bolalarning kasallanishi o'rganilganda asosan qizlarning pielonefrit bilan kasallanish holati ko'p qayd etildi, 1:2,5 nisbatda. Bu holat o'rganilgan adabiyotlardagi ko'rsatkichlarga mos keladi hamda qiz bolalarda siydik chiqarish yo'llari anatomo-fiziologik xususiyatlari bilan bog'liq hisoblanadi.



1-rasm. Bemor bolalarning jinsga ko'ra taqsimlanishi

Bemor bolalar yosh guruhlari ko'ra ham taqsimlandi. Bolalarning o'rtacha yoshi $9 \pm 2,4$ yoshni tashkil qildi.



Buyraklardagi yalligʻlanish jarayoni faolligi darajasini aniqlash uchun A.N. Avdeev (2006) tomonidan taklif qilingan oʻtkir pielonefrit simptomlarini miqdoriy baholash shkalasi bilan hisoblanadigan

yalligʻlanish jarayoni faolligi indeksidan (YaJFI) foydalanildi. Agar YaJFI 8 ballgacha boʻlsa yalligʻlanish jarayoni faollik darajasi past, 9-16 ball boʻlsa – oʻrtacha, 17-24 ball boʻlsa – yuqori deb baholandi.

1-jadval

Pielonefrit simptomlarini miqdoriy baholash shkalasi

Mezonlar	Ballarda baholash		
	0 ball	1 ball	2 ball
Varaja	yoʻq	oʻrtacha	kuchli
AB oshishi	norma	100 mm sim.ust. gacha	100 mm sim.ust dan past
Tana harorati	norma	38oS gacha	38oS dan baland
Bel sohasida ogʻriq sindromi	yoʻq	oʻrtacha	kuchli
Mochevina miqdori	norma	12 mmol/l gacha	12 mmol/l dan koʻp
Qonda leykositlar miqdori	norma	15 mln/l gacha	15 mln/l dan koʻp
Leykositlar formula siljishi	yoʻq	tayoqchayadroli neytrofillar 10 tagacha	tayoqchayadroli neytrofillar 10 tadan koʻp
Urrib koʻrish simptomi	(-)	oʻrtacha (+)	kuchli (+)
Buyraklar sohasi palʼpasiyasida ogʻriq	yoʻq	oʻrtacha	kuchli
Buyraklar sohasida qorin oldingi devori mushaklarining tarangligi	yoʻq	oʻrtacha	kuchli
UTT da buyraklar oʻchami kattalashishi	yoʻq	uzunligi 13,2 sm gacha, qalinligi 5,8 sm gacha	uzunligi 13,2 sm dan, qalinligi 5,8 sm dan koʻp
UTT da buyraklar parenximasi exogenligining pasayishi	yoʻq	oʻrtacha	kuchli
UTT da buyrak parenximasining bir xil emasligi	yoʻq	kam sohada	aniq
UTT da buyrak konturlari notekisligi	yoʻq	sust koʻrinadi	aniq koʻrinadi
UTT da buyraklar parenximasi qalinligining oshishi	yoʻq	1,9 sm gacha	1,9 sm dan koʻp
UTT da nafas olishda buyraklar harakatchanligining cheklanishi	harakatchan	cheklangan	yoʻq

Koronavirus infeksiyasining oʻtkir davrida buyrak shikastlanishining chastotasi quyidagi jadvalda keltirilgan.

COVID-19 bo'lgan bolalarda kasallik kechish og'irligiga ko'ra buyraklar shikastlanishi chastotasi

Buyraklar shikastlanish xarakteri	COVID-19 ning og'irligi			c2, p
	Yengil (n=278)	O'rta og'ir (n=144)	Og'ir (n=19)	
differensiallashmagan siydik sindromi (n = 55)	15 (5,4%)	34 (23,6%)	6 (31,6%)	4,55 <0,05*
proteinuriya (n = 36)	6 (2,2%)	24 (16,7%)	6 (31,6%)	5,82 <0,01*
gematuriya (n = 16)	1 (0,4%)	11 (7,6%)	4 (21,0%)	7,33 <0,01*
leykosituriya (n = 12)	10 (3,6%)	2 (1,4%)	0	0,04 >0,5
OPP (n = 2)	0	0	2 (10,5%)	

Shunday qilib, buyraklarning infeksiyon jarayonga jalb qilinishi COVID-19 bilan kasallangan har 8-bolada ko'pincha differensiallashmagan siydik sindromi shaklida aniqlandi, uni aniqlash chastotasi koronavirus infeksiyasining og'irligi bilan bog'liq bo'ldi: og'ir holatlarda bemorlarning 31,6% da proteinuriya aniqlandi, gematuriya – 21% da, pielonefrit – 10,5% da aniqlandi.

Covid-19 bilan kasallangan holatda buyrak zararlanishi (pielonefrit) rivojlangan 50 nafar bola tadqiqot uchun tanlab olindi. Barcha bemor

bolalar birlamchi ko'rigida ularning anamnez ma'lumotlari, ob'ektiv ko'rik natijalari, klinik laborator ko'rsatkichlari, shuningdek, maxsus patokimyoviy tekshiruv natijalari tahlil qilindi.

Bemorlar anamnezi tahlilida ularning Covid-19 ga chalingan bemorlar bilan kontaktda bo'lganlik, Covid-19 ning va buyraklar zararlanishi klinik belgilari yuzaga chiqish muddati o'rtasidagi bog'liqlik o'rganildi.

3-jadval

Bemor bolalarning dastlabki demografik ma'lumotlari va kasallik xarakteristikasi

Xarakteristikalar	COVID-19+ pielonefrit	COVID-19	p ko'rsatkich
Yoshi	9±2,4	9±2,2	<0,05
Kiz bolalar	34	31	<0,05
O'g'il bolalar	16	19	<0,05
Tana vazni indeksi (kg/m2)	19,4±1,4	18,8±1,2	<0,05
COVID-19 bemorlar bilan kontakt	84%	80%	<0,05
Anamnezida sayoxatga chikish	16%	20%	<0,05
Yo'ldosh kasalliklar, %	96%	78%	<0,05

Birlamchi ko'rikda pielonefritning klinik belgilari 3.2-jadvalda keltirilgan.

4-jadval

Bemorlarda pielonefritning klinik simptomlari chastotasi

Kasallik simptomlari	Guruhlar			
	1-guruh		2--guruh	
	abs	%	abs	%
Bel sohasida og'riq	30	100	32	100
Siydik ajralishi oshishi	37	74	42	84
Siydik ajratishga imperativ chaqiruvlar	4	8	17	34
Holsizlik	50	100	50	100
Ko'ngil aynishi	5	10	9	18
Qusish	-	0	2	4
Bosh og'rishi	38	76	50	100
Bosh aylanishi	38	76	50	100
Varaja	44	88	49	98
Ko'p terlash	50	100	50	100
Qorin devori tarangligi	16	32	30	60
Buyraklar sohasi paypaslaganda og'riq	12	24	50	100
Teri qoplama qog'irishi	46	92	50	100
Shilliq qavatlar sianozi	3	6	4	8
Bel sohasini urib ko'rish simptomi musbat	6	12	50	100
Tana harorati ko'tarilishi	50	100	50	100
Leykosituriya	10	20	50	100
Bakteriuriya	14	28	50	100
Eritrosituriya	-	0	43	86

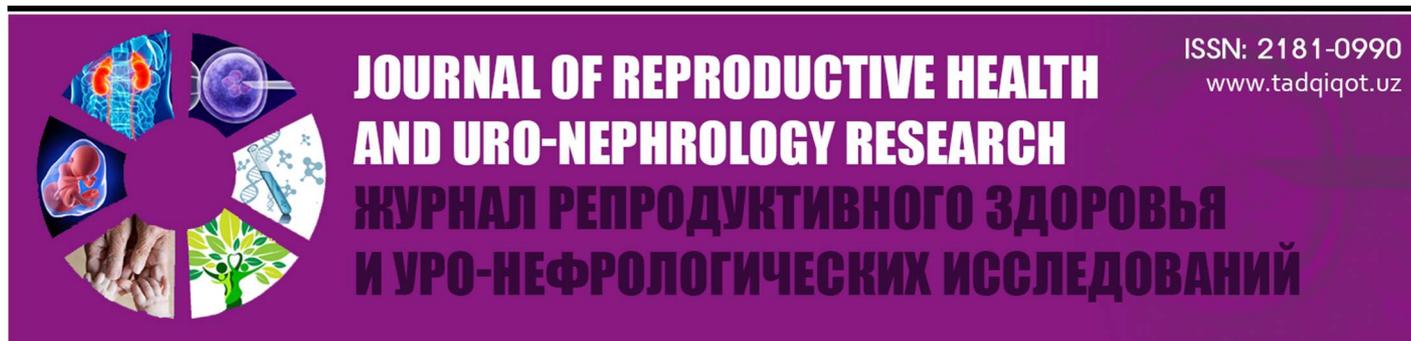
Ushbu jadval ma'lumotlaridan kelib chiqadiki, pielonefritning faol fazasi: isitma (100%), bel sohasidagi og'riq (100%), umumiy holsizlik (100%), varaja (96%), bosh og'rig'i (100%), bosh aylanishi (100%), ko'ngil aynishi (18%) kabi belgilar bilan kechadi. Bemorlarning ko'pchiligida leykosituriya (100%), bakteriuriya (100%), eritrosituriya (54,8%), bel sohasida urib ko'rish simptomi musbatligi (100%) aniqlandi. Ko'rib turganimizdek, COVID-19 fonida pielonefrit bo'lgan bemorlarda yallig'lanishning faol bosqichida organizmning umumiy

intoksikatsiyasi belgilari (isitma, holsizlik, varaja, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynish) va kasallikning mahalliy belgilari (urib ko'rishning musbat simptomi, qorin devori mushaklarining tarangligi, buyraklar sohasida og'riq) yuzaga chiqadi.

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.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Acute kidney injury in COVID-19 patients. ESICMtv Webinar. Posted April 17, 2020.
2. Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nat Med.* 2020;26(4):450–452.
3. Arunachalam P. S., Wimmers F., Mok C. K. P. et al. Systems biological assessment of immunity to mild versus severe COVID-19 infection in humans // *Science.* –2020. – № 369 (6508). – P. 1210–1220.
4. Balasubramanian S, Nagendran T M, Ramachandran B, Ramanan AV. Hyper-inflammatory Syndrome in a Child With COVID-19 Treated Successfully with Intravenous Immunoglobulin and Tocilizumab. *Indian Pediatr.* 2020;57(7):681–683.
5. CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, February 12 – April 2, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(14):422–426.
6. CDC U. Information for Healthcare Providers about Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C).
7. CDC U. Severe outcomes among patients with COVID-19 — United States, Feb 12 – March 16, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(12):343–346.
8. Chen A, Huang J, Liao Y, et al. Differences in clinical and imaging presentation of pediatric patients with COVID-19 in comparison with adults. *Radiol Cardiothorac Imag.* 2020;2(2):e200117.
9. Chen G., Zhou Y., Ma J. et al. Is there a role for blood purification therapies targeting cytokine storm syndrome in critically severe COVID-19 patients? // *Ren. Fail.* – 2020. – Vol. 42, № 1. – P. 483–488.
10. Chen L, Li Q, Zheng D, et al. Clinical Characteristics of Pregnant Women with Covid-19 in Wuhan, China. *N Engl J Med.* 2020;382(25):e100.
11. Cheng Y, Luo R, Wang K, Zhang M, Wang Z, Dong L, et al. Kidney disease is associated with in-hospital death of patients with COVID-19. *Kidney Int.* 2020;97(5):829–838.
12. Gapparova G. N. Clinical and laboratory diagnosis of uricosuric nephropathy in children // *Web of Scientist: International Scientific Research Journal.* – 2022. – T. 3. – №. 5. – C. 2064-2070.
13. Gapparova G. N., Axmedjanova N. I. COVID-19 PANDEMIYASI DAVRIDA BOLALARDA PIELONEFRITNING KLINIK-LABORATOR XUSUSIYATI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH // *JURNAL REPRODUKTIVNOGO ZDOROV'YA I URO-NEFROLOGICHESKIX ISSLEDOVANIY.* – 2022. – T. 3. – №. 4.
14. Gapparova G., Akhmedjanova N. CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS, DIAGNOSIS OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN UNDER COVID-19 PANDEMIC CONDITIONS // *Theoretical aspects in the formation of pedagogical sciences.* – 2022. – T. 1. – №. 6. – S. 114-114.
15. Nurmuminovna G. G. In the post period of covid-19 diseasespecific clinical-laboratory properties and diagnosis of pyelonephritis in children // *ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal.* – 2022. – T. 12. – №. 4. – S. 55-58.
16. Gapparova G. N. Sovid-19 Pandemiyasi Davrida Bollard Pielonefritning Klinik-Laborator Xususiyatlari, Diagnostikasi // *Texas Journal of Multidisciplinary Studies.* – 2022. – T. 4. – S. 127-129 Zhurakulovna R. D., Shomuratovna B. R., Narmuminovna G. G. HYGIENIC RECOMMENDATIONS FOR THE PREVENTION OF SCHOOL MYOPIA AND OTHER VISUAL IMPAIRMENTS IN CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE // *American Journal of Interdisciplinary Research and Development.* – 2022. – T. 6. – S. 29-38.
17. Gapparova G. N. Clinical and laboratory diagnosis of uricosuric nephropathy in children // *Web of Scientist: International Scientific Research Journal.* – 2022. – T. 3. – №. 5. – S. 2064-2070.
18. Askarova N. K., Raximova D. J. EFFEKTIVNOST' SPETSIFICHESKOGO LECHENIYA METABOLICHESKIX NARUSHENIY OBUSLOVLIVAYUSHIX SUDOROGI V PERIOD NOVOROJDENNOSTI // *NAUCHNYYE ISSLEDOVANIYA.* – S. 68.
19. Askarova N. K. i dr. Klinicheskaya xarakteristika xronicheskix rasstroystv pitaniya razlichnogo geneza u detey pervyx dvux let jizni // *Nauchnyy aspekt.* – 2020. – T. 2. – №. 1. – S. 259-264.
20. Raximova D. J., Naimova Z. S., Halimova S. A. 7 YOSHDAN 14 YOSHGACHA BO 'LGAN BOLALARDA OZIQLANISH MUAMMOLARI VA ULARNI OLDINI OLIHDA VITAMIN VA MINERALLARNING O 'RNI // *Oriental renaissance: Innovative, educational, natural and social sciences.* – 2022. – T. 2. – №. 4. – S. 380-385.
21. Raximova D. J. i dr. Izmenenie sostava mikroelementov u detey s xronicheskim rasstroystvom pitaniya pervyx dvux let jizni na fone OKI // *Nauchnyy aspekt.* – 2020. – T. 2. – №. 1. – S. 252-258.



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ISSN: 2181-0990
www.tadqiqot.uz

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ishkabulova Gulchehra Djonxurozovna
tibbiyot fanlari nomzodi
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand, O'zbekiston
Xolmuradova Zilola Ergashevna
assistent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

BOLALARDA SURUNKALI BUYRAK ETIMOVCHILIGINING KECHISHI, DAVOLASH VA OQIBATLARINI BAHOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI

For citation: Ishkabulova Gulchehra Dzhonkhurozovna, Kholmuradova Zilola Ergashevna. Modern methods of assessing the course, treatment and outcome of chronic kidney failure in children. Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 2, pp.50-53

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7904707>

ANNOTASIYA

Surunkali buyrak etishmovchiligi (SBE) - irsiy, tug'ma va orttirilgan buyrak kasalliklarida buyraklarning gomeostatik funksiyalarni bajarish qobiliyatining barqaror pasayishi bilan nefronlar va stromalarning progressiv nobud bo'lishi natijasida rivojlanadigan o'ziga xos bo'lmagan sindrom. 50 dan ortiq kasalliklar ma'lum bo'lib, ular turli chastota va tezlik bilan SBE bilan tugaydi [14]. Hozirgi vaqtda kasalliklarning jamiyat uchun haqiqiy ijtimoiy ahamiyati etarlicha baholanmagan. Shu bilan birga, bolalik davrida kech va erta tashxis qo'yilgan nefropatiyalarning o'chirilgan va yashirin shakllari tobora keng tarqalgan bo'lib, surunkali buyrak kasalligi (SBK) va SBE [15,13] shakllanishiga olib keladi. Kattalar populyatsiyasida BSKning kelib chiqishi ko'pincha bolalikka borib taqaladi.

Kalit so'zlar: Surunkali buyrak etishmovchiligi, bolalar, renoprotektor terapiya.

Ишкабулова Гульчехра Джонхурозовна

кандидат медицинских наук
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан
Холмурадова Зилола Эргашевна
ассистент
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ТЕЧЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

АННОТАЦИЯ

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) — неспецифический синдром, развивающийся в результате прогрессирующей деструкции нефронов и стромы с неуклонным снижением способности почек выполнять гомеостатические функции при наследственных, врожденных и приобретенных заболеваниях почек. Известно более 50 заболеваний, заканчивающихся СБЭ с различной частотой и скоростью [14]. В настоящее время реальная социальная значимость болезней для общества недостаточно оценена. В то же время все чаще встречаются поздно и рано диагностированные в детском возрасте нефропатии, приводящие к формированию хронической болезни почек (ХБП) и СБЭ [15,13]. Во взрослом населении происхождение ХБП часто восходит к детству.

Ключевые слова: Хроническая почечная недостаточность, дети, ренопротекторная терапия.

Ishkabulova Gulchehra Dzhonkhurozovna
PhD

Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan
Kholmuradova Zilola Ergashevna
Assistant
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan.

MODERN METHODS OF ASSESSING THE COURSE, TREATMENT AND OUTCOME OF CHRONIC KIDNEY FAILURE IN CHILDREN

ANNOTATION

Chronic renal failure (SBE) is a non-specific syndrome that develops as a result of progressive destruction of nephrons and stroma with a steady decrease in the ability of the kidneys to perform homeostatic functions in hereditary, congenital and acquired kidney diseases. More than 50 diseases are known that end in SBE with varying frequency and speed [14]. Currently, the real social importance of diseases for society is not sufficiently evaluated. At the same time, late and early-diagnosed nephropathies in childhood are becoming more and more common, leading to the formation of chronic kidney disease (BSK) and SBE [15,13]. In the adult population, the origin of BSK often goes back to childhood.

Key words: Chronic kidney failure, children, renoprotective therapy.

Kirish: Adabiyotlarga ko'ra, terminal buyrak etishmovchiligi bilan kasallanish barcha mamlakatlarda ortib bormoqda [12,10]. Keyingi 10 yil ichida bunday bemorlar soni ikki baravar ko'payishi kutilmoqda [15]. Shu munosabat bilan butun dunyoda buyrak kasalliklarining rivojlanish mexanizmlari va renoprotektiv terapiya imkoniyatlari jadal o'rganilmoqda. Afsuski, buyrak kasalliklari uchun zamonaviy terapiya etarli darajada samarali emas va ko'pincha jiddiy nojuya ta'sirlarni keltirib chiqaradi [2,15,]. Shu bilan birga, 21-asrda qo'llaniladigan kattalar va bolalarda rivojlangan buyrak kasalliklarida renoprotektiv terapiyaning yangi strategiyasi to'g'risidagi ma'lumotlarni taqdim etadigan bir qator qiziqarli nashrlar paydo bo'ldi.

Tadqiqot natijasi. Neonatal davrda nefropatiya bilan og'rig'an 70 nafar bolani 6 yil davomidagi dinamik kuzatuvlari shuni ko'rsatdiki, ularning aksariyatida interstitsial nefrit (IN), siydik pufagining neyrogen disfunktsiyasi yoki metabolik nefropatiya va pielonefrit davom etayotgan reabilitatsiya tadbirlari fonida rivojlanadi. Bemorlarning faqat 15 foizida to'liq tiklanish qayd etilgan [15].

Surunkali buyrak etishmovchiligining ortib borish sabablari sifatida quyidagilarni keltirish mumkin:

1) Hozirgi vaqtda SBEga olib keladigan buyrak kasalliklarining birlamchi oldini olish bo'yicha samarali choralarining yo'qligi;

2) Buyrak kasalliklarining "etiologik" va "patogenetik" terapiyasining samarasizligi, bu esa o'z navbatida surunkali jarayonlarni kuchayishiga va SBEning rivojlanishiga olib keladi;

3) Reabilitatsiya choralarining samarasizligi, buning natijasida SBE rivojlanishi bilan buyrak etishmovchiligi ko'chayib boradi.

4) Tug'ma va irsiy nefropatiyalarning ko'payishi [15,12].

Bolalikdagi SBE muammosi irsiy va tug'ma nefropatiyalarning muammosi bilan chambarchas bog'liq. Bolalarda SBE 41,4% tug'ma va irsiy nefropatiya, glomerulonefrit (GN) - 40,5%, ikkilamchi pielonefrit - 15,3%, boshqa sabablar - 2,7% (18) oqibati edi. Nefrosklerozning darajasi emas, balki nefronning tug'ma to'liq etilmasligi bolalarda displaziya buyrak etishmovchiligining rivojlanishini belgilaydi [14]. SBE sabablarining orasida ma'lum geografik va irqiy farqlar mavjud, ba'zi mamlakatlarda irsiy nefropatiyalarning muhim bo'lsa, boshqalarida pielonefrit bilan asratilgan tug'ma nuqsonlar, keyingilarida SBE shakllanishida urolitiozning ulushi ko'proq [8]. Shu sababli, bizning iqlimiy, geografik sharoitimizda ham kattalar, ham bolalar populyatsiyalarida SBE epidemiologiyasini o'rganish ushbu guruh bemorlariga tibbiy yordam ko'lamini aniqlashda juda zarur bo'lgan mustaqil muammo bo'lib qolmoqda.

Odatda, SBE uzoq muddatli patologik jarayonning oqibati hisoblanadi, lekin ba'zida qisqa vaqt ichida (masalan, yomon sifatli nefrit bilan olti oy ichida), glomerullarning katta qismining sklerozi va kanalchalar atrofiyasi rivojlanadi.

SBE ning ikkita shakli farqlanadi:

1) Surunkali glomerulonefritda (SGN) kuzatiladigan nefrogen skleroz natijasida rivojlanadigan umumiy yoki total SBE;

2) Asosan tubulyar surunkali buyrak etishmovchiligi, bu tubulalar va interstitsialarning boshlang'ich va xos zararlanishi bilan kechadigan kasalliklar nefrolitiaz, pielonefrit, interstitsial nefrit natijasida yuzaga kelib, oqibatida esa glomerulyar skleroz bilan yakunlanadi [1].

SBE davriylashtirishda quyidagi bosqichlar ajratiladi: [3].

I bosqich (kompensatsiyalangan) - glomerulyar filtratsiya 70-50 ml / min \times 1,73 m², plazma kreatinini 0,088-0,265 mmol / l, nefronlar soni 50-25%. Subyektiv shikoyatlar yo'q.

II bosqich (subkompensatsiyalangan) - glomerulyar filtratsiya 50-30 ml / min \times 1,73 m², plazma kreatinini 0,120-0,530 mmol / l, nefronlar soni 30% dan kam. Buyraklarning siydikni konsentratsiyalash qobiliyatining pasayishi, poliuriya va polidipsiyani. Buyrak funktsiyasining

yomonlashishi, anoreksiya, oshqozon-ichak trakti faoliyatining buzilishi belgilari, anemiya, metabolik atsidozning birinchi belgilari bilan namoyon bo'ladi;

III bosqich (dekompensatsiyalangan) - glomerulyar filtratsiya 30-10 ml / min \times 1,73 m², plazma kreatinini 0,450-0,800 mmol / min, nefronlar soni 10% dan kam. Siydik miqdori kamayadi, buyrak etishmovchiligining aniq klinik belgilari.

IV bosqich (terminal yoki uremiya) - glomerulyar filtratsiya 10 ml / min \times 1,73 m² dan kam, plazma kreatinini 0,620-1,110 mmol / l, nefronlar soni 5% dan kam. Oliguriya, barcha organlar va tizimlarning zararlanishi.

Tadqiqotchilarning asosiy e'tibori, birinchi navbatda, surunkali gemodializ terapiyasi bilan bog'liq bo'lgan SBE ning oxirgi yoki terminal bosqichiga qaratiladi (6). Shu bilan birga, renal himoya sohasidagi yangi innovatsiyalar buyrak etishmovchiligining (BE) rivojlanishini sekinlashtirish / to'xtatish va hatto yo'qolgan funksiyalarni tiklash uchun hali ham imkoniyatlar mavjud bo'lgan buyrak etishmovchiligining dastlabki bosqichlariga e'tiborni qaratish buyrakni almashtirish terapiyasini (BAT) boshlanishini kechiktirish mumkinligini ko'rsatadi (12).

Surunkali buyrak kasalliklarini erta renoprotektiv davolash zamonaviy klinik nefrologiyaning juda dolzarb muammosidir, chunki ko'pchilik buyrak kasalliklarining muqarrar natijasi surunkali buyrak etishmovchiligidir (SBE).

Buyrak kasalligi bo'lgan bolalarda surunkali buyrak etishmovchiligini aniqlash tavsiya etiladi, agar ularda kreatinin klirensi (Ccr) $<$ 20 ml / min. \times tana yuzasi 1,73 m² pasaysa, qon zardobida karbamid miqdori 35 mg % ko'paysa va kreatinin $>$ 2 mg% ($>$ 176 μ mol / l) bo'lsa.

Bemorlarni dinamik kuzatish orqali, buyrak jarayonining rivojlanish tezligini ko'rsatadigan parametrlarni laborator aniqlashga ehtiyoj borligini bildiradi. Buyraklar sezilarli zahiraviy sig'imga ega va faol nefronlarning 50% dan ko'prog'i yo'qolganda qon zardobida kreatinning (Pcr) ortishi kuzatiladi (7). Faqat shu paytdan boshlab Pcr SBE rivojlanish tezligining "markeri" bo'lib xizmat qilishi mumkin (18). Bugungi kunga kelib, bemorda buyrak etishmovchiligining dastlabki bosqichlari bor-yo'qligini aniqlash mumkin bo'lgan aniq mezonlar mavjud emas.

Tug'ma va irsiy kasalliklarda tubulointerstitsial ekstraktsiya ustun bo'lgan turli xil nefropatiyalarda, Pcr darajasi normal darajada bo'lganda, buyraklar funktsional holatining pasayishi kanalcha yo'li bo'ylab rivojlanadi (18,9).

Glyukokortikoid va sitostatik kabi dorilar GN boshlanishida yoki qaytalanishida immun yallig'lanish faolligini yo'qotib, renoprotektiv ta'sirga ega. Ammo kasallikning uzoq davom etishi bilan boshqa "immun" mexanizmlar ustunlik qila boshlaydi: gipertenziya va glomerulyar giperperfuziya, aldosteron, angiotensin II, proteinuriya (nefrotoksinlar), giperurekimiya va boshqalar.

Tizimli arterial gipertenziyaning etakchi ta'sir mexanizmi buyrak gemodinamikasidagi o'zgarishlar: intraglomerulyar gipertenziya rivojlanishi, giperfiltratsiya va modulli qon oqimining disfunktsiyasi (5). Bunday sharoitda AAF ingibitorlari qo'llash, serkulyatsiyadagi angiotensin II darajasini pasaytiradi, afferent va efferent arteriolalarning spazmini yo'qotadi, intraglomerulyar gipertenziyani, giperfiltratsiyani kamaytiradi. Bundan tashqari, qonda aylanib yuruvchi ANGI ning AAF ingibitorlari ta'sirida kamayishi shubhasiz nefrosklerotogen ta'sirga ega bo'lgan antidiuretik gormon (ADG) va aldosteron hosil bo'lishini kamaytirishga yordam beradi (12,17).

Og'iz orqali oqsilni berib o'tkazilgan yuklamalar bilan olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, ko'p miqdorda protein iste'moli buyrak gemodinamikasi, KFF, glomeruloskleroz rivojlanishining muhim

omillari bo'lgan intraglomerulyar gipertenziya va giperperfuzyaga olib keladi (2,12). Klinik sharoitda ko'ptokcha ichi gipertenziyani aniqlash uchun buyrakning funksional xazirasi (BFZ) aniqlanadi. BFZning saqlanish darajasi bolaning tana vaznining 1 kg uchun 1 g protein miqdorida bitta protein yuki yordamida aniqlanadi.

Cer ni o'lchash uchun zarur bo'lgan yuqori diurez tezligiga erishish uchun uni 30 daqiq davomida 1 kg tana vazniga 20 ml suv yuki bilan birlashtirish kerak. Yukdan bir soat oldin bazal KF aniqlanadi va yukdan keyin bir soat ichida stimulyatsiya qilingan KF aniqlanadi. FBR ni hisoblash quyidagi formula bo'yicha amalga oshiriladi: $FBR = (KFTS - KFTB / KFTB) \times 100$, KFTB va KFTS - endogen kreatin uchun bazal va stimulyatsiyalangan ko'ptokcha filtratsiya tezligi (15,17).

AAF ingibitorlari va ANGI retseptorlari blokerlari monoterapiya va / yoki kombinatsiyalangan holda intraglomerulyar giperfiltratsiyani bartaraf etish uchun antigipertenziv dorilarni uzoq muddatli qo'llash uchun samarali va xavfsiz ekanligi isbotlangan. Kundalik amaliyotda proteinuriyaning ikki baravar kamayishi erishilgan A / D darajasidan qat'i nazar, AAF ingibitorlarining dozasini oshirish uchun ko'rsatma hisoblanadi (9). AAF ingibitorlari bilan davolash paytida proteinuriyaning kamayishi og'irligi KFT pasayish tezligiga teskari proporsional edi (17). Epitelial hujayra tuzilmalari membranalarida lipid peroksidlanishining (LPO) faollashishi, ularning funksional

faolligini yo'qotishiga, fosfolipid fraksiyalari tarkibidagi o'zgarishlarga olib keladi, buyrak patologiyasining rivojlanishi va rivojlanishining muhim mexanizmi bo'lib, surunkali buyrak etishmovchiligida uremik intoksikatsiya darajasini belgilaydi (6). Shuning uchun AAF ingibitorlarini qo'llash antioksidantlar va membranani himoya qiluvchi vositalardan foydalanishga to'sqinlik qilmaydi (12).

BSK bilan og'rikan bolalarda renin-angiotenzin-aldosteron tizimining (RAAT) AAF blokatorlarini qo'llashda, 4-5 yillik uzluksiz terapiyadan so'ng KFT diapazoni 80-60 ml / min \times 1,73 m² bo'lgan bemorlarda AAF ingibitorlarini fiziologik gipertenziyani ta'minlaydigan dozalarda qo'llash, dastlabki proteinuriya <1,0 g / kun, BE rivojlanishini to'xtatish va KFTni yiliga 1-2 ml / min ga oshirish mumkin ekanligi aniqlangan. Renoproteksiyaning rag'batlantiradigan va unga qarshilik qiladigan omillar aniqlangan (1-jadval). AAF ingibitorlari va sartanlar asosan buyrak yo'li bilan past KFT va ayniqsa metabolik sindromda buyrak etishmovchiligini kuchaytirishi mumkin (12).

Shuning uchun buyrak funksiyasi susaygan bemorlarda AAF ingibitorlarining, asosan ekstrarenal yo'li bilan ta'sir qiladigan (moeksipril, monopril, telmisartan, eprosartan) qo'llanilishi maqsadga muvofiqdir. Kasallikning birlamchi faolligi bo'lmasa, AAF ingibitorlari va sartanlar bilan renoprotektiv dori terapiyasi to'xtatilmaligi kerak.

Jadval 1

BSKning progressiv kechishida renoproteksiya imkoniyatlari

KFTni tiklashga yordam beradi	KFT tiklanishiga hissa qo'shmaydi
KFT 60 ml/min dan ortiq	Tezlik 60 ml/min dan kam
AAF ingibitorlari, sartan, mokosidin bilan terapiya	KKB, beta-blokerlar, diuretiklar bilan terapiya
Ikki karra (AAF ingibitori + sartanlar) va reninangiotenzin tizimining uch karra bloki (AAF ingibitori + sartan + moksonidin)	AAF ingibitori monoterapiyasi, sartan yoki moksonidon bilan
Ekstrarenal ajraladigan sartan va AAF ingibitorlari (fosinopril, eprosartan, telmisartan) bilan davolash.	AAF ingibitorlari, asosan buyraklar orqali chiqariladigan sartan (perindopril, lisinopril, kandesartan) davolash kursi
Bir umrlik davolash	120 g / l dan kam emas
Anemiyaning yo'qligi	Proteinuriya mavjudligi
Mikroalbuminuriyaning yo'qligi	Gipertenziya mavjudligi
Qon bosimi 120/75 mmHg dan past	Chekish
Chekish taqiqlangan	Kam tana vazni
Tana vaznini normallashtirish yoki oshirish	Qandli diabetning mavjudligi
Tugallanmagan metabolik sindrom	Gipoalbuminemiya
Qonda albumin 35 g/l dan ortiq	Erkak jinsi
Menopauzadan oldin ayolllar	Kattalar
Bolalik davri	O'z-o'zini davolash elementlaridan foydalanish
Doimiy aloqa	

Nefropatiyalarning rivojlanishi va renoproteksiya ehtimoli, yaqinda o'rganilgan muammo, pediatrik nefrologlarning kelajakdagi tadqiqotlarida istiqbolli bo'ladi, chunki ko'plab nefropatiyalar bolalikdan boshlangan, o'smirlar va kattalarda rivojlanishda davom etmoqda (1,15).

SGEda SBE ning morfologik substrati turli surunkali buyrak kasalliklarining natijasi bo'lgan nefrosklerozdir (13,5). Ortirilgan, tug'ma va irsiy nefropatiyalarda SBE shakllanishining turi bir biridan farq qiladi. Displaziya bilan buyrak etishmovchiligining rivojlanishi nefroskleroz darajasi bilan emas, balki nefronlarning tug'ma kamchiligi bilan belgilanadi. Bolalikda aynan buyrak displaziyasi, shu jumladan buyraklar polikistozi, bu SBE ning asosiy sababidir (8).

Ko'pgina tubulointerstitsial tug'ma va irsiy kasalliklarda SBE bakterial infeksiya qo'shilgan bo'lmasa, faol buyrak jarayoni bo'lmasa, sekin, lekin o'zluksiz tarzda rivojlanadi. Renoprotektiv davolash mohiyatini etiologik omilni davolashdan, bu ma'lum bo'lgan asosiy kasallikni davolashdan boshlanadi.

Afsuski, aksariyat BSKni "etiologik" va "patogenetik" davolash natijalari qoniqarsiz bo'lib qolmoqda (9,12) va ko'pincha SBE shakllanishi bilan tugaydi.

Qon zardobida kreatinining 0,528 mmol / l (6 mg%) dan oshishi va klirensining taxminan 10 ml / min \times 1,73 m² 90,17 ml / sek ga kamayishi GN uchun immunosuppressiv terapiyaning barcha shakllarini qo'llashga qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Biroq, GN va PNda

buyraklardagi yallig'lanish jarayonining saqlanishi yoki faolligi oshishi bilan SBE ning rivojlanish tezligi tezlashganligi sababli, birlamchi kasallikning etiologik va patogenetik davolashi bir vaqtning o'zida buyrak etishmovchiligining rivojlanishini oldini olishga qaratilgan choradir. (13).

Ma'lumki, nefrotik sindromning mavjudligi, tubulo-interstitsial komponent, GN bilan og'rikan bemorlarda glyukokortikoidlar va geparinni qo'llash gipokalsemiya rivojlanishiga, suyaklarning demineralizatsiyasiga va SBE belgilari boshlanishidan oldin buyrak osteopatiyalarning shakllanishiga yordam beradi. (18) Surunkali buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda, shuningdek, uzoq muddatli kortikosteroidlar, geparin, diuretiklar qabul qiluvchi GNning funksional kompensatsiyalangan bosqichida renal osteopatiyalar rivojlanishini oldini olish uchun ergokalsiferolni qo'llash xam maqsadga muvofiqdir.

Surunkali buyrak etishmovchiligi bo'lgan bolalarda konservativ chora-tadbirlar hajmi asosiy kasallik, buyrak etishmovchiligi bosqichi, boshqa organlar va tizimlarning shikastlanishi bilan belgilanadi. Surunkali buyrak etishmovchiligini davolashda parhez choralariga katta ahamiyat beriladi: Qo'pol xato - buyrak funksiyasi saqlanib qolgan nefropatiya mavjudligi sababli bemorning ratsionidan hayvon oqsilini keskin cheklash (ba'zan to'liq chiqarib tashlash). Oziq-ovqat tarkibidagi protein miqdorini cheklash uchun ko'rsatma KF <30ml / min \times 1,73m²

darajasining pasayishi, bu SBE III bosqichiga to'g'ri keladi; - ratsionda oqsilning 70% gacha hayvonlardan (go'sht, baliq, sut) bo'lishi kerak.

Siydikda yo'qolgan proteinning har bir grammi dietada 1,25-1,65 g protein bilan almashirilishi kerak (2).

SBE bilan og'rikan bemorlarga kuniga 1-2 standart multivitaminli tabletkalar buyuriladi SBE uchun dietoterapiya, dastlabki bosqichlardan boshlab, deyarli barcha patogenetik va klinik sindromlarda muhim ahamiyatga ega va u ustun sindromga qarab o'zgartirilishi kerak. SBE bilan og'rikan bemorlar bolalar uchun 3 ta parhez varianti tavsiya etiladi: oqsil cheklovizis - azotemiya 52 mmol / l (60-80 mg%) dan oshmaydigan karbamid azoti bilan; o'rtacha protein cheklovi (1,0-1,5 g / kg / kun) karbamid darajasi 57-71,4 mmol / l bilan bo'lgan; kuchli azotemiyada proteinni keskin cheklash (kuniga 0,6-0,7 g / kg gacha) bo'lgan parhez.

Yuzasida toksinlarni tutib qolish xususiyatiga ega (sorbent) dori-darmonlarni tayinlash III SBE (faollashtirilgan ko'mir) bosqichida talab qilinadi. Oshqozon yarasi va/yoki oshqozon-ichakdan qon ketishi bo'lsa, faollashtirilgan ko'mirni qo'llash mumkin emas. Kuniga 1 g / kg dozada tayinlanadi. 2 haftadan 10 oygacha 3-4 ta porsiyaga bo'lingan.

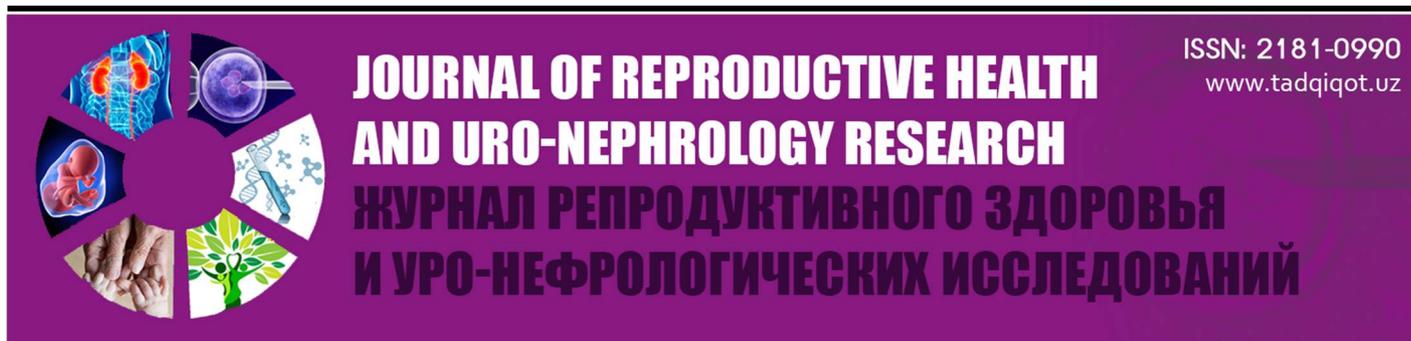
Ular ovqatdan 1,5 soat oldin 100 ml suv bilan ichiladi. Shu bilan birga, boshqa dorilar sorbentni qabul qilganidan keyin 1 soatdan keyin buyuriladi.

Xulosa. Surunkali buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorni dispanser kuzatuv boshqa organlarning bosqichini hisobga olgan holda individual ravishda tanlab olingan va tizimli ravishda amalga oshiriladigan murakkab imtiyozlar to'plamidir. Shu sababli, buyrak etishmovchiligining dastlabki bosqichi aniqlangan paytdan boshlab, bemor bolani va uning qarindoshlarini tegishli davolash rejimiga faol jalb qilish vazifasi muhim ahamiyat kasb etadi, konservativ choralar surunkali buyrak etishmovchiligini davolash uchun asos bo'lib kelgan va shunday bo'lib qoladi.

Shunday qilib, so'nggi yillarda SBE ning dastlabki bosqichida buyrak etishmovchiligining rivojlanishining oldini olish uchun asos AAF ingibitorlarini (Kapoten, Enap) monoterapiyada va arterial gipertenziyani kamaytiradigan ANG II preparatlari bilan birgalikda qo'llash gipertenziyani, glomerulyar giperfiltratsiyani, proteinuriya darajasini pasaytiradi va shu bilan nefroprotektiv ta'sir ko'rsatadi, yurak-qon tomir tizimi va markaziy asab tizimi asoratlarni oldini oladi (7,12).

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Azimjonova M.M., Qurbon D.D., Muxamedjanova D.K. O'zbekiston Respublikasida perinatal, neonatal kasallanish va o'lim va ularni kamaytirish yo'llari. // *Pediatriya-tom.* -2000-N 2-3 C 24-26
2. Evsenko D.A., Tsiyulnikov N.I. Murakkab homiladorlikda platsentadagi morfologik o'zgarishlar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning salomatligi // *Pediatriya.* 2000.-№ 3. B.11-14.
3. Ignatova M.S. Bolalardagi nefropatiya: zamonaviy genetik jihatlar // *Ross, G'arbiy Perinat va pediatr* 2004.-N2-C.44-51.
4. Ишкатулова Г.Д., Холмуродова З.Э. Фосфолипидная структура и состояние перекисного окисления липидов эритроцитарных мембран у новорожденных от матерей с гестозом, сочетанным хроническим пиелонефритом. // *Журнал Биомедицины и практики.* 2022.-№3 –С71-77.
5. Кадырова Г.Г. Распространенность хронического пиелонефрита среди женщин фертильного возраста: Автореф. дисс... канд мед наук. -Ташкент, 2000. - 17 с
6. Колб В.Г., Камышников В.С Клинические методы исследования. // Минск. - 1976.-311 с.
7. Крылов В.И., Виноградов А.Ф., Еремеева С.И. и др. Метод тонкослойной хроматографии липидов мембран эритроцитов // *Лабораторное дело* -1975.-№4 -с 205-206.
8. Ishkbulova G. D. et al. MODERN METHODS FOR ASSESSING THE COURSE, TREATMENT, AND PROGNOSIS OF CHRONIC RENAL FAILURE IN CHILDREN // *British Medical Journal.* – 2023. – Т. 3. – №. 1.
9. Нуруллаев Р.Б. Инфекции мочевого тракта эшемиология и факторы риска // *Бюлл.ассоциац врачей Узбекистана.*-2003.-N1.-С.88-94.
10. Савельева Г.М. Панина О.Б., Сичинава ЛГ и др. Пренатальный период и его значение в развитии плода к новорожденного // *Акушерство и гинекология*-2004.-№2. -С. 60-62
11. Тутушева Ф.А. Процессы перекисного окисления липидов и защитная роль антиоксидантной системы в норме и у больных с хроническим гломерулонефритом Часть 1 // *Нефрология.*-2001. - Том 5. -№1.-С 19-27
12. Токопа З.З., Фролова О.Г. Материнская смертность при гестозах. // *Акуш.гинекол*-1998 №5.-С.9 11.
13. Ишкатулова Г. Д., Холмуродова З. Э. Homiladorlik surunkali pielonefrit va gestoz bilan kechgan onalardan tug'ilgan chaqaloqlarda fosfolipid tuzilishi va eritrotsit membranalarining lipid peroksidlanish holati // *Журнал Биомедицины и Практики.* – 2022. – Т. 7. – №. 3.
14. Мазур Л.И П профилактика поражений репродуктивной системы у девочек /девушек с пиелонефритом *Нефрологические чтения (избранные вопросы клинической нефрологии детского возраста).* Самара -2000 - с 77-85.
15. Шабалов Н.П. /Неонатология, I том. СПб. Специальная литература. - 1997. - 494 с
16. Щербавская Э.А., Гельцер Б.И. Нарушение минерального обмена и формирования костной ткани у плода новорожденного при осложненной гестозом беременности // *Росс вест. перинат, и педиатрии.*-2004. - Том 49, N1-С.10-15
17. Ishkbulova G.D., Kholmuradova Z.E. Functional state of the kidneys in Newborn born From Mothers With Pre-Eklampsia // *World Bulletin of Public Health (WBPB).*-2022 Semtember, -с75-78
18. Comparative assessment on the effect of different methods of corrective therapy on lipid metabolism and homeostatic renal function. ISHKABULOVA G.J.¹, KHAIDAROVA K.R.¹, KUDRATOVA G.N.¹, KHOLMURADOVA Z.E.¹
19. ¹ Department of Pediatrics, Faculty of Therapeutics, Samarkand State Medical Institute Том: 7 Номер: 3 Год: 2020 Страницы: 2794-2800
20. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Анкирская А.С., Антонов А.Г. Актуальные проблемы анти микробной терапии И профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии и неонатологии // *Акушерство и гинекологии.*-2004.-1С3-6
21. Расудь-Зале Ю.Г., Борников В.Т., Гафаров Ф.Б. и др. Особенности течения и исходы беременности и родов у женщин с тяжелым гестозом в репродуктивном анамнезе // *Журн. теорет и клинич. мед.* (узб)-2002 N 6 С 61-64



УДК 618. 3-06:618. 18-002:618.

Negmadjanov Bahodur Boltaevich
tibbiyot fanlari doktori, professor

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Egamqulov Zayniddin Toshmuxammedovich
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna
tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Ochilova Umida Tolibovna
Magistrant

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

HOMILADORLARDA VULVOVAGINITLARNI TASHXISLASH VA DAVOLASH

For citation: Negmadjanov Bahodur Boltaevich, Egamqulov Zayniddin Toshmuxammedovich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Ochilova Umida Tolibovna, Diagnosis and claim of vulvovaginitis in pregnant women, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 2, pp.54-59

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7904734>

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada homiladorlarda vulvovaginal infeksiyalar sabab yuzaga keluvchi asoratlarga haqida so'z boradi. Yuqumli omilning homiladorlik va perinatal rivojlanishdagi rolini aniqlash va salbiy oqibatlarini bo'yicha tadqiqotlar olib borish muhim ahamiyat kasb etadi. Asoratlar chastotasining yuqoriligi bakterial vaginoz, aerobli vaginit, vulvovaginal kandidoz kabi infeksiyalarning klinik namoyon bo'lishiga va qin mikroflorasidagi buzilishlarga bog'liq. Homiladorlikning erta muddatlarida qog'anoq pardaning tug'ruqdan oldin yorilish xavfini aniqlash va chuqur tekshiruvlar, homilaning morfofunktsional yetilishi, homilador ob'ektiv holatini baholash, infeksiya asorat berish xavfi ko'rsatkichlari pastligi homiladorlikni uzaytirish imkonini beradi. Vulvovaginal infeksiyalar xorioamnionit, muddatdan oldingi tug'ruq xavfi, qog'anoq pardasining tug'ruqdan oldin yorilishi, ko'psuvlilik, kamsuvlilik kabi salbiy asoratlarga olib keladi. Da'vo choralarini esa an'anaviy turda olib borildi

Kalit so'zlar: Vulvovaginit, bakterial vaginoz, kandidoz, Kira klassifikatsiyasi, bakterioskopik tekshiruv, klindoks

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор

Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Эгамкулов Зайниддин Тошмухаммедович
Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Раббимова Гульнора Тоштемировна
кандидат медицинских наук, доцент

Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Очилова Умида Толибовна
магистрант

Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ

АННОТАЦИЯ

Важное значение приобретает выявление роли инфекционного фактора в беременности и перинатальном развитии и проведение исследований неблагоприятных последствий. Высокая частота осложнений обусловлена клиническими проявлениями таких инфекций, как бактериальный вагиноз, аэробный вагинит, вульвовагинальный кандидоз и нарушениями микрофлоры влагалища. Выявление риска преждевременного разрыва роговицы на ранних сроках беременности и проведение углубленных обследований, морфофункционального созревания плода, оценка состояния хрусталика беременной, низкие показатели риска осложнений инфекции позволяют продлить беременность. Вульвовагинальные инфекции приводят к негативным осложнениям, таким как хориоамнионит, риск преждевременных родов, пренатальный разрыв бумажной оболочки, многоводие, маловодие. С другой стороны, судебные разбирательства проводились в традиционном раунде

Ключевые слова: вульвовагинит, бактериальный вагиноз, кандидоз, классификация Кира, бактериоскопическое исследование, клиндокс

Negmadjanov Bahodur Boltaevich

Doctor of Medical Science, Professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Egamqulov Zayniddin Toshmammedovich

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna

Candidate of medical sciences, associate professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Ochilova Umida Tolibovna

master's degree

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

DIAGNOSIS AND CLAIM OF VULVOVAGINITIS IN PREGNANT WOMEN

ANNOTATION

This article will talk about the complications caused by vulvovaginal infections in pregnant women. It is important to identify the role of the infectious factor in pregnancy and perinatal development and to carry out research on the negative consequences. The high frequency of complications is due to clinical manifestations of infections such as bacterial vaginosis, aerobic vaginitis, vulvovaginal candidiasis, and disorders in the vaginal microflora. In early pregnancy, it is possible to determine the risk of premature rupture of the hymen and to prolong pregnancy with in-depth examinations, morphofunctional maturation of the fetus, assessment of the objective condition of the fetus, low indicators of the risk of infection complications. Vulvovaginal infections lead to negative complications such as chorioamnionitis, risk of premature labor, prematurely ruptured cartilage, polygamy, malaise. The action was taken in a traditional round

Keywords: vulvovaginitis, bacterial vaginosis, candidiasis, Kira classification, bacterioscopic examination, Klindoks

Dolzarbli. Vulvovaginal infeksiyalar hozirgi kunda akusherlik va perinatologiya sohasida muhim muammolardan biridir. Vaginal infeksiyalar kasalxonada keng tarqalgan bo'lsa-da, jamiyat orasida ko'pincha muammo sifatida kam baholangan. Yuqumli va yallig'lanish kasalliklari kamdan-kam hollarda bitta patogen sabab bo'ladi. Vulvovaginitga sabab bo'luvchi infeksiyalar asosan: bakterial vaginoz, vulvovaginal kandidoz, aerobli vaginitlar, aralash va boshqa infeksiyalardir. Bugungi kunda to'plangan ilmiy ma'lumotlar va klinik protokollarga ko'ra yuqumli omillarning roli muhim, homiladorlikning ikkinchi yarmining statsion asoratlari va tug'ruqdan keyingi yiringli septik kasalliklari kuzatilishiga sabab bo'lishi aniqlangan. Bunga kora yuqumli sabablari: bakterial vaginoz (BV), vulvovaginal Kandidoz (VVK), gonoreya, Chlamydia, trichomoniasis va b guruh streptokokklari tomonidan kelib chiqqan infeksiyalar juda ko'p va rivojlanishning patogenezida:

-ijtimoiy o'zgaruvchan xavf omillarini aniqlash.

-ularni o'z vaqtida tashxislash, da'volash

-ushbu etiologik omilga ta'sir qilish

-perinatal natijalarni yaxshilash muhim ahamiyatga ega.

Tadqiqot maqsadi: Vulvovaginal infeksiyasi bo'lgan homiladorlarni tashxislash va ularda da'vo choralarini an'anaviy turda olib borish.

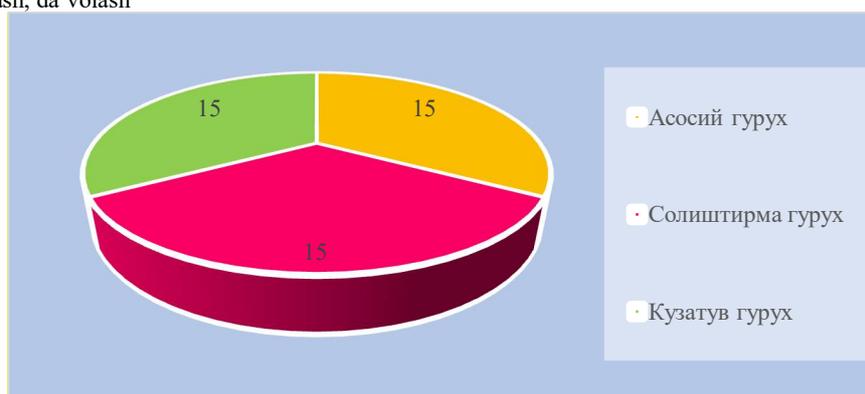
Materiallar va tadqiqot metodlari. Tekshirish uchun olingan 45 nafar 27-34 haftalik muddatdagi vulvovaginal infeksiyasi bo'lgan homiladorlarda quyidagicha tekshiruvlar o'tkazildi: Umumiy-klinik, bakterioskopik, bachadon va homila ultratovush tekshiruvi

Tekshiruv natijalari.

I guruh –asosiy guruh 15 nafar- vulvovaginal infeksiyalar aniqlangan, an'anaviy da'vo choralari o'tkazilgan homiladorlar;

II guruh solishtirish guruhida 15 nafar- vulvovaginal infeksiyalar aniqlangan, da'vo choralari o'tkazilmagan homiladorlar;

III guruh nazorat guruhi 15 nafar-vulvovaginal infeksiyalar aniqlanmagan, homilador ayollar.

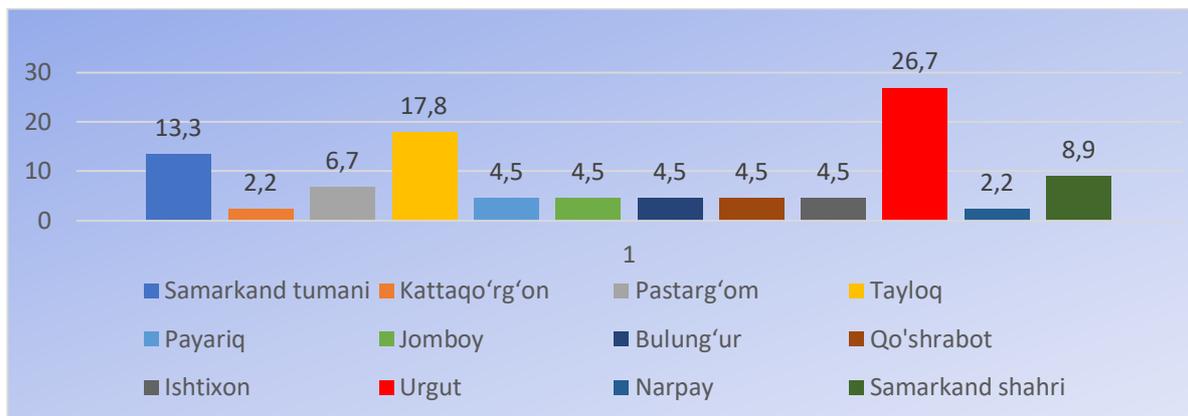


1-Rasm. Guruhlarining klinik xususiyatlari.

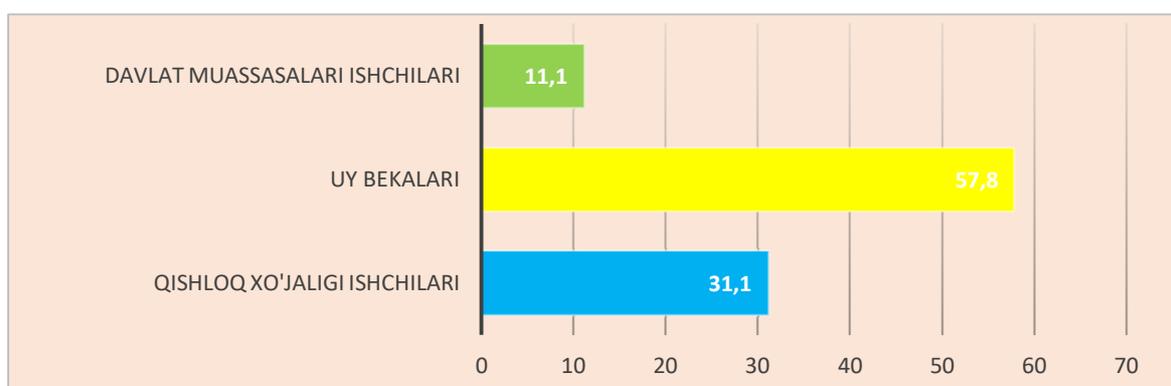
Homiladorlarning yashash joyi bo'yicha shahar aholisi 11 nafar (24.4%), qishloq aholisi 34 nafar (75.6 %) ni tashkil qildi (1-Rasm).

Hududlar bo'yicha Samarqand tumani- 6 nafar (13,3%), Kattaqo'rg'on- 1nafar(2.2%), Pastdarg'om- 3nafar (6.67%), Tayloq -8

nafar (17.8%) ,Payariq- 2 nafar (4,5%) , Jomboy- 2 nafar (4,5%), Bulung'ur- 2 nafar (4.5%),Urgut- 12nafar (26.7%),Qo'shrabot -2 nafar(4.5%) ,Ishtixon -2 nafar(4.5%),Narpay-1 nafar(2.22), Samarqand shahar-4 nafar(8.9%) ni tashkil qildi (2-Rasm).



2-Rasm. Homiladorlarning hududlar bo'yicha taqsimlanishi



3-Rasm. Homilador ayollarning ijtimoiy holati.

Bemorlarning sotsial holatiga ko'ra uy bekalari- 26(57.8%), davlat muassalarida ishchilar- 5 (11.1%), qishloq xo'jaligi ishchilari-14(31.1%) ni tashkil qildi (3-Rasm). Barcha guruh bemorlarda hayz funksiyasi 12-14 yoshdan boshlangan. Hayz funksiyasining erta

boshlanishi 1- guruh bemorlarda 4,5%, 2- guruhda 6.7%, 3- guruhda 2.2 % ni tashkil qildi. Vulvovaginal infeksiyalar rivojlanish xavf faktorlari ayollarda quyidagicha ekanligi ma'um bo'ldi(1-jadval).

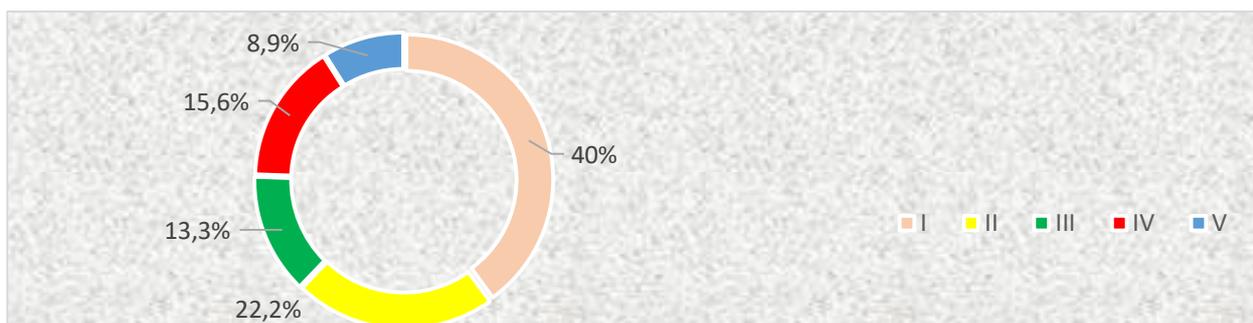
1-Jadval

Reproduktiv funksiyasi.

Xavf omillari	Uchrash soni (%)
Jinsiy hayotni erta boshlash (16-18yoshdan)	14 (31.1%)
Ekologik muhit ta'siri	1 (2.22%)
Alkogol, chekish va narkomaniya	8 (17.8%)
Avitaminozlar, ozuqaviy yetishmovchilik	5 (11.1%)
Yashash tarzining qiyinligi	11 (24.4%)

Ayollarning reproduktiv funksiyasiga ko'ra barcha guruhlarda anamnezida homiladorlik 100% kuzatilgan. Tug'ruqlar soniga ko'ra I-

18 nafar(40%), II- 10 nafar(22.2%), III- 6 nafar(13.3%), IV- 7 nafar (15.6%), V-4 nafar (8.9%)ni tashkil qildi (7-Rasm).



4-Rasm. Ayollarning reproduktiv xususiyati.

Anamneziga e'tibor bersak yondosh ginekologik kasalliklardan bachadon endometriysining yallig'lanish kasalliklari 17 nafar (37.7%) ni tashkil qildi. 2.2 jadvalda ginekologik kasalliklarning uchrash chastotasi ko'rsatilgan.

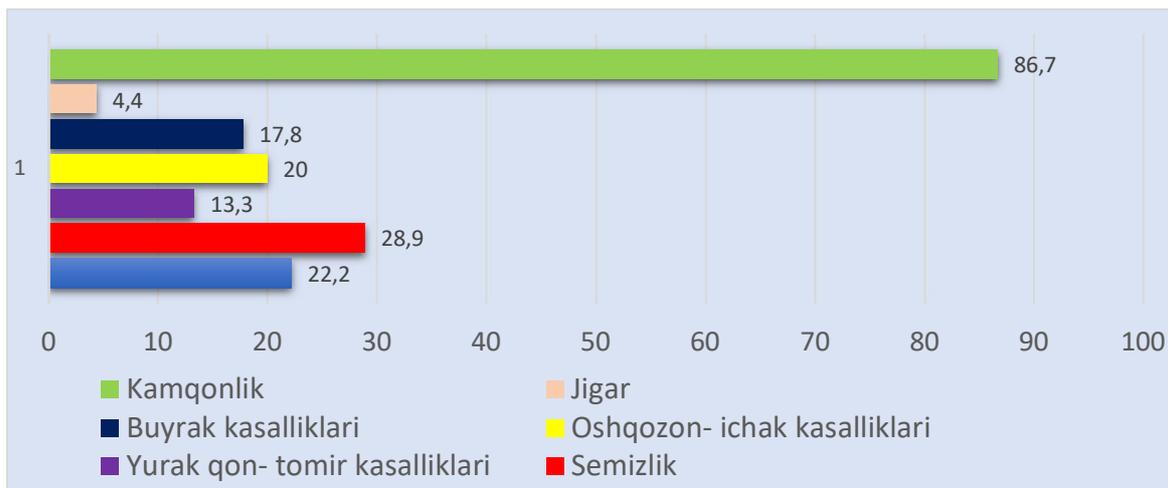
2-Jadval

Homiladorlardagi somatik kasalliklar

Ginekologik kasalliklar	Bemor ayollarning soni
Surunkali salpingoofarit	7 nafar (15.6%)
Surunkali endometrit	17 nafar (37.7%)
Bachadon miomasi	5 nafar (11.1%)
Tuxumdonning funktsional kistasi	1 nafar (2.2%)
TORCH infeksiya	13 nafar (28.9%)

Tekshirilgan ayollar anamnezida neyro- endokrin kasalliklar- 10 nafar (22,2%), semizlik- 13 nafar (28.9%), yurak qon- tomir kasalliklari- 6 nafar (13,3%), oshqozon- ichak kasalliklari- 9 nafar

(20%), buyrak kasalliklari – 8nafar (17,8%), jigar- 2 nafar (4,4%), kamqonlik-42 nafar (86.7%) ni tashkil qilgan (Rasm 2.6.). Yuqoridagi kasalliklardan eng yuqori foizlarda kamqonlik uchrashi ma'lum bo'ldi.



5-Rasm. Homiladorlar anamnezidagi somatik kasalliklari.

Homilador ayollarni birinchi murojaatida shikoyatlari tahlil qilindi (2.4.jadvalda), anamnez yig'ishda hayz funksiyasining xarakteri (menarxe yoshi, hayz siklining muntazamligi,vaginal ajralmalar mikdori va xususiyatlari, hayzning xarakteri va dismenoreya belgilarining mavjudligi va boshqalarga alohida e'tibor berildi), bundan tashqari ,reproduktiv funktsiyaning xususiyatlari (jinsiy hayotning

boshlanishi yoshi va jinsiy sheriklar soni, homiladorlikning mavjudligi va soni, ularning natijasi), o'tkazilgan ginekologik kasalliklar, shu jumladan yallig'lanish kasalliklari, giperplastik jarayonlar, kichik chanok a'zolarida operativ aralashuvlar bo'lganligi, surunkali ginekologik va somatik kasalliklari kuzatilganligi, da'volanganligi yoki davolanmaganligi aniqlandi.

3-Jadval.

Aniqlangan shikoyatlar	Uchrash soni (%)
Jinsiy a'zolarida qichishish ,achishish	14 (31.1%)
Tashqi jinsiy a'zolarida giperemiya ,shish,vezikulalar toshishi	18 (40%)
Qindan turli rangli va ko'p miqdordagi ajralmalar kelishi	28 (62.2%)
Vaginal ajralmalardan "amin" va boshqa noxush hidlar kelishi	15 (33.3 %)
Siydik ushlab turishdagi muammolar	29 (64.4%)
Bosh aylanishi,ko'z tinishi,boshda og'riq	37 (82.2%)
Asabiylik,yomon uyqu	8 (17.8%)
Jig'ildon qaynashi,ovqat hazmining qiyinligi,ishtaha yo'qligi	23 (51.1%)
Qorin pasti va bel sohasidagi og'riqlar	14 (31.1%)
Qon bosimining ko'tarilishiga	6 (13.3%)
Tana vazni tufayli harakatning qiyinlashuvi	13 (28.9%)
Homila harakatlanishi tez,ko'psuvlilik	18 (40%)
Oqog'onoq suvlarining barvaqt ketishi	12 (26.7%)

Bemorlarning ob'ektiv holatini o'rganish tashqi tekshirishdan boshlandi (bemorning konstitutsiyasi, yog' to'qimasining xususiyatlari, terining holati, tuklanish xarakteri, sut bezlarining holati). Tekshiruvga

bemorlarning bo'yi va vaznini aniqlash, qon bosimi va puls tezligini o'lchash, limfa tugunlarining holati (qo'litiqda), sut bezlarini paypaslash kiritilgan. Ekstragenital tizimlarning organlari tekshirildi.

4-Jadval

Tekshirish usullari	Tekshirilgan bemorlar soni	
	n=	%
UQT	45	100%
UST	45	100%
Qon bioximiyasi	45	100%

Qon guruhi	45	100%
Bachadon UTT	45	100%
Bakteriologik (ekma)	15	33.3
Bakterioskopik (Surtma taxlili)	30	66,6%
Terapevt ko'rigi	45	100%

Bemorlarni standart akusher-ginekologik tekshirish, ularda jinsiy a'zolar anatomik xususiyatlari (qin devorlarining burmaliligi, jinsiy yo'llaridan sekretiya tabiati baholash ,bachadon palpatsiyasi,homila yurak urishini tinglash) kiritilgan

5-Jadval

Qinning normal va infeksiyon holatdagi ajralmalar xususiyatlari differensial diagnostikasi.

No	KRITERIYA	NORMA	BAKTERIAL VAGINOZ	VULVOVAGINAL KANDIDOZ	AEROBLI VAGINITLAR	ARALASH INFEKSIYA
1	Ajralma rangi	oq-sarg'ish	kulrang	oq	sarg'ish	sarg'ish -yashil
2	pH	3.5-4.4	4.5-5.5	4.0-5.0	6,5≤	6.0-7.0
3	Ajralma konsistensiyasi	suyuq	suyuq	quyuq, tvorogsimon	suyuq	suyuq ,ko'pikli
4	Mikroskopiya	kam leykotsitlar - 0-15-20	kalit hujaryalar (20% ko'p), leykotsitlar - 1-2	zamburug'lar mitselliysi, ko'p leykotsitlar - 25 - 30	parabazal hujayralar, ko'p leykotsitlar - 10-40	trixomonadalar, kokklar, ko'p leykotsitlar - 15-20

Boshlang'ich bosqichda tekshirilgan homiladorlardan to'liq anamnez yig'ilib, ko'rik, klinik- laborator tekshiruv usullari qilindi. Keyinchalik UTT va bakterioskopik tekshiruv ko'rsatmalariga asosan tashxislandi .

Klinik bakteriologiyaning zamonaviy yutuqlarini va ayol jinsiy a'zolarining yuqumli patologiyasini bilishni hisobga olgan holda, qin biotsenozi klassifikatsiyasi Kira E.F. tomonidan 1995yilda ishlab chiqilgan va unda vaginal biotsenozning mikroskopik xususiyatlarining asl tasnifi ishlatilgan(2.11.sxema).



Vulvovaginal kandidoz aniqlangan homiladorlarning barchasida : jinsiy yo'llardan turli xil rangdagi va konsistensiyadagi ajralmalar kelishi: oq, pishloqli, tvorogsimon ; qin va tashqi jinsiy a'zolarida qichishish va toshmalar 5 nafarida; giperemiya, shish, qin va tashqi jinsiy a'zolar shilliq qavatlarida vezikulalar toshishi 4 nafarida ;

yuqoridagi alomatlar ko'pincha siydikni ushlab turishdagi muammolar 3 nafarida aniqlandi.

Bakterial vaginoz aniqlangan homiladorlarda esa quyidagicha belgilar: oq yoki kul rangni ajralmalar kelishi 8 nafarida, vaginal

ajralsmalar pH-metriyasi 4,5 dan ortiqliği 10 nafarida, vaginal ajralmadan "amin" hidi 6 nafarida yuzaga kelishi kuzatildi.

An'anaviy da'vo sifatida ushbu homiladorlarda mahalliy : Metrogil "Plus" geli (20 mg klotrimazol+10mg metronidazol komplekti), Polijinaks, Klindoks, Kandivag kabi vaginal tabletk va shamchalari, nistatin, polimiksin aralashma preparatlari va shu kabi antibakterial va antiseptik da'vo preparatlaridan foydalanilgan.

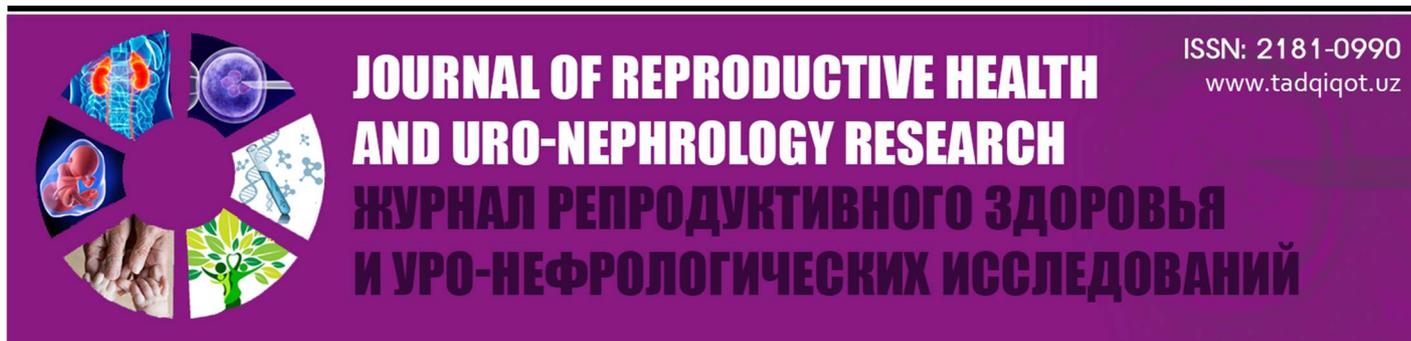
Da'vo natijalarini tahlil qilganimizda :laborator tahlillarga ko'ra: da'vogacha leykotsitlar (ko; rish maydonida) 38, Gardnerella vaginalis 16, Candida albicans 11, Gram(+/-)kokki v p/zp: (-kam-5.7%, o'rtacha-28,3%, -ko'p miqdorda-66,0%); Gram(+) pалочки, v p/zp: (-kam-62,3%, -o'rtacha-37,7%, -ko'p miqdorda-0) aniqlangan edi. Da'vodan so'ng esa leykotsitlar (ko; rish maydonida) 6, Gardnerella vaginalis 5, Candida albicans-0, Gram(+/-)kokki v p/zp: (-kam-32.1%, -

o'rtacha-54.7%, -ko'p miqdorda-13.2%); Gram(+) pалочки, v p/zp: (-kam-45.3%, -o'rtacha-35.8%, -ko'p miqdorda-18.9% ekanligi aniqlandi.

Xulosa : Vulvovaginal infeksiyalangan homiladorlar anamnezi chuqur tahlil qilinib ularda yuzaga keluvchi asoratlar chastotasining yuqoriligi bakterial vaginoz, aerobli vaginit, kandidoz kabi infeksiyalarning klinik namoyon bolishiga va qin mikroflorasidagi buzilishlarga bog'liq. Bu borada homilador ayollarda genital infeksiyalarni tashxislash va da'volashda mikroorganizmlarning aniqlash lozim va bu bilan birga yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlari oldi olinadi. Ushbu natijalarga ko'ra an'anaviy da'vo samaradorligi 77.5% (31 nafar) homiladorlarda ijobiy, 15% (neytral-o'zgarishlar sezilarsiz 6 nafarida), 7.5%ida esa dori preparatlarining nojo'ya ta'siri (3 nafarida) aniqlandi. Xulosa qilish mumkinki, samaradorlikni oshirish maqsadida ushbu sohada yangicha kompleks turdagi da'vo choralarini ishlab chiqish zarur.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Konadu D. G. et al. Prevalence of vulvovaginal candidiasis, bacterial vaginosis and trichomoniasis in pregnant women attending antenatal clinic in the middle belt of Ghana // BMC pregnancy and childbirth. – 2019. – T. 19. – №. 1. – С. 1-10.
2. Prevalence of Yadav K., Prakash S. Prevalence of vulvovaginal candidiasis in pregnancy // Glob J Med Med Sci. – 2016. – T. 4. – №. 1. – С. 108-116.
3. Sayfiyeva M., Rabbimova G. T., Muhamadiev N. Q. Estimation of use efficiency of essential oil of anise in treatment of genital infections in pregnant women // Journal Homepage: <http://mbsresearch.com>. – 2019. – T. 5. – №. 6.
4. Доброхотова Ю. Э. и др. Состояние врожденного иммунитета и микробиоты влагалища при бактериальном вагинозе у беременных в I триместре // Акушерство и гинекология. – 2019. – №. 9. – С. 126-134.
5. Кокоева Д. Н. и др. Профилактика преждевременных родов у беременных с вагинальным кандидозом // Медицинский совет. – 2019. – №. 7.
6. Кузнецова И. В. Трудности терапии аэробного вагинита и пути их преодоления // Медицинский алфавит. – 2017. – T. 2. – №. 10. – С. 23-29.
7. Ляликов С. С. и др. Характеристика микробных ассоциаций, выделенных из родовых путей у беременных при бактериальном вагинозе // Медико-социальные проблемы семьи. – 2020. – T. 25. – №. 1. – С. 23-28.
8. Ткаченко Л. В. и др. Современный подход к лечению вульвовагинальных инфекций // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2018. – №. 4 (22).
9. Щербакоева Е. С., Лусевич А. И., Фаустова Ю. П. ВУЛЬВОВАГИНИТ // Аллея науки. – 2021. – T. 1. – №. 5. – С. 124-127.



УДК 616.36-003.826.

Negmadjanov Bahodur Boltaevich
 tibbiyot fanlari doktori, professor
 Samarqand davlat tibbiyot universiteti
 Samarqand, O'zbekiston

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna
 tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
 Samarqand davlat tibbiyot universiteti
 Samarqand, O'zbekiston

Jumageldiyeva Yulduz Sheraliyevna
 magistrant
 Samarqand davlat tibbiyot universiteti
 Samarqand, O'zbekiston

HOMILADORLARDA JIGARNING O'TKIR YOG'LI GEPATOZI VA SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT B, C O'RTASIDA DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKA TAHLILI

For citation: Negmadzhanov Baxodur Boltaevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Jumageldiyeva Yulduz Sheraliyevna, Differential diagnostic analysis between acute fatty liver hepatitis and chronic viral hepatitis b, c in pregnant women, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 2, pp.60-64

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7904963>

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada jigar yetishmovchilik aniq klinik ko'rinishi paydo bo'lganda, uning asoratlari davolashning yagona etiopatogenetik usuli o'z vaqtida aniqlash muhim ekanligi va ushbu kasalliklarning klinik xususiyatlari to'g'risida so'z boradi. Dori-darmonlarni davolash usullari va detoksikasiya usullari samaradorligi hozirda isbotlanmagan. Shuning uchun bu jigarning klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarini aniqlash va hisobga olish homiladorlik davrida disfunktsiya va davolash usullarini o'z vaqtida aniqlash va tug'ruqni olib boorish muhim ahamiyatga ega

Kalit so'zlar: gepatoz, gepatit, 'SWANSEA' kriteriyalari, sariqlik, ALT, AST, LDG.

Негмаджанов Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор
 Самаркандский государственный медицинский университет
 Самарканд, Узбекистан

Раббимовва Гульнора Тоштемировна

кандидат медицинских наук, доцент
 Самаркандский государственный медицинский университет
 Самарканд, Узбекистан

Жумагелдиева Юлдуз Шералиевна

магистрант
 Самаркандский государственный медицинский университет
 Самарканд, Узбекистан

АНАЛИЗ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ОСТРЫМ ЖИРОВЫМ ГЕПАТОЗОМ ПЕЧЕНИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В, С У БЕРЕМЕННЫХ

АННОТАЦИЯ

В данной статье речь пойдет о том, что при возникновении выраженной клинической картины печеночной недостаточности важно своевременно определить единственный этиопатогенетический метод лечения ее осложнений и о клинических особенностях этих заболеваний эффективность медикаментозного лечения и методов детоксикации в настоящее время не доказана. Поэтому важно выявить и учесть клинические и лабораторные показатели печени при дисфункции во время беременности и своевременно назначать лечение и проводить роды.

Ключевые слова: гепатоз, гепатит, критерии "SWANSEA", желтуха, АЛТ, АСТ, ЛДГ.

Negmadjanov Bahodur Boltaevich
 Doctor of Medical Science, Professor
 Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan
Rabbimova Gulnora Toshtemirovna
 Candidate of medical sciences, associate professor
 Samarkand State Medical University
 Samarkand, Uzbekistan
Jumageldiyeva Yulduz Sheraliyevna
 master's degree
 Samarkand State Medical University
 Samarkand, Uzbekistan

DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC ANALYSIS BETWEEN ACUTE FATTY LIVER HEPATOSIS AND CHRONIC VIRAL HEPATITIS B, C IN PREGNANT WOMEN

ANNOTATION

This article will talk about the fact that when a clear clinical picture of liver failure appears, it is important to identify in time the only etiopathogenetic method of treating its complications, and the clinical features of these diseases. The effectiveness of drug treatments and detoxification methods has not currently been proven. Therefore, it is important to identify and take into account the clinical and laboratory indicators of the liver, timely identify dysfunction and treatment methods during pregnancy, and take care of childbirth.

Keywords: hepatitis, hepatitis, "SWANSEA" criteria, jaundice, ALT, AST, LDG.

Dolzarbli. Homiladorlik bilan bog'liq o'tkir jigar etishmovchiligining asosiy sabablari –homiladorlar o'tkir yog'li gepatozi (O'YG) va bu holat juda jiddiy asoratlarga olib kelishi hozirgacha bizga ma'lum. Ushbu patologiya ko'p intizomli yondashuvni talab qiladi, jigar yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarga tibbiy yordam yuqori darajadagi ko'p tarmoqli tibbiyot muassasalarida ko'rsatish kerak ekanligini talab qilmoqda. Ushbu patologiyaning o'ziga xos xususiyatlari nafaqat akusher-ginekologlar tomonidan, balki anesteziologlar-reanimatologlar, jarrohlr, terapevtlar, gastroenterologlar, infeksionist shifokorlar, gemodializ va transfuziologlarning bo'linmalari, erta tashxis qo'yish va favqulodda yordamni o'z vaqtida ta'minlash uchun zarur va shu kabi yuqori malakali xodimlar kasallikka oid bilimlar bilan puxta o'rgangan bo'lishi lozim. Jigar yetishmovchiligining barcha turlari homiladorlik bilan bog'liq genetik determinatsiyaga ega, ular juda ko'p umumiy etiologiya, patogenezga ega bo'lib, ularni erta aniqlash va differentsial tashxis uchun juda qiyinchilik tug'diradi. Patomorfologik tadqiqotlar jigar shikastlanishining jiddiylikni ko'rsatadi hamda homiladorlik sabablari va ularni aniq farqlash imkonini beradi, shu jumladan biopsiya metodi. Jigar yetishmovchilik aniq klinik ko'rinishi paydo bo'lganda, uning asoratlari davolashning yagona etiopatogenetik usuli o'z vaqtida aniqlash muhimdir. Tug'ruq usulini tanlash, odatda, akusherlik vaziyati bilan bog'liq hozirgi vaqtda operativ yoki konservativ usulning holati va afzalliklari yo'q. Dori-darmonlarni davolash usullari va detoksikasiya usullari samaradorligi hozirda isbotlanmagan. Shuning uchun bu jigarning klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarini aniqlash va hisobga olish homiladorlik davrida disfunktsiya va davolash usullarini o'z

vaqtida aniqlash va tug'ruqni olib boorish muhim ahamiyatga ega. Hozirgi kunda ushbu sohada perinatal asoratlarsiz ona va bola hayotini saqlash muhim vazifalrimizdan biri hisoblanadi.

Tadqiqot maqsadi: Homiladorlarda jigarning o'tkir yog'li gepatozi va surunkali virusli gepatit B, C o'rtasida differentsial diagnostik tahlil o'tkazish.

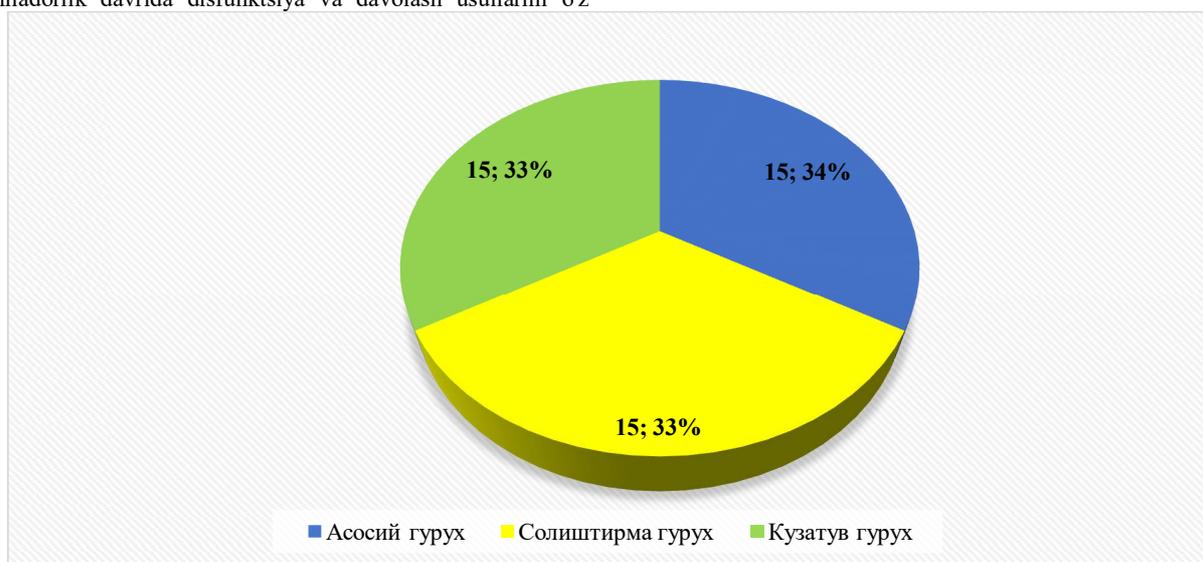
Materiallar va tadqiqot metodlari. Tekshirish uchun olingan 45 nafar III trimestrdagi homiladorlar va ularda quyidagicha tekshiruvlar o'tkazildi: Umumiy-klinik, bioximik qon tahlili, jigar, taloq va homila UTT.

Tekshiruv natijalari. Oldinga qo'yilgan vazifalarni aniqlash uchun 2019-2023 yillarda Samarqand viloyat Perinatal markazi va Samarqand shahar 3-son tug'ruq kompleksidagi homilador ayollar o'rganildi. Barcha bemorlar ikki bosqichda o'rganilib, bemorlarda retrospektiv taxlil o'tkazilib, homiladorlarda o'tkir yog'li gepatozning kechishi va gepatitlar bilan o'xshash klinikasi o'rganildi va davolash usullari tahlil qilindi. Ularning 15 nafarida jigarning o'tkir yog'li gepatozi aniqlangan homiladorlar olinib, ularda davolash choralarini o'tkazilgan bo'lib, davolash usullarini nojo'ya ta'sirlarining kam turlari va barcha tibbiy hujjatlari tahlil qilindi. Barcha ayollar 3 guruhga bo'lib o'rganildi:

-I-guruh- asosiy gurux 15 nafar bemorlarda- jigarning o'tkir yog'li gepatozi aniqlangan homilador ayollar;

-II-guruh- taqqoslash guruxdagi 15 nafar bemorlar- jigarning boshqa kasalliklari aniqlangan homiladorlar;

-III-guruh- kuzatuvdagi 15 nafar bemorlar- jigar kasalliklari aniqlanmagan homilador ayollar.



Rasm 1. Bemorlar guruhlarining klinik xususiyatlari.

Bemorlarning kasallik tarixi, anamnez ma'lumotlari, obyektiv tekshiruv ma'lumotlari, laborator va instrumental tekshiruv natijalari,

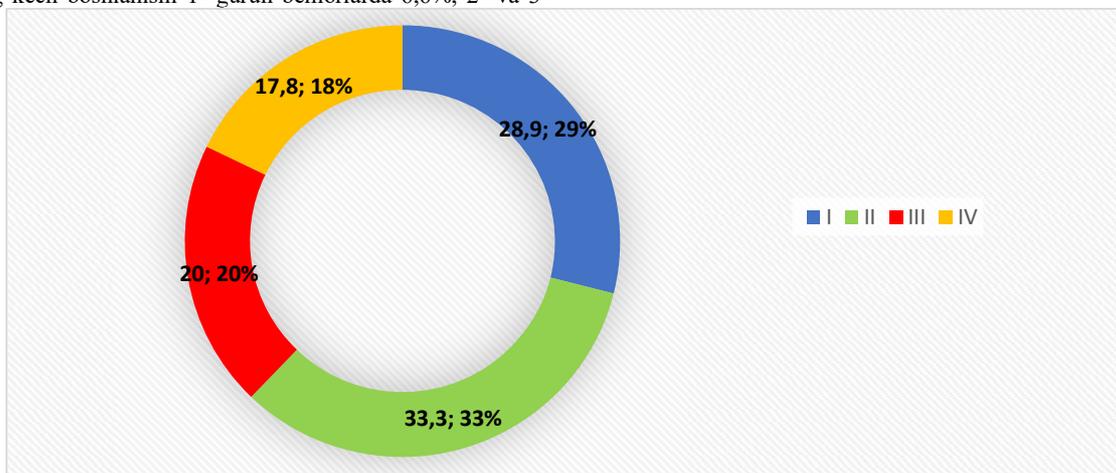
terapevt ko'riklari 2019-2023 -yillar davomida Samarqand viloyat Perinatal markazi va Samarqand shahar 3-son tug'ruq kompleksida

o'tkazilgan. Bemorlarning o'rtacha yoshi 28 yoshdan 42 yoshgacha tashkil qildi, I- guruhdagilar 30-42; o'rtacha 36; II- guruh 28-38; o'rtacha 33; III- guruh 28-40; o'rtacha 34 yoshni tashkil qildi. Bemorlarning yashash joyi bo'yicha shahar aholisi 35 nafar (77,7%), qishloq aholisi 10 nafar (22,2%) ni tashkil qilib, asosiy bemorlar shaharda yashashi ma'lum bo'ldi.

Barcha guruh bemorlarda hayz funksiyasi 11-14 yoshdan boshlangan. Hayz funksiyasining erta boshlanishi I- guruh bemorlarda 4,4%, 2- guruhda 2,2%, 3- guruhda 0% ni tashkil qildi. Hayz funksiyasining kech boshlanishi I- guruh bemorlarda 6,6%, 2- va 3-

guruhda 2,2% ni tashkil qildi. Hayz funksiyasi o'rtacha 3-5 kun bo'lib, barcha guruhlar o'rtasida sezilarli farq aniqlanmadi. Hayz siklining davomiyligi 28-34 kunni tashkil qildi. Algodismenoreya asosiy va solishtirma guruh bemorlar uchrashi ma'lum bo'ldi, kuzatuv guruhda bemorlarda 2,2% ni tashkil qildi.

Ayollarning reproduktiv funksiyasiga ko'ra barcha guruhlarda anamnezida homiladorlik 100% kuzatilgan. Tug'ruqlar soniga ko'ra I homiladorlik - 13 nafar, II homiladorlik - 15 nafar, III homiladorlik - 9 nafar, IV homiladorlik - 8 nafarni tashkil qildi (Rasm 2.2).



Rasm 2. Ayollarning reproduktiv xususiyati.

Anamneziga ko'ra o'z- o'zidan homila tushishi 8 nafar (17,7%) da kuzatilgan. Anamneziga e'tibor bersak yondosh ginekologik kasalliklardan tuxumdonning funksional kistasi 12 nafar (26,6%) ni

tashkil qildi. 1-chi jadvalda ginekologik kasalliklarning uchrash chastotasi ko'rsatilgan.

Jadval 1

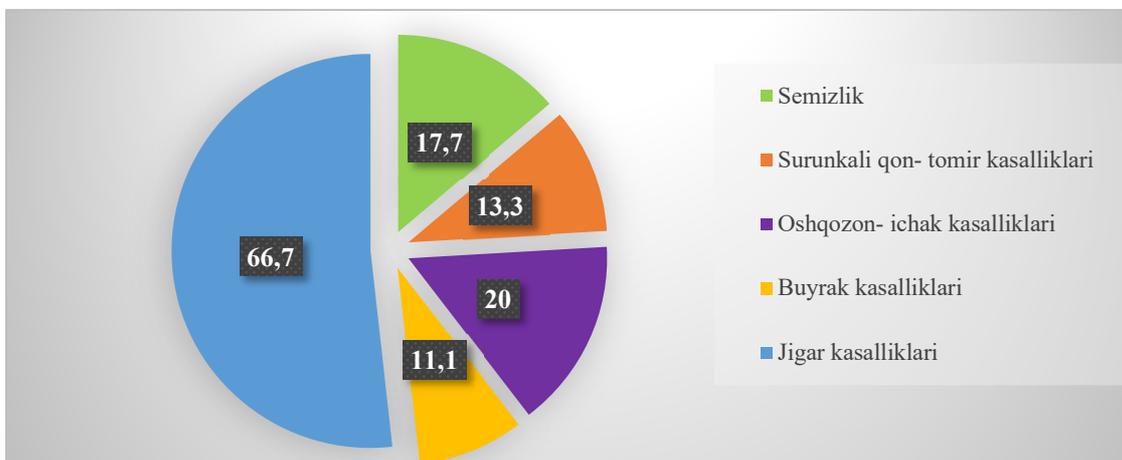
Homiladorlarning anamnezidagi somatik kasalliklari

Ginekologik kasalliklar	Bemor ayollarning soni
Tuxumdonning funksional kistasi	12 (26,6%)
Bachadon miomasi	5 (11,1%)
TORCH infeksiya	4 (8,8%)
Surunkali salpingoofarit	2 (4,4%)

Tekshirilgan bemorlarda anamnezida semizlik- 8 nafar (17,7%), surunkali qon- tomir kasalliklari- 6 nafar (13,3%), oshqozon- ichak kasalliklari- 9 nafar (20%), buyrak kasalliklari – 5 nafar (11,1%), jigar kasalliklari – 30 nafar (66,7%) ni tashkil qilgan (Rasm 3)

Jigar kasalliklarida fiziologik homiladorlik bir qator o'zgarishlar bilan birga keladi, birinchi navbatda, jigarning patologik holatini rivojlanishida laboratoriya ko'rsatkichlari hisobga olinishi kerak. Jigarning o'tkir yog'li gepatozi homiladorlikda jigar kasalliklari ichida

muhim ahamiyatga ega kasalliklardan biri hisoblanadi. Homilador ayollarda jigarning patologik holatlari turli xil etiologik shakllar va variantlari bilan tavsiflanadi. Jigar shikastlanishlarini o'z vaqtida tashxislash va har bir holatda ona va homila uchun xavf darajasini sinchkovlik bilan baholash to'g'ri davolash taktikasini tanlash, homiladorlikni boshqarish, tug'ruq muddati va usulini tanlash uchun zarurdir. Shu sababdan laborator-instrumental tahlillarga ko'ra, yuzaga kelgan o'zgarishlarga alohida e'tibor qaratish lozim.



Rasm 3. Bemorlarning anamnezidagi somatik kasalliklari.

Bemorlarni birinchi murojaatida shikoyatlari tahlil qilindi, anamnez yig'ishda hayz funksiyasining xarakteri (menarxe yoshi, hayz siklining muntazamligi, hayzning xarakteri va menorragiya va ayrim belgilarining mavjudligi va boshqalarga alohida e'tibor berildi), bundan tashqari, reproduktiv funksiyaning xususiyatlari (jinsiy xayotning boshlanishi yoshi va jinsiy sheriklar soni, homiladorlikning mavjudligi va soni, ularning natijasi, bepustlik mavjudligi va bepustlik davomiyligi, anamnezida EKU soni), o'tkazilgan ginekologik kasalliklar, shu jumladan yallig'lanish kasalliklari, giperplastik jarayonlar, kichik chanok a'zolarida operativ aralashuvlar bo'lganligi, turli xil somatik kasalliklar kuzatilganligi, davolanganligi yoki davolanmaganligi aniqlandi. Bemorlarning obyektiv holatini o'rganish tashqi tekshirishdan boshlandi (bemorning konstitutsiyasi, yog'

to'qimasining xususiyatlari, terining holati, tuklanish xarakteri, sut bezlarining holati). Tekshiruvga bemorlarning bo'yi va vaznini aniqlash, qon bosimi va puls tezligini o'lchash, limfa tugunlari va sut bezlarini paypaslash kiritilgan. Ekstragenital tizimlarning organlari tekshirildi.

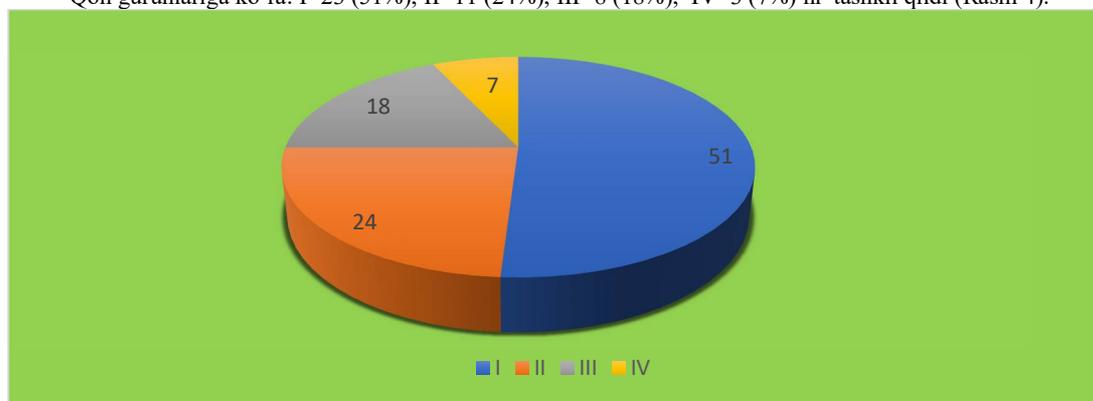
Shikoyatlari: Qayd qilish, qusish 27 (60%), O'ng qovurg'a osti va epigastral sohada, qorin pasti, bel sohalarida og'riqlar 24 (53.3%), Zarda qaynashi, kekirish 11 (24.4%), Bosh og'rig'i 25 (55.6%), Polidipsiya/poliuriya 18 (40%), Sariqlik 28 (62.2%), Isitma 22 (48.9%), Qindan qonli ajralma kelishi 7 (15.6%), Qon bosimining ko'tarilishi 17 (37.8%), Qo'l oyoqlar shishi 28 (62.2%), Qindan suvli ajralma kelishi 11 (24.4%), Toshmalar toshishi 3 (6.7%) uchrashi aniqlandi.

Jadval 2

O'tkir yog'li gepatozni tashxislash uchun "SWANSEA" mezonlari

6 yoki undan ortiq kriteriya mavjudligi-kasallikning yuqori ehtimolligini ko'rsatadi.
Ko'ngil aynishi va qusish
Qorinda og'riq
Polidipsiya/poluriya
Ensefalopatiya
Transaminaz miqdorining oshishi (AST yoki ALT) >42 ME/мл
Billirubin birikmalarining oshishi >14 мкмоль/л
Gipoglikemiya <4.0 ммоль/л
Siydik kislota miqdorining oshishi >340 мкмоль/л
Буурак yetishmovchiligi; креатинин >150 мкмоль/л
Аммиак miqdorining oshishi > 47 мкмоль/л
Leykotsitoz >11x10 ⁹ /л
Koagulopatiya; protrombin vaqti >14с x > 34 с
UTT tekshiruvda assit yoki jigarning giperexogen strukturasi
Jigar biopsiyasi va gistologik tekshiruvda mikrovezikulyar steatoz
АРТV-aktiv parsial tromboplastin vaqti

"Swansea" kriteriyasiga asoslangan holda jigarning yog'li distrofiyasi darajasini baholash mumkin. Qon guruhlariga ko'ra: I- 23 (51%), II- 11 (24%), III- 8 (18%), IV- 3 (7%) ni tashkil qildi (Rasm 4).



Rasm 4. Bemorlarning qon guruhiga ko'ra taqsimlanishi

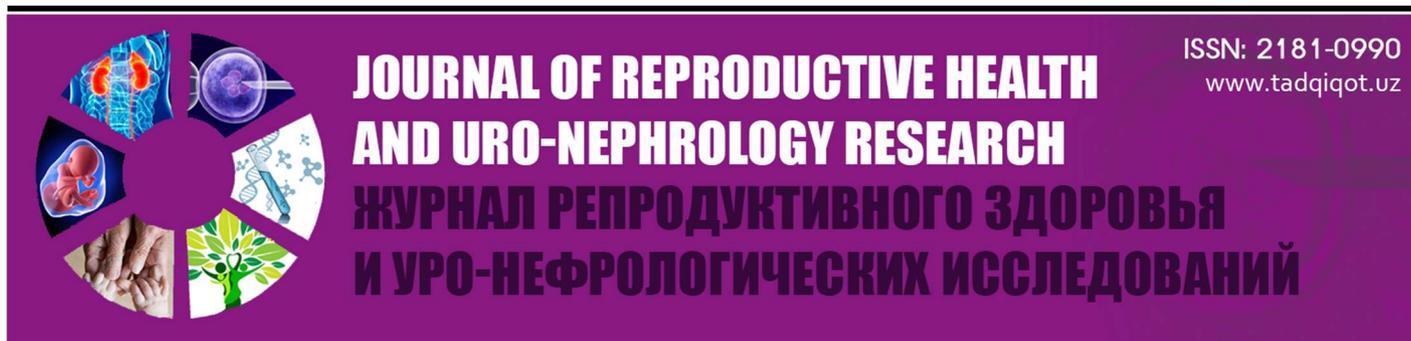
Xulosa qilib shuni aytish mumkinki, homiladorlarda jigarning turli xil kasalliklari o'g'ir asoratlarga olib kelishi mumkin va ulardan kam o'rganilgan o'tkir yog'li gepatoz bo'lib, uning klinik belgilari, surunkali

virusli hepatit bilan differensial diagnostika qilindi. Tahlilimizga ko'ra, UTT va bioximik tahlilga va yaqqol namoyon bo'luvchi klinik belgilarga tayangan holda tashxis qo'yilishi aniqlandi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Грицан Г. В., Грицан А. И., Еремеев Д. П. и др. Вопросы диагностики и интенсивной терапии HELLP синдрома и острого жирового гепатоза печени // Матер. 4-й Всерос. образовательного конгресса // Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии. – М. – МЕДИ ЭКСПО, 2019. – С. 35-37.
2. Куликов А.В., Спиринов С.В., Блауман С.И. Острая печеночная недостаточность в акушерстве // Интенсивная терапия. – 2018. – № 2. – С. 59-67.
3. Beucher G, Simonet N., Dreyfus M. Management of the HELLP syndrome // Gynecol Obstet Fertil. – 2018. – Vol. 36, № 12. – P. 1175-1190.
4. Haram K., Svendsen E., Abildgaard U. The HELLP syndrome: Clinical issues and management // A BMC Pregnancy Childbirth. – 2015. – Vol. 9, № 8. – P. 113-124.
5. Hay J.E. Liver disease in pregnancy // Hepatology. – 2018. – Vol. 4, № 3. – P. 1067-1076.
6. Joshi D., James A., Quaglia A. et al. Liver disease in pregnancy // Lancet. – 2020. – Vol. 375, № 13. – P. 594 - 605.

7. Mihi D., Costin N., Mihi C. M. et al. HELLP syndrome – a multisystemic disorder // J. Gastrointest. Liver Dis. – 2017. – Vol. 16, № 4. – P. 419-424.
8. Pokharel S.M., Chattopadhyay S.K., Jaiswal R. et al. HELLP syndrome – a pregnancy disorder with poor prognosis // Nepal Med. Coll. J. – 2018. – Vol. 10, № 4. – P. 260-263.
9. Rakheja D., Bennett M.J., Rogers B.B. Long-chain L-3-hydroxyacyl-coenzyme a dehydrogenase deficiency: a molecular and biochemical review // Lab Invest. – 2022. – Vol. 82, № 7. – P. 815-824.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Obstetric cholestasis. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) // Guideline. – 2016. – P. 10-43



УДК: 618.2/7-073

Negmadjanov Baxodur Boltayevich
tibbiyot fanlari doktori, professor
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston.

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna
PhD, dotsent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston.

Jumayeva Durdona Xayrullayevna
Magistrant
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston.

KAMSUVLILIKDA KARDIOTOKOGRAFIYA YORDAMIDA HOMILA HOLATINI BAHOLASH

For citation: Negmadzhanov Baxodur Boltayevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Jumayeva Durdona Xayrullayevna, Assessment of the state of the fetus with the help of cardiotocography in oligohydramnion, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 2, pp.65-67

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7905003>

ANNOTATSIYA

Viloyat Perinatal markazining 2020-2023 yillardagi ma'lumotlariga ko'ra, kamsuvlilik bo'lgan 50 nafar homilador ayol, 50 nafar homila va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning birlamchi tibbiy hujjatlari tahlili o'tkazildi. Homiladorlar ikki guruhga bo'lib o'rganildi. Homilador ayollarning yoshi ikkala guruhda 19-42 yosh oraligini tashkil qildi. 19-24 yosh 36%, 25-29 yosh 38% , 30-39 yosh 20%, 40 yosh va undan yuqori 6%. Homiladorlarning yashash joyi bo'yicha umumiy ikkala guruh ichida shaxar axolisi 11 nafar 22% , qishloq axolisi 39 nafar 78% ni tashkil qilib, asosiy bemorlar tuman axolisi.

Kalit so'zlar: qog'onoq suvi kamligi, homiladorlik, kardiotoqografiya, amnion suyuqligi, homila gipoksiyasi.

Негмаджанов Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Раббимова Гульнора Тоштемировна

кандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Жумаева Дурдона Хайруллаевна

Магистрант Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА С ПОМОЩЬЮ КАРДИОТОКОГРАФИИ ПРИ МАЛОВОДИИ

АННОТАЦИЯ

По данным Областного перинатального центра за 2020-2023 годы проведен анализ первичных медицинских документов 50 беременных, 50 плодов и новорожденных с маловодием. Беременные были разделены на 2 группы. Пациентам в обеих группах было 19-42 года. 19-24 года - 36%, 25-29 лет - 38%, 30-39 лет - 20%, 40 лет и старше - 6%. По месту жительства беременных 11 городских жителей составляют 22%, 39 сельских жителей составляют 78%, а основные заболевшие – жители районов.

Ключевые слова: маловодие, беременность, кардиотокография, околоплодные воды, гипоксия плода.

Negmadjanov Bahodur Boltayevich
Doctor of Medical Science, Professor
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna

Candidate of medical sciences, associate professor
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan
Zhumaeva Durdona Khairullaevna
master's degree
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

ASSESSMENT OF THE STATE OF THE FETUS WITH THE HELP OF CARDIOTOCOGRAPHY IN OLIGOHYDRAMNION

ANNOTATION

According to the data of the Regional Perinatal Center for 2020-2023, an analysis of the primary medical documents of 50 pregnant women, 50 fetuses and newborns with oligohydramnios was carried out. The pregnant women were divided into 2 groups. Patients in both groups were 19-42 years old. 19-24 years old - 36%, 25-29 years old - 38%, 30-39 years old - 20%, 40 years and older - 6%. At the place of residence of pregnant women, 11 urban residents account for 22%, 39 rural residents account for 78%, and the main cases are residents of the districts.

Key words: oligohydramnion, pregnancy, cardiotocography, amniotic fluid, fetal hypoxia.

Kirish. Kardiotokografik monitoring hozirda homila holatini baholash uchun "oltin standart" va homilador ayollar va tug'ruqlarning kompleks tekshiruvlarning zarur qismidir. Kardiotokografiya (KTG) – bu tug'ruq paytida homila holatini, yurak urish tezligi va ularning to'lg'oq boshlanishiga qarab o'zgarishini qayd etish orqali baholash usuli. Biroq, KTG ning o'zi homila o'tkir gipoksiyasini tashxislashda o'ziga xos xususiyatga ega emas. Ushbu usul homila gipoksiyasi bo'lmagan taqdirda homila qonning kislorod bilan to'yinganligi haqida ishonchli ma'lumot beradi, ammo egri chizig'ining patologik xususiyati har doim ham gipoksiyani ko'rsatmaydi [1,3,5]. Bu yaxshi natijalar olish sonini oshirib, asossiz jarrohlik xavfini kamaytirish imkonini beradi [4,6]. Patologik homiladorlikda, odatda, homila ichi holatini dinamikada KTG da nazorat qilish zarur, shuningdek ba'zi akusherlik holatlarida, masalan, kam suvlilik ,bachadonda chandig'i bor ayollarda yoki chin kindik tuguni bor deb gumon qilinsa, uzluksiz KTG monitoringi talab qilinadi [2,4,7]. Kardiotokografiya homila yurak faoliyatini uzluksiz kuzatish, bir vaqtning o'zida bachadon va xomila harakatlarining faolligini qayd yetish imkonini beradi. Bilvosita (tashqi) kardiotokografiya eng keng tarqalgan. Undan foydalanishga hech qanday qarshi ko'rsatmalar yuq va asoratlari kuzatilmaydi [1, p. 6]. Shu jumladan apparat texnik jihozlaridan to'g'ri foydalanish uchun vrach va hamshiralarning tegishli tayyorgarligi talab qilinadi. KTG kuzatuv kam suvlilikda yani kam suvlilik oqibatida kelib chiqadigan gipoksiya va asfiksiyada monitoringni eng keng qullanilayotgan usulidir [6-8].

Tadqiqot maqsadi: Kamsuvlilikda kardiotokografiya yordamida homiladorlik va tug'ruqni olib borishni takomillashtirish.

Tadqiqot materiallari va usullari:

Viloyat Perinatal Markazida 2020-2023 y.y. kamsuvlilik bo'lgan xomiladorlarni o'rganish: Homilador ayollarimizni qog'onoq pardasi butunligi yoki yuqligiga qarab ikki guruhga bo'lib o'rgandik. Bularga umumiy klinik-laborator tekshiruv, UTT tekshiruvi, KTG tekshiruvi o'tkaziladi.

Tadqiqot natijalari: Mazkur homiladorlikda homiladorlarda uchragan somatik kasalliklardan 1-guruh ichida gestatsion piyelonefrit (n = 7) 28%, yetakchi o'rinni egalladi. Hepatit "V" homiladorlikning ikkinchi yarmida aniqlanib (n = 2) 8%, gestatsiya davridagi gepertinziya (n = 5) 20%,ni tashkil etgan bo'lsa Preelampsiya(n = 2) 8%, Traxeolaringit (n = 1) 4%, da uchradi. 2-guruhimizda ham ko'rsatgichlar sezilarli farq qilmaydi, gestatsion piyelonefrit (n = 4) 16%, Gepertinziya (n = 3)12%, Preelampsiya (n = 3) 12%, Traxeolaringit (n = 1) 4%, Pnevmoniya (n = 1) 4% ni tashkil etdi. Homiladorlarda mazkur homiladorlik davrida uch oyliklar kechishi: 1-guruh Anemiya (n = 25) 100%, homiladorlar qusishi (n = 18) 72%, O'RVI (n = 14) 56%, Homila tushish havfi (n = 19) 76%, Muddatdan oldingi tug'ruq havfi (n = 7) 28%. 2-guruh Anemiya (n = 25) 100%, homiladorlar qusishi (n = 22) 88%, O'RVI (n = 17) 68%, Homila tushish havfi (n = 10) 40%, Muddatdan oldingi tug'ruq havfi (n = 3) 12% ni tashkil etadi.

Homiladorlarda mazkur tug'ruqlarning olib borilishiga ko'ra 1-guruhda; Operativ (n = 9) 20%, Tabiiy tug'ruq (n = 16) 20%, 2-guruhda; Operativ (n = 6) 20%, Tabiiy tug'ruq (n = 18) 20%. Operativ tug'ruqlar o'tkazilishiga ko'rsatmalar: Homiladorlik patologiyalari ichida 1-guruh ichida chanoq- bosh desproporsiyasi 2- guruh uchun

bachadonda chandiq, bachadon nosozligi bir xilda yuqori, qolgan ko'rsatgichlar deyarli farq qilmadi. 1-guruhda Bachadonda chandiq, bachadon nosozligi (n = 1) 4%, Chanoq-bosh desproporsiyasi (n = 5) 20%, Normal joylashgan yo'ldoshning muddatdan oldin ko'chishi (n = 1) 4%, Homila ko'ndalang joylashishi (n = 1) 4%, Katta yoshdagi birinchi tug'uvchi ayol (n = 1)4%. 2-guruhda: Bachadonda chandiq, bachadon nosozligi (n = 5) 20%, Chanoq-bosh desproporsiyasi (n = 1) 4%, Normal joylashgan yo'ldoshning muddatdan oldin ko'chishi (n = 1) 4%, Homila ko'ndalang joylashishi, katta yoshdagi birinchi tug'uvchi ayol sabablari uchramadi.

Amniotik suyuqlik miqdoriga ko'ra; 1-guruh kam suvlilik yengil darajada (n = 9) 36%, kam suvlilik o'rta darajada (n = 5) 20%, kam suvlilik yuqori darajada (n = 10) 40%, suvsizlik (n = 1) 4%,2-guruh yengil darajada (n = 12) 48%, kam suvlilik o'rta darajada (n = 5) 20%, kam suvlilik yuqori darajada (n = 8) 32 %, suvsizlik (n = 1) 4%,ifodalangan. Amniotik suyuqlik tozolik holatiga ko'ra; 1-guruh toza (n = 5) 20%, xira (n = 3) 12%, mekoniyli (n = 14) 56%, bo'tqasimon badbuy(n = 3) 12%. 2-guruh toza (n = 11) 44%, xira (n = 6) 24%, mekoniyli (n = 6) 24%, bo'tqasimon badbuy(n = 2) 8%. Platsenta joylashishiga ko'ra; 1-guruh uchun bachadonning orqa devorida , 2-guruh uchun oldingi devorida platsenta joylashuvi xos. 1-Guruh bachadon oldingi yuzasida (n = 9) 36%, orqa yuzasida (n = 16) 64%, 2-guruh bachadon oldingi devori (n = 15) 60%,Orqa yuzasi(n = 10) 40%. Platsenta hususiyatlariga ko'ra ;1-guruh XFPE (n = 7) 28%, Petrifikatlar (n = 5) 20%,Gematoma (n = 3) 12%, Gepertrofiya (n = 2) 8%, Kista (n = 3) 12%, NJYMOK(n = 2) 8% . 2-guruh XFPE (n = 5) 20%, Petrifikatlar (n = 3) 12%,Gematoma (n = 1) 4%, Gepertrofiya, Kista uchramadi Normal joylashgan yo'ldoshning muddatdan oldin ko'chishi (n = 1) 4%.

Apgar shkalasi bo'yicha chaqoloqlar 4 guruhga bo'lindi 1-guruh amaliy sog'lom 7-9 ball (n = 13) 52%, yengil darajada kislorod yetishmovchiligi 5-6 ball (n = 8) 32%, gipoksiya o'rta og'ir darajasi (n = 3) 12% asfiksiya o'rta og'ir (n = 1) 4% 2-guruh amaliy sog'lom 7-9 ball (n = 18) 72%, yengil darajada kislorod yetishmovchiligi 5-6 ball (n = 6) 24%, gipoksiya o'rta og'ir daraja (n = 1) 4% asfiksiya (n = 0) %.

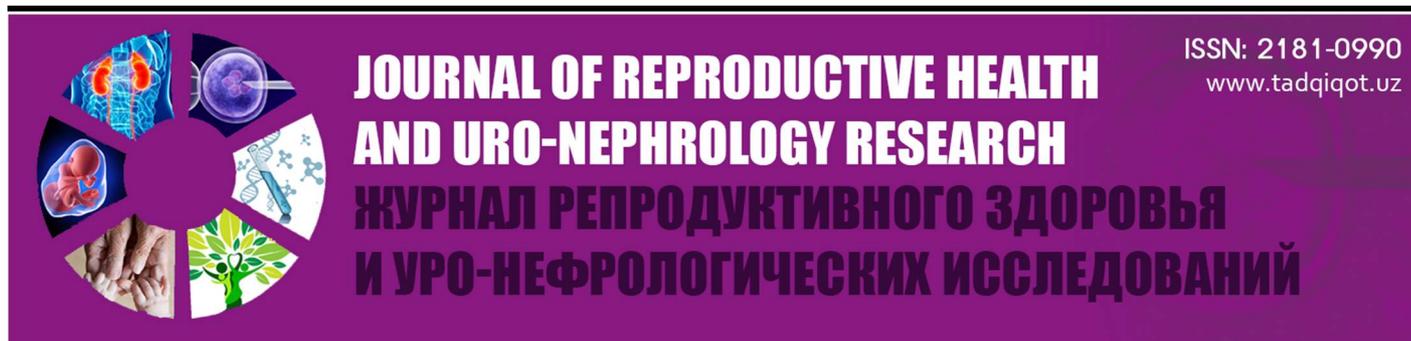
Kardiotokografiya ma'lumotlari 4 ta parametrdan baholandi: bazal ritm, yurak urish tezligining o'zgaruvchanligi, taxikardiya , bradikardiya. Bazal ritm deganda homila yurak urish tezligining o'rtacha chastotasi tushuniladi va 10 minut yoki undan ko'proq vaqt davomida saqlanib turadi. O'rtacha chastota yurak tezligi (bazal tezligi) 120-160 urish / min, lekin homila harakat vaqtida, u 10-15 zarba / min da normada o'zgarishi mumkin.110 zarba / min dan past - bradikardiya,161 zarba / min dan yuqori – taxikardiya. Bazal ritmning chastotasi (n = 50) 100% saqlangan. Taxikardiya - homila yurak urish tezligi 15 ga oshishi yoki undan ko'p, davomiyligi 15 sek dan ortiq bachadon qisqarishi yoki homila harakati bilan bog'liq hisoblanadi va (n = 3) 6% da taxikardiya kuzatildi. Bradikardiya- pasayish chastotasining vaqtinchalik yepizodlari homila yurak urishi 15 marta yoki undan ko'p davomiyligi 15 sek. bradikardiyaning yerta, kech va o'zgaruvchan turi bo'ladi. Bradikardiya uchrashi (n = 5) 10% kuzatildi. Yangi tug'ilgan chaqoloqlar tana massasi 1360gr dan 4440 gr gacha va kindik tizimchasi uzunligi 35-60 sm, yuqotilgan qon hajmi 700 mlgacha yana chaqoloqlarda kindik tizimchasi o'ralish holati (n = 13) 26% uchradi.

Xulosa: Tekshiruvdagi ayollarda homiladorlik davrini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki 68% ayollarda ushbu davr ekstragenital kasalliklar fonida rivojlangan. Anemiya ikkala guruhda 100%, homiladorlar qusishi 72%-88%, homila tushish havfi 40%-76% va O'RVI 56%-68% ni tashkil qildi. Homiladorlik olib borilishiga ko'ra tabiiy tug'ruqlar har ikkala guruhda ustunlik qilgan bo'lsada, 1-guruhda operativ tug'ruqlar nisbatan ko'proq edi. Operativ tug'ruqqa ko'rsatmalar: chanoq –bosh desproporsiyasi, bachadonda chandiqlik, bachadon nosozligi. Amniotik suyuqlik miqdoriga ko'ra; 1-guruhda kam suvlilik yuqori darajada (n = 10) 40%, 2-guruhda yengil darajada (n = 12) 48%. Amniotik suyuqlik tozolik holatiga ko'ra; 1-guruh mekoniyli (n = 14) 56%, 2-guruh toza

(n = 11) 44%, Apgar shkalasi bo'yicha chaqoloqlar 4 guruhga bulindi 1-guruhda gipoksiya o'rta og'ir darajasi (n = 3) 12%, asfiksiya o'rta og'ir (n = 1) 4% kuzatildi. Kardiotokografiya ma'lumotlari 4 ta parametrdan baholandi: bazal ritm, yurak urish tezligining o'zgaruvchanligi, taxikardiya, bradikardiya. Bazal ritm deganda homila yurak urish tezligining o'rtacha chastotasi tushuniladi va 10 minut yoki undan ko'proq vaqt davomida saqlanib turadi. O'rtacha chastota yurak tezligi (bazal tezligi) 120-160 urish / min, lekin homila harakat vaqtida, u 10-15 zarba / min da normada o'zgarishi mumkin. 110 zarba / min dan past - bradikardiya, 161 zarba / min dan yuqori – taxikardiya. Bazal ritmning chastotasi (n = 50) 100% saqlangan.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Акперова Г. Применение комплексного клинико-лабораторного и молекулярно-генетического подхода в диагностике генетических патологий среди населения Азербайджанской республики //Клиническая медицина Казахстана. – 2014. – №. 3 (33).
2. Воеводин С. М., Шеманаева Т. В., Серова А. В. Современные аспекты диагностики и патогенеза маловодия //Гинекология. – 2017. – Т. 19. – №. 3.
3. Герасимова О. Ю., Семченко Л. Н., Герасимова К. А. Взаимосвязь аддиктивного поведения и эмоциональной устойчивости у студентов //Вестник Челябинской областной клинической больницы. – 2019. – №. 3 (43). – С. 25.
4. Дубас Л. Г., Гайструк Н. А., Гайструк А. Н. Обзор литературы: «сучасні аспекти патогенезу, діагностики та профілактики дистресу плода у вагітних з багатоводдям» //ВВК 91. – 2019. – С. 127.
5. Зафман К. Б. и др. Антенатальное тестирование женщин С Уже Существующими Заболеваниями С использованием только УЗИ-части Биофизического профиля //Акушерство и гинекология. – 2018. – Т. 132. – №. 4. – С. 1033-1039.
6. Мальцева Л. И. Клиническое значение морфофункциональных изменений в оценке степени дисфункции эндометрия у женщин с хроническим эндометритом и репродуктивными нарушениями.
7. Мельник Е. В., Малолеткина О. Л., Шилкина Е. В. Биохимические параметры околоплодных вод при дистрессе плода в родах //Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. 65. – №. 5.
8. Мильчаков Д. Е., Романова А. В., Еликов А. В. Оценка антиоксидантной активности, кислотно-щелочных свойств и степени кристаллизации околоплодных вод при физиологически протекающих родах //Вятский медицинский вестник. – 2020. – №. 3 (67).



Rabbimova Gulnora Toshtemirovna
PhD

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, Uzbekistan

Abdieva Madina Abdurashid qizi
Magistrant

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarkand, Uzbekistan

КО'П ХОМИЛАЛИКДА YULDOSHNING ХОРИАЛ ТУРИГА АСОСЛАНГАН ХОЛДА ХОМИЛАДОРЛИК ВА ТУГ'РУҚНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

For citation: Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Abdieva Madina Abdurashid qizi, Peculiarities of the course of pregnancy and the genera in the duals with different of placentation, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 2, pp.68-72

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7905062>

АННОТАЦИЯ

Xozirgi vaqtda yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalanish, ona yoshining 35 yoshdan yuqoriligi, 4- tug'ruqdan keyin, ovulyasiyani stimuly qiluvchi preparatlar qo'llanilishi natijasida ko'p homilalikni uchrash chastotasi yildan-yilga oshmoqda. Ko'p homilalikda yakka homiladorlikka nisbatan onalar o'limi 3-7 marta yuqori bo'lib, yondosh kasalliklarning asoratlari va somatik kasalliklarning qo'zishi yuqori bo'ladi. Ko'p xomilalikda xomilaning antenatal, perinatal kasallanish ko'rsatkichi yuqori bo'lib, xomilaning rivojlanish nuqsoni, muddatdan oldingi tug'ruq xavfi, muddatdan oldingi tug'ruq xavfi, xomila distress sindromi ko'p uchrashi bilan xarakterlanadi. Ona organizmiga yuklama ko'p tushganligi sababli homilaning turli xil kasalliklarning uchrash chastotasi xam oshadi.

Kalit so'zlar: ko'p homilalik, monoxorial egizaklar, dixorial egizaklar, muddatidan oldingi tug'ruq.

Раббимова Гулнара Тоштемировна
PhD

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан.

Абдиева Мадина Абдурашид қизи
магистрант

Самаркандский Государственный Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ДВОЙНИ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ПЛАЦЕНТАЦИИ

АННОТАЦИЯ

В настоящее время частота многоплодных беременностей увеличивается из года в год в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, увеличения возраста матери более 35 лет, после 4 - х родов, применения препаратов, стимулирующих овуляцию. При многоплодной беременности материнская смертность в 3-7 раз выше, чем при одноплодной, а частота осложнений сопутствующих заболеваний и соматических заболеваний выше. При многоплодной беременности высок антенатальный, перинатальный уровень заболеваемости плода, характеризующийся пороками развития плода, повышенным риском преждевременных родов, синдромом дистресса плода. Из-за большой нагрузки на организм матери увеличивается и частота возникновения различных заболеваний плода.

Ключевые слова: многоплодная беременность, монохориальные близнецы, дихориальные близнецы, преждевременных родов.

Rabbimova Gulnora Toshtemirovna
PhD

Samarkand State medical university
Samarkand, Uzbekistan

Abdieva Madina Abdurashid qizi
Master's

Samarkand State medical university
Samarkand, Uzbekistan

PECULIARITIES OF THE COURSE OF PREGNANCY AND THE GENERA IN THE DUALS WITH DIFFERENT OF PLACENTATION

ANNOTATION

Currently, the frequency of multiple pregnancies increases from year to year as a result of the use of assisted reproductive technologies, increasing the age of the mother more than 35 years, after 4 births, the use of drugs that stimulate ovulation. In multiple pregnancies, maternal mortality is 3-7 times higher than in single pregnancies, and the incidence of complications of comorbidities and somatic diseases is higher. In multiple pregnancies, the antenatal, perinatal level of fetal morbidity is high, characterized by fetal malformations, an increased risk of premature birth, and fetal distress syndrome. Due to the heavy load on the mother's body, the frequency of various fetal diseases also increases.

Keywords: multiple pregnancy, monochorial twins, dichorial twins, premature birth.

Kirish. Ko'p homilalik -deb homilador ayol organizimida ikki va undan ko'p homilaning rivojlanishiga aytiladi [1,5,7]. Ko'p homilalilikda bir homilaning o'limi 3,7 – 6,8 % ni tashkil qiladi [2]. 37 xaftagacha bo'lgan muddatlarda uch homilalikning tug'ilishi 80 %, ikki homilalikning tug'ilishi 43 % , bir homilalikda – 9 % ni tashkil qiladi [4,5,6]. Ko'p homilali homiladorlarda gipertenziya va shish qon-tomir sistemasi xajmining oshishi, proteinuriya kam miqdorda yoki yo'q, dinamikada gematokrit pasayishi hisobiga plazma xajmining oshishi ro'y beradi. Tomir ichi xajmining oshishi hisobiga eng asosiy asoratlardan biri anemiya 50-100% ni tashkil qiladi. Bu plazma xajmining oshishi, gematokrit va gemoglobin miqdorini pasayishi, eritropoetinning oshishi hisobiga temir tanqislik anemiya sezilarli darajada uchraydi [8]. Homiladorlik davri homila o'sishi chegaralanishi bir homilalikka nisbatan 10 barobar ko'p uchrab, monoxorialda 34% va bixorialda 23% uchraydi [10]. Plasantasiya tipiga ko'ra homila o'sishi chegaralanishi monoxorialda 7,5%, bixorialda 1,7% ikkala homilada xam kuzatiladi. Agar monoxorial egizaklarda homilalar massasi orasidagi farq 25% dan yuqori bo'lsa, kam massali homilaning homila ichi o'limi yuqori darajada bo'ladi [5]

Tadqiqot maqsadi: Ko'p homilalikda monoxorial va dixorial homilalarning homiladorlik va perinatal davrini taqqoslashtirish. Material va usullar: Samarqand viloyat Perinatal markazida 2020-2022 yillar oralig'ida ko'p homilalik aniqlangan 40 nafar homilador ayollarning dastlabki tibbiy hujjatlarining tahlili o'tkazildi. Ko'p homilalikda yo'ldoshning xorial turiga qarab, tekshirilgan barcha homilador ayollar quyidagi guruhlarga bo'lingan:

I guruh - 18 nafar ayollarda yo'ldoshning monoxorialligi aniqlangan;

II guruh - 22 nafar ayollarda yo'ldoshning dixorialligi aniqlangan;

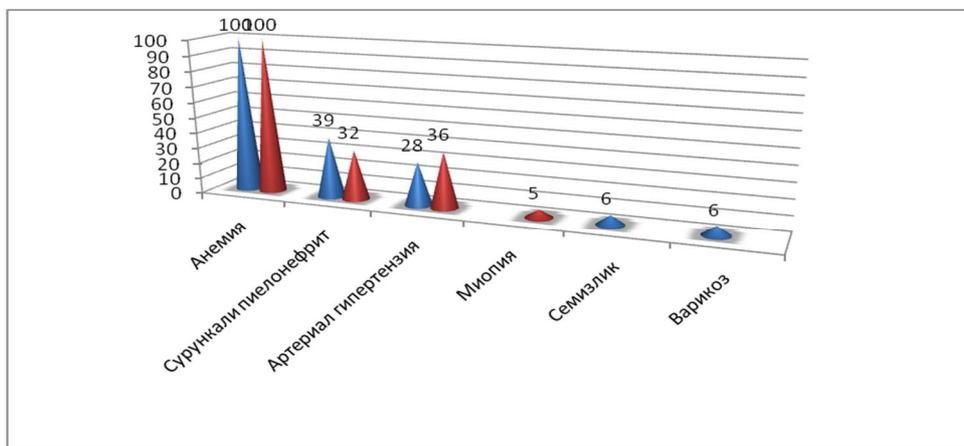
Tadqiqot natijasi:

Oldinga qo'yilgan masala ko'p xomilalikda plasantaga bog'lik bo'lgan xolda fetoplantar tizimining xolatini, monoxorial va bixorial plasantaga bog'lik bo'lgan xolda perinatal yakunlar o'rganildi

Umumiy ob'ektiv ko'rikda tana tuzilishi, tuklanishi, ko'krak bezlarining xolati, teri osti yog' qavatining holati, tayanch-xarakterlanish tizimi, somatik kasalliklari, nafas, yurak qon- tomir, siydik ajratish sistemalari o'rganildi. Barcha bemorlarga umumklinik, klinik-laborator va tashqi akusherlik tekshiruvlari: homila xolati, pozitsiyasi, oldinda keluvchi qismi, bachadon tonusi; bachadon tubi balandligi, qorin aylanasi o'lchandi. Homilalarning yurak urishi auskultasiya qilindi. Deyarli barcha xomiladorlarda standart bo'yicha qin surtmasining bakterioskopik tekshiruvi o'tkazildi. Qonning bioximik analizi va koagulogramma asosan 1 va 2 gurux bemorlarda o'tkazildi. Guruxlar terapevt ko'rikidan o'tkazildi.

Homilador ayollarning boshidan kechirgan kasalliklari

Mazkur homiladorlarda uchragan somatik kasalliklardan: virusli gepatit- 2 nafar (5%), miopiya-1 nafar (2.5%), o'tkir gastrit- 4nafar (10%), o'tkir xolesistit- 3nafar (7.5%), bronxial astma va allergik rinit fonida 1 nafar (2.5%), ginekologik kasalliklar kolpit- 5 nafar (12.5%), bakterial vaginoz-6 nafar (15%), urgenital kandidoz- 7 nafar (17.5%), bachadon miomasi- 2 nafar (5%), bachadon bo'yni elektrokonizatsiyasi- 2 nafar (5%) ni tashkil qildi.



1 rasm: Mazkur homiladorlarda uchragan somatik kasalliklar

Tekshirilgan bemorlarning umumiy xususiyatlari Ushbu homiladorlik davrini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki 70 % ayollarda ushbu davr ekstragenital kasalliklar fonida rivojlangan (1. jadval). Eng keng tarqalgan patologiya anemiya bo'lib, u sof shaklda

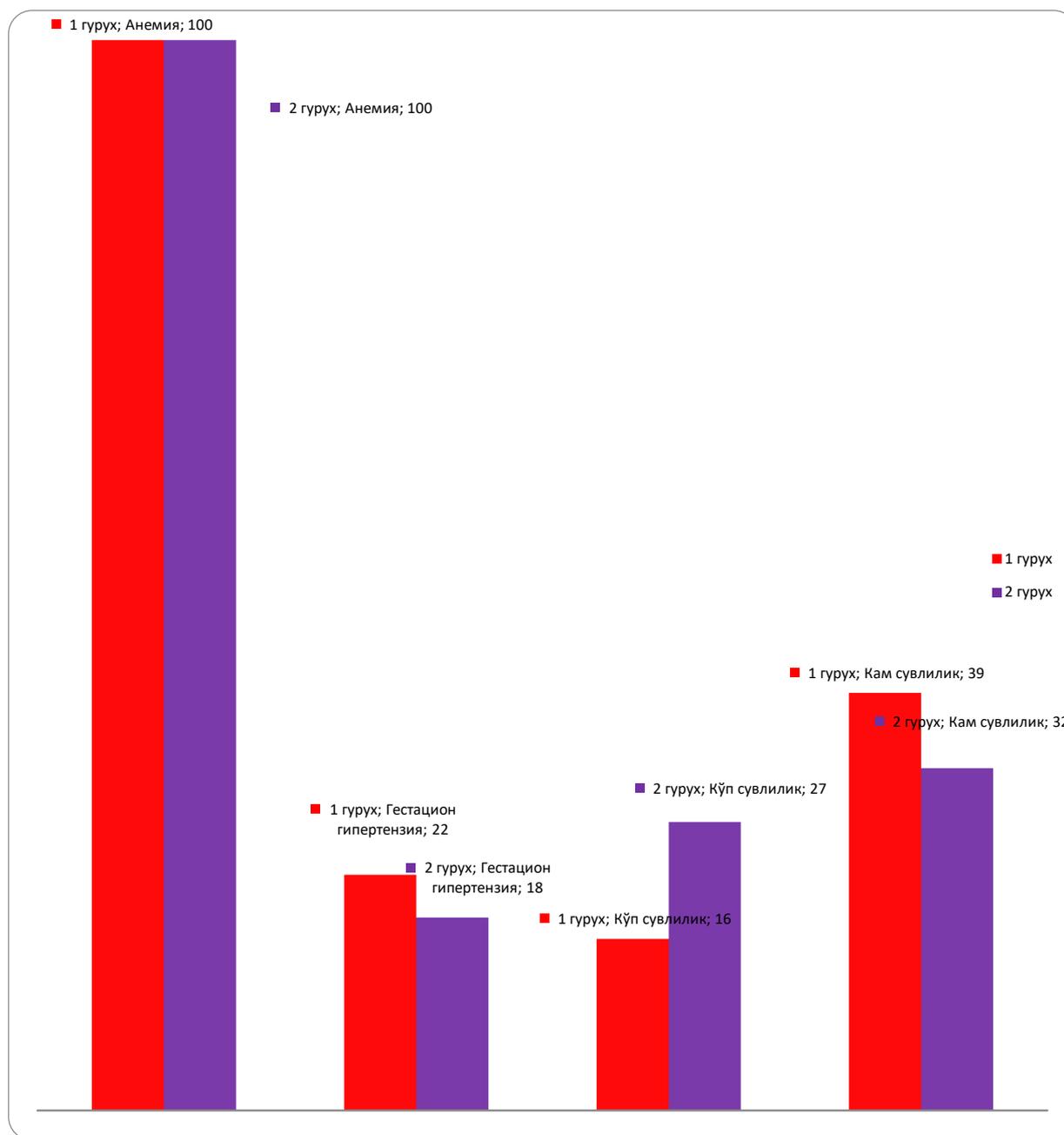
barcha bemorlarning uchdan birida (29,7 va 34,4%ni tashkil qildi), pielonefrit bilan birgalikda homilador ayollarning yana 6,6 va 3,1 % ikkala guruhda uchraydi. Ekstragenital patologiyaning uchrashi bo'yicha guruhlar statistik jihatdan bir-biridan farq qilmadi.

Jadval 1

Tekshirilgan ayollarda ekstragenital kasalliklarning tuzilishi

Ekstragenital kasalliklar	1 guruh		2 guruh	
	N	%	n	%
Anemiya				
o'rta darajasi	9	29,7	11	34,4
og'ir darajasi	3	10	5	15,6

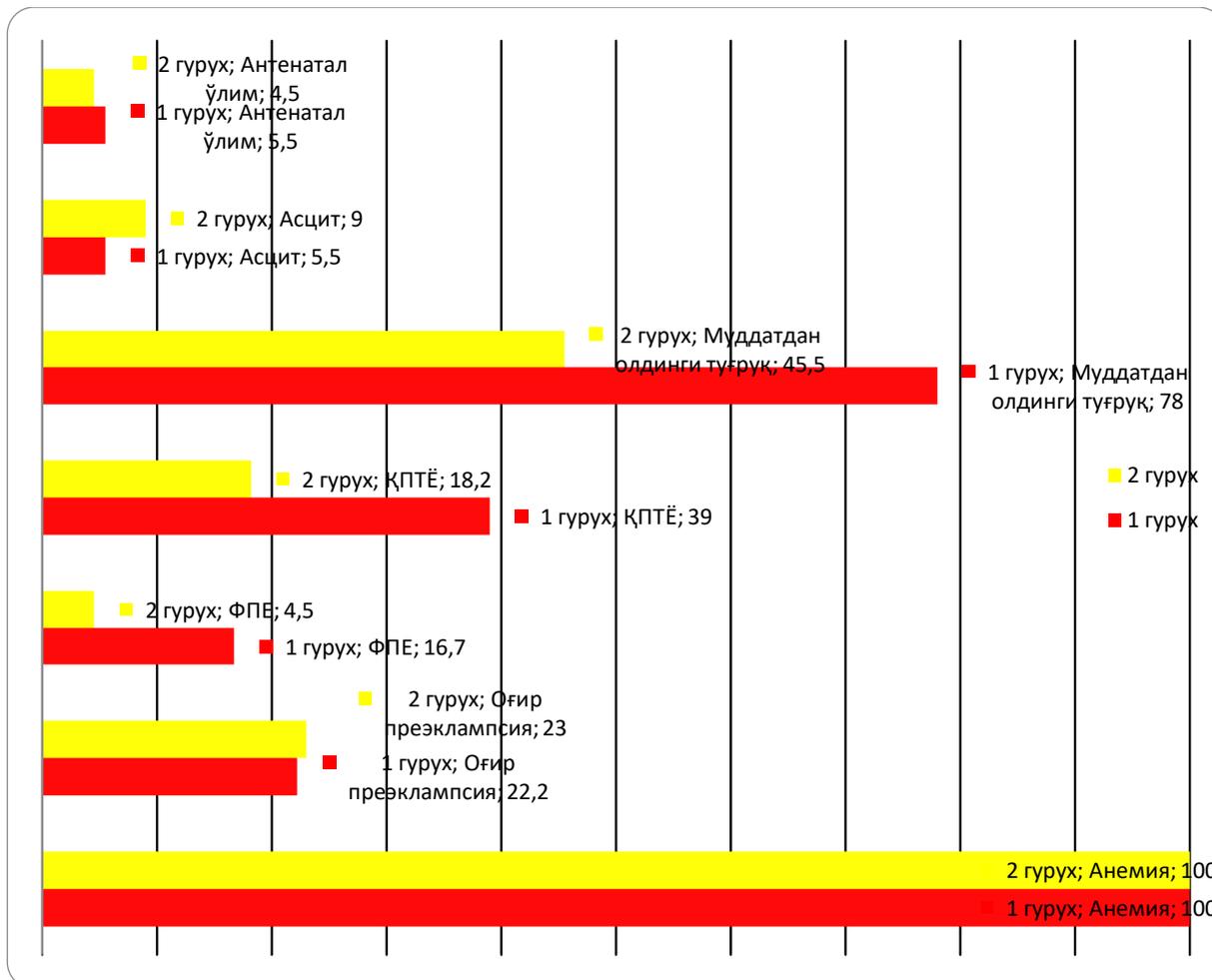
Siydik chiqarish tizimining kasalliklari:				
Surunkali pielonefrit	1	3,3	2	6,25
Anemiya bilan birlashgan pielonefrit	2	6,6	1	3,1
Gestasion pielonefrit	6	20	5	15,6
Yurak qon-tomir tizimining kasalliklari				
Orttirilgan yurak kasalligi	1	3,3	1	3,1
Gipertonik tur bo'yicha NSD	1	3,3	1	3,1
Nafas olish kasalliklari				
Surunkali bronxit	6	20	7	21,8
Semizlik	3	10	2	6,25



2 rasm: Tekshirilgan bemorlarda homiladorlikning uch oyliklarga ko'ra kechishi

Homiladorlikning ikkinchi yarmida eng ko'p uchraydigan asoratlarning xomilaning muddatdan oldin tug'ilishi (16,3%) va shishlar (8,1%) bo'lib, ular asosan oyoqlarda shish bilan namoyon bo'ldi va 4 nafar ayollarda qorin bo'shlig'ida shish paydo bo'ldi. Preeklampsiya ham homiladorlikning ko'p uchraydigan asoratlardan biri bo'lgan – 18,7%

bemorlarda 1 guruhda, va 13,2% 2 guruhda uchradi. Homiladorlik paytida bemorlarning 3,3% xollarda 1 guruhda o'tkir respiratorli infeksiyalar qayd etilgan va homiladorlikning ikkinchi yarmida ularning kasallanish darajasi 2 guruhda 2 baravarga yuqori bo'lgan va 6,6% tashkil qildi.



3-rasm: Homiladorlikning 3- trimestrida asoratlanishiga ko'ra

Homiladorlikning 3- uch oyliklarga ko'ra kechishida ikkala guruhlarda xam 1 tadan antenatal o'lim kuzatildi. Assit 1 guruhda 1 nafar 2 guruhda 2 nafar uchradi. Muddatdan oldingi tug'ruq esa guruhlarga

mos ravishda 78% ga 45,5%, QPTYo 39% ga 18,2 % to'g'ri keldi. Asoratlarda yeng katta farq FPE da bo'ldi 16,5% ga 4,5% ida kuzatildi.



Bemor B. M. 24 yosh, tug'ruq tarixi: №12929 Yashash joyi: Pastarg'om tuman. Tashxis: Homiladorlik V, 37 hafta, Tug'ruq II.

OAA. I homilaning ko'ndalang joylashuvi va antenatal o'limi. QPTYo. Surunkali pielonerit qo'zish davri. Anemiya yengil darajasi

Bemorlarda tugʻruq kechishi natijalari.

Tekshirilgan 40 nafar homiladorlardan 16 nafari tabiiy yoʻllar orqali tugʻdi, shulardan 8 nafari 1 guruxga mansub. Operativ tugʻruqlar 24 nafar boʻlib shulardan 10 nafari 1 guruxdan. Ikkala guruxda xam 1-tadan EKV orqali xomiladorlik. 2 ta holatda 1 homila antenatal oʻlimi.

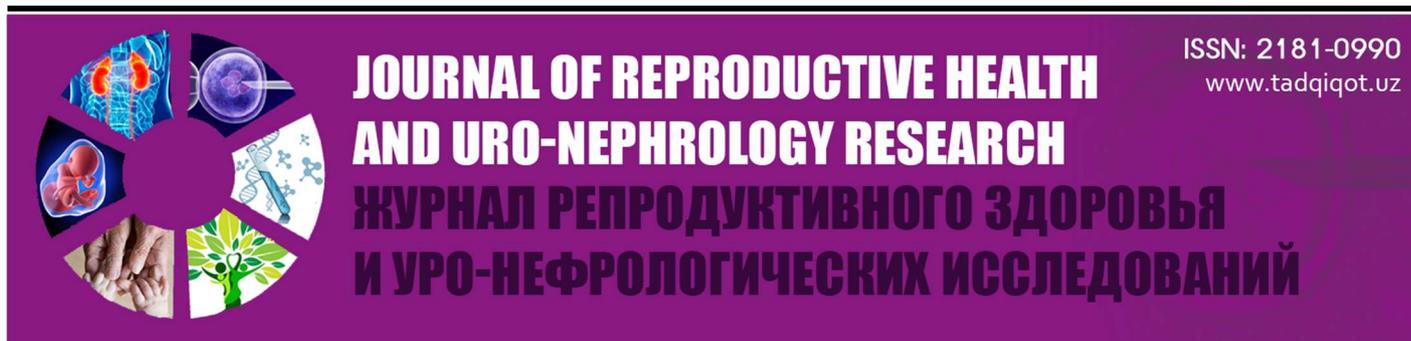
Tugʻilgan chaqaloqlarni jinsi boʻyicha hisoblandi. 1 guruxda qizcha tugʻilishlari, 2-guruxda oʻgʻilcha tugʻilishi koʻproq kuzatildi.

Xulosa: Koʻp xomilalikda monoxorial va bixorial placentaga bogʻlik boʻlgan xolda fetoplasentar tizimining xolatini oʻrganildi.

Oʻrganishlar monoxorial koʻp homilalikda bixorial koʻp homilalikka nisbatan Feto-plasentar yetishmovchilik 3.7 barobar koʻp uchradi. Somatik kasalliklar uchrash koʻrsatgichi guruxlarda sezilarli farq kuzatilmadi. Homiladorlikning 3-3 oyligida uchragan asoratlardan : muddatdan oldingi tugʻruq 1 guruxda 1.7 barobarga, Feto-plasentar yetishmovchilik 3.7 barobar, Qogʻonoq pufagining tugʻruqqacha yorilishi 2.1 barobarga koʻp uchradi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Костюков К.В., Гладкова К.А. Перинатальные исходы при монохориальной многоплодной беременности, осложненной синдромом селективной задержки роста плода // Акушерство и гинекология. - №6. – 2020. - С. 50-58
2. Косякова О.В., Беспалова О.Н. Сложности и перспективы прогнозирования преждевременных родов при много-плодной беременности // Журнал акушерства и женских болезней. - Т. 67. - №4. - 2018. - С. 48-59
3. Мальгина Г.Б., Башмакова Н.В. Многоплодная беременность как причина сверхранных преждевременных родов // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2016. - Т. 16. - № 6. - С. 58-62.
4. Папышева Е.И., Караганова Е.Я., Бреусенко Л.Е. Проблема многоплодной беременности при лечении бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий // Акушерство и гинекология.- №5. -2019. – С.137-143.
5. Прохорова В.С., Павлова Н.Г. Перинатальные исходы при многоплодии //Журнал акушерства и женские болезни. –2010. - №3. – С.55-59.
6. Althabe F, et al. Рожденные слишком рано: доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов // Науч. ред. Ch. Howson, M. Kinney, J. Lawn. - Geneva: Всемирная организация здравоохранения, 2014. - 112 с.
7. Fiona L. Mackie, R. Katie Morris, Mark D. Kilby. The prediction, diagnosis and management of complications in monochorionic twin pregnancies: the OMMIT (Optimal Management of Monochorionic Twins) study // Mackie et al. BMC Pregnancy and Childbirth. – 2017. –P. 2-5
8. Mary D'Alton, Noelle Bresli. Management of multiple gestations // International Journal Gynecol Obstet. - V.150. - 2020. - P. 3-9.
9. Rissanen, AR.S., Jernman, R.M., Gissler, M. et al. Maternal complications in twin pregnancies in Finland during 1987–2014: a retrospective study // BMC Pregnancy Childbirth 19. – 337. - 2019.



УДК 616.36-003.826

Yuldasheva Dilnavoz Xasanovna
Bukhara state medical institute
Bukhara, Uzbekistan

CLINICAL AND LABORATORY MARKERS OF PROGRESSION OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

For citation: Yuldasheva Dilnavoz Xasanovna, Clinical and laboratory markers of progression of non-alcoholic fatty liver disease, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 4, issue 2, pp.73-75

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7905070>

ANNOTATION

This article studied clinical and laboratory analyzes of 98 patients with non-alcoholic fatty liver disease. With steatohepatitis, higher ALT and AST values are noted than in patients with hepatic steatosis. The main differential difference between non-alcoholic steatosis and steatohepatitis, available in clinical practice, may be the severity of the biochemical syndrome of cytolysis. Dyslipidemia (hypertriglyceridemia, decreased HDL, increased LDL) occurs in about 65-85% of patients. The basal insulin level, according to the results of our studies, in persons with NAFLD at the stage of steatosis and steatohepatitis was significantly increased.

Key words: non-alcoholic fatty liver disease, liver steatosis, non-alcoholic steatohepatitis, obesity, cholesterol

Юлдашева Дилнавоз Хасановна

Бухарский государственный медицинский институт
Бухара, Узбекистан

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЁРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

АННОТАЦИЯ

В данной статье были изучены клинические и лабораторные анализы 98 пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени. При стеатогепатите отмечаются более высокие значения АЛТ и АСТ чем у пациентов со стеатозом печени. Основным дифференциальным отличием неалкогольного стеатоза от стеатогепатита, доступным в клинической практике, может быть выраженность биохимического синдрома цитолиза. Статья содержит клинических особенностей и прогноза у больных жировым гепатозом и неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ). Дислипидемия (гипертриглицеридемия, снижение ЛПВП, повышение ЛПНП) выявляется примерно у 65-85% больных. Базальный уровень инсулина, по результатам наших исследований, у лиц с НАЖБП на стадии стеатоза и стеатогепатита был достоверно повышен.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, стеатоз печени, неалкогольный стеатогепатит, ожирение, холестерин

Yuldasheva Dilnavoz Xasanovna

Buxoro davlat tibbiyot institute
Buxoro, O'zbekiston

JIGAR NOALKOGOL YOG' XASTALIGI RIVOJLANISHINI KLINIK-LABORATOR MARKYORLARI

ANNOTASIYA

Maqolada JNAYoX bilan kasallangan 98 nafar bemorning klinik va laborator tahlillari keltirilgan. Steatogepatitda ALT va AST miqdorining jigar steatoziga nisbatan yuqori ekanligi ilmiy asoslangan. Dislipidemiya (gipertrigliceridemiya, ZPLP miqdorining oshishi va ZYuLP miqdorining pasayishi) 65-85% bemorlarda aniqlangan. Tadqiqotlarimizda bazal insulin miqdori yetarlicha oshganligi ko'riildi.

Kalit so'zlar: Jigarning noalkogol yog' xastaligi, jigar steatozi, noalkogol steatogepatit, semizlik, xolesterin

The urgency of the problem. Currently, non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is one of the most common diseases in hepatology, leading to a deterioration in the quality of life, disability and death. The overall prevalence of NAFLD in the population ranges from 10 to 40% [1,3,5]. In the normal course of NAFLD, 12-40% of patients with hepatitis develop non-alcoholic steatohepatitis after 8-13 years. Of

these, 15% of patients develop liver cirrhosis and liver failure. Of 7% of patients with liver cirrhosis, hepatocellular carcinoma develops within 10 years [2,3,5]. The heterogeneity of NAFLD leads to the absence of a single generally accepted standard of treatment for such patients. Of course, all overweight patients should be advised to reduce their weight by eating a low-calorie diet and exercising regularly, and the effect of

the latter seems to be more significant. An unhealthy lifestyle is the main cause of NAFLD [3,4,5].

Purpose of the study: To determine the clinical and laboratory features of non-alcoholic fatty liver disease at the stage of fatty hepatosis and steatohepatitis.

Materials and research methods. To solve the set tasks, 98 patients with NAFLD were examined, including 67 (68.3%) patients at the stage of liver steatosis (HS) and 31 (31.6%) patients with steatohepatitis (SH). Of these, 45 (46%) men and 53 (54%) women aged 20 to 75 years (average age 49.2 ± 4.2). The research results were recorded in the developed clinical information cards (questionnaire). When selecting patients, we considered the criteria for including and not including patients in the study. Criteria for the inclusion of patients in the study: - men and women aged 20 - 75 years; - the presence of fatty hepatosis and steatohepatitis; - the presence of a signed informed consent. The criterion for not including from the survey was alcohol consumption in patients with fatty liver disease. We considered the data of the anamnesis (absence of alcoholic beverages consumption regularly). We also used a special CAGE questionnaire [3,5]. We compared the results obtained in the course of the study with the indicators of the control group, formed of 24 apparently healthy individuals aged 20 to 65 years, who had no abnormalities in the hepatobiliary system. The diagnosis of non-alcoholic fatty liver disease

was made on the basis of anamnesis, laboratory tests, and ultrasound examination of the liver. To detect NAFLD, ultrasound of the hepatobiliary system and liver elastography were performed. Lipid metabolism was studied in terms of serum cholesterol (CS), high density lipoproteins (HDL), low density lipoproteins (LDL), very low-density lipoproteins (VLDL) and triglycerides (TG). The LDL and VLDL values were calculated using the formula: $VLDL = TG / 2$, $LDL = CHCR - (VLDL + HDL)$. Based on the results obtained, the atherogenic coefficient (CA) was calculated using the formula: $CA = CS / LDL + CS / VLDL$. Determination of the degree of obesity was carried out according to the Quetelet index, calculating it using the formula: $BMI = \text{weight (kg)} / \text{height (m)}^2$. The results obtained were processed statically using the Student's t-test and the difference was considered significant in those cases when $p < 0.05$ was expressed.

Results and discussion. According to the results of our study, the ratio of women to men was 1.3: 1. To assess the characteristics of clinical manifestations, the first duty was to outline the circle of the leading symptoms of NAFLD, which constitutes the essence of the disease. Only then did they proceed to the analysis of each symptom of the disease. At the same time, two of the most important, in our opinion, qualities of clinical signs of NAFLD were subjected to a more thorough analysis: the frequency of occurrence and the degree of their perception. The results are shown in Table 1.

Table 1.

Comparative assessment of the frequency of manifestations of clinical signs of NAFLD

№	Symptoms	HS (n = 67) abs %	SH (n = 31) abs %
1	Aching pain, discomfort in the area right hypochondrium	33 — 49,2±6,1	18 — 58,06±8,8
2	Nausea	28 — 41,7±6,02	18 — 58,06±8,8
3	Heartburn	35 — 52,2±6,1	19 — 61,2±8,7
4	eructation	32 — 47,7±6,1	21 — 67,7±8,3
5	flatulence	31 — 46,2±6,09	19 — 61,2±8,7
6	constipation	21 — 31,3±5,6	17 — 54,8±8,9
7	Mushy chair	20 — 29,8±5,5	12 — 38,7±8,7
8	increased fatigue, general weakness	23 — 34,3±5,7	15 — 48,3±8,9

The complex of the main clinical sign's characteristic of NAFLD consisted of the following factors: aching pain, discomfort in the right hypochondrium, heartburn; nausea, belching, flatulence, constipation, mushy stools, fatigue, general weakness. As can be seen from Table 1, clinical signs of steatohepatitis in non-alcoholic fatty liver disease occur

with a high frequency. Of these, aching pain, discomfort in the right hypochondrium 58.06%. When studying the functional state of the liver, we were interested in the state of lipid metabolism of NAFLD. Lipid metabolism indicators are presented in Table 4.

Table 2.

Indicators of lipid metabolism in patients of the examined groups

Index	CG (n=24)	MG (n=98)	P
Cholesterol (mmol / L)	5,12±0,04	7,3±0,08	0,005
Cholesterol VLDL (mmol / l)	0,37±0,06	0,92±0,02	0,001
Cholesterol LDL (mmol / l)	3,26±0,07	4,62±0,12	0,001
Cholesterol HDL (mmol / L)	1,32±0,04	0,82±0,06	0,001
Triglycerides (g / L)	0,93±0,02	1,96±0,08	0,001
Atherogenic coefficient (CA)	2,72±0,04	6,5±1,12	0,03

Disorders of lipid metabolism in NAFLD are one of the cardinal signs of the disease [3]. According to our data, severe HCS (more than 6 mmol / L) was recorded more often. Dyslipidemia in NAFLD was characterized by an increase in the level of triglycerides more than 1.9 mmol / L and in which the level of HDL cholesterol is <1 mmol / L. These disorders turned out to be more noticeable, which indicated more severe disorders of lipid metabolism. Lipid metabolism indicators are presented in the table. Judging by the data in Table 5, in patients with NAFLD at the stage of steatosis and hepatic steatohepatitis, significant changes in lipid metabolism were revealed towards an increase in cholesterol ($p = 0.005$), VLDL cholesterol ($p = 0.001$), LDL cholesterol ($p = 0.001$), TG ($p = 0.001$), CA ($p = 0.03$) and a decrease in HDL ($p =$

0.001). The results obtained indicate the presence of atherogenic dyslipidemia in NAFLD patients at the stage of steatosis and steatohepatitis. Atherogenicity is a concept that reflects the relationship between bad and good fats. The atherogenic index markedly exceeded the permissible values in all examined patients. In order to assess the functional state of the liver in NAFLD at the stage of fatty hepatosis and steatohepatitis, the parameters of pigment metabolism, cytolysis and cholestasis were studied (Table 3). Biochemical studies were carried out to determine the activity of alanine aminotransferase (ALT) and aspartate aminotransferase (AST), γ -glutamyl transpeptidase (GGTP), alkaline phosphatase (ALP), the content of total bilirubin and its fractions.

Table 3.

Indicators of transaminase levels in the group of examined

Index	CG (n=24)	HS (n=67) 1	SG n=31 2	P ₁₋₂
Total protein (g / l)	65,22±0,21	75,2±3,2	78,2±3,8	> 0,05
Albumin g / l	53,2±1,0	45,2±2,2	44,2±2,2	> 0,05
Total bilirubin μ mol / l	10,6±0,2	13,6±6,2	19,2±5,2	0,01
Binding bilirubin μ mol / l	3,5±0,5	3,8±0,8	4,1±1,6	0,02
ALT (unit / l)	17,6±0,96	27,6±8,7	88,6±31,7	0,001
AST (unit / l)	20,9±1,1	20,9±7,7	48,2±23,7	0,001
alkaline phosphatase ALP (unit / l)	121,9±5,9	132,9±21,9	150,0±28,8	0,02
γ -ГТТII (unit)	24,9±1,1	34,9±12,7	71,9±41,7	0,001
Glucose (mmol / l)	4,3±0,8	5,9±0,9	6,45±0,65	> 0,05

The level of bilirubin was significantly increased relative to the indicators of the control group. The activity of HS cytolysis indices, the AST level reached 20.9, the ALT - 27.6. With steatohepatitis, there are higher ALT values 88.6 and AST 48.2 than in healthy individuals and patients with hepatic steatosis, so ALT in NASH exceeds 6-8 norms, AST exceeds 3-4 norms, with HS ALT exceeds 1- 2 norms, AST does not change significantly. The ALP activity in the SP was 132.9 U / L, which corresponded to the standard values (Table 3). The increase in alkaline phosphatase activity is 1.5-2.5 higher in patients with SH. Indicators of carbohydrate metabolism: the level of glucose in the blood serum was significantly increased ($p > 0.05$) in the patients we observed,

since in the observation group in 25 patients (25.51%), among the comorbidities, there was a violation of tolerance to carbohydrates.

Thus, on the basis of the studies carried out, clinical signs of aching pain, discomfort in the right hypochondrium, belching, heartburn, increased fatigue, general weakness and laboratory for the activity of cytolysis indicators in steatohepatitis, there are higher ALT, AST, ALP values than in patients with hepatic steatosis. The main differential difference between non-alcoholic steatosis and steatohepatitis, available in clinical practice, may be the severity of the biochemical syndrome of cytolysis. Dyslipidemia (hypertriglyceridemia, decreased HDL, increased LDL) occurs in about 65-85% of patients.

Literature

1. Драпкина О.М., Ивашкин В.Т. Эпидемиологические особенности неалкогольной жировой болезни печени в России (результаты открытого многоцентрового проспективного исследования наблюдения DIREGL 01903) // Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол. – 2014. – Т. 24. - №4. – С.32-38.
2. Ивашкин В. Т. Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени // Методические рекомендации для врачей // Москва. - 2015. – С. 38.
3. Подымова С.Д. Современный взгляд на патогенез и проблему лечения неалкогольной жировой болезни печени // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – №5. – С. 74 – 82.
4. 5.Aijaz Ahmed M.D. Ryan B., Perumpail M.D., Stephen A., Harrison M.D. High prevalence of hepatic fibrosis in the setting of coexisting diabetes and hepatic steatosis: A case for selective screening in the general population? // Hepatology. – 2016. – № 63 (1). – P. 20 – 22. doi:10.1002/hep.28277.

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

TOM 4, HOMEP 2

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

VOLUME 4, ISSUE 2

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

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

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

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

Тел: (+998-94) 404-0000