

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 1,
ISSUE 5

2024

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

№ 1
2024

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)

Агабабян 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 Абдулроевич
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 Казахстанской 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

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

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

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

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Умарова Наргиза Мирзаевна, Абдикулова Нигора Хасановна, Нигматова Гулнара Максудовна ОСТЕОПОРОЗ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ. ПУТИ ДИАГНОСТИКИ, КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ/OSTEOPOROSIS IN PERIMENOPAUSAL WOMEN. WAYS OF DIAGNOSIS, CORRECTION AND PREVENTION/PERIMENOPOZAL AYOLLARDA OSTEOPOROZ. DIAGNOSTIKA, TUZATISH VA OLDINI OLISH YO'LLARI.....	5
2. Ataeva Farzona Nuriddinova, Sadiqova Kumush ENDOMETRIOZ: SABABLARI, TASNIFI, DAVOLASH, OLDINI OLISH, ASORATLARI VA AYOLLARNING HAYOT SIFATINI BAHOLASH/ЭНДОМЕТРИОЗ: ПРИЧИНЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА, ОСЛОЖНЕНИЯ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ/ENDOMETRIOSIS: CAUSES, CLASSIFICATION, TREATMENT, PREVENTION, COMPLICATIONS AND QUALITY OF LIFE ASSESSMENT.....	9
3. Boboraximova Umeda Musaevna SEMIZLIK QAYT ETILGAN AYOLLARDA ORAL KONTRATSEPTIV VOSITALARDAN FOYDALANISHNING MUAMMOLARI/АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ/CURRENT PROBLEMS OF USE OF ORAL CONTRACEPTIVES IN OBESITY WOMEN.....	13

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

4. Закирова Нодира Исламовна, Камалова Дилафруз Донияровна, Закирова Фатима Исламовна РОЛЬ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА В ГЕНЕЗЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ/HOMILADORLIKNING KO'TARA OLMASLIK GENEZIDA AUTOIMMUN TIROIDITNING ROLI/THE ROLE OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS IN THE GENESIS OF PREGNANCY FAILURE.....	17
5. Ибрагимов Курбонмурод Ниязович, Ахмедов Юсуфжон Махмудович, Ибрагимов Эхсон Курбонмуродович РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОСПАДИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ/BOLALARDA GIPOSPADIYALARNI DAVOLASH UCHUN REKOSTRUKTIVA PLASTIK AMALIYATLARI/RECONSTRUCTIVE PLASTIC OPERATIONS FOR TREATMENT OF HYPOSPADIAS IN CHILDREN.....	21
6. Каримова Гулчехра Самадовна ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И АНЕМИЕЙ/THE COURSE OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH PREECLAMPSIA AND ANEMIA/PREEKLAMPSIYA VA KAMQ'ONLIKDA HOMILADORLIKNING VA TUG'RUQ'NING KECHISHI.....	25
7. Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Турсункулова Мархамат Эргашевна, Абдуллаева Лола Сайфуллаевна КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ/HOMILANI ODATIY KO'TARA OLMASLIKNING KLINIK VA LABORATORIYA XAVF OMILLARI/CLINICAL AND LABORATORY RISK FACTORS FOR PREMATURITY PREGNANCY.....	28
8. Назирова Муюссар Убаевна, Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Саидова Мехригис Донияровна КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА/PERIMENOPOZAL OSTEOPOROZNING KOMPLEKS DIAGNOSTIKASI VA PROGNOZI/COMPREHENSIVE DIAGNOSIS AND PROGNOSIS OF PERIMENOPAUSAL OSTEOPOROSIS.....	33
9. Рахимов Нодир Махамматкулович, Шаханова Шахноза Шавкатовна, Абдурахмонов Журабек Амриллович, Талибова Нилуфар Актамовна, Сулимова Ольга Геннадьевна ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АСЦИТА ОБУСЛОВЛЕННЫЙ РЕЦИДИВОМ ПЛАТИНОРЕФРАКТЕРНОГО РАКА ЯИЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТРОНОМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ/RETSIDIVLANUVCHI PLATINA-REFRAKTER TUXUMDON SARATONI ASTITINI DAVOLASHDA METRONOM KIMYO TERAPIYANING SAMARADORLIGI/THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF ASCITES DUE TO RECURRENCE OF PLATINUM-REFRACTORY OVARIAN CANCER USING METRONOMIC CHEMOTHERAPY.....	37
10. Юлдашева Насиба Алишеровна, Усманова Шоира Равшанбековна, Комилова Адиба Закиржоновна ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ/HERPETIC STOMATITIS IN PREGNANT WOMEN AS AN ETIOPATHOGENETIC FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION/HOMILADOR AYOLLARDA HERPETIK STOMATIT ENDOTELIAL DISFUNKTSIYA RIVOJLANISHINING ETIOPATOGENETIK OMILI.....	42
11. Indiaminova Gulrux Nuriddinova MAVSUMIY VIRUSLI INFEKTSIYALARNING HOMILADORLIK DAVRINING KECHISHIGA TA'SIRI/ВЛИЯНИЕ СЕЗОННЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ/COVID-19, PREGNANT AND FEATURES OF THE STATE OF HYPERCOAGULABILITY.....	46
12. Negmadjanov Bahodur Boltaevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Jumageldiyeva Yulduz Sheraliyevna HOMILADORLARDA JIGARNING O'TKIR YOG'LI GEPATOZINI DA'VOLASH ALGORITMINI ISHLAB CHIQUISH/РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ/DEVELOPMENT OF AN ALGORITHM FOR THE CLAIM OF ACUTE FATTY HEPATOSIS OF THE LIVER IN PREGNANT WOMEN.....	49
13. Shavkatov Hasan Shavkatovich JINSIY A'ZOLAR PROLAPSIDA O'TKAZILADIGAN ORGANSAQLOVCHI JARROXLIK AMALIYOTI/ОРГАНСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ПРОЛАПС ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ/ ORGAN-PRESERVING SURGICAL OPERATION FOR GENITAL PROLAPSE.....	53
14. Tilavova Yulduz Muhammadshukur qizi, Negmadjanov Bahodur Boltaevich SEQUENCE OF HYSTEROSCOPIC DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL POLYPS IN PATIENTS WITH INFERTILITY/ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БЕСПЛОДИЕМ/BEPUSSHILIKDA ENDOMETRIY POLIPI BO'LGAN BEMORLARDA GISTEROSKOPIK TASHXISLASHNING KETMA-KETLIGI.....	57



ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW

УДК: 616.71-007.234:618.173-085

Умарова Наргиза Мирзаевна

Доктор медицинских наук, Ташкентского городского филиала
Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра здоровья матери и ребенка
Ташкент, Узбекистан

Абдикулова Нигора Хасановна


Врач акушер-гинеколог
Ташкентского городского филиала
Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра здоровья матери и ребенка
Ташкент, Узбекистан.

Нигматова Гулнара Максудовна

Кандидат медицинских наук, доцент
Кафедры акушерства и гинекологии Ташкентской медицинской академии
Ташкент, Узбекистан

ОСТЕОПОРОЗ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАЗУЕ. ПУТИ ДИАГНОСТИКИ, КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

For citation: Umarova Nargiza Mirzaevna, Abdikulova Nigora Khasanovna, Nigmatova Gulnara Maksudovna, Osteoporosis in perimenopausal women. ways of diagnosis, correction and prevention (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2024, vol. 5, issue 1 pp

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10909224>

Umarova Nargiza Mirzaevna

Tibbiyot fanlari doktori
Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy onalar va
bolalar salomatligi tibbiyot markazining Toshkent shahar filiali
Toshkent, O'zbekiston

Abdikulova Nigora Hasanovna

Akusher-ginekolog
Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy onalar va
bolalar salomatligi tibbiyot markazining Toshkent shahar filiali
Toshkent, O'zbekiston

Nigmatova Gulnara Maqsudovna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Toshkent tibbiyot akademiyasining
akusherlik va ginekologiya kafedrası
Toshkent, O'zbekiston

PERIMENOPOZAL AYOLLARDA OSTEOPOROZ. DIAGNOSTIKA, TU-ZATISH VA OLDINI OLISH YO'LLARI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Umarova Nargiza Mirzaevna

Doctor of Medical Sciences, Director of the Tashkent city branch
Republican Specialized Scientific and Practical
Medical Center for Maternal and Child Health
Tashkent, Uzbekistan

Abdikulova Nigora Khasanovna

Obstetrician-gynecologist

Tashkent city branch

Republican Specialized Scientific and Practical

Medical Center for Maternal and Child Health

Tashkent, Uzbekistan

Nigmatova Gulnara Maksudovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Departments of Obstetrics and Gynecology of Tashkent Medical Academy

Tashkent, Uzbekistan

OSTEOPOROSIS IN PERIMENOPAUSAL WOMEN. WAYS OF DI-AGNOSIS, CORRECTION AND PREVENTION (LITERATURE REVIEW)

Остеопороз, как хроническое системное заболевание опорно-двигательной системы, снижает прочность костной системы за счёт нарушения обмена веществ и микроархитектоники костей. Это в результате нередко приводит к патологическим переломам. В докладе Международной Ассоциации остеопороза говорится, что ежегодно в мире переломы в результате остеопороза встречаются у 30-33% женщин в возрасте старше 50 лет [1]. Основной причиной развития постменопаузального остеопороза является дефицит эстрогенов в организме у данной категории женщин. Доля постменопаузального остеопороза среди всех форм составляет по данным Азиатско-Тихоокеанского аудита около 85% [2]. Высокая частота встречаемости данного заболевания требует усовершенствования диагностики, лечебных мероприятий и методов профилактики.

В настоящее время в мире имеется ряд исследований, в которых освещаются процессы нарушения метаболизма и обмена веществ в костной системе, а также резорбция костей в постменопаузальном периоде [2, 3]. Эти изменения отражаются в изменениях биохимических маркеров костного метаболизма и минеральной плотности костей (МПК). Определение факторов риска и критериев развития остеопороза у женщин перименопаузального возраста является одной из актуальных проблем для специалистов, занимающихся лечением данной патологии, как травматологов-ортопедов, так и акушеров-гинекологов.

Остеопороз сопровождается снижением подвижности, болью в костях и суставах, судорогами и мышечной слабостью, уменьшением роста, повышенным риском переломов костей и даже спонтанными переломами. Более 90% переломов бедренной кости и позвоночника в период перименопаузы вызваны остеопорозом [3, 4, 5]. Патогенез и патофизиология остеопороза также многофакторны: генетика, возраст, недостаток эстрогеновых гормонов, характер питания, недостаточная физическая активность и др. [3, 4, 5].

Развитие менопаузы связано с изменениями регуляции гормонами гипоталамо-гипофизарной системы, что приводит к развитию яичниковой недостаточности. В этом период жизни у женщин наблюдается физиологическое истощение фолликулярного аппарата в яичниках. В результате этого яичники становятся не способными реагировать на фолликулостимулирующий (ФСГ) и лютеинизирующий (ЛГ) гормоны. Основным признаком наступившей менопаузы считается уменьшение показателей ингибина и увеличение уровня ФСГ в крови. Наступление времени менопаузы зависит от генетических факторов. Возраст наступления менопаузы не зависит от возраста наступления менархе, числа менструальных циклов, социального благополучия женщины [6]. Средний возраст наступления менопаузы составляет 48,8 лет [7], по данным других авторов - 52 года [8, 9].

В настоящее время считается, что при остеопорозе происходит уменьшение количества МПК. Применяемые лекарственные препараты в лечении остеопороза ограничивают потерю костной ткани, увеличивают костную массу и этим самым снижают риск переломов. Однако последние исследования показывают, что имеется несоответствие между увеличением МПК и уровнем снижения риска перелома [10].

По данным российских ученых, у 33 млн. людей в Российской Федерации имеется высокий риск переломов, как результат остеопороза [11]. По данным итальянских авторов в Италии остеопорозом болеют около 3,5 миллиона женщин [12]. Исследователи считают, что в течении следующих 25-30 лет этот показатель увеличится на 25% вследствие увеличения процента населения жителей старше 50 лет [12].

По патогенезу различают две формы остеопороза: первичный и вторичный. К первичному относятся ювенильный, постменопаузальный и старческий остеопороз. Вторичный же развивается как следствие действия различных лекарственных препаратов, или как осложнение основного заболевания.

Национальный институт здравоохранения США (NIH) в 2000 году утвердил следующее определение остеопороза. Данное заболевание определяется как скелетное расстройство, характеризующееся ослаблением прочности кости и предрасполагающий человека к повышенному риску переломов [13].

В Южной Корее ученые выявили, что повышенный риск переломов у женщин в постменопаузе отмечался у лиц с индексом массы тела меньше 18 кг/м², у женщин с большим числом родов в анамнезе и, если последние роды были в более старшем возрасте [14]. Самыми распространенными местами переломов вследствие остеопороза являются проксимальная часть плечевой кости, дистальная часть предплечья, бедро и позвоночник. При этом, отмечено, что вероятность перелома на любом из этих участков у женщин периода менопаузы превышает вероятность рака молочной железы на 12%, а вероятность перелома в этих участках скелета составляет более 40% [13].

Диагностика остеопороза и вследствие его переломов позвонков крайне затруднена в виду отсутствия специфических симптомов этого заболевания. Так около 50-60% переломов позвонков не диагностируются клинически в Восточной Азии [15]. Клиническая диагностика должна основываться на правильном сборе анамнеза, на физикальном осмотре, проведенных лабораторных и диагностических методах. При сборе анамнеза следует учитывать привычки пациенток, образ жизни, оценка факторов риска остеопороза. Особенно нужно уточнить наличие предыдущих травматических или патологических переломов у пациентки и близких родственников. Также необходимо учитывать выявление хронических заболеваний, по поводу которых пациентка принимает лекарственные препараты, которые могут влиять на обмен веществ в костях. При физикальном осмотре нужно давать правильную оценку роста и телосложения пациентки, ее положению. Особенно если имеет место одна или несколько деформаций позвоночника. Лабораторная диагностика остеопороза включают в себя определение анализов первого и второго уровня [16, 17]. Тесты первого уровня включают: развернутый анализ крови, уровень общего белка в биохимическом анализе крови, уровни микроэлементов (фосфора и кальция), щелочной фосфатазы, креатинина, уровень кальция в моче. К тестам второго уровня относятся: уровень ионизированного кальция, 25-ОН-витамина D, тиреотропного и паратиреоидного гормонов, кортизола. Тесты первого уровня являются ключевыми в диагностике остеопороза, в то время как, тесты второго уровня в основном используются для дифференциальной диагностики со вторичными формами.

К маркерам костного метаболизма относятся: остеокальцин, изофермент костной щелочной фосфатазы, коллагеновые пропептиды I типа. Среди маркеров резорбции костной ткани самыми основными являются пиридино-лин и дезоксипиридинолин в моче, коллагеновые телопептидов типа I в крови. Тесты определения данных маркеров являются общими показателями ре-моделирования костей и не используются в рутинных анализах. Эти маркеры могут быть использованы при оценке риска переломов, независимо от МПК, особенно у женщин перименопаузального возраста. Также их широко используют в клинических испытаниях, направленных на мониторинг эффективности действия новых лекарств.

Специальные методы диагностики остеопороза включает традиционную рентгенографию, компьютерную томографию, оценка МПК с использованием рентгеновской денситометрии (DXA), ультразвуковое исследование.

Метод DXA позволяет точно определить МПК в площади (г/см²) кости. Полученный результат оценивается в T-баллах, его следует сравнивать со средними показателями у здорового человека по возрасту и полу (Z балл). МПК оценивается в виде SD в зависимости от пика средней костной массы (T-балл), либо путем сравнения этих баллов у лиц одного и того же пола, и возраста. При этом, считается, что значение показателя при денситометрии ниже - 2,5 SD отмечается возрастание риска переломов. Этом уровень, согласно ВОЗ, представляет пороговый уровень при котором диагностируется остеопороз [16]. Остеопения считается при показателях по шкале T от -1,0 до - 2,5SD. Тяжелый остеопороз диагностируется при показателе равном и ниже -2,5SD при наличии одного или более переломов [16].

DXA анализ является «золотым» стандартом диагностики остеопороза и лучшим предиктором риска остеопоротического перелома. Однако в некоторых работах утверждается, что диагностика остеопороза не может быть установлена только на основе этого метода [16, 17]. По их мнению, DXA следует проводить только у пациентов с повышенным риском остеопоротических переломов на основании клинических факторов риска. Эта категория лиц: женщины любого возраста при наличии предшествующего низкотравматического перелома хрупкой кости, женщины в перименопаузе, пациенты с индексом массы тела <19 кг/м², пациенты принимающие долгое время глюкокортикоидную терапию. Также выделяют группу риска у женщин в постменопаузе с наличием по меньшей мере трех или более из факторов риска: это возраст более 65 лет, семейный анамнез тяжелого остеопороза, недостаточное потребление кальция менее 1200 мг в сутки, курение более 15 сигарет в сутки, прием алкоголя более 60 гр. в сутки.

Таким образом, клиника остеопороза бывает скудной, а основными клиническими проявлениями ее могут служить осложнения этой патологии в виде патологических и малотравматических переломов. Обнаружить данную патологию возможно при проведении рентгенденситометрии путем выявления сниженной МПК.

Заместительная гормональная терапия (ЗГТ), согласно консенсусу Международной ассоциации по менопаузе, является терапией первой линии в лечении и профилактике постменопаузального остеопороза [18]. Европейские исследования приводят данные, что финансовые издержки по лечению больных с переломами вследствие остеопороза значительно превышают затраты по лекарственной профилактике их [19]. Профилактика постменопаузального остеопороза дает положительный эффект при применении ЗГТ в пременопаузальном или раннем постменопаузальном возрасте [20].

Результаты широкомасштабного американского исследования Women's Health Initiative, показывают, что применение ЗГТ у женщин в пременопаузальном возрасте значительно снижает риск переломов шейки бедра и позвоночника на 30-34% [21]. При этом общая частота переломов значительно снижалась на 20-24% [21]. Однако не менее не всегда бывает достаточно профилактических мер, так как МПК может продолжать снижаться на фоне профилактики. Поэтому при установленном постменопаузальном

остеопорозе требуется длительная профилактика и длительная терапия.

Для поддержания гомеостаза кальция в организме необходима адекватная мобильность опорно-двигательного аппарата, а также хорошее всасывание его в кишечнике вместе с реабсорбцией в почках. В норме рост и перестройка костной ткани продолжается в молодости и достигает пика в возрасте 30 лет. Установлено, что несмотря на то, что пиковая масса костей в основном зависит от генетических факторов, на нее также могут влиять такие факторы, как питания, некоторые хронические заболевания, прием лекарственных препаратов и конечно, же физическая нагрузка [22]. У женщин постменопаузального возраста МПК зависит от уровня пиковой массы костей в молодости. Поэтому одни из необходимых условий поддержание МПК является достаточно употреблять с пищей кальция [23]. Витамин D является одним из важных элементов, участвующим в минеральном метаболизме. Помимо витамина D в регуляции метаболизма кальция участвует паратгормон. Установлено, что уменьшение МПК может быть связано с уменьшением уровня паратгормона и вследствие этого повышенного метаболизма кости, что наглядно видно при гиперпаратиреозе [24]. Снижение же уровня витамина D в крови может привести к остеопорозу у женщин в периоде постменопаузы [25]. Таким образом основную роль в профилактике остеопороза отводится препаратам кальция и витамину D [25]. Так суточная потребность кальция у женщин в периоде постменопаузы составляет 1000-1500 мг, витамина D – от 400 до 800 МЕ.

Однако в обозримой литературе имеются противоречивые данные. Так результаты исследования, полученные исследователями из Палестины, показали отсутствие прямой зависимости МПК от витамина D (за исключением поясничного отдела позвоночника). Также не было различий в средних значениях витамина D у здоровой женщины в постменопаузе и у женщины данного возраста с остеопорозом [26].

Интересные факты приводятся в заключении Американской ассоциации и колледж эндокринологов (AACE/ACE), которые предоставили научно обоснованную информацию для лечения постменопаузального остеопороза. Так препаратами первой линии у лиц с умеренным риском переломов или с отсутствием переломов в анамнезе являются алендронат, ризедронат, деносумаб и золедроновая кислота. У лиц с высоким риском переломов - деносумаб, терипаратид и золедроновая кислота. К факторам высокого риска переломов следует относить пожилой возраст, прием глюкокортикоидов, очень низкие T-показатели. Препараты ралоксифен или ибандронат также могут быть использованы в качестве начальной терапии для специфического лечения остеопороза позвоночника [26].

Среди современных лекарственных препаратов лечения остеопороза следует отметить также анаболические и антирезорбтивные препараты. Это бисфосфонаты, половые стероиды, кальцитонин, стронция ранелат, паратгормон [23]. Действие этих препаратов направлено на поддержание гомеостаза между синтезом и разрушением костной ткани путем торможения повышенной резорбции кости, либо путем усиленного образования ее. [26].

В последнее десятилетие актуальным препаратом в лечении постменопаузального остеопороза является препарат деносумаб. При сравнении клинических эффектов деносумаба и бисфосфоната ибандроната выявлено, что при лечении деносумабом отмечалось значительно большее увеличение МПК. Кроме того, у пациентов, получавших деносумаба было меньше побочных эффектов [27]. Авторы [28] утверждают, что на эффективность и безопасность препарата влияет метаболизм пациента. Также с другой стороны, клинические достижения эффекта в терапии остеопороза связано с наличием определенных генов и сигнальных путей, связанных с потерей костной массы.

Объективным отражением эффективности проводимой терапии являются следующие показатели: рост МПК по данным динамического обследования, нормализация показателей биохимических маркеров костного ремоделирования,

минерального обмена и кальций регулирующих гормонов. По результатам динамического лабораторного обследования стало возможным сделать выводы, что информативность и достоверность об эффективности проводимого лечения возможно через 3-6 месяцев после начала терапии по данным маркеров костного обмена [26], гораздо позже (через 6-9 месяцев) по показателю МПК по данным DXA [29]. Однако отсутствие новых переломов является самым надежным критерием эффективности проводимой терапии. [26].

Делая выводы, нужно отметить, что многими исследователями отмечена важная роль ЗГТ в профилактике и лечении ОП. Однако

не во всех случаях такого вида терапия может быть приемлема и применима. Крайне важную роль в обеспечении МПК имеют наряду с широко известным Са и другие элементы. В связи с этим приоритетными остаются исследования, посвященные изучению прогностических критериев прогрессирования ОП, ранней их диагностики и своевременной профилактики процесса. Характерными для женского населения нашей страны все еще остаются широкая распространенность анемии, часто и многоплодие, распространенность микро-элементозов. Эти и другие факторы, по-видимому, являются пусковыми механизмами патологического остеопороза.

Список литературы:

1. International Osteoporosis Foundation // Facts and statistics, 2017 <https://www.iofbonehealth.org/facts-statistics>.
2. The Asia-Pacific regional Audit // www.iofbonehealth.org Epidemiology, costs & burden of osteoporosis in 2013.
3. Нигматова Г.М. Проблема эlegantного возраста. // Учебно-методическое пособие, Ташкент. – 2024 – 40 с.
4. Прохорова Е.А., Древалъ А.В., Марченко Л.А. Взаимосвязь остеопороза со снижением качества жизни и психоэмоциональными нарушениями. // Российский медицинский журнал. - 2012. - № 4. – С. 50-53.
5. Сметник В.П. Ведение женщин в пери- и постменопаузе. // Практические рекомендации. Москва. - 2010. – 154 с.
6. Pronob K., Dalal A. Postmenopausal syndrome. // Indian J Psychiatry. - 2015. – Vol. 57. - № 6.- P. 222–232.
7. Schoenaker D.A., Jackson C.A., Rowlands J.V., Mishra G.D. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and metaanalyses of studies across six continents. // International Journal of Epidemiology. - 2014.- Vol. 43. -№ 5 – P. 1542-1562.
8. Абрамова С.В., Алексеева И.А. Постменопауза: нерешенные проблемы. // «Символ науки». Москва. - 2015. - №4. - С.203-204.
9. Риз М.И. др. Менопауза // Руководство под ред. В.П. Сметник. Москва.: ГЭОТАР- Медиа. - 2011. - 240 с.
10. Zheng H.F., Spector T.D., Richards J.B. Insights into the genetics of osteoporosis from recent genome-wide association studies. // Expert Rev Mol Med. - 2011. –Vol. 13.-P. e28.
11. Годзенко А.В., Петрайкин А.В., Ким С.Ю., Морозов С.П. Остеоденситометрия. // Методические рекомендации. Москва. - 2017г.- 25 с.
12. Ranuccio Nuti et all. Guidelines for the management of osteoporosis and fragility fractures.// Intern Emerg Med. - 2019. –Vol. 14. -№ 1.- P. 85-102.
13. Giovanni Cizza, Svetlana Primma, and Gyorgy Csako. Depression as a risk factor for osteoporosis. // Trends Endocrinol Metab. - 2009. – Vol. 20. -№ 8.-P. 367-373.
14. Yiwei J., Zongquan L., Min S., Bin L. Experimental study 8. of the effect of different extracts of epimedium on PINP and NTx in ovariectomized rats. // Chinese Journal of Osteoporosis. - 2014. –Vol. 20. -№ 2.-P. 142.
15. Lai B.M., Tsang S.W., Lam C.L., Kung A.W. Validation of the quality of life questionnaire of the European foundation for osteoporosis (QUALEFFO-31) in Chinese. Clin Rheumatol.- 2010. –Vol. 29.-P. 965-972.
16. World Health Organization. WHO Scientific Group on the assessment of osteoporosis at primary health care level: summary meeting report. May 5–7,2004. Accessed December 27, 2017.
17. Russel G.G.. Bisphosphonates: The first 40 years // J.Bone. - 2011. –Vol. 49. - № 2.- P. 2-19.
18. Сметник В.П. Положения глобального консенсуса о менопаузальной гормонотерапии: цель и обоснование. // Акушерство и гинекология. – 2015. - № 7. – С. 83–87.
19. Kanis J. A., Cooper C., Rizzoli R., Abrahamsen B. et all. and for the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). Identification and management of patients at increased risk of osteoporotic fracture: outcomes of an ESCEO expert consensus meeting. // Osteoporos Int.- 2017. –Vol. 28. - № 7.- P. 2023-2034.
20. Vignozzi L., Malavolta N., Villa P., Mangili G., Migliaccio S., Lello S.Consensus statement on the use of HRT in postmenopausal women in the management of osteoporosis by SIE, SIOMMMS and SIGO. // J Endocrinol Invest. - 2018 Nov 19, - P. 1-10.
21. Camacho P.M., Petak S.M., Binkley N., et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology: clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis—2016. // Endocr Pract. -2016.- Vol. 22.- № 9.- P. 1111-1118.
22. Mithal A., Wahl D.A., Bonjour J.P., Burckhardt P., Dawson-Hughes B, Eisman J.A., El-Hajj Fuleihan G., Josse R.G., Lips P, Morales-Torres J. 2009. Global vitamin D status and determinants of hypovitaminosis D // Osteoporos Int. - 2009. –Vol. 20. -P. 1807-1182.
23. Ершова О.Б., Белова К.Ю., Назарова А.В. Кальций и витамин Д: все ли мы о них знаем? // РМЖ, Ревматология, 2011. – Т. 10. – С. 1-6.
24. Насонова Е.Л., Насоновой В.А., Олюнина Ю.А. // Ревматические заболевания. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012: С. 447-514.
25. Дадыкина И.С., Дадыкина П.С., Алексеева О.Г. Вклад микроэлементов (меди, марганца, цинка, бора) в здоровье кости: вопросы профилактики и лечения остеопении и остеопороза. // Эффективная фармакотерапия. Эндокринология. -2013. - Спец. выпуск –Т. 2. № 38. - С. 42-49.
26. Головач И.Ю. Лечение остеопороза в контексте профилактики переломов: внедрение данных доказательной медицины в клиническую практику. В ракурсе — ибандроновая кислота / И.Ю. Головач // Травма. – 2013. – Т. 14, № 1. – С. 57–64.
27. Michael E. Lewiecki., Deane Leader., Richard Weiss, and Setareh A. Williams. Challenges in osteoporosis awareness and management: results from a survey of US postmenopausal women. // J Drug Assess.- 2019. –Vol. 8. -№ 1.-P. 25-31.
28. Ozra Tabatabaei-Malazy, Pooneh Salari, Patricia Khashayar, and Bagher Larijani. New horizons in treatment of osteoporosis // Daru.- 2017. –Vol. 25. -P. 2.
29. Лесняк О.М. Аудит состояния проблемы остеопороза в Российской Федерации / О.М. Лесняк // Профилактическая медицина. – 2011. – №2. – С. 7–10.



UDK 616.24-002-615.849.053.1

Ataeva Farzona Nuriddinovna

Assistent

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Sadiqova Kumush

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

ENDOMETRIOZ: SABABLARI, TASNIFI, DAVOLASH, OLDINI OLISH, ASORATLARI VA AYOLLARNING HAYOT SIFATINI BAHOLASH (ADABIYOTLAR TAHLILI)

For citation: Ataeva Farzona Nuriddinovna, Sadiqova Kumush, Endometriosis: causes, classification, treatment, prevention, complications and quality of life assessment (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2023, vol. 5, issue 1 pp

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10910041>

Атаева Фарзона Нуриддиновна

Ассистент

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Садикова Кумуш

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

ЭНДОМЕТРИОЗ: ПРИЧИНЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА, ОСЛОЖНЕНИЯ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ataeva Farzona Nuriddinovna

Assistant

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Sadiqova Kumush

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

ENDOMETRIOSIS: CAUSES, CLASSIFICATION, TREATMENT, PREVENTION, COMPLICATIONS AND QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (LITERATURE REVIEW)

Ginekologik kasalliklar tarkibida endometriozi yallig'lanish kasalliklari va bachadon miomasidan keyin uchinchi o'rinda turadi. Ushbu kasallik bepustlik bilan og'rigan ayollarning 21-40 foizida tashxis qilinadi, 70-90 foizda surunkali to's a'zolarining og'rig'iga sabab bo'ladi. Shu bilan birga, genital endometriozi 92-94%, ekstragenital - 6-8% ni tashkil qiladi. Kasallikning yosharishi kuzatilmoqda, endometriozi ko'proq yosh tug'ilgan ayollarda, o'spirinlarda aniqlana boshladi, endometriozi hatto bolalik davrida ham, bachadonda ham aniqlash holatlari tasvirlangan. Shunday qilib, jahon adabiyoti ma'lumotlariga ko'ra yillik kasallanish 0,1-0,3% ni tashkil qiladi (R.F.Wachter, Jr. Precipitation R.F Wachter, G.P. Briggs, C.E. Pedersen, 2012). Retroservikal endometriozi barcha lokalizatsiyalar orasida tarqalishi 0,5% dan 6,5% gacha, chastotada bachadon va tuxumdonlarning endometriozi dan keyin ikkinchi o'rinda turadi [1,5,8].

Ushbu kasallik o'simta turiga ega, qo'shni organlarga ta'sir qiladi, bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada yomonlashtiradi, ba'zi hollarda og'ir asoratlarga olib keladi: ichaklarda, siydik pufagida, ichak tutilishining rivojlanishi, spontan pnevmotoraks va boshqalar. Endometriozi muhim xususiyati kasallikning sekin progressiv kursidir. Organlarning shikastlanishi minimal bo'lsa, klinik ko'rinishlar yo'q. Klinik ko'rinishlarning kech boshlanishi endometriozi uzoq vaqt davomida sezilmasligiga olib keladi va bemorlar allaqachon kasallikning og'ir keng tarqalgan shakllari bilan shifokorga murojaat qilishadi. Shunday qilib, jahon adabiyotiga ko'ra, kasallikning birinchi namoyon bo'lishidan endometriozi tashxisigacha 1 yildan 7 yilgacha davom etadi (V. Anaf, El Nakadi I, V. De Moor World J. Surg, 2016). Endometriozi, ayniqsa hozirgi bosqichda kam aniqlangan dastlabki (kichik) shakllarini tashxislashda ma'lum qiyinchiliklar mavjud

(Fertility and Sterility, 2012). Bugungi kunga kelib, endometriozi bo'lgan ayolning dunyo miqyosida qabul qilingan tasnifi mavjud emas, ular ko'pincha o'xshash bosqichlarga ega, ko'plari noqulay va amalda qo'llash qiyin [1,5,9]. Bularning barchasi diagnostikani murakkabligi va kasallikning etiologiyasi va patogenezi haqida kam ma'lumot bilan izohlanadi. Shunday qilib, 2013 yilda Berlinda bo'lib o'tgan ikkinchi Evropa Endometriozi Kongressida endometriozi 21-asrning eng sirli kasalliklaridan biri ekanligi e'tirof etildi. Kasallikning to'siz bo'lgan va undan tashqarida tarqalishi murakkab mexanizmga ega, ba'zida tushuntirish qiyin (ko'zning endometriozi, quloq va boshqalar). Hozirgi vaqtda uni diagnostika qilishning yagona algoritmlari va yondashuvlari va keyingi davolash taktikasi aniqlanmagan, ayniqsa yosh bemorlarda va tug'ilgan ayollarda. Keng tarqalgan endometriozi bilan tashxisni tekshirish hali ham ilmiy markazlar va yirik federal tibbiyot muassasalarining vakolati hisoblanadi. Endometriozi diagnostikasining "oltin standarti" masalasi hali ham dolzarbligicha qolmoqda. Ko'pgina tadqiqotchilar magnit-rezonans tomografiyaning ustuvorligiga ishora qiladilar, ammo bu usul ham peritoneal endometriozi I-II bosqichida past sezuvchanlik va o'ziga xoslikka ega. Peritoneal va retroservikal endometriozi aniq tekshirish algoritmlari mavjud bo'lmaganda, uning tarqalish darajasini va qo'shni organlarning shikastlanish darajasini aniqlash juda qiyin, aniq diagnostika sxemasini ishlab chiqish esa bu jarayonni sezilarli darajada soddalashtiradi va endometriozi sifatini yaxshilaydi [1,9,11].

Endometriy o'sishi o'cho'g'i joylashuviga qarab genital endometriozi (o'z ichiga bachadon endometriozi ham oladi) va ekstragenital endometriozi shakllari ajratiladi. Ommaviy qarashlarga qaramasdan, bu kasallik nafaqat jinsiy yetuk ayollarda, balki o'smirlarda va erkaklar orasida ham qayd qilinishi mumkin. Ammo ayollar orasida endometriozi tarqalganligini inobatga olib (reproduktiv yoshdagi ayollarning uchdan biri ushbu kasallikdan aziyat chekadilar), bu kasallikni «ayollar kasalligi» deb atash mumkin.

Kasallikning rivojlanishi uchun ikkita asosiy omil kerak:

- Mo'ljallanmagan joyda tug'ma anomalialar yoki menstrual ajralmalar kirishi orqali endometriy hujayralarining mavjudligi;
- Estrogen gormoni sekretiyanini kuchayishi bilan birga kechadigan gormonal buzilishlar.

Hozirgi vaqtda endometriy to'qimalari zarralarining tarqalishi, va, natijada endometriozi o'choqlarining tarqalishi sabablarini tushuntirib beruvchi bir nechta qarashlar mavjud. Ular quyidagilar: Menstruatsiya vaqtida endometriy hujayralarining transportirovkasi va ularning keyinchalik bachadonning sirtki qatlamiga, bachadon bo'yni to'qimalariga, qin devorlariga, tashqi jinsiy a'zolariga birikib o'nashishi, shuningdek, retrograd menstruatsiya sababli endometriy to'qimalarini tuxumdon, qorin bo'shlig'i sohasiga, to'siz bo'lgan otilishi;

Endometriozi bilan shikastlanib bo'lgan to'qimalarning limfa oqimi orqali tarqalishi nazariyasi bachadon bo'shlig'i bilan boshqa boshqa yo'llar orqali aloqasi bo'lmagan a'zo va to'qimalarda patologik o'choqlarning joylashganligini tushuntiradi;

Siydik-tanosil tizimining qoldiq rudiment embrional to'qimalari transformatsiya qilmasliklari mumkin va boshqa a'zolarida kam miqdorda qolib, salbiy omillar ta'siri ostida patologik faollik rivojlantirishlari mumkin. Ushbu nazariya homila ona qornidaligida siydik-tanosil tizimining hamma hujayralari jinsiy o'ziga xoslikni olmagan bo'lsa, erkaklarda endometriozi rivojlanishining epizodlarini tushuntiradi. Erkaklarda endometriozi o'choqlari rivojlanish ehtimoli estrogenlarni qabul qilishda ancha ko'tariladi, masalan, prostata bezi o'simtali kasalliklarini davolashda;

Kasallik uchun irsiy moyillik nazariyasi ham mavjud. Quyidagi omillar endometriy o'sishi patologik o'choqlarining rivojlanishi ehtimolini sezilarli darajada oshiradi:

- Kichik to'siz va reproduktiv tizim a'zolarida tez-tez sodir bo'ladigan infeksiya va yallig'lanishli jarayonlar;
- Neoplazmalar, o'smalar, bachadon miomasi;
- Operativ manipulyatsiyalar, invaziv muolajalar (kesarcha kesish, jarrohlik aralashuvi, abort, bachadon bo'shlig'ini tozalash, bachadon eroziyasini operativ davolash va hokazo);
- Asoratli tug'ruq jarayoni;

- Endokrin buzilishlar, turli xil etiologiyali gormonal disbalanslar;
- Anemiya, immun himoya buzilishlari;
- Chekish, spirtli ichimliklarni, kofeinli ichimliklar va preparatlarni ortiqcha iste'mol qilish.

Endometriozdagi simptomatik tasvir sezilmas, xira bo'lishi, boshqa kasalliklar va disfunktsiyalarning alomatlariga o'xshashi, ayrim ayollarda umuman alomatlarisiz kechishi mumkin. Faqatgina endometriozi xos bo'lgan spetsifik belgilar mavjud emas, ammo bachadon va reproduktiv a'zolarida endometriy o'sishini quyidagi alomatlariga asoslanib shubha ostiga olish mumkin:

- Qorinning pastki qismida og'riq, ba'zan yorqin namoyon bo'ladi va uzoq davom etadi, chov va belga tarqalishi mumkin, bu «surunkali to'siz og'riqlari» deb ataladi;
- Og'riqning jinsiy aloqa, defakatsiya, ginekologik tekshiruvlar vaqtida kuchayishi;
- Ko'p ajralma kelishli (anemiya hollariga qadar) uzoq davom etadigan og'riqli hayz, menstrual siklning buzilishi;
- Birlamchi, ikkilamchi bepustlik.

Agar endometriy to'qimalari reproduktiv a'zolarida tashqarida joylashgan bo'lsa, lokalizatsiyasi o'rniqa qarab, burun qonashi, so'lakda, siydikda, balg'amda, axlatda, ko'z yoshda qon mavjudligi, kindikdan qon chiqishi kabi alomatlar kuzatilishi mumkin.

Ichki genital endometriozi va adenomiozi ko'proq ixtisoslashtirilgan diagnostikada endometriy hujayralarining o'sishi, ularning bachadon mushak qatlamiga, to'siz membranaga qadar o'sib kirishi bilan ajralib turadi. Bu kabi hodisada hayz paytida ko'p qon yo'qotish, anemiyaga olib keladigan bachadondan qon ketishi, sezilarli og'riq sindromi qayd qilinadi. Ko'pincha adenomiozi ayollarning bepustligi sababchisi bo'lib, homiladorlik boshlanishiga va / yoki homila ko'tarishga to'sinlik qiladi.

Endometriozi davolash gormonal dori vositalarini belgilash bilan boshlanadi. Davolashdan naf bo'lmasa, operativ davolashga (endometriyning o'sishi o'choqlarini olib tashlash, kuydirish bo'yicha operativ manipulyatsiyalar) murojaat qilinadi. Mutlaqo aniq ko'rsatmalar va kasallik sog'liqqa tahdid solishida endometriozi o'tib ketgan bosqichlari bachadonning bir qismi yoki butun a'zoni operativ tarzda olib tashlashni talab qilishi mumkin.

Bachadon bo'ynida endometriy hujayralarining o'sib ketishi hollarining ko'payganligini mutaxassislar eroziyani davolash uchun jarrohlik aralashuvlar o'tkazish bilan bog'lamoqda. Bachadon bo'ynida kuydirish yoki boshqa manipulyatsiyalar hayzdan oldingi davrda amalga oshirilgan bo'lsa, endometriy hujayralarining menstrual ajralmalar bilan transportirovkasi vaqtida birikib o'sib ketishi ehtimoli mavjud.

Endometriozi bunday joylashuvda odatiy alomat — sikllar o'rtasida qonli ajralmalar, shuningdek, hayz paytida kuchaygan og'riqlar. Bachadon bo'yni endometriozi davolash ham gormonal terapiyaga va zarurat bo'lganda jarrohlik aralashuvlariga asoslangan.

Tuxumdon to'qimalarining endometrioiz kistalar bilan shikastlanishi — endometriozi eng keng tarqalgan shakllaridan biridir. Tuxumdonlarning endometrioizda organizmning reproduktiv funksiyasi buziladi: tuxumdondagi kistalar ovulyatsiya jarayoniga to'sinlik qiladi.

Tuxumdonlarning shikastlanishi follikullar zahirasining kamayishi, ayollarning bepustligi bilan xavfli hisoblanadi. Asosiy alomat — qorinning pastki qismida o'tkir og'riqlar sezilishi, ayniqsa jinsiy aloqa paytida yoki undan keyin. Tuxumdonlarning endometriozi UTT yordami bilan aniqlanadi. Menstrual sikl davomida tekshiruv bir necha bor amalga oshiriladi, bu endometrioiz va funktsional kistalarni farqlash uchun kerak. Tuxumdonlar endometriozi tashxisi tasdiqlangach, laparoskopiya usuli bilan operativ davolash belgilanadi. Bunda o'zgargan to'qimaning bir qismi, kistaning o'zi yoki agar endometriy tuxumdonlarning ahamiyatli qismiga ta'sir qilgan bo'lsa, butun tuxumdon olib tashlanadi.

Ichki genital shakldan farqli o'laroq, ekstragenital endometriozi shakli ham mavjud. Endometriy o'sishi o'cho'g'ining to'siz sohasi, qorinparda, lekin jinsiy a'zolarida tashqarida

локализацией в брюшной полости (перитонеальной) эндометриоза. У него есть четкая этиология: ретроградная менструация. У него есть четкая этиология: ретроградная менструация. У него есть четкая этиология: ретроградная менструация.

Перитонеальный эндометриоз — это заболевание, при котором клетки эндометрия мигрируют из матки в брюшную полость. Это может вызвать боль, бесплодие и другие симптомы.

Благодаря современным методам диагностики и лечения, перитонеальный эндометриоз можно успешно лечить. Важно обратиться к специалисту при первых симптомах.

Лечение перитонеального эндометриоза зависит от тяжести заболевания. Оно может включать гормональную терапию, лапароскопию или даже удаление матки.

Важно помнить, что перитонеальный эндометриоз — это хроническое заболевание, требующее постоянного наблюдения у врача. Раннее выявление и лечение значительно улучшают прогноз.

Благодаря современным методам диагностики и лечения, перитонеальный эндометриоз можно успешно лечить. Важно обратиться к специалисту при первых симптомах.

Лечение перитонеального эндометриоза зависит от тяжести заболевания. Оно может включать гормональную терапию, лапароскопию или даже удаление матки.

Важно помнить, что перитонеальный эндометриоз — это хроническое заболевание, требующее постоянного наблюдения у врача. Раннее выявление и лечение значительно улучшают прогноз.

Благодаря современным методам диагностики и лечения, перитонеальный эндометриоз можно успешно лечить. Важно обратиться к специалисту при первых симптомах.

Лечение перитонеального эндометриоза зависит от тяжести заболевания. Оно может включать гормональную терапию, лапароскопию или даже удаление матки.

Адабиётлар рўйхати:

1. Адамян Л.В. Проллиферативная активность эктопического и эутопического эндометрия при различных локализациях очагов эндометриоза: что нового? / . Зайратьянц О.В., Максимова Ю.В., Арсланян К.Н. // Материалы XXIII международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». - М., 2010. - С. 150.

электрокоагуляцией, а также с помощью лапароскопии. Важно помнить, что эндометриоз — это хроническое заболевание, требующее постоянного наблюдения у врача.

Течение эндометриоза может быть различным. Иногда он протекает бессимптомно, иногда вызывает боль, бесплодие и другие симптомы. Важно обратиться к специалисту при первых симптомах.

Лечение эндометриоза зависит от тяжести заболевания. Оно может включать гормональную терапию, лапароскопию или даже удаление матки.

Важно помнить, что эндометриоз — это хроническое заболевание, требующее постоянного наблюдения у врача. Раннее выявление и лечение значительно улучшают прогноз.

Благодаря современным методам диагностики и лечения, эндометриоз можно успешно лечить. Важно обратиться к специалисту при первых симптомах.

Лечение эндометриоза зависит от тяжести заболевания. Оно может включать гормональную терапию, лапароскопию или даже удаление матки.

Важно помнить, что эндометриоз — это хроническое заболевание, требующее постоянного наблюдения у врача. Раннее выявление и лечение значительно улучшают прогноз.

Благодаря современным методам диагностики и лечения, эндометриоз можно успешно лечить. Важно обратиться к специалисту при первых симптомах.

2. Борисова А.В. Исследование очагов эндометриоза различной локализации методом прямой масс-спектрометрии / Борисова А.В., Стародубцева Н.Л., Козаченко А.В. [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2016, - Том 9. - С. 101-108.
3. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология: курс лекций в трех томах / Буланов М.Н. // Издательский дом Видар-М. - 2010. - Том 1. - С. 199.
4. Линде В.А. Эндометриозы. Патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение / Линде В.А., Татарова Н.А. // М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2010. - С. 192.
5. Ярмолинская М.И. Генитальный эндометриоз. Различные грани проблемы / М.И. Ярмолинская, Э.К. Айламазян. // - СПб. : Эко-Вектор. - 2017. 615 с. : ил. С. 573.
6. Ahn S.H. Pathophysiology and Immune Dysfunction in Endometriosis / Ahn S.H., Monsanto S.P., Miller C. [et al.] // BioMed. Res. Int. - 2015. - Vol. 2015. - P. 795-976.
7. American Society for Reproductive Medicine. Endometriosis and infertility: A committee opinion // Fertil. Steril. - 2012. - Vol. 98. - P. 591-598.
8. Ashrafi M. Evaluation of risk factors associated with endometriosis in infertile women / Ashrafi M., Sadatmahalleh S.J., Akhoond M.R. [et al.] // Fertil. Steril. - 2016. - Vol. 10. - P. 11-21.
9. As-Sanie S. Increased pressure pain sensitivity in women with chronic pelvic pain / As-Sanie S., Harris R.E., Harte S.E. [et al.] // Obstet. Gynecol. - 2013. - Vol. 122. P. 1047-1055.
10. Aznaurova Y.B. Molecular aspects of development and regulation of endometriosis / Aznaurova Y.B., Zhumataev M.B., Roberts T.K. [et al.] // Reprod. Biol. Endocrinol. - 2014. - Vol. 12. - P. 50.
11. Batt R.E. A History of Endometriosis // Springer-Verlag. - London Limited. - 2011. - P. 50. 12. Bazot M. Role of transvaginal sonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of uterine adenomyosis // Fertility and Sterility. - 2018. - Vol. 109, № 3. - P. 389-397.
12. Berlanda N. Role of Surgery in Endometriosis-Associated Subfertility / Berlanda N., Vercellini P., Somigliana E. [et al.] // Semin. Reprod. Med. - 2013. - Vol. 31. - P. 133-143.
13. Bolliga K. Endometriosis-associated infertility in the "EIVF" database / Bolliga K., Drobnis E., Hsueh A. // Fertility and Sterility. - 2018. - Vol. 110, № 4. - P. 382.
14. Bosh V.D.T. Terms, definitions and measurements to describe sonographic features of myometrium and uterine masses: a consensus opinion from the Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA) group / Bosh V.D.T., Dueholm M., Leone F.P.G. [et al.] // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2015. - Vol. 46. - P. 284-298.



UDK 615.825:613.25 – 055.2

Boboraximova Umeda Musaevna
Samarkand State Medical university
Samarkand Uzbekistan

SEMIZLIK QAYT ETILGAN AYOLLARDA ORAL KONTRATSEPTIV VOSITALARDAN FOYDALANISHNING MUAMMOLARI (ADABIYOTLAR TAHLILI)

For citation: Boboraximova Umeda Musaevna, The role of soluble fms-like tyrosine kinase-1 and placental growth factor ratio in the diagnosis of preeclampsia,, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 5, issue 1 pp


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10910060>

Боборахимова Умеда Мусаевна
Самаркандский Государственный Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Boboraximova Umeda Musaevna
Assistant at Samarkand State Medical university
Samarkand, Uzbekistan

CURRENT PROBLEMS OF USE OF ORAL CONTRACEPTIVES IN OBESITY WOMEN (LITERATURE REVIEW)

Oila va tug'ilishni rejalashtirish- zamonaviy jamiyat uchun ayollar va oilalar sog'ligini saqlash uchun zarur sharoitdir.

Kontrasepsiya - bu istalmagan xomiladorlikni oldini olish demakdir. Xozirgi kunda rivojlanayotgan mamlakatlarda kontraseptiya usullardan keng foydalanish uchun ijtimoiy, moliyaviy, diniy, madaniy ananalar va cheklovlar mavjud. Agar rivojlangan mamlakatlarda ayollarning taxminan 60% kontrasepsiya usullaridan foydalansa, rivojlanayotgan mamlakatlarda - 10% tashkil qilib, shundan xar to'rtasida istalmagan xomiladorlik kuzatilmoqda.

Kontraseptiv vositalarning eng foydalanish oson va samarali usullardan biri bu gormonal kontrasepsiya. Gormonal kontrasepsiya vositasini 50 yildan ortiq vaqt davomida foydalanish unga bo'lgan talabni oshirmoqda.. Birinchi dorilar paydo bo'lgandan so'ng, tabletkalar yordamida istalmagan xomiladorlikni olishning o'z katta yutuq bo'ldi. Ushbu usul- eng samarali xomiladorlikdan saqlanish usuli deb xisoblanadi.

Ushbu usuldan ishlatilish jarayonida nafaqat nojo'ya tasirlar, balki nokontraseptiv ijobiy afzalliklari aniqlandi. Shunday qilib xozirgi kunga kelib gormonal kontraseptiv vositani mukammalligi uning nojo'ya ta'siridan ko'ra foydali ta'siri va yuqori kontraseptiv samaradorligini o'zida birlashtiradi. Bu mukammallikni qo'llash yangi kontraseptiv vositalarni ishlab chiqishni oldiga maqsad qilib qo'yadi. Aralash tarkibli og'iz kontraseptivlar o'zining yuqori samaradorligi ishlatilishi qulayligi, uning ta'sirini, fertillikni tez tiklanishi va kerakli vaqtda tuxtatish mumkinligi bilan butun dunyoga keng tarqaldi.

Gormonal kontraseptivlar ayollar organizmiga va reproduksiyasiga ta'siri ularning individual xususiyatlari, ijtimoiy sharoit, yoshi, paritet

va turli xil kasalliklari qarab salbiy yoki ijobiy ta'sir qilishi o'rganilib doimiy ravishda takomillashmoqda.

Xozirgi vaktida ushbu usul sezilarli darajada takomilashdi Aralash tarkibli oral kontraseptivlarida gormonlarning dozalari sezilarli darajada kamaytirilishi, kontrasepsiya vositalarining yukori ishonchligini saklab koladi. Uzoq ta'sirga ega bo'ladigan dorilar yaratildi. Gormonal kontrasepsiyaning qo'llanishini yangi usullari ishlab chiqildi Oddiy xayz siklida gormonlar dinamikasini stimulyatsiya qilib, minimal mikdordagi gormonlar tarkibiga ega ko'pfazali AOKlar yaratildi Shunday kilib, "mukammal kontraseptiv vositasi" ga qo'yiladigan talablarni qo'yidagicha tavsiflash mumkin: 100% ishonchlilik, 100% bardoshlik, 100% orkaga kaytish, 100% xavfsizlik va qo'shimcha nokontraseptiv imtiyozlar.

Tarixda gormonal kontrasepsiya vositasini O'zbekistonda tatbik etish qiyin bo'lgan. 1960-1970 yillarda kombinatsiyalangan oral kontraseptivlari (AOK) kontrasepsiya uchun yemas, balki gormonal terapiya sifatida ishlatilgan. Bunga mamlakatimizda ginekologik endokrinologiya rivojlanishining sustligi, shuningdek gormonal dorilarning ayol organizmiga zararli tasiri to'g'risidagi g'oyalar, shifokorlar va axolining noo'rin munosabati sabab bo'lgan. Xozirgi kunda, MXRU malumotlariga ko'ra, bizning mamlakatimizda gormonal kontrasepsiya vositalari, eng keng ko'p tarkalgani vosita aralash estrogen va gestagen tarkibili oral kontraseptivlari (AOK). Ikki steroidning bitta preparatda birgalikdagi tasiri ularning gipotalamus-gipofiz tizimining gonadotropik faolligiga taqiqlovchi tasirini kuchaytiradi va shu bilan oz mikdordagi sintetik gormonlardan foydalanganda ovulyatsiyani bostiradi

Etinil estradiol ko'pgina AOKlarda estrogenik komponent sifatida ishlatiladi. Ammo so'nggi yillarda estrogen bilan tabiiy ravishda yaqin bo'lgan AOK paydo buldi - estradiol valerat (CLAYRA, BAYER).

Gestagen sifatida norsteroidlar va progesteronning sintetik xosilari ishlatiladi. Turli xil ta'sirga va xususiyatga Norsteroid progesteronlarning birinchi avlod guruxiga noretinodrel, norgestrel, norgestimat kiradi. Shubhasiz yutuk - bu progesteronga o'xshash, ammo past androgen faolligi bilan uchinchi avlod progesteronlarini yaratish. Uchinchi avlod gestagenlari gormonal kontraseptivlarning nojo'ya ta'sirining kamaytirish xisobiga uning maqbulligiga yo'l ochib berdi ega gestogeni bo'lgan preparat kontrasepsiya individual ishlatilishiga imkon beradi. Jinsiy steroidlarda steroid tuzilishi bilan bog'liq bo'lgan radikallarning mavjudligi (gidroksil, metil, keto-guruxlar va boshkalar) sintetik steroid tarkibiy qismlarning tuzilishini

tabiiy jinsiy gormonlar tarkibiga to'g'ri keladi, ya'ni estradiol, testosteron, progesteron asosan ularning faoliyati xaqida guvovlik beradi. Afzallik tomoni shundaki u estrogen, androgen yoki metabolik ta'sirga ega. Masalan, dezogestrel progesteronga karaganda ancha faol va noretistironga qaraganda yuqori antiestrogen ta'sir ega va estrogenga o'xshash ta'sir ko'rsatmaydi. Dezogestrelning yuqori gestagen va ozgina mikdorda androgen faolligi uning noretisteronga nisbatan ancha anabolik ta'sirini faol ekanini ko'rsatadi. Olib borilgan tadqiqotlarga ko'ra, spironolaktonning yagona xosilasi - drospironon gestagen faolligi nisbatan noretisteron asetat faolligiga o'xshaydi, drospirononning antandrogen faolligi progesterondan 5-10 baravar yuqori, ammo sippotepona asetatidan past. Antimineralokortikoid ta'siriga kelsak, u fakat bitta progesteron - drospirononda mavjud. Kontrasepsiya usuli sog'likka zarar yetkazmasa va samarali bo'lgandagina yaxshi deb xisoblanadi.

Xozirgi vaktida AOK larning samaradorligi masalasi xal qilindi. Lekin xavfsizligiga kelsak masalasi unchalik aniq emas, chunki uni xamma ayollarga bir xil berib bo'lmaydi, balki alohida klinik guruxlarda (yosh, menopauza yaqin yoshda, turli xil kasalliklar, semirish va boshkalar) xal qilish kerak.

Ko'pgina tadqiqotlar natijalari shuni isbotlaydiki, AOKni kabul qilishning foydasi ulardan foydalanish xavfidan ancha ustundir. Ilmiy adabiyotlarda AOKlarning ularni ishlatadiganlar sog'ligiga nokontraseptiv ijobiy ta'siri keng yoritilgan.

Masalan, Xolmkvist ST va boshkalarini o'rganish davomida fikrsiz skleroz rivojlanishining boshlanish yoshi AOK foydalanish muddatining uzaytirilganligi to'g'ridan-tug'ri mutanosib ravishda o'sganligi isbotlandi: AOK foydalanish muddati 24 yoshdan 1 yilgacha, davomiyligi 10 yildan ortik bo'lgan 31 yoshgacha. Xonandalarda kam dozali AOKlarni kabul kilganda vokal barqarorligi oshadi [Rodney J.P., Sataloff R.T.].

AOKlardan o'zok muddatli va barkaror foydalanish erkinlik darajasini oshirish, rejadan tashkari xomiladorlik qurquvining yo'kligi, jinsiy uyg'unlikni yaxshilash va samimiy qulaylikni shakllantirish orkali jinsiy qoniqlashga ijobiy ta'sir ko'rsatishi isbotlangan [Xunanyan]. (20-39 yosh) 1105 ayolda o'tkazgan taxlillari shuni ko'rsatadiki, AOKdan foydalanish ruxiy salomatlikni yaxshilaydi: tashvishlanish, depressiya, vxima buzilishlari va xokazolarning tez-tez pasayishi [Sheslack-Postava].

AOKlardan foydalanish tufayli so'nggi 15 yil ichida 200 mingga yaqin xolatda endometriy saraton oldi olindi [Iversen L]. Qachonlardir AOK qabul qilgan ayollarda tuxudon saratoni AOK umuman ichmagan ayollarga nisbatan kam uchraydi. (0.73 RR, 95%, CI: 0.70, 0.76, p < 0.001) [Beral V]. Tadqiqotga ko'ra 45 ta epidemiologik tadqiqot kiritilgan bo'lib unda 23257 tuxudon saratoni bo'lgan ayol va 87303ta nazoratdagi ayollar kiritildi..

Ko'krak bezi saratoniga kelsak, BRCA1 mutatsiyasini yoki BRCA2 mutatsiyasini olib boradigan ayollar orasida KOKdan oldingi foydalanish va kukrak bezi saratoni urtasidagi assotsiatsiyalar KOK kabul kiladigan ayollarning umumiy axolisiga uxshashdir [Oral Cont] AOK foydalanish qalqonsimon bez saratoni xavfi bilan teskari bog'likligi aniklandi. AOKni qabul qilish yug'on ichak / rektal saraton rivojlanish xavfini kamaytiradi (81%; 95% CI 0.69 -0.94.) [Fernandez Ye].

I.V.Kuznes, N.M.Pobedinskiyning so'zlariga ko'ra, taxminan 40-60% yangi bemorlar birinchi yil davomida AOK qabul qilishni

to'xtatadilar. Bu bilan AOK ni qo'llash bilan bog'lik asoratlarni kamdan-kam xollarda ro'y beradi, shuning uchun rad etish asoratlarni xavfi ortishi sababli shifokorning tavsiyasi bilan AOK qabul qilish muvaffakiyatsizlikka uchragan barcha sabablarning tuzilishi atigi 9% ni tashkil kiladi. 14% xollarda bu shunday qabul qilish rejimiga rioya qilish mumkin yemasligi yoki qabul kilinishi mumkin yemasligi, kontrasepsiya zaruratining yo'k bulib ketishi - 23%, ushbu kontrasepsiya turini rad yetish xolatlarining 37% da nojuya ta'sirlar mavjud.

Ma'lumki, AOK dan foydalanishni rad yetishga olib keladigan nojuya ta'sirlar orasida, AOK tarkibiga kiruvchi steroidlarning metabolik ta'siri estrogen va gestagen bog'lik. Estrogen bog'lik bo'lgan nojo'ya ta'sirlar bosh og'rig'i, arterial gipertenziya, ko'ngil aynish, bosh aylanishi, asabiylashish, sut bezlarining shishi, tromboflebit, oyoklarda tomir tortishi, meteorizm. Ushbu ta'sirlarning ba'zilari to'lik yoki ma'lum darajada organizmda suyuqlik va natriyni ushlab turish tana vaznining ko'payishiga, sut bezlarining shishishiga olib keladi.

Estrogenlarning mineralokortikoid ta'siriga xamrox buladigan faollashuv renin-angiotenzin tizimi, o'z navbatida, ko'payishiga olib kelishi mumkin arterial bosim. Suyuqlikning ko'payishi bilan kechikishi qon tomir tonusi - bosh og'rig'ining sabablaridan biri. Kaliy va natriy balansini o'zgarishi kundalang-targ'il mushaklarni tortishishiga olib keladi. Silliqlik mushaklarni diskoordinatsiya tufayli oshqozon-ichak peristaltikasi buziladi. (kungil aynish va meteorizm) kuzatiladi.

Gestagen bog'lik nojuya reaksiyalarga vazn ortishi, charchok, depressiya, jinsiy aloqani pasayish, xusnbuzar, kallik xolestatik sarikklik, servitsit, oligomenoreya, terlash, qindagi quruqlik.

Ko'pgina gestogen bog'liq bo'lgan nojo'ya ta'sirlar androgenlarga bog'liq. Ba'zi nojo'ya ta'sirlar vazn oshishi nafaqat estrogenlarga (suyuqlikni ushlab qolinishi, balki progesteronlarga (anabolik) AOK komponentlarga bog'liq.

Shuni aytish kerakki birinchi oy AOK qabul qilganda paydo bo'ladigan nojo'ya ta'siri o'z-o'zidan o'tib ketishi mumkin shuning uchun xech qanday qo'shimchaadvolash usullarini qo'llash shart emas yoki AOK bekor qilish ko'rsatkichi bo'lib xizmat kilmaydi.

Derman R. fikriga qaraganda kontraseptiv vositalarni xavfli omillari va afzalliklari ilmiy ma'lumotlar asosida baxolangan. Asosan jinsiy gormonlarni aterogen samaradorligiga, tromboz xavfi va jigar funksiyasini buzilishiga qaratilgan. Aterogen oshishi nisbatan qon-tomirlar ning asoratlarni nisbatan oshishiga olib kelishi mumkin.

Ma'lumki, og'iz kontraseptivlarining aterogen ta'sirini estrogenlar boshkaradi. Ulkan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki 1968 yilda olingan ma'lumotlarga ko'ra yuqori dozadagi estrogenlar trombozga olib kelishini ko'rsatdi 2 Velikobretaniya (Roal College of General Practitioners (RSGP) and Oxford/Family Planning Association (FRA)). va AKShda 1 (Puget Soutx). Ushbu tadqiqotlar natijalariga kura butun dunyoda kabul kilindi, estrogenning maksimal sutkalik dozasi 50 mkg dan oshmasligi kerak. Ammo tabletkalardagi estrogenlarning bunday mikdori bilan xam tromboz va emboliyani rivojlanish xavfi ortadi va bu asoratlarni 35 yoshdan kata sigaret chekadigan ayollarda (heavy smokers) kuplab ayollarda kuzatildi. AOK dan foydalanganda nafakat chekuvchi ayollarda, balki nazorat guruxi bilan taqqoslaganda quyidagi xavf omillari bo'lganlarda venoz trombozlar va tromboemboliya xavfi yuqori, ammo quyidagi xavf omillari mavjud: tana vaznining sezilarli darajada oshishi, gipertoniya, diabetning og'ir shakli, 40 yoshdan katta ayollarda, gipeplipoteinemiya.

Etinil estradiol dozasiyaning yanada kamayishi ularning chastotasini pasaytirdi. Xozirgi vaktida, JSST tavsiyalariga ko'ra, estrogen dozasi AOK tarkibidagi komponent 35 mg etinilestradiol (past dozali kontraseptivlar) oshmasligi kerak. Ammo, shunga karamay, tromboz va / yoki emboliya tarixi bulgan, shuningdek tug'ma va orttirilgan trombofili (C va S oksillari yetishmovchiligi, Leyden mutatsiyasi, antifosfolipid sindromi va boshkalar) bilan kasallangan ayollar AOKdan foydalanishni ko'rsatmaydi.

Og'izdan foydalanganda yurak-kon tomir asoratlari xavfi kontraseptivlar estrogen komponent bog'liq (venoz tromboz, upka emboliya) va tufayli gestagen komponenti (kichik tomirlarning shikastlanishi, shu jumladan yurak xuruji miokard va serebrovaskulyar

kasalliklar). Venatomirlarining shikastlanishi qonning koagulyatsion tizimidagi o'zgarishlar, shikastlanish bilan bog'lik arterial tomirlar buzilishdan ikkinchi darajali uglevod va lipidlar almashinuvi. AOK qonda qon ivishining bir qator omillarini ko'paytiradi shuningdek, o'zgarishlarga o'xshash fibrinoliz tizimining tarkibiy qismlari xomiladorlik paytida gemostaz tizimi Pritilashma tizimining (promobin, X, IX, VII, XI, XII va prekallikrei omillari, shuningdek V, VIII kofaktorlari, tuqima omili, yukori molekular og'irlik kininogen) va yoshartirishga karshi tizimning yetarli darajada ta'sir o'tkazish mexanizmlarining buzilishi. (antitrombin III va oksillar C va S) tromboz xavfini oshiradi. Ushbu omillarning tug'ma yetishmovchiligi bo'lgan bemorlardir. Ma'lumotlarga ko'ra, fakat progesterinli kontraseptiv vositalardan foydalanish, birlash tirilganidan farkli ularok, kon koagulyatsiya tizimida sezilarli o'zgarishlarni keltirib chikarmaydi, bu yana tromboembolik asoratlarni rivojlanishida estrogen komponentining yetakchi roli foydasiga dalolat beradi. Xozirgi kunga kelib, tromboemboliya epizodlarini boshdan kechirgan AOK qabul qiladigan ayollarning klinik va biologik xususiyatlari to'g'risida yetarli ma'lumot to'planmagan. Xyugon-Rodin J. va boshk. yangi boshlangan venoz tromboemboliya (VTE) bo'lgan bemorlarning katta guruxidan olingan ma'lumotlarni taxlil kildi. Umuman olganda, tadqiqotda yangi boshlangan VTE bilan kasallangan 3009 ayol ishtirok yetdi, ularning 31% AOK qabul qilmagan, 69% AOK olgan. AOK olgan ayollarda o'pka emboliyasi tez-tez rivojlanib boradi - nisbiy xavf = 1,28 (1,06-1,55; 95% ishonch oralig'i). AOK olgan bemorlarda VTE rivojlanishi tomirlar va sayoxat bilan skleroterapiya bilan, AOK qabul qilmaydigan bemorlarda operatsiya va uzoq muddatli immobilizatsiya bilan bog'lik yetdi. Mualliflar VTE rivojlanishining sabablari va xavf omillarini yaxshiroq anglash AOKni tayinlashning xavf-foйда nisbatlarini to'g'ri baxolashga imkon beradi degan xulosaga kelishdi.

Davomida yurak ishemik kasalligi xavfi xaqida gormonal kontrasepsiya vakti, aksariyat mualliflar fikricha agar u kontrasepsiya muddati bilan bog'lik bulmasa agar foydalanish 5 yildan oshmagan bo'lsa va AOK tuxtatgan bo'lsa bemorlarda sezilarli darajada kupaymaydi, ammo estrogen va gistogenni dozasi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Rosenfield, ning fikriga ko'ra, 20-29 yoshida xar 100 ming ayolga 3 kishi miokard infarktidan vafot yetadi, shu jumladan 2 kishi AOK oladi va 40-44 yoshda 100 ming ayolga 75 yiliga vafot yetadi. shu jumladan AOK ishlatadigan 50 ayol. Chekuvchilarda, giperkolistemiya, diabet, yurak-kon tomir tizimining oldingi kasalliklari mavjud bulganlarda xavf sezilarli darajada oshadi. Shunday kilib, giperkolistemiya miokard infarktini rivojlanish xavfini 5 baravar oshiradi, diabetes mellitus - 6,4 marta, gipertoniya - 2 marta, yurak-kon tomir tizimi kasalliklari - 3,8 marta, chekish - 4 - 8 marta. Ko'pgina ayollar, AOKni qabul qilish paytida, ozgina bor sistolik va diastolik bosimning ko'tarilishi, ammo bu kursatgich me'yordan tashkariga chikmaydi. Fakat 2,5% ayollar azob chekishadi.

AOKni kabul kilish paytida arterial gipertenziya va 5 yillik uzluksiz 5% dan foydalanish kon bosimi (BP) ning 140/90 mm Xg dan oshishiga olib keladi. Agar AOK qabul qilishni tuxtatishi balan o'z xoliga qaytadi. Ba'zi mualliflarni fikricha qon bosimini oshishiga prgesteron estrogen bilan birgalikdi ta'sir qilinishi taxmin qilishadi. Lekin qon bosimi bo'lgan ayollar esterogen va gestogenni kam dozalarida qabul qilsalar gipertenziya xolatlari kuzatilmasligi mumkin. Gipertenziya uchun asosiy omillar kuyidagilar bulishi mumkin: yosh, irsiyat, buyrak kasalligi, semirish va xomiladorlik gipertenziyasi. Eslatib o'tish kerak

steroid kontraseptivlari tuzilishi bilan tabiiy jinsiy gormonlar eslatadi shu bilan metabolik uzgarishlarga olib kelishi mumkin uglevod, oksil va asosan yog almashinuviga. AOK yordamida yuzaga keladigan metabolik o'zgarishlar sintetik estrogenlar va gestagenlarning ta'siridan kelib chikadi. Ma'lumki, AOK tarkibiga kiradigan sintetik jinsiy gormonlar va progesteronlar sitoplazmadagi tabiiy jinsiy steroidlar kabi retseptorlari bilan bog'lanib, gormon - oksil kompleksini xosil qiladi.

Natijada, AOKni qabul qilishda ayol tanasida metabolik kasalliklarning tabiati, odatda, "gipergestagenik" va "giperestrogenik" fon bilan xomiladorlik paytida yuz beradigan o'zgarishlarga o'xshaydi. Shu bilan birga, AOK-lardan foydalanish paytida metabolik o'zgarishlar preparatga kiritilgan tarkibiy qismlarning ta'siri va o'zaro ta'siriga qarab o'ziga xos xususiyatlarga yega.

Kichik dozali AOKlarning ta'sirini o'rganishda, glyukoza bardoshligiga salbiy ta'sir va boshqalar uglevod almashinuvi parametrlari, ammo boshlang'ich kasalliklari bo'lgan ayollarda karbondidrat metabolizmi yoki unga irsiy moyillik, ba'zan glyukoza bardoshlig'ining pasayishi, qondagi insulin darajasiga ta'sir qiladi. Gormonal fonda lipid metabolizmidagi o'zgarishlarga kelsak kontrasepsiya, keyin bu muammo so'nggi uch un yilkd bular tufayli davomida katta e'tibor berilib kelinmokda ulardagi o'zgarishlar asosan yurak-kon tomir kasalliklarini rivojlanishini belgilaydi. Ko'plab tadkikotlar shuni ko'rsatdiki bu nafakat umumiy lipid tarkibidagi o'sish giperlipidemiya, balki va ularning individual fraksiyalari o'rtasidagi nisbatning buzilishi -dislipoproteidemiya - ishemik ishemik kasalligi va tizimli aterosklerozning rivojlanishi patogeneza muxim rol uynaydi. Shuni ko'zda tutish kerakki dislipoproteidemiya paydo bulishida estrogen-gestagen preparatlari, gormonal kontrasepsiyalarni lipidlar almashinuviga ta'sirining muammosini urganish kerakligini ko'rsatadi. Ko'p mualliflar fikricha lipoproteinlarning ayrim sinflarning o'zgarishini o'rganib chiqdilar.

AOK foydalanish vakti dislipoproteidemiya rivojlanishi estrogen va gestagen ta'siriga bog'lik bo'lishi mumkinligini ko'rsatdi. AOK-larda steroid gormonlari dozasi bilan lipid metabolizmi kontraseptivlarning tarkibiy qismlari, shuningdek o'zgarishlarning ifoda etadi.. Eksperimental va klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, endogen va ekzogen estrogenlar LPPZ va LPYuZ tarkibini kupaytiradi. Gestagenlarning LPYuZ sekresiyasiga ta'sirini bostiruvchi ta'siriga kelsak, 19-nortestosteronning xosilalari bulgan gestagenlar jigar va ingichka ichak xujayralarida triglitseridlar sintezini tuxtatadi. Gormanal kontrasepsiya ta'sirida dislipoproteidemiya rivojlanishi LPPZ pasayishiga va LPYuZ oshishiga olib keladi. Shu sbabli oxirgi yillarda gormanal kontraseptivlarni metobolik xususiyati bilan birglikda uning steroid komponentlarini xam kamaytirilmoqda. Yangi turdagi gestogen tarkibli AOK kuchsiz androgen xususiyatga ega. (dezogestpel, gestoden, nopgestimat, dienogest) Metabolik o'zgarishlarni ifoda etuvchi esterogen-gistogennarni uzoq ishlatilishida. Qondagi lipidlarni spektori gormnal o'zgarish preparatni qabul qilishni 3-6 oylarida aniqlangan. Bu xolat ko'pga bormaydi chunki preparatni qabul qilishni tuxtatsa yuqolib ketadi. Philip S Hannaford s soavt. Gormanal tabletkalarning foydasi chinakkam inqilobiy xulosa aylandi. AOK qabul qilmagan ayollardan AOK qabul qilgan ayollar xar qanday sabaga ko'ra o'lim ko'rsatgichi past bo'lishi aniqlandi. AOK qabul qiluvchilar ovulyatsiya/urug'lanish extimoli kam bo'lib umr uzayishiga zamin yaratadi.

Adabiyotlar ro'yxati:

1. Akusherlik va ginekologiyada ishlatiladigan dorilar. Ed. IN va. Kulakova, V.N.Serova, Yu.I. Barashnev. M., GEOTAR-MED; 2004yil
2. Kontrasepsiya bo'yicha ko'rsatmalar. Ed. V.N. Prilepskaya. MED press-inform; 2006 yil
3. Akusherlik va ginekologiyada rotsional farmakoterapiya. Ed. IN va. Kulakov, V.N.Serov. M., Litterra; 2005
4. Savelieva I.S. Gormonal kontrasepsiyaning ko'krak bezi saratoni xavfiga ta'siri. Ginekologiya 1999; 1 (1).
5. Agentstvo po intellektualnoy sobstvennosti Respubliki Uzbekistan uvedomlyaet o fakte postupleniya dokumentov zayavki na registratsiyu programmy dlya EVM "Programma rascheta priemlemosti kombinirovannoy oralnoy kontrasepsii u jenuin s ojireniem"
6. Ametov A.S. Effektivnoe lechenie ojireniya - put borby s epidemiye diabetus mellipidus. Meditsinskiy sovet. 2013; 2(2): 78-84.
7. Ashurova N.G., Xamdamova M.T. Ojirenie - kak faktor riska beremennosti i rodov. Sbornik materialov respublikanskoy nauchno-prakticheskoy konferensii, 2-3 dekabr, 2015, Buxara, s.21
8. Doklad o situatsii v oblasti neinfektsionnyx zabolevaniy v mire. VOZ; 2010.

-
9. Prilepskaya V.N., Mejevitinova Ye.A., Sasunova R.A., Ivanova Ye.V., Letunovskaya A.B., Nabieva K.R. Rezultaty klinicheskogo primeneniya preparata, sodержashchego drospirenon, u jencin s tyajeloy formoy predmenstrualnogo sindroma. Akusherstvo i ginekologiya. 2012; 2: 81-5.
 - 10.



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ/ ORIGINAL ARTICLES

УДК 618.1(035).

Закирова Нодира Исламовнадоктор медицинских наук, профессор
Самаркандский медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Камалова Дилафруз Донияровна**ассистент кафедры
Самаркандский медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**Закирова Фатима Исламовна**кандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**РОЛЬ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА В ГЕНЕЗЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ****For citation:** Zokirova Nodira Islomovna, Kamalova Dilafruz Doniyarovna, Zokirova Fotima Islomovna, The role of autoimmune thyroiditis in the genesis of pregnancy failure, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 1 pp<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10910086>**АННОТАЦИЯ**

Представлены гестационные осложнения, особенности плацентарной системы и неонатальный статус у беременных с аутоиммунным тиреоидитом. Установлено, что у беременных с аутоиммунным тиреоидитом достоверно чаще наблюдаются такие осложнения беременности, как угроза прерывания на всех сроках беременности, анемия, гестоз, плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода. Особенностью течения беременности у женщин с аутоиммунным тиреоидитом является наиболее высокий риск выкидыша до 12 недель гестации.

Ключевые слова: беременность, аутоиммунный тиреоидит, невынашивание беременности, маточно-плацентарно-плодовый кровоток, плод.

Zokirova Nodira Islomovnatibbiyot fanlari doktori, professor
Samarqand tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**Kamalova Dilafruz Doniyarovna**assistant
Samarqand tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**Zokirova Fotima Islomovna**Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
Samarqand, O'zbekiston**HOMILADORLIKNING KO'TARA OLMASLIK GENEZIDA AUTOIMMUN TIROIDITNING ROLI****ИЗОХ**

Autoimmun tiroidit bilan og'rigan homilador ayollarda homiladorlik asoratlari, platsenta tizimining xususiyatlari va neonatal holati keltirilgan. Autoimmun tiroidit bilan og'rigan homilador ayollarda homiladorlikning barcha bosqichlarida uzilish xavfi, anemiya, gestoz, platsenta etishmovchiligi va surunkali xomilalik gipoksiya kabi homiladorlik asoratlari sezilarli darajada tez-tez uchraydi. Autoimmun tiroidit bilan og'rigan ayollarda homiladorlikning o'ziga xos xususiyati homiladorlikning 12 haftasidan oldin abort qilishning eng yuqori xavfi hisoblanadi.

Kalit so'zlar: homiladorlik, Autoimmun tiroidit, homiladorlikning yo'qligi, bachadon-plasental-meva qon oqimi, homila.

Zokirova Nodira IslomovnaDoctor of Medical science, Professor
Samarkand State medical University

Samarkand, Uzbekistan
Kamalova Dilafroz Doniyarovna
assistant
Samarkand State medical University
Samarkand, Uzbekistan
Zokirova Fotima Islomovna
PhD, associate Professor
Samarkand Medical University

THE ROLE OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS IN THE GENESIS OF PREGNANCY FAILURE

ANNOTATION

Gestational complications, features of the placental system and neonatal status in pregnant women with autoimmune thyroiditis are presented. It was found that pregnant women with autoimmune thyroiditis are significantly more likely to have such pregnancy complications as threat of termination of pregnancy at all gestational periods, anemia, gestosis, placental insufficiency, and chronic fetal hypoxia. The peculiarity of the course of pregnancy in women with autoimmune thyroiditis is the highest risk of miscarriage before 12 weeks of gestation.

Key words: pregnancy, autoimmune thyroiditis, miscarriage, uteroplacental-fetal blood flow, fetus.

Аутоиммунный тиреоидит - это заболевание, при котором характерно снижение активности щитовидной железы из-за того, что ее клетки разрушаются антителами самого организма. Последствиями данной патологии является чаще недонашивание беременности, гестозы. Особое внимание требуется наблюдению за этим заболеванием в первом триместре беременности, поскольку именно в этот период аутоиммунный тиреоидит и беременность особенно несовместимы, так как заболевание может спровоцировать выкидыш. Именно так заканчивается почти половина всех беременностей у женщин с АИТ. Это связано с тем, что аутоиммунные антитела к клеткам щитовидной железы могут легко пройти через плаценту и вызвать плацентарную недостаточность. Какими бы ни были последствия аутоиммунного тиреоидита для матери и ребенка, его своевременная диагностика и своевременное лечение помогут предупредить осложнения. Проблема привычного невынашивания беременности продолжает оставаться одной из актуальных в современном акушерстве, поскольку частота этой патологии не имеет тенденции к снижению [1]. Привычное невынашивание беременности является значимым фактором, который не только оказывает негативное влияние на репродуктивную и общую заболеваемость женского населения, психологическое и социальное благополучие семьи, но и способствует материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Невынашивание беременности - одна из актуальных проблем современного акушерства, в патогенезе которых значительную роль играют экстрагенитальные заболевания (Бакулева Л.П. и др., 2013, Гилязутдинова З.Ш. и др., 2008, Демидова Е.М., 201 Петрунин Д.Д., Петрунина Ю.А., 2015, Терещенко Ю.И., 2008, Глейхер Н., 2004, Orgiazzi J. et al., 2006). Среди последних ведущее место занимает патология щитовидной железы (11,12,13,14). Аутоиммунный тиреоидит — хроническое органное аутоиммунное заболевание, которое является наиболее частой причиной первичного гипотиреоза. Анти tireоидные аутоантитела, как один из признаков заболевания, обнаруживаются у 5-26% женщин репродуктивного возраста [1] и у 13-20% беременных [2]. Во время беременности манифестный гипотиреоз выявляют у 0,3-0,5%, субклинический - у 2-3% женщин [3]. Гипотиреоз оказывает негативное влияние на течение беременности и развитие плода [4]. Увеличивается частота таких осложнений беременности и родов, как самопроизвольный выкидыш, плацентарная недостаточность, анемия, гестоз, преждевременная отслойка плаценты, преждевременные роды, послеродовые кровотечения [5]. Нелеченный или декомпенсированный на ранних сроках беременности гипотиреоз приводит к нарушению формирования центральной нервной системы плода, что проявляется задержкой психомоторного развития детей и снижением показателей интеллектуального развития в отдаленные сроки после рождения [6,7]. Частота осложнений беременности и родов выше при выраженном гипотиреозе, чем при субклиническом, и она снижается на фоне терапии тироксина (11,12,13). Прогноз психомоторного развития детей зависит от уровня гормонов щитовидной железы в крови

женщин на ранних сроках беременности [8]. Ряд авторов [9] показали, что беременность у женщин-носительниц анти tireоидных аутоантител в 2-3,5 раза чаще заканчивается самопроизвольным прерыванием. Однако, по данным В.В. Фадеева с соавт. [10], частота самопроизвольных аборт у носителей аутоантител к тиреопероксидазе составила 20,6% по сравнению с 14% в группе сравнения, и эта разница не была статистически достоверной. Некоторые авторы [15] обнаружили повышенную частоту появления анти tireоидных аутоантител у эутиреодных женщин с привычным невынашиванием беременности. Однако эти результаты не были дополнительно подтверждены другими исследователями [16]. Возможно, аутоиммунные аутоантитела являются лишь маркером иммунологических нарушений, приводящих к повреждению плаценты и прерыванию беременности. Это подтверждается частым обнаружением антиовариальных и антифосфолипидных антител в крови женщин с аутоиммунным тиреоидитом и невынашиванием беременности [17,18]. В то же время имеются данные о том, что назначение тироксина во время беременности женщинам с анти tireоидными антителами в крови снижает угрозу прерывания беременности [16,17].

Вместе с тем, оценка влияния субклинического гипотиреоза на течение беременности затруднена из-за разногласий в определении диагностических критериев начальных стадий гипофункции щитовидной железы. Верхняя граница ТТГ крови, указывающая на субклинический гипотиреоз, колеблется от 2,5 мМЕ/л [18] до 5,5 мМЕ/л [19]. Влияние несупрессивных доз тироксина на размер щитовидной железы у больных аутоиммунным тиреоидитом в разные сроки гестации в настоящее время недостаточно изучено.

Частота раннего прерывания беременности при патологии щитовидной железы, по данным разных авторов, колеблется от 25 до 50%, риск самопроизвольного прерывания беременности у женщин с АИТ в 2-4 раза выше, чем у женщин без него. Этот риск наиболее велик в первом триместре беременности. Вместе с тем, у женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе (3 и более самопроизвольных выкидышей) риск увеличивается с увеличением срока беременности [2, 3, 4, 5, 6], что связано с тем, что при АИТ не увеличивается выработка тиреоидных гормонов, необходимых для адекватного эмбриогенеза. Это оказывает неблагоприятное влияние на течение гестационного процесса, развитие нервной системы плода и формирование интеллекта будущего ребенка (Балаболкин М.И., 2007, Бурумкулова Ф.Ф., 2007, Мань Е.В., Серуян С.А., 2006, Вольпе Р., 2002), что ставит данную проблему в одно из ведущих мест в изучении патогенетических механизмов невынашивания беременности.

Цель исследования — изучить состояние щитовидной железы у женщин с невынашиванием беременности и аутоиммунным тиреоидитом во время гестации, разработать диагностические критерии и оптимальные методы комбинированной патогенетически обоснованной терапии.

Материал и методы исследования: Обследовано 120 беременных на сроке гестации 37 недель, которые были

подразделены две основные группы. В I группу вошли пациенты (n=40), получавшие заместительную терапию левотироксином и перенесшие эутиреоз, II группу составили пациенты с впервые выявленным АИТ (n=40), не успевшие провести коррекцию функции щитовидной железы, в III группу вошли 40 беременных без соматической и акушерской патологии и их новорожденные. Критериями отбора были: наличие первичного гипотиреоза (манифестного или стойкого субклинического), повышенного уровня антител к ткани щитовидной железы, ультразвуковых признаков аутоиммунной патологии (диффузное снижение эхогенности ткани щитовидной железы). Для определения состояния фетоплацентарного комплекса исследовали показатели фетометрии, количество и качество околоплодных вод, параметры маточно-плацентарно-плодового кровотока с помощью аппарата Siemens «Sonoline G50». Состояние детей при рождении оценивалось по шкале Апгар. Данные были статистически обработаны путем расчета среднего значения (M) и ошибки среднего (m); Достоверность различий оценивали с помощью критерия Стьюдента и точного метода Фишера с критерием $p < 0,05$.

Результаты исследования: Средний возраст женщин с АИТ составил 31 ± 6 лет, женщин контрольной группы - 25 ± 6 лет ($p < 0,05$). При изучении формирования менструальной функции у обследованных женщин нарушения менструального цикла наблюдались в I группе у каждой пятой женщины - 20%, у II - 15% ($p < 0,05$). У женщин контрольной группы менструации установились сразу или в течение первого года. Нарушение менструального цикла у пациенток основных групп может свидетельствовать о наличии нарушений функции гипоталамико-яичниковой системы и, возможно, других эндокринных органов, в том числе щитовидной железы. Воспалительные заболевания половых органов (хронический сальпингоофорит, хронический эндометрит, эрозия шейки матки) регистрировались в анамнезе беременных с АИТ достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в контрольной группе. Частота прерывания предшествующей беременности выявлена у 11 пациенток (27,5%) в I группе и у 12 (30%) во II группе ($p < 0,05$). Учитывая высокий процент репродуктивных потерь у женщин с АИТ, подтверждается его влияние на течение беременности у этой категории пациенток. Хронический тонзиллит чаще всего встречался у женщин с АИТ: у 13 (32,5%) пациенток I группы и у 15 (37,5%) пациенток II группы, из них у половины наблюдались частые обострения в детском возрасте (17,5%), ($p < 0,05$).

Анализ частоты осложнений беременности у женщин с АИТ выявил, что только у 25% женщин I группы и у 15% женщин II группы осложнений беременности не было. Наиболее частыми осложнениями были анемия (40 и 55% соответственно), угроза прерывания беременности (50 и 67,5% соответственно), преэклампсия (27,5 и 37,5% соответственно) и вирусно-бактериальная инфекция (17,5 и 32,5% соответственно), соответственно), ($p < 0,05$).

Угроза прерывания беременности у пациенток обеих групп наблюдалась при сроке беременности до 12 недель. По данным УЗИ нарушения плацентации (краевые, центральные, низкое прикрепление) выявлены у 7,5% пациенток I группы и у 15% пациенток II группы, чего не наблюдалось у женщин контрольной группы. Преждевременное созревание плаценты как признак

плацентарной недостаточности выявлено у 6 (15%) пациенток II группы. Ультразвуковая фетометрия не выявила различий в числовых значениях изучаемых показателей в исследуемых группах. Следует отметить, что ни в одной группе не выявлено синдрома задержки внутриутробного развития. Маловодие диагностировали только в основных группах (2,5% и 5% соответственно), ($p < 0,05$). Многоплодие также выявлено только в I и II группах исследования (17,5% и 32,5% соответственно), ($p < 0,05$).

Нарушение показателей маточно-плацентарно-плодового кровотока по доплерографии наблюдалось у 7 (17,5%) пациенток I группы и у 9 (22,5%) пациенток II группы, что достоверно превышало таковой у здоровых женщин (1 (3,3%), ($p < 0,05$).

По данным анализа перинатальных исходов родов у женщин с АИТ масса тела при рождении колебалась от 2550 г до 3550 г. Обращает на себя внимание масса тела новорожденных: 2700 ± 150 г, который чаще встречался во II группе - у 27 (67,5%) женщин, по сравнению с 13 (32,5%) в I группе и у 1 (3,3%) в III группе, ($p < 0,05$). Средняя масса тела новорожденных составила 2927 ± 30 г в I группе, 2797 ± 30 г во II группе и 3123 ± 50 г в III группе.

Показательной была также частота асфиксии у новорожденных различной степени тяжести. Состояние новорожденных оценивали по шкале Апгар. Нормальное состояние новорожденных при рождении (8 баллов по шкале Апгар) наблюдалось у 18 (40%) пациенток I группы и у 15 (37,5%) пациенток II группы ($p < 0,05$). Снижение адаптации новорожденных (6-7 баллов) от матерей с АИТ наблюдалось у 21 (52,5%) в I группе и у 22 (55%) во II группе ($p < 0,05$). Лишь у 1 (2,5%) пациентки I группы и у 3 (7,5%) пациентки II группы зарегистрирована неонатальная асфиксия (менее 5 баллов) ($p < 0,05$). Средний балл по шкале Апгар новорожденных в I группе составил $6,8 \pm 0,1$, во II группе - $5,1 \pm 0,1$, что было достоверно ниже, чем в контрольной группе - $7,5 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). Как показали результаты, состояние новорожденных основной группы отличалось от состояния детей, рожденных от здоровых матерей. У обследованных больных проводили гистологическое исследование плацент с целью выяснения состояния плацентарного комплекса. Установлено, что у 70% больных с АИТ имела место плацентарная недостаточность, которая в 50% случаев имела хронический характер.

Выводы:

1. У беременных с аутоиммунным тиреоидитом достоверно чаще наблюдались такие осложнения беременности, как невынашивание беременности, инфекционно-воспалительные заболевания, угроза прерывания беременности и хроническая плацентарная недостаточность, по сравнению с контрольной группой. При сравнении результатов исследования установлено, что гестационные осложнения чаще наблюдались у пациенток, не получавших коррекцию АИТ.

2. При анализе перинатальных исходов установлено, что новорожденные, родившиеся от матерей с некорригированным АИТ имели меньшую массу тела при рождении и более выраженную степень асфиксии.

3. Коррекция функциональных нарушений щитовидной железы у женщин с АИТ не всегда предотвращает самопроизвольный выкидыш.

Список литературы:

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. Москва: Триада-X; 2001. 640 с.
2. Возовик А. В. Прогнозирование осложнений беременности и родов при узловых образованиях щитовидной железы: автореферат канд. медицинских наук. Челябинск; 2004. 24 с.
3. Зильбер Н.А. Прогнозирование перинатальных осложнений у беременных с аутоиммунным тиреоидитом: канд. мед. наук. Челябинск; 2009. 22 с.
4. Зильбер Н.А., Башмакова Н.В., Дерябина Е.Г. Исследование аутоиммунной тромбофилии при гипотиреозе различного генеза. Уральский медицинский журнал. 2008 г.; 12:20-4.
5. Логотова Л.С., Петрухин В.А., Шидловская Н.В., Бурмукулова Ф.Ф., Витушко С.А., Пирсикова Ю.Ю. Динамическое наблюдение за беременными с диффузным токсическим зобом и аутоиммунным тиреоидитом. Российский вестник акушера-гинеколога. 2002 г.; 4:62-7.

6. Мусаева Т. Т. Влияние аутоиммунного тиреоидита на течение и исход беременности: Автореф. канд. медицинских наук. Санкт-Петербург. 2009. 24 с.
7. Шаповал Д.Н. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы и беременность. Международный медицинский журнал. 2011 г.; 3:82-4.
8. Фадеев В., Перминова С., Назаренко Т., Ибрагимова М., Топалян С. Патология щитовидной железы и беременность. Физ. 2008 г.; 5:11-6.
9. Фадеев В. В. Йододефицит и аутоиммунные заболевания щитовидной железы в зоне легкого йододефицита (эпидемиология, диагностика, лечение): автореф. канд. медицинских наук. М.; 2004. 40 с.
10. Федеральные клинические рекомендации по медицинской помощи детям с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы с синдромами гидроцефалии и гипертонической болезни. Москва: Союз педиатров России; 2013. 12 с. 11. Zakirova N.I et al. The role of autoimmune thyroiditis in the genesis of pregnancy failure/ The New England Journal of Medicine. 2022; 12.
11. Zakirova N.I et al. "Management of pregnant women with thyroid disease"/"Frontline Medical Sciences and Pharmaceutical Journal". Volume 02. Issue 03-2022. p.122-127
12. Zakirova N.I et al. "Current approach to pregnant women with thuroid abnormalities"/"Frontline Medical Sciences and Pharmaceutical Journal"
13. Zakirova N.I et al. "Current approach to pregnant women with thuroid abnormalities"/"The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research". Volume 04. Issue 03. p. 42-45
14. Klein R.Z., Sargent J.D., Larsen P.R., Waisbren S.E., Haddow J.E., Mitchell M.L. Relation of severity of maternal hypothyroidism to cognitive development of offspring. J. Med. Screen. 2001; 8(1): 18-20.
15. Kim N.Y., Cho H.J., Kim H.Y., Yang K.M., Ahn H.K., Thornton S. et al. Thyroid autoimmunity and its association with cellular and humoral immunity in women with reproductive failures. Am. J. Reprod. Immunol. 2011; 65(1): 78-87.
16. LaFranchi S.H., Haddow J.E., Hollowell J.G. Is thyroid inadequacy during gestation a risk factor for adverse pregnancy and developmental outcomes? Thyroid. 2005; 15(1): 60-71.
17. Li Y., Shan Z., Teng W., Yu X., Li Y., Fan C. et al. Abnormalities of maternal thyroid function during pregnancy affect neuropsychological development of their children at 25-30 months. Clin. Endocrinol. (Oxf.). 2010; 72(6): 825-9.



УДК 616.147.22-007.64.06-083.98

Ибрагимов Курбонмурод Ниязович
Кандидат медицинских наук,
Областной детский многопрофильный центр
Самарканд, Узбекистан

Ахмедов Юсуфжон Махмудович
Доктор медицинских наук профессор,
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Ибрагимов Эхсон Курбонмуродович
Бакалавр педиатрического факультета
Самаркандский Государственный
Медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОСПАДИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

For citation: Ibragimov Kurbonmurod Niyozovich, Akhmedov Yusufjon Makhmudovich, Ibragimov Ekhsan Kurbonmurodovich, econstructive plastic operations for treatment of hupospadias in children. Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 1 pp


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10910100>

АННОТАЦИЯ

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 аномалий и пороков развития уретры.

Ключевые слова: Гипоспадия, реконструктивно-пластические операции, ультразвуковая диагностика.

Ibragimov Qurbonmurod Niyazovich
Tibbiyot fanlari nomzodi,
Viloyat ko'p tarmoqli bolalar markazi
Samarqand, O'zbekiston

Axmedov Yusufjon Maxmudovich
Tibbiyot fanlari doktori, professor,
Samarqand davlati
Tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Ibragimov Ekhsan Qurbonmurodovich
Pediatriya fakulteti bakalavri
Samarqand davlati
Tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

BOLALARDA GIPOSPADIYALARNI DAVOLASH UCHUN REKOSTRUKTIVA PLASTIK AMALIYATLARI

ИЗОХ

Gipospadia - bu o'g'il bolalarning jinsiy a'zosining rivojlanish nuqsoni bo'lib, unda uretraning shimgichli qismining rivojlanmaganligi sababli jinsiy olatni skrotumga qarab silliqlash sodir bo'ladi. Tashqi teshik jinsiy olatni boshi, skrotum yoki o'g'il bolalarning perineumning pastki yuzasida

joylashgan. Jinsiy olatni deformatsiyalangan va pastga egilgan. Gipsopadia homilaning intrauterin rivojlanishining 7-14 haftaligida embriogenezning buzilishi natijasida rivojlanadi. Gipsopadianing og'ir shakllari ichki jinsiy a'zolarining rivojlanishining buzilishi bilan birlashtirilishi mumkin. Gipsopadianing 3 ta asosiy shakli mavjud: kapitit, ildiz va skrotum. Taxminan 45% hollarda u boshqa anomaliyalar bilan birlashtiriladi, ular orasida kriptorxidizm, meatostenoz va inguinal churra birinchi o'rinda turadi. Yu, F.ga ko'ra. Isakova gipsopadiyasi eng keng tarqalgan uretra anomaliyasi bo'lib, 150 ta yangi tug'ilgan o'g'il bolalardan 1 tasida uchraydi. Gipsopadiasning chastotasi va rivojlanishi bo'yicha u anormallik va uretra malformatsiyasi orasida birinchi o'rinda turadi.

Kalit so'zlar: Gipsopadia, rekonstruktiv plastik jarrohlik, ultratovush diagnostikasi.

Ibragimov Kurbonmurod Niyazovich

Candidate of Medical Sciences,

Regional children's multidisciplinary center

Samarkand, Uzbekistan

Akhmedov Yusufjon Makhmudovich

Doctor of Medical Sciences, Professor,

Samarkand State

Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Ibragimov Ekhsan Kurbonmurodovich

Bachelor of Pediatrics Faculty

Samarkand State

Medical University

Samarkand, Uzbekistan

RECONSTRUCTIVE PLASTIC OPERATIONS FOR TREATMENT OF HYPOSPADIAS IN CHILDREN

ANNOTATION

Hypospadias is a malformation of the male genitalia in which the penis curves toward the scrotum due to underdevelopment of the spongy part of the urethra. The external opening is located on the lower surface of the head of the penis, scrotum or perineum of boys. The penis is deformed and curved downward. Hypospadias develops as a result of a violation of embryogenesis at 7-14 weeks of fetal development. Severe forms of hypospadias can be combined with a violation of the development of internal genital organs. There are 3 main forms of hypospadias, cephalic, trunk, and scrotal. In about 45% of cases, it is combined with other anomalies, among which the first place is occupied by cryptorchidism, meatostenosis, inguinal hernia. According to Yu, F. Isakov hypospadias is the most frequent urethral anomaly and occurs in 1 out of 150 newborn boys. Hypospadias takes the first place among urethral anomalies and malformations by frequency and development.

Key words: Hypospadias, reconstructive-plastic surgeries, ultrasound diagnostics.

Введение: Гипоспадия-это изменение развития наружных половых органов у детей, при котором, наружное отверстие мочеиспускательного канала смещается относительно своего нормального анатомического положения. Он может располагаться в области головки, тело полового члена или в области промежности. По результатам имеющихся современных данных, оперативное лечение гипоспадии не приводит к восстановлению эстетической и функциональной составляющих, в результате чего оптимизация оперативного лечения в современных условиях продолжает оставаться нерешенной задачей реконструктивно-пластической хирургии детского возраста. Осложнения в послеоперационном периоде составляет при дистальных формах до 35 %, при сложных проксимальных формах до 60 %. БИ

Эсембаев 2016. Многие врачи, осложнения которые встречаются в послеоперационном периоде связывают с не совершенностью техники выполнения операции и методов отведения мочи, использованием некачественного шовного материала и недостатками послеоперационного введения больных. ДБ Шаяхметов · 2016

Цель: Улучшить результаты хирургического лечения гипоспадии у детей

Материалы и методы: За период с 2012 по 2022 год в отделении детской хирургии ОДММЦ г Самарканда на обследовании и лечении находились 380 больных в возрасте от 1 до 18 лет с гипоспадией различной формы. На обследовании были включены дети с головчатой, стволовой, и мошоночной формы.



Рис. 1 Классификация, предложенную Duckett J.W

Всем больным в трех группах выполняли общепринятые клинично-лабораторные методы исследования (общий анализ крови, гепатит С, и общий анализ мочи) и консультации специалистов (педиатр при необходимости узкие специалисты) перед проведением плановой операции. Дети были обследованы и после предоперационной подготовки, всем детям произведено оперативное лечение. Из них гипоспадия головчатой формы

138(36,3%) больных, стволовая форма 179(47,1%) больных, мошоночная форма 63(16,5%) больных. Формы гипоспадии мы оценили по классификации, предложенную Duckett J.W., в которой он разделил гипоспадию на переднюю, среднюю и заднюю (рис 1). Во время операции учитывались оптимальные способы отведения мочи, использование современного шовного материала и послеоперационного введения больных.

Таблица 1.1

Распределение больных с гипоспадией в зависимости от формы и возраста.

Возраст (лет)	1-группа (головчатой)	2-группа (стволовой)	3-группа (мошоночной)
1-3	41(29.7%)	52 (29%)	25(39,6%)
4-7	68 (49.2%)	68 (37,9%)	22 (34,9%)
8-11	23(16,6%)	31 (17.3%)	7(11,1%)
12-18	6 (4,4%)	28 (15,6%)	9 (14,2%)
Всего	138 (100%)	179(100%)	63 (100%)

Все 3 группы больных жаловались (от слов матери) на неправильный внешний вид полового члена. Жалобы на искривление полового члена при гипоспадии головчатой формы составило 9 (6,5%), при стволовой форме 89(48%), при гипоспадии

мошоночной формы у 51(90,0%). Только у 13,9% детей родители обращали внимание на сужение струи при мочеиспускании и длительное время мочеиспускания.

Таблица 1.2

Жалобы, которые предъявили пациенты и их родители представлены

Жалобы	1-группа (головчатая) 138(100%)	2-группа (стволовая) 179(100%)	3-группа (мошоночная) 63(100%)	Всего 380(100%)
На неправильный внешний вид полового члена	138(100%)	179(100%)	63(100%)	380(100%)
Искривление полового члена	9(6,5%)	86(48,%)	51(90,0%)	146(38,4%)
Неправильное направление струи мочи (вниз, вбок)	15(10,8%)	156(83,7%)	63(100%)	234(61,5%)
Сужение струи при мочеиспускании (длительное мочеиспускание)	23(16,6%)	19(10,6%)	11(17,4%)	53(13,9%)

Результаты и их обсуждение: Гипоспадия головчатой формы в возрасте от 1 до 3 наблюдалось у 41 больных, в возрасте 4-7 лет у 68 больных, в возрасте 8-11 лет у 23, в возрасте 12-18 лет у 6. Этим больным были применены различные методы операции такие как МАГПИ, Snodgrass, П-образная уретропластика. Метод МАГПИ был применен-76 больным, Хаберлик-9 больным, П-образная уретропластика-53 больным. Среди них у 26 больных в после операционном периоде наблюдалось полное расхождение швов что составило 18,8%. При гипоспадии стволовой формы дети в возрасте 1-3 лет наблюдались у 52 больных, в возрасте 4-7 лет 68 больных, 8-11 лет у 23 больных, 12-18 лет у 6 больных. При данной форме гипоспадии были применены методы Даккет-54 больным, Дюплея-41 больным, П-образная уретропластика 10 больным, Baurs flap-73, Гросса-1. Детям которым были применены метод Даккета в после операционном периоде уретральные свищи наблюдались у 11 больных, что составило 20,3%. По методу Дюплея у 7 больных, что составило 17,0%. Гипоспадией мошоночной формы дети в возрасте от 1-3 лет 25, в возрасте 4-7 лет 22, в возрасте 8-11 лет 7, 12-18 лет 9 больных. У больных с мошоночной формой мы использовали метод операции состоящий из двух этапов. Первый этап заключается в иссечении хорды расправление полового члена и пересадка кожи из крайнего плоти на тело полового члена. Создавалась уретральная площадка, для дальнейшего создания уретры. Вторым этапом (через 6 месяцев после первого) из пересаженной кожи была выполнена

уретропластика. Всем больным которые были оперированы в нашей клинике со средней и задней форм гипоспадии после иссечение хорды и выпрямлении полового члена применяли гидротест с помощью инсулинового шприца под контролем гониометра(производства Pakistan GIMA 1-20060, Italia). Таким образом анализ полученных данных хирургической коррекции гипоспадии передних форм гипоспадии показал, что в послеоперационном периоде осложнения встречается в виде меатостеноза, в основном у больных с гипоспадией головчатой форм у 23(16,6%) . Уретральные свищи встречались в основном у больных с средним и задним формами гипоспадии у 46(19,0%) больных, искривление полового члена и ротация также наиболее часто встречалась при вышеуказанной форме гипоспадии у 43 (17,7 %) больных. Расхождение швов и нагноение раны наблюдались у 39(16,5%) больных. В основном у детей с гипоспадией средней и задней формой. Причиной возникновения осложнений нами выявлены следующие моменты: 1.Не соблюдения при подготовке больного принципов асептики и антисептики. 2. Применение различных шовных материалов приводящих к уретральным свищам при всех формах гипоспадии. 3. Не соответствие диаметра уретрального катетера неоуретры при отведении мочи в послеоперационном периоде. При этом лоскуты натягиваются с последующей ишемизацией и некрозом тканей которые приводят к расхождению швов и нагноение раны.

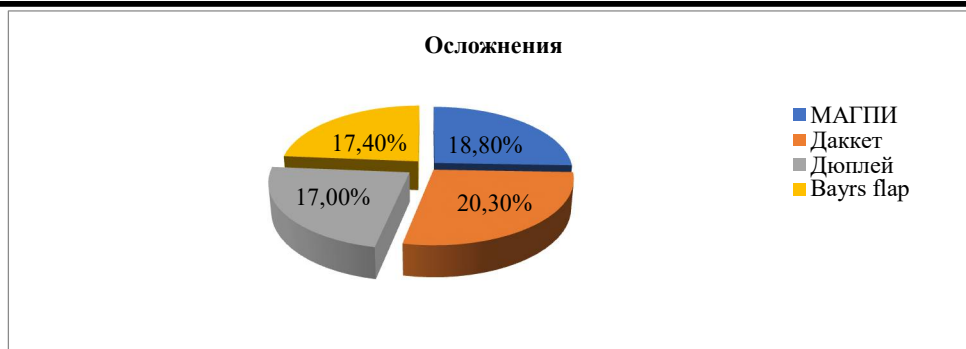


Рис. 2 Причины возникновения осложнений

Таблица 1. 3

Оценка полового члена больных при поступлении на оперативное лечение гипоспадии

Оценка		1-группа (головчатая) 138(100%)	2-группа (стволовая) 179(100%)	3-группа (мошоночная) 63(100%)	Всего 380(100%)
Меатус	Сужение	52(37,6%)	41(22,9%)	19(30,1%)	112(29,4%)
	Рубцовая деформация	14(10,1%)	12(6,7%)	10(15,8%)	36(9,47%)
Половой член	Искривление	38(27,5%)	64(35,7%)	41(65%)	143(37,6%)
	Ротация	24(17,4%)	13(7,2%)	11(17,4%)	48(12,6%)
Мошонка	Расщепление	0(0,0%)	0(0,0%)	7(11,1%)	7(1,8%)
	Транспозиция	0(0,0%)	1(1,5%)	12(19%)	13(3,4%)

При оценке меатуса сужение выявлено во всех группах в 29,4%. Рубцовая деформация меатуса отмечена у пациентов ранее перенесших оперативные вмешательства по поводу гипоспадии. Искривление и ротация полового члена при оценке отмечена в 37,6% и 12,6% соответственно. Это несколько выше, чем предъявляемые жалобы пациентами и связано с профессиональной оценкой состояния полового члена врачом перед операцией. Транспозиция и расщепление мошонки отмечена у детей с более тяжелой (проксимальной) формой гипоспадии в 31,7% случаях.

Выводы:

1. Выявлено что причиной уретеральных свищей являются применение плетенных нитей. При применении монофиламентных

нитей 6/0 – 7/0 (ПДС) резко снижается процент уретеральных свищей. В нашем наблюдении составило с 75% до 88 % случаев.

2. При выполнении кожных швов в основном при средней и промежностной гипоспадии рекомендуем непрерывный внутрикожный шов, что снижает рубцовую деформацию кожи.

3. После иссечения хорды в обязательном порядке рекомендуем проводить гидротест под контролем гониометра, что заметно снижает искривление полового члена в после операционном периоде.

4. При наличии кожного инфильтрата на линии швов и незначительном расхождении швов нами была применена повязка с Бранолиндом-Н.

Список литературы:

- Аникиев А. В. Лечение дистальных форм гипоспадии у мальчиков: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.35 / А. В. Аникиев; Рос. мед. акад. последипл. образования. М., 2002. 23 с.
- Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. Т. III. Санкт-Петербург, 1999. С. 28–50, 79–105.
- Дубров ВИ, Хмель РМ, Строчкий АВ. Этиология и распространенность гипоспадии в Беларуси. Здоровоохранение. 2011;7:13-6.
- Ивлиева ИВ, Полунин ВС. Особенности заболеваемости у мальчиков с аномалиями развития и приобретённой патологией половых органов. Практическая медицина. 2011;5:102-5.
- Каганцов И. К. Хирургическая коррекция гипоспадии у детей: автореферат дис. ... док-ра мед. наук: 14.01.19:14.01.23: 2015 г.
- Рудин Ю. Э. Реконструктивно-пластические операции при лечении гипоспадии в детском возрасте: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.35 / Ю. Э. Рудин; Рос. мед. акад. последипл. образования. М., 2003. 36 с.
- Ширяев Н. Д., Каганцов И. М. Коми филиал ГБОУ ВПО Кировская государственная академия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. «Очерки реконструктивной хирургии наружных половых органов у детей» Сыктывкар, 2012 г.
- Эсембаев БИ. Оптимизация лечения гипоспадии у детей в Кыргызской Республике. Проблемы современной науки и образования. 2010;17:122-6.
- Duckett J. W. Advances in hypospadias repair // Postgrad. Med. J., 1990, 66 Suppl.1, pp.62–71.
- Retrospective analysis of the results obtained by using Mathieu and TIP urethroplasty techniques in recurrent hypospadias repair / A. Karabulut [et al.] // J. Pediatr. Urol., 2008. Vol. 4. № 5. P. 359–363.
- Brouwers MM, van der Zanden LFM, de Gier RPE, Barten EJ, Zielhuis GA, Feitz WFJ, et al. Hypospadias: risk factor patterns and different phenotypes. BJU International. 2010;105(2):254-62.
- Carmichael SL, Shaw GM, Lammer EJ. Environmental and genetic contributors to hypospadias: a review of the epidemiologic evidence. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2012;94(7):499-510.



УДК 618.15-089.844

Каримова Гулчехра Самадовна

Кафедра акушерства и гинекологии №1
Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И АНЕМИЕЙ

For citation: Karimova Gulchexra Samadovna, The course of pregnancy and childbirth in women with preeclampsia and anemia, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 1 pp

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10910110>

АННОТАЦИЯ

В современном акушерстве, несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении преэклампсии и анемии, эти заболевания занимают стабильно одно из первых мест в структуре материнской и перинатальной смертности. Сочетание этих двух серьезных патологий у беременных приводит к глубоким изменениям в жизнедеятельности органов и систем беременной, являются фактором риска для женщины и ее плода во время беременности, родов и послеродового периода и требуют неотложных мер.

Ключевые слова: анемия, беременность, неотложное действие, фактор риска.

Karimova Gulchexra Samadovna

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

THE COURSE OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH PREECLAMPSIA AND ANEMIA

ANNOTATION

In modern obstetrics, despite significant progress in the diagnosis and treatment of preeclampsia and anemia, these diseases consistently occupy one of the first places in the structure of maternal and perinatal mortality. The combination of preeclampsia and anemia in pregnant women leads to profound changes in the vital functions of the organs and systems of the pregnant woman, it is a risk factor for the woman and her fetus during pregnancy, childbirth and the postpartum period and requires urgent measures.

Key words: anemia, pregnancy, urgent action, risk factor.

Karimova Gulchexra Samadovna

1 son akusherlik va ginekologiya kafedrası
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

PREEKLAMPSIYA VA KAMQ'ONLIKDA HOMILADORLIKNING VA TUG'RUQ'NING KECISHI

Annotasiya. Hozirgi zamon akusherligida preeklampsiya va kamqolikni diagnostikasi va davolashda sezilarli yutuqlarga erishilgan bo'lishiga qaramasdan, bu kasalliklar onalar va perinatal o'lim sabablari ichida stabil oldingi o'rinlardan birini egallab turibdi. Homiladorlarda bu ikkita jiddiy patologiyani qo'shib kelishi homilador ayolning a'zo va tizimlarida chuqur o'zgarishlarga olib keladi, homiladorlik davrida, tug'ruq'da va tug'ruqdan keyingi davrda, ayol va uning homilasiga xavf soluvchi omil hisoblanib, tezkor harakat qilishni талаб q'iladi.

Kalit so'zlar: kamqonlik, homilador, tezkor harakat, xavf soluvchi omil.

Актуальность. Преэклампсия представляет собой серьезное осложнение беременности, и в последнее время она стала ведущей причиной материнской и перинатальной смертности по всему миру, занимая третье или четвертое место среди причин материнской смертности. Частота встречаемости преэклампсии у беременных колеблется от 3 до 8%.

По данным разных авторов, во всем мире в год регистрируются до 8,5 млн случаев преэклампсии, которая является самой

распространенной причиной перинатальной и материнской заболеваемости и смертности (1). Еще одной не менее актуальной проблемой современного акушерства, наряду с преэклампсией, является анемия беременных, которая оказывает неблагоприятное влияние как на течение беременности, родов, послеродового периода, так и на перинатальное развитие плода.

Научные исследования современности все более убедительно показывают, что анемия в организме беременной может вызывать

значительные патологические нарушения работы многих органов и систем организма в результате хронической гипоксии и нарушений окислительно-восстановительных процессов в клетках (2). Учитывая значительную распространенность анемии во всем мире и тяжелые ее последствия, приносящих большой урон не только в экономике и но и в интеллектуальных способностях всего мира, она признана глобальной проблемой современности и находится под особым вниманием ВОЗ и ЮНИСЕФ.

В том числе отсутствие профилактического лечения и мероприятий по анемиям в Республике Узбекистан в течение длительного времени не могло не привести к такому широкому распространению этой патологии среди женского населения. При этом самыми уязвимыми группами оказались беременные женщины. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, анемии составляют 90% всех заболеваний крови, и их частота у беременных колеблется от 40 до 80%. В Узбекистане анемия среди беременных является региональной патологией, встречаемостью до 96%, что делает ее первопричиной экстрагенитальных патологий (6). В беременных женщинах анемия чаще всего возникает из-за неравномерности поступления железа с пищей и его адсорбции в желудочно-кишечном тракте. В организме женщины в норме содержится 300 мг железа, однако в процессе физиологической беременности теряется от 400 до 1000 мг железа. Это особенно важно для женщин, проходящих через многоразовые роды, подвергающихся частому повторному зачатию с короткими интервалами между родами и долговременным грудным вскармливанием, когда нет достаточного времени на восстановление утраченных резервов, а также при нарушениях поступления и утилизации железа в организме, а так же у беременных с поздними гестозами, экстрагенитальной патологией – заболеваниями желудочно-кишечного тракта, печени, почек, селенурии, сахарном диабете и при других заболеваниях анемия усиливается (7).

Имеется информация о том, что сочетание анемии с присоединившейся преэклампсией в период беременности может вызвать серьезные осложнения в процессе родов, послеродовом периоде, а также отразиться на состоянии внутриутробного плода и новорожденного.

Цель данной работы – изучить факторы риска, особенности течения беременности, родов, послеродового периода, состояние плода у пациенток с преэклампсией и анемией.

Материалы и методы исследования. Путем ретроспективного отбора были выбраны истории родов 120 пациенток, сталкивающихся с преэклампсией разной степени тяжести и анемией различной степени тяжести. Проведен сравнительный анализ анамнестических данных, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, а также исходов беременности и родов. Все выбранные женщины имели разные степени анемии, выявленные на различных сроках беременности, и в зависимости от тяжести преэклампсии они были разделены на две группы. Первая группа включала 32 пациентки с ранним началом гестоза (до 30 недель беременности) при наличии анемии разной степени тяжести, вторая группа включала 88 пациенток с началом гестоза после 30 недель.

У пациенток обеих групп диагностирована анемия разной степени (основными показателями крови взяты: показатель гемоглобина, цветной показатель, гематокрит, количество эритроцитов и сывороточного железа). У беременных женщин, подвергнутых обследованию, возраст колебался от 19 до 39 лет. В первой группе средний возраст составил 32,1 года, в то время как во второй группе он варьировал от 20 до 34 лет, со средним значением в 26,8 года.

В 1 группе преобладали первородящие 20 (60,2%), а во 2 группе повторнородящие 65 (73,8%). В 1 группе первобеременных старшего возраста было 11 пациенток, во 2 группе они отсутствовали. В 1 группе тяжелой степенью преэклампсии страдали 17 (53,1%) беременных, легкой 15 (46,9%), во 2 группе 19 (21,6%) беременных страдали тяжелой преэклампсией, 69 (78,4%) беременных страдали преэклампсией легкой степени.

Результаты исследования и их обсуждение.

У обеих групп женщин, начиная с первого триместра беременности и в условиях рвоты, наблюдалось статистически значимое снижение уровня гемоглобина, количества эритроцитов, цветного показателя и гематокрита. Анализ взаимосвязи между развитием гестоза и анемиями разной степени выявил, что, помимо анемии, женщины также страдали от других экстрагенитальных заболеваний. Однако наиболее часто у них встречались заболевания почек и мочевыводящих путей, артериальная гипертензия, нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу, нарушения жирового обмена, эндокринные нарушения и заболевания желудочно-кишечного тракта. В первой группе беременных, страдающих от раннего начала гестоза, наблюдалась более высокая частота хронической артериальной гипертензии (46,9% по сравнению с 24,6% во второй группе), заболеваний почек (41,5% по сравнению с 29,7%). Также в первой группе встречалась в два раза чаще нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу (32% по сравнению с 16,3%) и в 1,6 раза чаще нарушения жирового обмена (26,8% по сравнению с 16,2%) по сравнению со второй группой. Помимо вышеупомянутых заболеваний, у беременных обеих групп также отмечались другие состояния здоровья. В первой группе беременных вышеуказанные заболевания встречались следующим образом: заболевания сердечно-сосудистой системы – 9,7%, ревматизм – 7,1%, болезни желудочно-кишечного тракта – 15,6%, печени – 4,9%, щитовидной железы – 19%, ожирение – 21,8%. Во второй группе соответствующие процентные соотношения были ниже: заболевания сердечно-сосудистой системы – 3%, ревматизм – 2,4%, болезни желудочно-кишечного тракта – 11,1%, печени – 3,8%, щитовидной железы – 15,1%, ожирение – 30,6%. Анализ данных акушерского анамнеза подтвердил, что беременные с анемией и преэклампсией в первой и второй группах имели более сложный акушерский профиль. В первой группе 31% женщин испытали медицинские аборт, в то время как во второй группе эта цифра составляла 19%. Отмечалось также наличие самопроизвольных выкидышей, при этом 13,1% женщин в первой группе и 10,1% во второй группе сталкивались с этой проблемой. частые роды с малым интервалом (у 16,7% и 15,9%), гестозы (у 19,4% и 15,3%), многократные роды (у 5,7% и 4,9%), преждевременные роды (у 14,1% и 10,7%), кесарево сечение (у 25,4% и 21,0%), СОП (у 21,8% и 13%).

В I триместре на фоне существующей анемии наблюдался ранний токсикоз (у 20,5% и 18,7%). Анализ гинекологического анамнеза у пациенток обеих групп показал, что у основной части женщин на фоне анемии с ранним развитием гестоза были следующие: воспалительные заболевания матки и придатков (у 58,4% и 41,5%), нарушения менструального цикла (у 25% и 19,7%), первичное и вторичное бесплодие (у 7,8% и 5,5%).

В процессе анализа течения второго триместра беременности было выявлено, что у женщин с прогрессирующей анемией в первой группе угроза прерывания беременности развивалась почти в три раза чаще по сравнению с женщинами во второй группе (у 34,6% и 25,9%), в 2 раза больше ранним началом гестоза (у 32), преждевременным прерыванием беременности (у 46,8% и 31,1%). В третьем триместре беременности на фоне анемии и гестоза у пациенток первой группы отмечено более частое развитие фетоплацентарной недостаточности по сравнению с пациентками во второй группе (49,3% по сравнению с 30,2%). Также в первой группе выше наблюдается частота появления синдрома отложенного развития плода (29,4% по сравнению с 17%), антенатальной гибели плода (7,9% по сравнению с 2,1%), преждевременных родов (19% по сравнению с 10,3%) и маловодия (8,9% по сравнению с 2,4%).

Сравнительный анализ клинических и лабораторных данных выявил особенности течения гестоза на фоне анемии при его раннем начале (до 30 недель) по сравнению с более поздним развитием преэклампсии.

В первой группе у 68% женщин наиболее ранними симптомами преэклампсии были выявлены гипертензия и протеинурия. Во второй группе гипертензия и протеинурия также были наиболее

ранними симптомами, но они составили 43%, а у 67% случаев преэклампсия развилась с патологической прибавкой массы тела и отеками, указывая на более легкое течение преэклампсии в этой группе.

Анализ лабораторных данных подтвердил более тяжелый характер преэклампсии в первой группе пациенток. Хотя не было выявлено различий между уровнем гемоглобина и количеством эритроцитов в первой и второй группах, учитывая, что все беременные страдали анемией разной степени.

В 1 группе выявлена активизация свертывающей системы крови: повышены протромбиновый индекс выше 110%, во 2 группе протромбиновый индекс оставался в пределах нормы. О нарушениях в системе гемостаза свидетельствует снижение количества тромбоцитов у беременных обеих групп до $230 \times 10^9/\text{л}$, а при раннем начале и длительном течении отмечалось снижение до $150 \times 10^9/\text{л}$ в 1 группе. При анализе функции печени у беременных 1 группы с ранним началом и тяжелом, длительном течении выявлены повышенные показатели ферментов (АЛТ, АСТ), во 2 группе показатели ферментов были в пределах нормы. У всех беременных обеих групп с анемией и преэклампсией отмечалась гипопротеинемия – в среднем уровень белка составил 56,1 г/л.

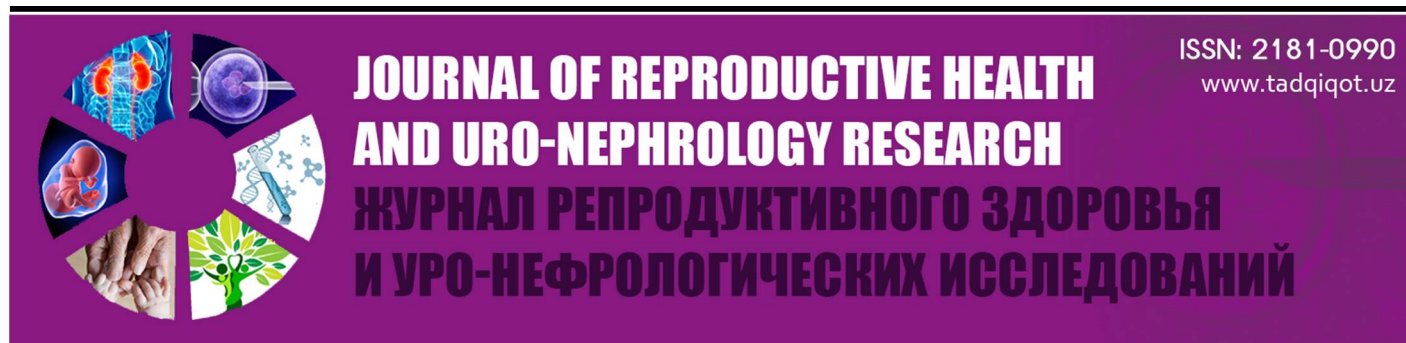
При изучении всех показателей длительно текущей с ранним началом преэклампсии и анемии (1 группа) получены следующие данные: длительное течение преэклампсии с присоединением неврологической симптоматики у 19 (59,3%), эклампсии у 11

(34,3%), СЗРП у 25 (78,1%), невынашивание плода в у 26 (81,2%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у 10 (31,1%), кровотечение в раннем послеродовом периоде у 13 (40,6%), с дистрессом плода родились 9 (20,8%), перинатальная смертность в 2 раза чаще, перинатальная заболеваемость в 4 раза чаще, беременность закончилась операцией кесарева сечения у 29 (90,6%).

Таким образом, изучение анамнеза, особенностей течения беременности, родов, послеродового периода, состояния плода показало, что раннее начало и длительное течение преэклампсии у беременных с анемией, оказывает влияние на изменение клинико-лабораторных показателей, на равновесие между свертывающей и противосвертывающей системы, которые могут привести к развитию коагулопатического синдрома и массивному акушерскому кровотечению. Раннее начало и продолжительное течение преэклампсии на фоне анемии может привести к нарушению развития плода, уменьшению его адаптационных возможностей, увеличению частоты рождения маловесных новорожденных и повышению уровня перинатальной патологии. Беременные с диагностированной анемией, сопровождающейся ранним началом преэклампсии, следует отнести к группе высокого риска для развития акушерских и перинатальных осложнений. Это обстоятельство подчеркивает необходимость более тщательного медицинского наблюдения, регулярных обследований и эффективного управления рисками для обеспечения благоприятного исхода беременности и здоровья новорожденного.

Список литературы:

1. Анализ клинического течения беременности у женщин с железодефицитной анемией. Д.Р.Ахмедова, Д.Д.Курбанов. Журнал новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 3-4(1). 2017 год
2. Анемия и беременность. Савченко Т.Н., Агаева М.И., Дергачева И.А. РМЖ. 2016 год
3. Акушерство. Национальное руководство /Под ред. Э.К.Айламазяна и др.- М: ГЭОТАР-Медиа, 2012 год
4. Анемия у беременных: клинико-патогенетические подходы к ведению беременности. Атаджанян А. С. 2017 год
5. Влияние пиелонефрита на акушерские и перинатальные исходы.
6. Каримова Г.С. Журнал биология и медицина. 1 (126). 2021 год
7. Влияние железодефицитной анемии на акушерские и перинатальные исходы. Д.Б.Асранкулова, М.П.Маматова, Ш.К.Мамажанова, Г.А.Усманова. Журнал Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 3-4 (1) 2017 год
8. Влияние железодефицитной анемии на акушерские и перинатальные исходы. Д.Б.Асранкулова, М.Р.Маматова, М.С.Мамадиева, Г.А.Кузиева. Журнал новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 3-4 (1). 2017 год
9. Влияние гестационного срока начала и длительности течения преэклампсии на исходы беременности и родов. З.И.Шамсиева, З.И.Халитова, К.Н.Абдуллажоновна. Журнал новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья 3-4(1). 2017 год
10. Исходы беременности и родов у женщин с гестозом и анемией.
11. Медведев Б.И., Сашенков С.Л., Сюндюкова Е.Г. Журнал акушерство и гинекология. 2012 год №2.
12. Обмен железа при анемии и преэклампсии. Орлов Ю.П., Лукач В.Н., Говорова Н.В. Клиническая медицина. 2016 год
13. Охрана здоровья населения у беременных группы риска на гипертензивные синдромы. К.Н.Абдуллажанова, Д.А.Юсупова, Ф.К.Миралиев, Ф.П.Нишанова. Журнал новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 3-4 (1). 2017 год
14. Обмен железа при пре- и эклампсии, или в плену опасных заблуждений. Орлов Ю.П., Лукач В.Н., Говорова Н.В., Байтугаева Г.А. 2015 год
15. Объемный транспорт кислорода у беременных с анемией и гестозом. Мурашко Л.Е., Коноводова Е.Н., Бурлев Е.А., Солосева Ж.А. РМЖ, 2002 год 7:364.
16. Особенности течения беременности, родов, и состояние новорожденных при железодефицитной анемии. Каримова Г.С. Конференция «Проблемы дефицита железа у женщин в разные периоды жизни». Материалы конференции. Стр.115-118, Ташкент. 2024 год
17. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. Шиффман Е.М. Петрозаводск: Интел Тек, 2002 год
18. Целесообразность применения препаратов железа у беременных с гестозом. Омертаева Д.Е., Вазенмиллер Д.В. Журнал Медицина и экология. 2018 год
19. Эффективность предгравидарной подготовки многогравидных женщин с гестозом тяжелой степени и железодефицитной анемией. С.В.Бегова. Закон КЗ.



УДК 616.1 614.1

Каттаходжаева Махмуда ХамдамовнаТашкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан**Турсункулова Мархамат Эргашевна**Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан**Абдуллаева Лола Сайфуллаевна**Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан**КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ****For citation:** Kattakhodjaeva Mahmuda Khamdamovna, Tursunkulova Markhamat Ergashevna, Abdullaeva Lola Sayfullaevna. Clinical and laboratory risk factors for prematurity pregnancy, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 1 pp<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10910144>**АННОТАЦИЯ**

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно около 15 миллионов детей рождаются недоношенными (до 37 полных недель беременности) и это число растет. Проблема недоношенных детей является одной из наиболее актуальных в современной медицине. Частота преждевременного рождения детей в развитых странах мира составляет 5-12,5% и в последние годы имеет тенденцию к росту (1,2, 8). Данные о частоте рождения детей с ОНМТ и ЭНМТ отличаются достаточным размахом уровня в разных странах. Так в Москве в 2008 -2010 гг. частота рождения детей массой тела - от 1000 до 1500 г (ОНМТ) составила 0,8-0,9, а частота рождения детей с ЭНМТ – 0,1-0,3 на 100 родившихся живыми.

Ключевые слова: дети, экстренная патология, беременность, структура, невынашивание**Kattaxo'jaeva Maxmuda Hamdamovna**Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston**Tursunqulova Marhamat Ergashevna**Toshkent davlat stomatologiya instituti
Toshkent, O'zbekiston**Abdullaeva Lola Sayfullaevna**Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**HOMILANI ODATIIY KO'TARA OLMASLIKNING KLINIK VA LABORATORIYA XAVF OMILLARI****ANNOTATSIYA**

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, har yili taxminan 15 million bola erta tug'iladi (homiladorlikning 37 to'liq haftasiga qadar) va bu raqam ortib bormoqda. Erta tug'ilgan chaqaloqlar muammosi zamonaviy tibbiyotda eng dolzarb muammolardan biridir. Rivojlangan mamlakatlarda bolalarning erta tug'ilish darajasi 5-12,5% ni tashkil qiladi va so'nggi yillarda o'sish tendentsiyasiga ega (1,2, 8). Onmt va ENMT bilan og'rig'an bolalarning tug'ilish chastotasi to'g'risidagi ma'lumotlar turli mamlakatlarda etarli darajada farqlanadi. Shunday qilib, 2008-2010 yillarda Moskvada. Og'irligi 1000 dan 1500 g gacha bo'lgan bolalarning tug'ilish chastotasi (ONMT) 0,8-0,9 ni tashkil etdi va ENMT bilan tug'ilish chastotasi 100 tirik tug'ilgan chaqaloqqa 0,1-0,3 ni tashkil etdi.

Kalit so'zlar: bolalar, patologiya, homiladorlik, tuzilish, ko'tara olmaslik**Kattakhodjaeva Mahmuda Khamdamovna**Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan**Tursunkulova Markhamat Ergashevna**Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan**Abdullaeva Lola Sayfullaevna**

CLINICAL AND LABORATORY RISK FACTORS FOR PREMATURITY PREGNANCY

ANNOTATION

According to the World Health Organization (WHO), about 15 million babies are born prematurely (before 37 full weeks of pregnancy) every year and this number is growing. The problem of premature babies is one of the most urgent in modern medicine. The frequency of premature birth in the developed countries of the world is 5-12.5% and in recent years has tended to increase (1,2, 8). The data on the frequency of births of children with ONMT and ENMT differ sufficiently in different countries. Thus, in Moscow in 2008-2010 the frequency of birth of children with body weight from 1000 to 1500 g (ONMT) amounted to 0.8-0.9, and the frequency of birth of children with ENMT - 0.1-0.3 per 100 live births.

Key words: children, emergency pathology, pregnancy, structure, miscarriage

Актуальность. Частота преждевременных родов различна во многих странах и не всегда зависит от экономического развития страны. Однако отмечено что в странах с низким уровнем дохода в среднем 12% детей рождаются раньше срока, в то время как в странах с высоким уровнем дохода этот показатель несколько ниже и составляет 9%. Самые высокие уровни преждевременных родов (ПР) на 100 случаев родов зафиксированы в Малави 18%, Конго 16,7%, Зимбабве 16,7%, Экваториальной Гвинее 16,5%, Пакистане 15,8% и других Центрально Африканских и странах Восточной Азии. Однако и в США ежегодно регистрируется 12% преждевременных родов. К странам с низким уровнем ПР относятся: Беларусь – 4,1%, Латвия – 5,1%, Финляндия и Хорватия по 5,5%, Литва и Эстония по 5,7%, Япония и Швеция 5,9% (1,2,5).

Однако многочисленные авторы сходятся во мнении, что чаще всего основной причиной рождения НД является инфекция. При прерывании беременности в срок 28-36 недель она наблюдается в 50-97% случаев (3,6).

Исследование, осуществлённое в 2011 г. И.Н. Струповец показало, что при рождении недоношенного ребенка у матерей в 50,0% была отмечена инфекционная патология (ОРВИ-23,3%; колюпит-20%; хронический пиелонефрит 6,6%) и инфекционный процесс имели место 93,3% случаях.

Другой наиболее частой причиной преждевременных родов может стать экстрагенитальная и соматическая патология. По данным И.В. Виноградовой (2012.) до наступления беременности матери НД в 4,3% случаев страдали тяжелой формой гипертонической болезни; 3% из них перенесли кардит; еще 3% страдали ожирением; 10,1% были носителями TORCH-инфекций; 14,5% указали на наличие в анамнезе искусственных абортов, а 7,5% на самопроизвольные выкидыши 9. Проблема недоношенности носит четко выраженный медико-социальный характер: на сегодняшний день вклад недоношенных новорожденных в неонатальную смертность составляет 70%, в заболеваемость – 75% (4,6, 7). В мире проводятся приоритетные научно-исследовательские работы для усовершенствования мероприятий по ранней диагностике и профилактике ранней диагностики и профилактики риска рождения недоношенных детей. Причины рождения недоношенного ребенка многообразны, при этом не всегда можно отделить главные факторы от

второстепенных. При этом необходимо помнить постулат: «Все, что можно прогнозировать, можно профилировать».

Цель исследования.

Основной задачей исследования было выявление факторов риска рождения недоношенных детей и их оценке с последующей возможностью прогнозирования.

Материалы и методы исследования.

Исследование основано на анализе 236 историй родов и новорожденных, родившихся в Перинатальном центре г. Карши и родильном доме №2 г. Самарканда. Анализировались такие параметры, как возраст матери, профессиональные вредности, исходы предыдущих беременностей, сопутствующие болезни, осложнения настоящей беременности, течение и исход родов.

Нами был рассчитан относительный риск рождения недоношенного ребенка на каждый показатель состояния обследуемых женщин. Ситуация, при которой относительный риск больше ($RR>1$), указывает на то, что риск недоношенных при изучаемом факторе больше чем при его отсутствии. При относительном риске равном единице ($RR=1$) связь между фактором и болезнью отсутствует.

Результаты исследования.

Наиболее часто встречающимися факторами риска, по данным многих авторов, являются материнские, к которым относятся: возраст матери, вредность профессии матери, исходы предыдущих беременностей, сопутствующие болезни, болезни, перенесенные во время беременности, осложнения настоящей беременности [].

Для определения степени недоношенности мы пользовались классификация гестационного возраста по Е.А. Усачевой.

С I степенью недоношенности родилось в сроки гестации 35-37 недель с весом примерно 2001-2500 г - 44 (48,9%); со II степенью в сроки гестации 32-34 недель с весом примерно 1501-2000 г – 28 (31,1%), с III степенью в сроки гестации 29-31 недель вес примерно 1001-1500 г – 14 (14,4%) и с IV степенью менее в сроки гестации 29 недель вес менее 1000 г. – 5 (5,6%). Данный анализ показал, что в анализируемой группе недоношенных детей 78,9% детей родились в сроке гестации ранее 35 недель. Это не может не сказаться на особенностях течения периода адаптации при рождении, поскольку именно в раннем неонатальном периоде с наибольшим напряжением протекают адаптивные реакции.

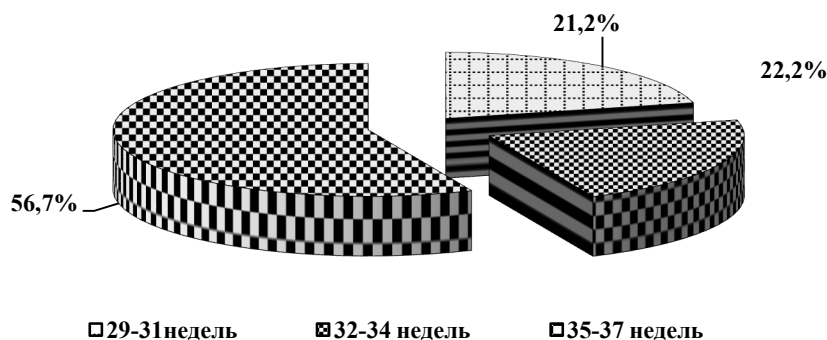


Рис. 1. Распределение недоношенных детей по срокам гестации при рождении

Преждевременные роды в сроках 29-31 недель произошли у 21,2% исследованных, в 32-34 недели – у 56,7% и от 35 до 37

недель гестации родились 22,2% новорожденных. Большую вероятность рождения недоношенного ребенка имеют матери-

подростки, чем матери в возрасте 25-34 лет, относительный риск в этом случае составляет $RR=1,52$, вот относительный риск рождения недоношенного ребенка составляет $RR=2,37$ у матерей старше 36 лет. В нашем случае преобладали матери в возрасте 21-25 лет, составляя чуть больше половины обследованных (табл. 1).

Таблица 1

Возраст	Группа сравнения (n=146)		Основная группа (n=90)		RR	P
	абс	%	абс	%		
До 20 лет	22	15,1	15	16,7	0,90	>0,05
21-25	46	31,5	38	42,2	0,75	>0,05
26-30	34	23,3	25	27,8	0,84	>0,05
31-35	28	19,2	12	13,3	1,44	>0,05
36-40	16	11,0	8	8,9	2,37	>0,05

Примечание: достоверно относительно данных 1 группы (- $P>0,05$; - $P>0,01$; - $P>0,001$)
Анализ данных таблицы 2 показал, что профессия матери особой роли не играет, единственно, у студенток риск рождения недоношенного ребенка составил $RR=2,22$, видимо это связано с молодым возрастом до 20 лет (табл. 2).

Таблица 2

Профессия	Группа сравнения (n=146)		Основная группа (n=90)		RR	P
	абс	%	абс	%		
Рабочая	38	26,0	12	13,3	1,95	<0,05
Служащая	18	12,3	17	18,9	0,65	>0,05
Студент	18	12,3	5	5,6	2,22	>0,05
Д/х	46	31,5	36	40,0	0,79	>0,05
Сельхозработница	26	17,8	20	22,2	0,80	>0,05

При изучении паритета беременности и родов было отмечено, что преобладали первородящие старше 30 лет с сочетанной соматической и гинекологической патологией, а также были женщины, имеющие более 5 беременностей и количество беременностей превышающие 3-4 и между беременностями небольшие интервалы между беременностями, что приводит к истощению резервных возможностей репродуктивной системы женщин, что свидетельствует, о том, что у них рождаются недоношенные дети. Немалую роль в рождении детей играет исход предыдущей беременности, особенно самопроизвольные выкидыши ($RR=3.23$; $P<0,01$). Видимо, этиологические причины имеют одинаковую основу (табл. 3). Заболевания во время беременности наносят огромный вред плоду. Самым опасным считаются инфекционные заболевания во время беременности, которое отягощает ее течение и создает риск внутриутробного инфицирования плода.

Таблица 3

Исходы	Группа сравнения (n=146)		Основная группа (n=90)		RR	P
	абс	%	абс	%		
Рождение живого ребенка	126	91,8	38	72,2	0,42	<0,05
Мертворождение	1	0,7	3	3,3	0,21	>0,05
Самопроизвольный выкидыш	6	4,1	16	17,8	3,23	<0,01
Медицинский аборт	8	5,5	7	7,8	0,70	>0,05
Рождение недоношенного ребенка	17	11,6	12	13,3	0,87	>0,05

Анализ свидетельствует о том, почти каждая третья беременная перенесла инфекционное заболевание, которая ухудшая состояние матери и следственно и плода и активировала уже существующую инфекцию, приводя к внутриутробному инфицированию.
Обострения хронических соматических заболеваний матери во время беременности также оказывают отрицательное воздействие на состояние матери и плода: гипертоническая болезнь относительный риск рождения недоношенных детей составляет $RR=3,12$; $P<0,001$, хронические болезни ВДП – $RR=3.04$; $P<0,05$,

хронический пиелонефрит - $RR=2,65$; $P<0,05$, хронические болезни ЖКТ - $RR=4,86$; $P<0,05$. Все это свидетельствует негативном

влиянии обострения соматических болезней на состояние плода и матери (табл. 4).

Таблица 4

Соматические заболевания обследованных

Виды заболеваний	Группа сравнения (n=146)		Основная группа (n=90)		RR	P
	абс	%	абс	%		
Здорова	16	11,0	7	7,8	1,00	$>0,05$
Гипертоническая б-нь	5	3,4	26	28,9	3,12	$<0,001$
Хронический пиелонефрит	22	15,1	21	23,3	2,65	$<0,05$
ОРВИ	59	40,4	68	75,6	4,53	$<0,001$
Хронический тонзиллит	37	25,3	42	46,7	0,54	$<0,001$
TORCH-инфекция	12	8,2	19	21,1	0,39	$<0,01$
Аллергия	1	0,7	4	4,4	0,15	$<0,05$
Хр. болезни ЖКТ	38	26,0	35	38,9	4,86	$<0,05$
Хр. болезни ВДП	32	21,9	19	21,1	3,04	$<0,05$
Хр. заболевания CCC	18	12,3	9	10,0	1,23	$>0,05$
Патология ЦНС	25	17,1	17	18,9	0,91	$>0,05$

Примечание: достоверно относительно данных 1 группы (* - $P>0,05$; ** - $P>0,01$; *** - $P>0,001$)

Немаловажное значение в качестве факторов риска невынашивания имеют развившиеся осложнения беременности. Анализ полученных данных свидетельствует о высоком коэффициенте гестационной патологии. Такие осложнения

настоящей беременности как: многоводие - $RR=3,21$; $P<0,001$; угроза выкидыша - $RR=2,34$; $P<0,001$; угроза преждевременных родов (ПР) $RR=3,35$; $P<0,001$, обладают высоким относительным риском рождения недоношенного ребенка (табл. 5).

Таблица 5

Осложнения настоящей беременности

Виды заболеваний	Группа сравнения (n=146)		Основная группа (n=90)		RR	P
	абс	%	абс	%		
Многоводие	5	3,4	22	24,4	3,21	$<0,001$
Маловодие	9	6,2	12	13,3	0,46	$<0,05$
Угроза выкидыша	32	21,9	58	64,4	2,34	$<0,001$
Угроза ПР	24	16,4	42	46,7	3,35	$<0,001$
Анемия	112	76,7	79	87,8	0,87	$<0,01$
Преэклампсия	36	24,7	24	26,7	0,92	$>0,05$
Эклампсия	5	3,4	9	10,0	0,34	$<0,05$
Другие осложнения	2	1,4	3	3,3	0,41	$>0,05$

Примечание: достоверно относительно данных 1 группы (* - $P>0,05$; ** - $P>0,01$; *** - $P>0,001$)

Течение родового процесса также оказывает воздействие на состояние плода и новорожденного, что видно по данным таблицы (табл. 6).

Таблица 7

Характер родов

Показатели	Группа сравнения (n=146)		Основная группа (n=90)		RR	P
	абс	%	абс	%		
Срочные	146	100,0	0	0,0	-	$<0,001$
Преждевременные	0	0,0	90	100,0	0,01	$<0,001$
Переношенные	3	2,1	0	0,0	-	$>0,05$
Стремительные	11	7,5	8	8,9	0,85	$>0,05$
Затяжные	8	5,5	5	5,6	0,99	$>0,05$

Операцию кесарево сечение по показаниям в группе доношенных детей сделали у 20 (26,3%) женщин и у 48 (3,3%) из группы, которые родили недоношенных. В остальных случаях роды произошли через естественные родовые пути. Заслуживает особого внимания показатель кровопотери в родах и послеродовом периоде при невынашивании. Средний объем кровопотери в группе рожениц с недоношенной беременностью составила $435,5 \pm 55,0$ мл, тогда как в контрольной группе этот показатель был $280,5 \pm 30,5$ мл. Склонность к акушерским кровотечениям при недоношенной беременности, по-видимому, связана с целым рядом патоморфологических нарушений миометрия, отражающейся на родовой деятельности и сократительной способности послеродовой матки.

Выводы: Таким образом, проведенный нами анализ свидетельствует о высокой вероятности развития

преждевременных родов, в частности, и невынашивания беременности, в целом при ряде предрасполагающих факторов. Наиболее часто преждевременные роды происходят в активном репродуктивном возрасте (21-30 лет) у домохозяек и сельхозработниц. Почти каждая третья имела в анамнезе эпизоды невынашивания в различных сроках гестации. Среди соматической патологии наибольшее влияние на невынашивание оказывают заболевания инфекционного характера, приводящие к увеличению числа осложнений гестационного периода и родового процесса. Достоверно повышаются при преждевременных родах и объемы акушерской кровопотери. Исходя из перечисленного, необходимо в период антенатального наблюдения выявлять группы беременных с риском на невынашивание и осуществлять среди них профилактические мероприятия.

Список литературы

1. Баранов И. И. Медицинские и социальные аспекты преждевременных родов: научное издание / И. И. Баранов, Ю. П. Скрипниченко, З. З. Токова, И. Н. Кузьмич // Гинекология. - М., 2014. - Том 16 N5. - С. 90-93.
2. Ковалев В. В. Родовспоможение при экстремально недоношенной беременности: опыт решения некоторых проблем: научное издание / В. В. Ковалев // Акушерство и гинекология. - М., 2013. - N7. - С. 63-66.
3. Колобов А.В., Меркулова А.И., Цинзерлинг В.А. Инфекционные поражения последа как причина невынашивания беременности // Журнал инфектологии. -2015. - № 1. - С. 47-52.
4. Михайлов А. В. Ведение беременности, осложненной преждевременным излитием околоплодных вод при недоношенной беременности : научное издание / А. В. Михайлов, Л. И. Дятлова [и др.] // Акушерство и гинекология . - М., 2014. - N2. - С. 74-79
5. Salinas-Escudero, G. Cost-effectiveness analysis of the use of palivizumab in the prophylaxis of preterm patients in Mexico / G. Salinas-Escudero, S. Martinez-Valverde, A. Reyes-Lopez [et al.] // Salud publica de mexico. — 2012. — Vol. 54, № 1. — P. 4755.
6. Каттаходжаева М.Х., Гайбуллаева Д.Ф. Значение гипергомоцистеинемии при невынашивании беременности/ Сборник научных трудов 75 международной конференции молодых ученых. Москва, 2021. Стр 34-37
7. Каттаходжаева М.Х., Абдуллаева Л.С., Сулейманова Н.Ж. Практические контраргументы в профилактике послеродовых акушерских кровотечений/ JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH, Узбекистан, № 2. 2022, С.35-38



УДК: 159.9:618.2:616

Назирова Муяссар Убаевна

Кандидат медицинских наук, доцент

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

Доктор медицинских наук, профессор

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

Саидова Мехригье Дониоровна

Магистр

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПЕРИМENOПАЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

For citation: Nazirova Muyassar Ubayevna, Kattahodjaeva Mahmuda Hamdamovna, Saidova Mexrigiyo Doniyarovna, Comprehensive diagnosis and prognosis of perimenopausal osteoporosis, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 1 pp

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10910198>**АННОТАЦИЯ**

Климактерический период- это физиологический переходный период в жизни женщины, занимающая период времени между репродуктивной фазой и старостью. В этот период на фоне возрастных изменений всего организма все же инволюционные процессы доминируют в репродуктивной системе и характеризуются постепенным снижением и выключением функции яичников. В климактерический периоде происходят такие изменения как вазомоторные, эмоционально-вегетативные или обменные нарушения. Также нужно отметить в периоде от зрелого возраста к старости, на фоне возрастных изменений доминируют как выше было указано проявления эстрогендефицитного состояния, обусловленного возрастным снижением, а затем и прекращением функции яичников. С угасанием функции яичников из организма содержание кальция в крови резко уменьшается, что часто в этом возрасте у женщин встречаются переломы. Нужно сказать, что перименопаузальный период жизни является своего рода фактором риска заболеваний костей. Нами проведена оценка состояния костной системы 68 женщин перименопаузального периода в возрасте от 55 до 65 лет. Состояние женщин оценивали по следующим критериями: жалобы, общий осмотр, анамнез а также оценивали гормональный статус, содержание в крови Са и вит.Д. В качестве гормонального препарата применялся трансдермальный гель Эстрожель.

Ключевые слова: климактерический период, остеопороз, диагностика, содержание кальция, эстрожель, эстрадиол, паратерионидный гормон

Nazirova Muyassar Ubaevna

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Kattaxo'jaeva Maxmuda Hamdamovna

Tibbiyot fanlari doktori, professor

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Saidova Mehriגיע Doniyarovna

Magistr

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

PERIMENOPOZAL OSTEOPOROZNING KOMPLEKS DIAGNOSTIKASI VA PROGNOZI**ANNOTATSIYA**

Menopauza - bu ayol hayotidagi fiziologik o'tish davri bo'lib, reproduktiv bosqich va qarilik o'rtasidagi vaqtni egallaydi. Bu davrda butun organizmdagi yoshga bog'liq o'zgarishlar fonida, invalatsiya jarayonlari hali ham hukmronlik qiladi. reproduktiv tizim va tuxumdonlar

funktsiyasining asta-sekin pasayishi va o'chirilishi bilan tavsiflanadi. Menopauza davrida vazomotor, hissiy-vegetativ yoki metabolik kasalliklar kabi o'zgarishlar sodir bo'ladi. Shuni ham ta'kidlash kerakki, balog'at yoshidan qarilikgacha bo'lgan davrda yoshga bog'liq o'zgarishlar fonida, yuqorida aytib o'tilganidek, yoshga bog'liq pasayish, keyin esa tuxumdonlar faoliyatini to'xtatish natijasida estrogen etishmasligi holatining namoyon bo'lishi ustunlik qiladi. Tuxumdonlar funktsiyasi tanadan yo'qolishi bilan qondagi kaltsiy miqdori keskin kamayadi, bu ko'pincha bu yoshda ayollarda sinishlarga duch keladi. Aytish kerakki, hayotning perimenopozal davri suyak kasalliklari uchun o'ziga xos xavf omilidir. Biz 55 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan 68 nafar perimenopozal ayolning suyak tizimining holatini baholadik. Ayollarning ahvoli quyidagi mezonlar bo'yicha baholandi: shikoyatlar, umumiy tekshiruv, anamnez, shuningdek, gormonal holat, qon tarkibidagi Ca va Vit.D. Gormonal dori sifatida transdermal Estrogel jeli ishlatilgan.

Kalit so'zlar: menopauza, osteoporoz, diagnostika, kaltsiy tarkibi, estrogel, estradiol, paraterioid gormon

Nazirova Muyassar Ubayevna

Candidate of Medical Sciences, Dosent

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

Kattahodjaeva Mahmuda Hamdamovna

Doctor of Medical Sciences, Professor

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

Saidova Mexrigiyo Doniyarovna

Magistr

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

COMPREHENSIVE DIAGNOSIS AND PROGNOSIS OF PERIMENOPAUSAL OSTEOPOROSIS

ABSTRACT

The menopausal period is a physiological transition period in a woman's life, which occupies the period of time between the reproductive phase and old age. During this period, against the background of age-related changes in the entire body, nevertheless, the involution processes dominate the reproductive system and are characterized by a gradual decrease and shutdown of ovarian function. In the menopausal period, changes such as vasomotor, emotional-vegetative or metabolic disorders occur. It should also be noted in the period from adulthood to old age, against the background of age-related changes, the manifestations of an estrogen deficiency condition, due to an age-related decrease and then the cessation of ovarian function, dominate as indicated above. With the extinction of ovarian function from the body, the calcium content in the blood decreases sharply, which often causes fractures in women at this age. It must be said that the perimenopausal period of life is a kind of risk factor for bone diseases. We assessed the state of the bone system of 68 perimenopausal women aged 55 to 65 years. The condition of the women was assessed according to the following criteria: complaints, general examination, anamnesis, as well as hormonal status, blood levels of Ca and vit.D. The transdermal gel Estrogel was used as a hormonal drug.

Keywords: menopause, osteoporosis, diagnosis, calcium content, estrogel, estradiol, parathyroid hormone. **Keywords:** menopause, osteoporosis, diagnosis, calcium content, estrogel, estradiol, parathyroid hormone.

Актуальность. Наука о естественных процессах старения относится к различным областям медицины (гинекология, эндокринология, травматология, неврология и т.д.). В климактерическом периоде перехода от зрелого возраста к старости, на фоне возрастных изменений доминируют клинические проявления эстрогендефицитного состояния, обусловленного возрастным снижением, а затем и прекращением функции яичников.

Познание процессов, происходящих в организме женщин в климактерическом периоде, позволяет рано начать профилактические мероприятия, направленные на предотвращение болезней старости и улучшения качества жизни стареющих людей, а также снижать инвалидизацию, связанную с сердечно-сосудистыми заболеваниями, переломами костей. Одной из лучшей диагностикой остеопороза в настоящее время является проведение остеоденситометрии. К сожалению провести остеоденситометрию широкому кругу населения невозможно из-за ограниченности доступа и экономической нецелесообразности. В силу этих причин знание и учет факторов риска при диагностике и профилактике остеопороза приобретают особое значение. Клиника остеопороза обычно протекает безмолвно, лица с остеопорозом не обращаются за медицинской помощью до тех пор, пока не появятся боли в спине, не изменится осанка или не произойдут переломы различной локализации. Остеопороз в большинстве случаев диагностируется когда уже имеется перелом костей, которые ведут к преждевременной смерти либо утрате трудоспособности, ограничению самообслуживания и ухудшения качества жизни в целом. (1, 7, 9, 12, 21). По данным ВОЗ - как причина инвалидности и смертности больных от переломов костей, остеопороз занимает четвертое место среди неинфекционных заболеваний. Только 25% больных полностью излечиваются после перелома шейки бедра,

50% больных остаются инвалидами, 25% больных умирают от осложнений (2,3, 5, 22, 26,30). (4,8, 23, 25). По литературным данным обычно остеопороз делится на первичный и вторичный (12). Первичный остеопороз чаще всего встречается у женщин менопаузального возраста, что связано с угасанием деятельности яичников. Вторичный остеопороз может развиваться и в молодом возрасте на фоне существующих экстрагенитальных заболеваний: эндокринной, заболевания желудочно -кишечного тракта, ревматические поражения и др. Большое значение для развития первичного остеопороза относятся генетическая и конституциональная раса (белокожие или негроидные люди). При развитии остеопороза нужно сказать имеет значение, (чаще страдают женщины, чем мужчины), нерегулярные менструации, частые роды (промежуток между родами меньше 3 лет), лактация > 1года. Одной из причин ещё развитию остеопороза служит уменьшение потребления кальция с пищей (< 1000 мг / день) отсутствие физической нагрузки, курение, алкоголь, кофе (> 5 чашек в день), высокое содержание белка в пище, высокое содержание клетчатки в пище и обилие кислых продуктов в диете (5, 6, 9, 29,31).

Цель исследования: Провести профилактические мероприятия остеопороза у женщин перименопаузального возраста в Узбекистане. Разработка шкалы оценки степени риска и тяжести остеопороза в первичном звене здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 68 женщины перименопаузального периода. Пациентки возраста от 45 до 65 лет. При обследовании женщин особое внимание уделялось анамнезу (сколько родов, промежуток между родами, продолжительность лактации, питание и т.д.) Все женщины разделены на 2 группы. Первая группа принимала препарат Са Остео К2, в состав которого входит вит.Д3,

а также вит.К2 (34 женщины). Во вторую группу вошли 34 пациентки которые принимали препарат Остео К2 и трансдермальный гель Эстрожель. Эстрожель наносится тонким слоем на кожу живота, поясничной области, плеч или предплечий 1 раз в день. Площадь нанесения должна быть не менее площади 2 ладоней В работе использованы антропометрические (рост, вес, ИМТ), денситометрия, гормональные - эстриол, в также определяли содержание в крови Вит.Д и Са, которые являются одной из основных показателей развития остеопении и остеопороза.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучение клинических признаков женщины жаловались в основном на сильную боль в спине у 7 пациенток 1 группы (16,7%), умеренная боль отмечалась - у 18 больных (53,3%), у 9 женщин болей не чувствовали. Во 2 группе сильная боль в спине из 34 больных наблюдалось - у 16 больных (43,8%), умеренная боль - у 15 (40,6%) и у 5 больных боли отсутствовали. Очень большое значение имеет определение роста исследуемых женщин. Снижение роста до 10 см не наблюдалось в первой группе. Уменьшение роста до 5 см отмечено у 9 пациенток (30%), уменьшение до 2 см отмечено у 5 женщин (16,7%). Во 2 группе уменьшение роста до 10см отмечалось у 5 больных (15,6%), уменьшение до 5 см отмечали у 15 женщин (46,8%), уменьшение до 2 см отмечено у 12 больных 9 (37,5%). Количество эстриола в крови в 1 группе - у 10 женщин без изменений (62 пг/мл) у 10 женщин (33,3%), и резкое уменьшение отмечено у 5 женщин (до 10 пг/мл), умеренно уменьшено (до 15 пг/мл)- у 7 больных (23,3%). Во 2 группе отмечалось резко уменьшение у 12 женщин (до 10 пг/мл), умеренно уменьшение у 10 (до 15 пг/мл) и у 8 в пределах нормы (78-80 пг/мл). Частые приливы (до 10- 12 раз в сутки) отмечались у 5 больных (17%) женщин 1 группы, 73,3% пациенток жаловались на редкие приливы (3-4 раза в день) и отсутствовали у 3 больных. Во 2 группе отмечались частые приливы у 2 пациенток, редкие - у 50% и отсутствовали у 15 пациенток. Обращали внимание на сутулость женщин В 1 группе резко выраженная сутулость отмечалось у 2 больных, слегка выраженная сутулость наблюдалось у 18 (60%) больных, нарушение осанки не отмечалось у 10 (33,3%) больных. Во 2 группе резко выраженная сутулость отмечалось у 8 больных, слегка выраженная сутулость наблюдалось у 17 (53,1%) больных и нарушение осанки не отмечалось у 5 больных.,

При изучении содержания Са и Вит Д в плазме крови 1 группе обнаружено резкое снижение параметров у 3, показатели ниже нормы наблюдались у 19 (63,3%) и пределах нормы у 8 (27%) женщин. Исследования тех же параметров среди пациенток 2 группы свидетельствует о резком снижении в плазме крови концентраций Са и Вит Д у 9 (28%), ниже нормы 18 (56%) и пределах нормы у 3 женщин. Денситометрические исследования в 1 группе выявили сильно выраженный остеопороз отмечалось у 5 пациенток. Остеопения отмечалась у 15 (43%) и признаков остеопороза не были выявлены у 14 женщин (47%). В нашем

исследовании выявлено, что с возрастом уменьшается содержание эстеродиола, а также имеет место уменьшение содержания Са и Вит Д в крови. При денситометрическом исследования в начале заболевания остеопения с возрастом переходит в остеопороз. На основании клинических признаков остеопороза у женщин в перименопаузальном периоде можно разделить на 4 степени. В первой группе из 34 женщин у 16 женщин было 3 родов, у 6 – 4 родов и у остальных 1-2 родов. Больше 1,5 года кормили грудью 12 женщин, до года 13 женщин и не кормили 6. Во второй группе в течение 2 лет кормили грудью 16 женщин, 14 женщин в течение года и 4 не кормили. И впервой группе и во второй группе количество абортот составляет 3-5 абортот. Непереносимость молочных продуктов в первой группе отмечают 9 женщин, во второй группе 12 женщин. В первой группе у 4 женщин произведена операция ампутация матки с придатками по поводу симптомной миомы матки. В возрасте от 45-48 лет. Во второй группе у3 была произведена операция ампутация матки в возрасте от 47-52 лет. Клинические признаки остеопороза ярко выражаются у женщин много и часто рожавших, длительно кормящих, имеет значение непереносимость молочных продуктов.

Таким образом, полученные данные указывают, что с увеличением возраста женщин и от образа жизни зависит уменьшение содержания в крови концентраций эстеродиола, а также имеется снижение содержания Са и Вит Д в крови. Наряду с этим, выявляются изменения при рентгенологическом исследовании - в начале остеопороза единичные, с возрастом множественные кистозные изменения в костях. При денситометрическом исследовании явно диагностируется переход остеопении в остеопороз. Во второй группе больных с применением трансдермального геля Эстрожель у женщин на 4-5 сутки уменьшились приливы, нормализовался сон, уменьшились боли в спине по сравнению с первой группой. Прием препаратов кальция и витамина Д3 является также обязательным компонентом любой терапевтической схемы лечения остеопороза, что обусловлено частым гипокальцемическим действием большинства антирезорбтивных препаратов, а также применение трансдермального геля Эстрожель быстро улучшает качество жизни женщины.

Выводы:

1. С переходом женщины из перименопаузы в постменопаузальный период нарастают клинические симптомы и лабораторные признаки нарушений структуры трубчатых костей, что связано с угасанием гормональной функции и перехода от остеопении в остеопороз.

2.Наиболее достоверными диагностическими исследованиями для выявления остеопороза являются Денситометрия, МРТ и рентгенологические исследования.

3.Применение трансдермального геля Эстрожель относительно быстро улучшает общее состояние женщин перименопаузального периода, очень прост при применении.

Список литературы:

1. Асилова С.У., Тургунова Г.И., Рахбарова Д.А. Экспериментальное обоснование применения хитозана при посттравматических остеопорозах. Конференция травматологов и ортопедов международным участием/ Узбекистан, Хива, 5 ноября 2010 г. С.130
2. Асилова С.У., Тургунова Г.И., Назирова М.У., Юсупова К.А., Назаров Ж.Х., Милушева Р.Ю. Влияния модифицированного хитозана на формирование костной ткани. Вестник ташкентской медицинской академии 2012г, №1, с-24-29
3. Асилова С.У., Югай А.В., Нуримов Г.К., Давлетов С.И., Турдибеков Б.С. Экспериментальное исследование с применением хитозана и модифицированного хитозана ожинская Л.Я., Белая Ж.Е. Достижения и перспективы в лечении остеопороза // Профилактическая медицина, 2009.- №6. С.21-26
4. Рубашек И.А., Невмержицкая И.Ю. Скринирующая анкета по остеопорозу // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2005.- № 4 (42). -С. 175.
5. Асилова С.У., Умарова Г.Ш. Изучения влияния хитозана и модифицированного хитозана в процессе регенерация костный ткани в эксперименте. Сборник тезисов “Актуальные вопросы травматологии и ортопедии” VIII съезд травматологов ортопедов Узбекистана, Андижан, 2013 г, с-121
6. Асилова С.У., Назарова Н.З., Умарова Г.Ш., Нуримов Г.К. “Ангиометрическое исследование при остеопорозе костей в экспериментальных условиях”. Медицинский журнал Узбекистана, г. Ташкент, 2013 г, №3, с-145-147
7. С.У.Асилова, А.В.Югай, Б.С.Турдибеков, Б.Ш. Убайдуллаев, Г.Ш.Умарова Биохимические исследования крови лабораторных животных при посттравматическом остеопорозе в условиях эксперимента. Медицинский журнал Узбекистана. №3, 2014. С-92-93.

8. Асилова С.У., Рашидова С.Ш., Убайдуллаев Б.Ш., Юсупова К.А., Умарова Г.Ш., Нуримов Г.К., Вахидова Н.Р. Морфологические исследования при остеопорозе костей в экспериментальных условиях научно практическая конференция «Wykszatlenie I nauka bez granic-2014» Vol 22, С 19. Польша
9. Асилова С.У. Biochemical indications at posttraumatic osteoporosis in experimental conditions. 35th SICOT Orthopaedic World Conference, Бразилия. 2016
10. Асилова С.У., Убайдуллаев Б.Ш., Юсупова К.А., Югай А.В., Максудов Ш.А. Определение кальция и щелочной фосфатазы в крови при посттравматическом остеопорозе костей в экспериментальных условиях II конгресс травматологов-ортопедов. Травматология и ортопедия столицы. Настоящее и будущее. Сборник тезисов., г. Москва, 2014 г., с-23-24
11. Белая Ж.Е., Bilezikian John P., Ершова О.Б., Лесняк О.М., Маорченкова Л.А., Родионова С.С., Рожинская Л.Я., Торопцева Н.В., Юренева С.В. Возможности длительной терапии постменопаузального остеопороза: обзор результатов клинических исследований деносуема и резолюция совета экспертов Российской ассоциации по остеопорозу // Остеопороз и остеопатии, 2018.-№1.- Т.21.-С.17-222.
12. M.Abdieva .D.Saidjalilova, S.Asilova Calcium intake and risk of fracture during the premenopause periods World science №12(28) Vol.4. December 2017
13. Asilova S., Saliev S. Development of evaluation and treatment methods in patients with dysplastic hip arthritis depending on bone mineral density. MPH, MD 34th SICOT Orthopaedic World Conference, Hyderabad, India, 2013 г. 17-19 October 2013
14. Asilova S., Yugay A. Morphological parameters of influence of chitosan and modified chitosan on the regeneration of bone tissue in the experiment. 34th SICOT Orthopaedic World Conference, Hyderabad, India, 2013 г. 17-19 October 2013
15. Asilova S., Biochemical indications at posttraumatic osteoporosis in experimental conditions. 35th SICOT Orthopaedic World Conference, Бразилия. 2016
16. Asche C; Nelson R; McAdam-Marx C; Jhaveri M; Ye X. Predictors of oral bisphosphonate prescriptions in post-menopausal women with osteoporosis in a real-world setting in the USA // Osteoporosis International: A Journal Established As Result Of Cooperation Between The European Foundation For Osteoporosis And The National Osteoporosis Foundation Of The USA [Osteoporos Int] 2010 Aug; Vol. 21 (8), pp. 1427-36.
17. Nazirova M.U. prof. Kattakhodjaeva M.Kh. prof. Asilova S.U. The state of bone mineral density of women in the perimenopausal period. British Medical Journal/ Volume 3, №1, January 2023. P.48-54
18. Каттаходжаева М.Х., Абдусаматова М.Х. Обмен NO у женщин с патологическим климактерием и его коррекция препаратом Симвастатин // Материалы науч.- практ. Конференц. «Актуальн. Вопросы клинич. И эксперм. медицины», Санкт-петербург 2005, стр. 228-229.
19. Каттаходжаева М.Х., Абдусаматова М.Х., Сулейманова Н.Ж. Липид корригирующая эффективность Симвастатина при проведении заместительной гормональной терапии климактерических расстройств в перименопаузе // Журнал Новости Дерматовенерологии и репродукт. Здоровья, Ташкент, 2006, №1, стр. 72-76
20. Лукьянчикова Н.С., Шарапова Е.И. Комплексный подход к реабилитации пациентов с остеопорозом // Остеопороз и остеопатии, 2017.-№1.- Т.20.-С.39-43



УДК: 618.11-006.6-036.87-08+616.42

Рахимов Нодир Махамматкулович

DSc, профессор

Шаханова Шахноза Шавкатовна

PhD

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Абдурахмонов Журабек Амриллович**Талибова Нилуфар Ахтамовна****Сулимова Ольга Геннадьевна**

Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Самарканд Узбекистан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АСЦИТА ОБУСЛОВЛЕННЫЙ РЕЦИДИВОМ ПЛАТИНОРЕФРАКТЕРНОГО РАКА ЯИЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТРОНОМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

For citation: Rakhimov M. Nodir, Shakhanova Sh. Shakhnoza Abdurakhmonov A. Jurabek, Talibova A. Nilufar, Sulimova G. Olga. The effectiveness of treatment of ascites due to recurrence of platinum-refractory ovarian cancer using metronomic chemotherapy. Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024 vol 5 issue 1, pp

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10910900>**АННОТАЦИЯ**

В течение многих лет рак яичников остаётся ведущей причиной смертности от онкогинекологических заболеваний. Первоначальное лечение для IC–IV стадий рака яичников включает в себя хирургическую циторедукцию с последующей платиносодержащей химиотерапией. Лучшие результаты отмечаются у пациенток с достигнутой полной циторедукцией: многие авторы сообщили об увеличении общей выживаемости больных по мере увеличения полноты циторедукций. Несмотря на это, у большинства пациенток развиваются рецидивы заболевания, а отдаленные результаты лечения остаются неудовлетворительными: показатель общей 5-летней выживаемости составляет около 30 %. Частота поражения лимфатических узлов при рецидивах рака яичников достоверно не известна, по данным литературы, изолированные рецидивы этой локализации отмечаются у 5–32 % пациенток. На сегодняшний день вопрос о значимости выполнения и объеме лимфодиссекции при лечении рецидивов рака яичников остается открытым. В связи с этим в данной статье мы хотим представить имеющуюся доказательную базу, касающуюся роли вторичных циторедуктивных вмешательств при рецидивах рака яичников у пациенток с изолированным поражением лимфатических узлов.

Ключевые слова: рак яичников, лимфодиссекция, циторедукция, метастазирование, платиночувствительные и платинорезистентные рецидивы.

Raximov Nodir Maxammatqulovich

DSc, professor

Shaxanova Shaxnoza Shavkatovna

PhD

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti

Samarqand, O'zbekiston

Abduraxmonov Jo'rabek Amrilloevich**Talibova Nilufar Aktamovna****Sulimova Olga Gennad'evna**

Respublika Ixtisoslashtirilgan Onoklogiya va Radiologiya ilmiy-amaliy

tibbiyot markazi Samarqand filiali

Samarqand, O'zbekiston

RETSIDIVLANUVCHI PLATINA-REFRAKTER TUXUMDON SARATONI ASTITINI DAVOLASHDA METRONOM KIMYO TERAPIYANING SAMARADORLIGI**ANNOTATSIYA**

Ko'p yillar davomida tuxumdon saratoni saraton kasalligidan o'limning asosiy sababi bo'lib qolmoqda. Tuxumdon saratonining IC–IV bosqichlari uchun dastlabki davolash jarrohlik sitoreduksiyani, so'ngra platina o'z ichiga olgan kimyoterapiyani o'z ichiga oladi. Eng yaxshi natijalar

to'liq sitoreduksiyaga erishgan bemorlarda kuzatiladi: ko'plab mualliflar sitoreduksiyaning to'liqligi ortishi bilan bemorlarning umumiy omon qolish darajasi oshgani haqida xabar berishdi. Shunga qaramay, ko'pchilik bemorlarda kasallikning qaytalanishi rivojlanadi va uzoq muddatli davolash natijalari qoniqarsiz bo'lib qolmoqda: umumiy 5 yillik omon qolish darajasi taxminan 30% ni tashkil qiladi %. Tuxumdon saratonining qaytalanishi paytida limfa tugunlarining shikastlanish darajasi ishonchli ma'lum emas; adabiyotlarga ko'ra, bemorlarning 5–32% da ushbu lokalizatsiyaning izolyatsiya qilingan relapslari kuzatiladi. Bugungi kunga kelib, tuxumdon saratonining qaytalanishini davolashda limfodisseksiyaning ahamiyati va hajmi masalasi ochiqlicigacha qolmoqda. Shu munosabat bilan, ushbu maqolada biz limfa tugunlarining izolyatsiya qilingan shikastlanishi bo'lgan bemorlarda tuxumdon saratonining qaytalanishida ikkilamchi sitoreduktiv aralashuvlarning roli bo'yicha mavjud dalillarni taqdim qilmoqchimiz.

Kalit so'zlar: tuxumdon saratoni, limfodisseksiya, sitoreduksiya, metastaz, platina sezgir va platinaga chidamli recidivlar.

Rakhimov Nodir Makhammatkulovich

DSc, professor

Shakhanova Shakhnoza Shavkatovna

PhD

Samarkand state medical university

Samarkand, Uzbekistan

Abdurakhmonov Jurabek Amrilloevich

Talibova Nilufar Aktamovna

Sulimova Olga Gennadiyevna

Samarkand branch of the Republican Specialized Scientific and

Practical Medical Center of Oncology and Radiology

Samarkand, Uzbekistan

THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF ASCITES DUE TO RECURRENCE OF PLATINUM-REFRACTORY OVARIAN CANCER USING METRONOMIC CHEMOTHERAPY

ANNOTATION

Ovarian cancer (OC) remains the leading cause of death from gynecological cancer. The initial treatment for IC-IV stages of OC includes surgical cytoreduction followed by platinum-containing chemotherapy. The best outcomes are observed in patients, in whom complete cytoreduction has been achieved. Despite this fact, most patients develop relapses and the 5-year survival rate is about 30 %. The frequency of lymph node involvement in patients with recurrent OC is not reliably known; isolated lymph node recurrence is reported to occur in 5–32 % of patients. To date, the problem regarding the extent of lymph node dissection in treatment of OC recurrence is still unsolved. In our paper we review the available data concerning the role of secondary cytoreductive surgery for isolated lymph node recurrence of ovarian cancer. Isolated lymph node recurrence of ovarian cancer may indicate a more favorable prognosis and has a less aggressive pattern of OC relapse. The role of secondary cytoreduction in this context is not fully understood, but this category of patients may be one of the most suitable for surgical treatment of ovarian cancer recurrence.

Key words: ovarian cancer, lymph node dissection, cytoreduction, metastasis, platinum-sensitive and platinum-resistant recurrence.

В 2021 году в Республике Узбекистан было выявлено 25 578 случаев ЗН (в 2020 г. – 21 976). Темп прироста данного показателя по сравнению с 2020 годом составил 16,4%, а среди женского населения: ЗН молочной железы (24,0), шейки матки (10,6) и яичника (5,7 на 100 000 населения). Заболеваемость раком яичника (РЯ) во всем мире и в Узбекистане имеет тенденцию к постоянному росту. В Узбекистане заболеваемость составила 5,7 на 100 000 населения в 2021 году, в 2015 году этот показатель составлял 4,7. Удельный вес больных, выявленных активно, от числа больных с впервые установленным диагнозом РЯ в Узбекистане за 2015 и 2021 гг. в процентном соотношении был 12,9% и 19,9% соответственно. Удельный вес больных с диагнозом, подтвержденным морфологически, от числа больных с впервые установленным диагнозом РМП в Узбекистане за 2015 и 2021 гг. составил 92,5% против 93,8%. Удельный вес больных с запущенным опухолевым процессом РЯ (III-IV стадия) от числа больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования в Узбекистане за 2015–2021 гг. составил 51,9% и 46,2%. Доля больных, состоявших на учете в онкологических учреждениях Узбекистана 5 лет и более с момента установления диагноза РЯ в 2015–2021 гг. составил 45,3% и 43,0% соответственно. Одногодичная летальность больных в течение года с момента установления диагноза злокачественного новообразования (из числа больных, впервые взятых на учет в предыдущем году) в Узбекистане за 2015–2021 гг. составил 8,5% и 16,0% соответственно (Тилляшайхов М.Н., Ш.Н.Ибрагимов, Джанклич С.М., 2021).

Фактор эндотелиального роста сосудов встречается в большом количестве у асцитов у пациентов с раком яичников и играет центральную роль в модуляции онкогенных характеристик раковых клеток яичников. VEGF чрезмерно экспрессируется в опухолевых клетках яичника и связан с плохим прогнозом (Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, 2009). Сообщалось, что высокая продукция VEGF из первичных опухолей коррелирует с

увеличением метастазирования и худшим прогнозом по сравнению с опухолями с низким уровнем секреции VEGF [40]. Было показано, что ретровирусная принудительная экспрессия VEGF в раковых клетках яичников резко сокращает время начала образования асцита (Bonnetfoi H, A'Hern RP, Fisher C, Macfarlane V, 2009).

Цель: Разработать и внедрить в клиническую практику метод метрономной поддерживающей химиотерапии пациентов с асцитом обусловленный платинорезистентным рецидивным раком яичника.

Материалы и методы: объектом исследования являлись 116 больных женского пола с верифицированным диагнозом рак яичника осложненный асцитом (РЯОА) и находившимся на лечении в РСНПМЦОИР, а также в Самаркандском филиале 2017 по 2023 года. Больные рандомизированы следующим образом группы: 1- группа получавшие стандартную палиативную терапию гемцитабин 1000 мг/м² 1,8,15 дни и бивидизумаб в дозе 7,5-15 мг/кг 1 раз в 3 недели (n=42); 2-группа пациенты, получавшие метрономную химиотерапию: циклофосфамид 50 мг / сут. внутрь ежедневно без перерыва (n=33); 3группа Пациенты, получавшие метрономную химиотерапию: циклофосфамид 50 мг / сут. внутрь ежедневно без перерыва и пазопаниб 400 мг 1-28 дни (n=41).

При выборе данной схемы мы руководствовались следующими моментами: циклофосфамид и анти-VEGF имеют синергизм действия при антиангиогенной терапии, метрономная терапия циклофосфамидом снижает количество CD133+/CD44+/CD24+ раковых стволовых клеток и Т-регуляторных клеток. Нормализация сосудов, вызванная анти-VEGF терапией, также может способствовать хоумингу эффекторных Т-клеток, что приводит к активации противоопухолевого иммунитета (Cazzaniga, M.E.; Cordani, N.; Capici, S.; Cogliati, V.; Riva, F.; Cerrito, M.G., 2021). По показаниям проводилась антигипертензивная терапия, ангиэластики, H2-блокаторы, симптоматическая терапия. Токсичность оценивали по шкале общих терминологических

критериев NCI. При токсичности 3-4 степени последующую дозу прерывали на 2 недели и возобновляли назначения, при стойкой токсичности останавливали терапию. Пазопаниб уменьшали дозу до 200 мг. Критерием эффективности считали понижение СА-125, уменьшение количества асцита и по качеству жизни. Снижение дозы проводилось при токсичности 3 или 4 степени. Первое снижение включало уменьшение дозы пазопаниба до 200 мг два раза в день, а второе снижение включало снижение дозы пазопаниба до 200 мг один раз в день.

Эта схема лечения использовалась нами, когда у пациентов наблюдалась неэффективность лечения стандартной терапии. Насколько нам известно, этот режим не одобрен для лечения рака яичников, и его использование у наших пациентов было не по назначению.

Резистентность определили по следующим критериям: прогресс болезни на фоне первичной и/или вторичной линии химиотерапии с платиной; платинорезистентность определяли как прогрессирование заболевания (метастаз и/или рецидив) в течении 6 месяцев после завершения последней терапии на базе цисплатина или карбоплатины с бевизумабом или без него.

Злокачественный асцит диагностирован методом лапароцентеза с последующей эксфолиантной цитологическим исследованием жидкости. Больные с неконтролируемой артериальной гипертензией, склонные к тромбозу, с патологией коронарных артерий, желудочно-кишечными кровотечениями в анамнезе были исключены.

Средний возраст пациентов составил $54,3 \pm 3,9$ года, при этом наибольшая доля пациентов $56,3 \pm 4,61\%$ была старше 51 лет.

Пациентов младше 50 лет в общей сложности было 43,1%, а пациентов в возрасте выше 71 0,86%. Наиболее часто интенсивность накопления жидкости в брюшной полости составило количества до 1,0 литра в неделю, что тоже считается достаточно большим. Только в 5,2% случаях накопление жидкости имел очень большую интенсивность и составлял более 3,0 литра и более. Такое интенсивное накопление было характерно для больных при большом участе поражения при брюшной полости. Наиболее часто была обнаружена аденокарцинома - у 68 (58,6%) больных. Иммуногистохимическое исследование (ИГХ) операционного материала проводилось на серийных парафиновых срезах. В лаборатории: ООО «Premium Diagnostics», ИГХ препараты имеют регистрационное удостоверение Номер Тв/Х 00058/03/15, дата регистрации 13.03.2015 со сроком регистрационного удостоверения 13.03.2025г. Производитель: Dako Denmark A/S, Dania Dakoproduktionsvej 42, DK-2600 Glostrup Denmark

Критерии отбора больных: наличие асцита; наличие раковых клеток в асците; Морфологически верифицированный диагноз. стадия опухолевого процесса должна соответствовать по FIGO ПС-ПИС; Больные с платинорезистентным и/или платинорефрактерным раком

Результаты:

Непосредственная эффективность лечения является основным критерием оценки любого режима химиотерапии и прогностическим фактором для определения продолжительности предстоящей жизни.

Таблица 1

Оценка эффективности таргетной терапии

	Группы исследования								
	1 группа, n=42			2 группа, n=33			3 группа, n=41		
	abs	M (%)	m	aabs	M (%)	m	abs	M (%)	m
Полный эффект	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Частичный эффект	14	33,33	7,27	14	42,42	8,60	18	43,90	7,75
Стабилизация	10	23,81	5,57	10	30,30	8,00	14	35,15*	4,41
Прогрессирование	18	42,86	7,64	9	27,27*	7,75	9	21,95*	6,46

Примечание: * $p \geq 0,05$ относительно к группе сравнения (1 группа)

При этом лучшие результаты отмечено в основных группах частичный эффект 42,4% во второй группе и 43,9% в третьей группе, хотя статистически недостоверной ($p=0,6$). Это можно объяснить тем, что в когорту нашего исследования были включены больные у которых имел платинорезистентность с асцитом и до этого им проведено комбинированная и комплексная терапия.. Непосредственная эффективность оценивалась в группе пациентов, получавших лечение с использованием метрoномной химиотерапии по схеме пазопаниб 400 мг, циклофосфан 50 мг один раз в день до прогресса заболевания.

В группу было включено 41 пациентов, которые находились под наблюдением от 7,3 до 21,6 мес. Медиана длительности наблюдения составила 14,4 мес. ($Q1 = 14,8$; $Q3 = 24,2$). Метрoномную химиотерапию в поддерживающем режиме пациенты получали от 2,7 до 16,2 мес., средний срок лечения составил 9,4 мес. Эффективность лечения оценивалась в соответствии с критериями RECIST 1.1, УЗИ и КТ целевых очагов выполнялась 1 раз в 3 месяца от момента назначения метрoномной химиотерапии. Прогрессирование опухолевого процесса к моменту оценки результатов было зарегистрировано у 18 (42,8%) в первой группе, 9 (27,3%) во второй, 9 (21,9%) в третьей группе.

Таблица 2.

Оценка эффективности таргетной терапии

	Группы исследования								
	1 группа, n=42			2 группа, n=33			3 группа, n=41		
	aabs	M (%)	m	abs	M (%)	m	abs	M (%)	m
Полный эффект	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Частичный эффект	14	33,33	7,27	14	42,42	8,60	18	43,90	7,75
Стабилизация	10	23,81	5,57	10	30,30	8,00	14	35,15*	4,41

Прогрессирование	18	42,86	7,64	9	27,27*	7,75	9	21,95*	6,46
------------------	----	-------	------	---	--------	------	---	--------	------

Примечание: * $p \geq 0,05$ относительно к группе сравнения (1 группа)

В 1-группе у 7 (16,7%) больных прогрессирование болезни наступило в сроки от 3 до 6 мес., у 8 (19,31%) — от 6 до 12 мес, у 3 (7,1%) после 12 месяцев и более. Во 2-группе у 4 (12,1%) больных прогрессирование болезни наступило в сроки от 3 до 6 мес., у 3 (9,1%) — от 6 до 12 мес, у 2 (6,1%) после 12 месяцев и более. В 3-группе у 3 (7,3%) больных прогрессирование болезни наступило в сроки от 3 до 6 мес., у 2 (4,9%) — от 6 до 12 мес, у 4 (9,7%) после 12 месяцев и более. 2 человек получали метрономную химиотерапию с таргетной терапией более 16 месяцев. Чаще всего

в качестве лучшего ответа на лечение регистрировалась стабилизация: у 10 (23,81±5,57%) в первой группе, во второй группе 10 (30,3±8,0%, $p \geq 0,068$) и у 14 (35,15±4,41%, $p \geq 0,05$). Контроль заболевания (CR+PR+SD) был зарегистрирован у 79,1% пациентов. В группе пациентов с прогрессированием опухолевого процесса, зафиксированным при первом контрольном обследовании на фоне метрономной химиотерапии медиана общей наблюдаемой выживаемости составила 16,2 мес., в 3ей группе — 27,3 мес. ($p_{\text{лог-ранг}} < 0,0001$).

Таблица 3.

Данные регрессионного анализа: влияние прогностических факторов на ВДП

Параметр	Коэффициенты модели					
	β	pВальда	ОР	-95% ДИ	+95% ДИ	rпропорц.
Группа: метрономная ХТ с таргетной терапией	-0,59784	0,0011	0,5302	0,4101	0,81236	0,431
Возрастная группа: 61-74 года	0,2876	0,2012	1,4220	0,8997	1,8964	0,401
Вид опухоли: метастатическая	0,0701	0,6968	1,0699	0,8154	1,6028	0,895
Дифференцировка: средняя	0,0901	0,7026	0,8987	0,7457	1,7012	0,912
Дифференцировка: низкая	0,6775	0,0413	0,5079	1,0271	3,7744	0,292
Статус первичной опухоли: удалена	0,3172	0,1892	0,7282	0,8553	2,2047	0,955
Количество курсов ПХТ: 9-12	- 0,4966	0,0735	1,6430	0,3534	1,0483	0,338
Проверка модели	$R_{\text{макс. правдоподобия}} = 0,001$					

Установлено, что на длительность времени, свободного от прогрессирования, оказало влияние в первую очередь проведение метрономной химиотерапии ($p = 0,0012$), а также степень дифференцировки опухоли. У пациентов с низкой степенью дифференцировки ВДП было достоверно ниже, чем с высокой и средней ($p = 0,0413$). Дополнительно была оценена общая

выживаемость за каждые 6 месяцев в обеих группах пациентов (2). Общая однолетняя выживаемость составила 91,3% (95% ДИ [85,0;98,2]) в основной группе, 64,3% (95% ДИ [54,0;76,6]) в группе сравнения, двухлетняя — 44,5% (95% ДИ [32,5;61,0]) и 24,3% (95% ДИ [7,0;31,2]) в обеих группах соответственно.

Таблица 4.

Общая выживаемость в группах за различные промежутки времени

Группа	Длительность наблюдения, месяцы			
	6	12	18	24
Группа сравнения	0,871 95% ДИ ([0,796; 0,953])	0,643 95% ДИ ([0,540; 0,766])	0,386 95% ДИ ([0,287; 0,518])	0,243 95% ДИ ([0,007; 0,312])
Метрономная химиотерапия	1,000 95% ДИ ([1,000; 1,000])	0,913 95% ДИ ([0,850; 0,982])	0,671 95% ДИ ([0,564; 0,799])	0,445 95% ДИ ([0,325; 0,610])
Метрономная химиотерапия с таргетной терапией	1,000 95% ДИ ([1,000; 1,000])	0,940 95% ДИ ([0,750; 0,989])	0,762 95% ДИ ([0,674; 0,894])	0,565 95% ДИ ([0,426; 0,710])
$R_{\text{лог-ранг}} < 0,0001$				

Вывод

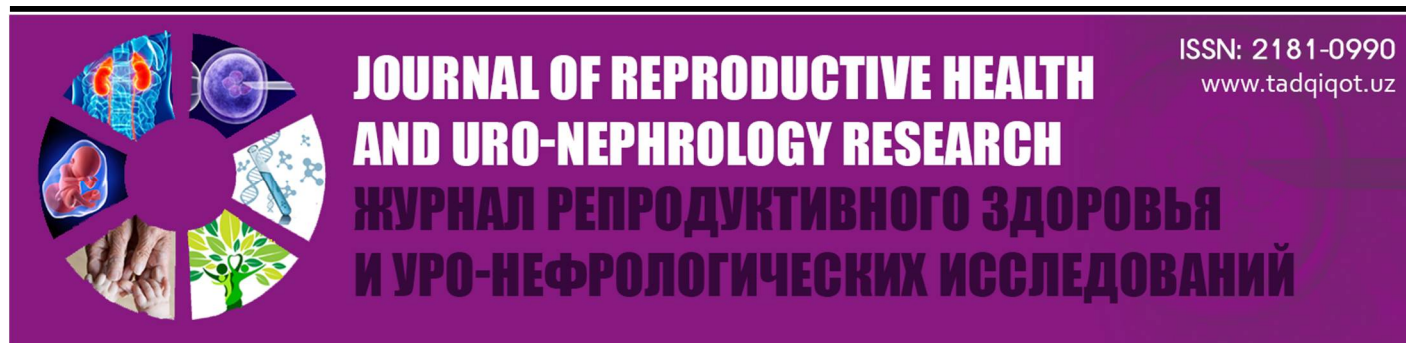
Разработанный нами новый метод метрономной поддерживающей химиотерапии, представляющий собой применение циклофосфида и пазопаниба в низких дозах у пациентов с асцитом обусловленный платинорезистентным рецидивным раком яичника после завершения химиотерапии второй линии. Применение разработанного метода позволяет достичь контроля заболевания у 65,7% пациентов, увеличить медиану времени до прогрессирования с 7,4 до 9,1 мес. ($p_{\text{лог-ранг}} < 0,0001$), медиану общей наблюдаемой выживаемости с 15,0 до

22,7 мес. ($p_{\text{лог-ранг}} = 0,0005$). Клинико-морфологические факторы (пол, возраст пациентов, особенности проведенного ранее лечения) не оказывают значимого влияния на показатели выживаемости пациентов, получающих метрономную поддерживающую химиотерапию. Степень дифференцировки опухоли влияет на ВДП ($p = 0,005$), но не на ОНВ. Применение разработанного метода лечения является более эффективным у пациентов с низкими уровнями опухолевых маркеров РЭА и СА 19-9.

Список литературы:

- Ahmed N., Stenvers K.L. Getting to know ovarian cancer ascites: opportunities for targeted therapy-based translational research. Front Oncol. 2013 Sep 25; 3: 256. doi: 10.3389/fonc.2013.00256.
- Ardatskaya M.D. Ascites and peritonitis in the practice of therapist and gastro- enterologist. Consilium Medicum. 2009; 11 (8): 51–60. (in Russian).

3. Abdurakhmonov Jurabek, Rahimov Nodir, Shakhanova Shakhnoza. Modern view on ascite in ovarian cancer. *Journal of Biomedicine and Practice*. 2022, vol. 7, issue 4, pp. 130-139
4. Caitlin Hodge, Brian D Badgwell Palliation of Malignant Ascites *Surg Oncol* 2019 Jul;120(1):67-73 doi: 10.
5. Shakhanova Sh. Shakhnoza, Rakhimov M. Nodir. Aspects of sarcopenia syndrome in oncological practice: diagnosis and treatment (literature review) // *Journal of Biomedicine and Practice*. 2023, vol. 8, issue 3, pp. 406-417 15.
6. Rakhimov M. Nodir, Khudayberdiyeva A. Shohista, Oripova R. Mehriniso, Shakhanova Sh. Shakhnoza. Practical recommendations for Nutritional support for cervical cancer // *Journal of Biomedicine and Practice*. 2023, vol. 8, issue 2, pp. 224-230 17.
7. Larissa Meyer , Rudy Suidan, Charlotte Sun, Shannon Westin, Robert L Coleman The management of malignant ascites and impact on quality of life outcomes in women with ovarian cancer // *Expert Review of Quality of Life in Cancer Care*. Author manuscript; available in PMC 2019 March 20. doi:10.1080/23809000.2016.1185369.
8. Latifi A., Luwor R.B., Bilandzic M., Nazaretian S., Stenvers K., Pyman J., Zhu H., Thompson E.W., Quinn M.A., Findlay J.K., Ahmed N. Isolation and characterization of tumor cells from the ascites of ovarian cancer patients: molecular phenotype of chemoresistant ovarian tumors. *PLoS One*. 2012; 7 (10): e46858. doi: 10.1371/journal.pone.0046858 19.
9. Shield K., Ackland M.L., Ahmed N., Rice G.E. Multicellular spheroids in ovarian cancer metastases: Biology and pathology. *Gynecol Oncol*. 2009 Apr; 113 (1): 143–8. doi: 10.1016/j.ygyno.2008.11.032. 23.
10. Smolle E., Taucher V., Haybaeck J. Malignant Ascites in Ovarian Cancer and the Role of Targeted Therapeutics. *Anticancer Res*. 2014 Apr; 34 (4): 1553–614 24. Stepanov I.V ., Paderov Yu.M., Afanasyev S.G. Peritoneal carcinomatosis. *Siberian Journal of Oncology*. 2014; 5: 45–53. (in Russian).
11. Stepanov S.O., Mitina L.A., Guts O.V., Bepalov P.D. Ultrasound imaging of peritoneal dissemination. *Diagnostic radiology and radiotherapy*. 2013; 3 (4): 66–70. (in Russian)
12. Tan D.S., Agarwal R., Kaye S.B. Mechanisms of transcoelomic metastasis in ovarian cancer. *Lancet Oncol* (2006) 7 (11): 939–1. doi: 10.1016/S1470-2045(06)70939-1. 27.



УДК: 616-071-08-036.868.

Юлдашева Насиба Алишеровна

доцент, к.м.н.

Ташкентский государственный

стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

Усманова Шоира Равшанбековна

доцент, д.м.н.

Ташкентский государственный

стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

Комилова Адиба Закиржоновна

ассистент, к.м.н.

Ташкентский государственный

стоматологический институт

Ташкент, Узбекистан

**ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР
РАЗВИТИЯ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ**

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 2024, vol. 5, issue 1 pp

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10929213>**АННОТАЦИЯ**

Для оценки некоторых аспектов развития герпетического стоматита у беременных женщин изучить особенности функционального состояния эндотелиальных клеток, содержания церулоплазмينا и мочевой кислоты в крови. Обследованы 40 беременных женщин во II триместре с герпетическим стоматитом. Изучены уровень ИЛ-10 в слюне, содержание в крови мочевой кислоты, церулоплазмينا и маркеры дисфункции эндотелия. Выявлено повышение уровня мочевой кислоты, церулоплазмينا на фоне снижения ИЛ-10. На фоне повреждения эндотелия, отмечено активация плазменного звена системы гемостаза с преимущественным превалированием плазминовой системы на месте очага вирусного повреждения, которое при нарушении деструктивных процессов происходящих на месте очага вирусной инфекции могут сопровождаться геморрагией.

Ключевые слова: герпетический стоматит, церулоплазмин, маркеры, дисфункции эндотелия

Yuldasheva Nasiba Alisherovna

Associate Professor, Candidate of Medical Sciences

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

Usmanova Shoira Ravshanbekovna

Associate Professor, MD

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

Komilova Adiba Zakirzhonovna

Assistant, PhD

Tashkent State Dental Institute

Tashkent, Uzbekistan

**HERPETIC STOMATITIS IN PREGNANT WOMEN AS AN ETIOPATHOGENETIC FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF
ENDOTHELIAL DYSFUNCTION****ABSTRACT**

To evaluate some aspects of the development of herpetic stomatitis in pregnant women, to study the features of the functional state of endothelial cells, the content of ceruloplasmin and uric acid in the blood. 40 pregnant women in the second trimester with herpetic stomatitis were examined. The level of IL-10 in saliva, the content of uric acid in the blood, ceruloplasmin and markers of endothelial dysfunction were studied. An increase in the level of uric acid, ceruloplasmin was revealed against the background of a decrease in IL-10. Against the background of

endothelial damage, activation of the plasma link of the hemostasis system was noted with the predominant prevalence of the plasmin system at the site of the focus of viral damage, which, if the destructive processes occurring at the site of the focus of viral infection are disrupted, may be accompanied by hemorrhage.

Key words: herpetic stomatitis, ceruloplasmin, markers, endothelial dysfunction.

Yo'ldosheva Nasiba Alisherovna

dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi

Toshkent davlat

stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Usmonova Shoirav Ravshanbekovna

dotsent, tibbiyot fanlari doktori

Toshkent davlat

stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

Komilova Adiba Zakirjonovna

assistent, tibbiyot fanlari nomzodi

Toshkent davlat

stomatologiya instituti

Toshkent, O'zbekiston

HOMILADOR AYOLLARDA HERPETIK STOMATIT ENDOTELIAL DISFUNKTSIYA RIVOJLANISHINING ETIOPATOGENETIK OMILI

ANNOTATSIYA

Homilador ayollarda herpetik stomatit rivojlanishining ba'zi jihatlarini baholash uchun endotelial hujayralarning funktsional holati, qondagi seruloplazmin va siydik kislotasi xususiyatlarini o'rganing. Herpetik stomatit bilan II trimestrda 40 homilador ayol tekshirildi. So'lkadagi IL-10 darajasi, qondagi siydik kislotasi, seruloplazmin va endotelial disfunktsiya belgilari o'rganildi. IL-10 ning pasayishi fonida siydik kislotasi, seruloplazmin darajasining oshishi aniqlandi. Endotelial shikastlanish fonida gemostaz tizimining plazma aloqasi faollashishi virusli shikastlanish joyida plazmin tizimining ustunligi bilan qayd etilgan, agar virusli infektsiya o'chog'i joyida sodir bo'ladigan halokatli jarayonlar buzilgan bo'lsa, gemorragiya bilan birga bo'lishi mumkin.

Kalit so'zlar: Herpetik stomatit, seruloplazmin, markerlar, endotelial disfunktsiyalar

Введение: В настоящее время герпес-вирусная инфекция у женщин и её влияние на течение беременности и родов привлекает внимание многих исследователей, так как в практической деятельности врачи многих специальностей встречаются с заболеваниями, вызванными вирусами семейства Herpesviridae. Представители этого семейства распространены во всех регионах мира, поражая 60-90% населения, как в экономически развитых, так и в развивающихся странах [Попова А.Ф., 2011]. Наиболее часто инфицированию вирусом простого герпеса подвергаются женщины репродуктивного возраста, что делает проблему внутриутробной вертикальной передачи плоду и инфицирования новорожденных актуальной в работе врача акушера-гинеколога. Процесс заражения клеток включает следующие этапы: 1) прилипание к клетке хозяина; 2) «раздевание» вириона; 3) пенетрация в клетку; 4) синтез и сбор вирусных компонентов; 5) выход новых вирионов [Huang I.C., 2008; Key N.S., 1990; Mitola S. R., 2000]. Входными воротами для вируса герпеса является слизистая оболочка или поврежденные кожные покровы; они мигрируют по нервной системе и остаются в ней в латентном состоянии. HSV 1 обнаруживается преимущественно в ганглиях n. trigeminus, вызывая орофасциальные поражения. Далее вирус вступает во взаимодействие с нейроном, проникает внутрь этой клетки и транспортируется вдоль аксона к ядру нейрона и там может оставаться длительное время, что приводит к возникновению латентной фазы инфекции. При реактивации инфекционного процесса происходят возвращение ВПГ вдоль аксона обратно на периферию и повторная репликация его в эпителиальных клетках с деструкцией последних. Этот процесс может носить как клинически проявляющийся, так и бессимптомный характер. Человек является единственным источником инфекции и при заражении HSV остается пожизненным носителем вируса, передавая его преимущественно в период обострения. Сохранение вируса в организме инфицированного хозяина (латентность) является причиной периодических обострений заболевания.

По мнению Шевченко Ю.Л. и соав. (2022) и Fosse JH., Haraldsen G, Edelmann R. (2021) эндотелиальные клетки

выстилают внутреннюю поверхность всех кровеносных и лимфатических сосудов, создавая полупроницаемый барьер между кровью, лимфой и окружающими их тканями. Это свойство обуславливает тот факт, что все возможные входные порты вирусной инфекции находятся в тесном контакте с эндотелиальными клетками. Эндотелиальная клетка является важной мишенью для большинства вирусов человека, включая бета- и гамма-герпесвирусы. Нарушение регуляции функции микроциркуляторного русла опосредует отек и геморрагию при вирусных заболеваниях [Weinbaum S, Tarbell JM, Damiano ER., 2007]. Венозные эндотелиальные клетки жестко контролируют миграцию лейкоцитов из крови в ткани и организуют локальные воспалительные реакции [Шевченко Ю.Л., Гороховатский Ю.И., Азизова О.А., Замятин М.Н., 2009]. Вирусная инфекция не является основной причиной повреждения тканей. Оно возникает в результате острого гипериммунного воспаления, приводящего к массивному высвобождению цитокинов [Felsenstein S, Herbert JA, McNamara PS, Hedrich, 2020]. Высвобождение этих цитокинов способствует активации эндотелия, что приводит к экспрессии селектинов (Е-селектин и Р-селектин) и интегринов (ICAM и VCAM), а также способствует рекрутированию нейтрофилов и моноцитов, вызывая повреждение эндотелия через высвобождение АФК. Повреждение эндотелия вызывает активацию каскада свертывания и активацию тромбоцитов, что приводит к гиперкоагуляции и тромбозу. [Laforge M, Elbim C, Frere C, et al. 2020].

Материал и методы исследования: Обследованы 76 беременные женщины, которых наблюдали на базе ТГСИ Из общего числа обследованных беременных женщин (основная группа), у 40 беременных женщин был выявлен герпетический стоматит. Данную группу беременных с герпетическим стоматитом составили пациенты с часто рецидивирующей ВПГ-инфекцией вирусами семейства Herpesviridae и числом обострений от 4 до 6 в год. Диагноз инфекции герпетического стоматита у обследованных беременных женщин устанавливался на основании клинических данных: жалоб пациентки, сбора анамнеза. Для обнаружения ВПГ в настоящее время используют

также ряд молекулярно-биологических методов, таких как полимеразная цепная реакция (ПЦР) и реакция молекулярной ДНК-гибридизации, позволяющих выявить наличие вирусной нуклеиновой кислоты в исследуемом материале. Обследованные женщины были привлечены к наблюдению при сроке гестации 22-32 нед. Группу сравнения (18 женщин) составили женщины с неосложненным течением беременности (22-32 нед.). Возраст обследованных лиц в среднем был равен от 18 до 26 лет. Стоматологический статус исследовали с помощью стоматологических индексов в первый, второй и третий триместры беременности. При этом использовали индекс кариеса КПУ, индекс гигиены полости рта по Грин-Вермиллиону (ОHI-S), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс РМА и пародонтальный индекс CPITN. У всех беременных во все сроки гестации (I- триместр (8-12 нед.), II- триместр (16-24 нед.) и III-триместр (27-38 нед.) гестационного периода собирали ротовую жидкость с использованием методик Н.А. Терёхиной, Ю.А. Петровича и соав.(2010). Для исследований содержания цитокинов использовали ротовую жидкость, собранную натощак, утром, без стимуляции, а также венозную кровь пациенток, взятую с 8 до 10 ч утра в пластиковые пробирки BD Vacutainer (BD Bioscience). Биомассу центрифугировали, хранили при температуре 20-30°C. В ротовой жидкости определяли методом иммуноферментного анализа используя тест системы фирмы «HUMAN» содержание интерлейкина-10 (ИЛ-10). Для иммуноферментного анализа использовали аппарат для промывания планшетов фирмы «HUMAN», оценку полученных результатов проводили на анализаторе «Mindray». Методом ИФА

определяли плазменные концентрации тканевого активатора плазминогена, ингибитора активатора плазминогена-1, Коагулометрическим методом определяли длительность протромбинового времени, АЧТВ, тромбинового времени, ХПa-зависимого фибринолиза содержание фибриногена, РФМК с помощью реагентов НПО «РЕНАМ» (Россия). Спектрофотометрически с помощью реагентов НПО «РЕНАМ» измеряли содержание плазминогена. Иммуноферментным методом было изучено содержание церулоплазмينا и мочевой кислоты в крови, используя наборы фирмы «HUMAN».

Результаты исследований и их обсуждение: Одной из задач нашего исследования было оценка гигиенического состояния полости рта и определение интенсивности и распространенности воспалительных заболеваний пародонта и их влияние на интенсивность, распространенность, течение и степень тяжести герпетического стоматита. Как показали исследования основной группе беременных женщин были характерны высокие показатели индекса гигиены ОHI-S от $3,3 \pm 0,12$ до $2,9 \pm 0,11$, где индекс кровоточивости достигал 3 и 4 степени, индекс РМА достигал 68% и более, значения индекса КПИ составляло от 3 до 3,6 баллов, для индекса КПУ было характерно преобладание константы «К». Проведенная индексная оценка стоматологического статуса пациенток с герпетическим стоматитом свидетельствовала о прогрессировании данной патологии в течение беременности с повышением степени тяжести заболевания, ухудшением гигиенического состояния полости рта, повышением индексов, отражающих состояние десен и твердых тканей пародонта.

Таблица 1

Содержание интерлейкина -10 (ИЛ-10) в ротовой жидкости и в сыворотки крови у беременных герпетическим стоматитом

Показатель	Здоровые лица n=14	Группа сравнения n=18	Основная группа n=40
Содержание ИЛ-10 в ротовой жидкости пг/мл	$10,45 \pm 0,86$	$11,36 \pm 1,14$	$3,82 \pm 0,31^*$
Содержание церулоплазмينا в крови мг/дл	$24,13 \pm 1,74$	$29,01 \pm 2,11$	$46,09 \pm 3,81^*$
Содержание мочевой кислоты в крови мкмоль/л	$314,53 \pm 16,3$	$398,57 \pm 19,3$	$483,43 \pm 26,1^*$

Примечание:*- достоверность различий $P < 0,05$ относительно показателей групп сравнения

В исследованиях Wegmann T.G., Lin H., Guilbert L. (1993) Сидельникова В.М.,(2005), показано, что ингибция продукции ИЛ-10 на ранних сроках вызывает прерывание беременности. Кроме того, TGF- β и ИЛ-10 способствуют генерации регуляторных Т-клеток с супрессорной активностью [Arinola O.G., Louis J., Tacchini-Cottier F.,2004; Matsumura T., Hayashi H., Takii T.,2004]. Таким образом, беременность осложненная герпетическим стоматитом сопровождается снижением уровня ИЛ-10 в ротовой жидкости во II-триместре гестационного периода.

Экспрессия гена церулоплазмينا обнаружена в гепатоцитах, в лимфоцитах [Вавилова Т.П.,2005], мононуклеарных клетках селезенки [Ермолаева, Е.Н.,2014], ткани мозга [Крайнова, Т.А.,2005], бронхов [Алексеева Н.Н.1991], матки [Ващенко, В.И.,2006]. Процессы, в которых участвует ЦП, имеют как ферментативную, так и неферментативную природу [Максименко, А.В.,2007]. Обладает супероксиддисмутазной активностью, ферроксидазной активностью церулоплазмин осуществляет окислительное дезаминирование биогенных аминов, выступает как источник внутриклеточной меди. Церулоплазмин взаимодействует с гидратированными электронами, взаимодействует с восстановленной формой ксантиноксидазы [Соколов А.В.,2015].

Анализ полученных результатов исследований, представленной в таблице показал на рост содержания мочевой

кислоты в крови у беременных женщин с герпетическим стоматитом в 1,5 раза относительно показателей здоровых лиц. Такая же динамика отмечено и сравнении с показателями здоровых беременных женщин.

У беременных женщин с герпетическим стоматитом при местных вмешательствах может развиваться повышенная кровоточивость в местах непосредственных герпетического стоматита. В данной ситуации, преждевременный лизис фибринового сгустка может быть причиной кровотечений. Данное состояние развивается в результате образования неполноценного фибринового сгустка вследствие дисфибриногенемии, недостаточности активности фактора XIII, который становится более восприимчивым к деградации плазмином при увеличении уровня тканевого активатора плазминогена. Снижение активностей ингибитора активатора плазминогена I типа и α_2 -антиплазмينا и активация реакции фибринолитической системы на внутрисосудистое образование тромбина или отложения фибрина приводит к вторичной активации фибринолиза. Соответственно компенсаторная фибринолитическая реакция пропорциональна обширности отложения фибрина в сосудистом русле, вызывающими закупорку микрососудов, нарушение кровоснабжения очага воспаления. Источник тканевого фактора и площадь его контакта с кровью зависят от обширности повреждения тканей и степени экспрессии

тканевого фактора клетками, такими как моноциты и сосудистый эндотелий, в ответ такие патологические стимулы, как вирус и цитокины. Все эти процессы усугубляют обширную закупорку капиллярного русла, приводящую к прогрессирующей дисфункции эндотелия.

Длительность ХПа-зависимого фибринолиза у пациентов указывает на незначительное истощение активности фактора ХШа и тем самым свидетельствует об накоплении растворимых фрагментов фибрина. Ускорение фибринолиза в нашем случае, видимо обусловлено прежде всего с уменьшением клиренса ТАП

и других активаторов процесса без увеличения активностей PAI-1 и PAI-2. Нарушение синтеза а₂-антиплазмин (АП) и активируемый тромбином ингибитор фибринолиза (ТАФИ) способствует повышению концентрации циркулирующего в крови плазмينا. Таким образом, механизм наблюдаемого явления объясняется тем, что образованный в месте сосудистого повреждения микротромб, может быстро раствориться под действием плазмينا и открыть путь для кровотечения при воздействии.

Таблица 2

Маркеры дисфункции эндотелиальных клеток у беременных женщин с герпетическим стоматитом

Показатель	Здоровые лица n=14	Группа сравнения n=18	Основная группа n=40
АЧТВ (сек)	28,76±2,51	30,53±2,62	35,24±2,68
ТАП (нг/мл)	10,29±0,92	14,24±1,43	36,52±3,04*
ИАП-1 (нг/мл)	19,32±1,78	22,51±2,08	36,72±2,79*
Пламиноген (%)	93,67±7,24	89,54±7,18	74,23±5,89
ХПа-зависимый фибринолиз (сек)	317,25±14,35	339,56±15,32	407,29±16,67
РФМК (мг/дл)	2,63±0,18	2,78±0,29	3,11±0,31

Примечание: *-достоверность различий $P < 0,05$ относительно показателей групп сравнения

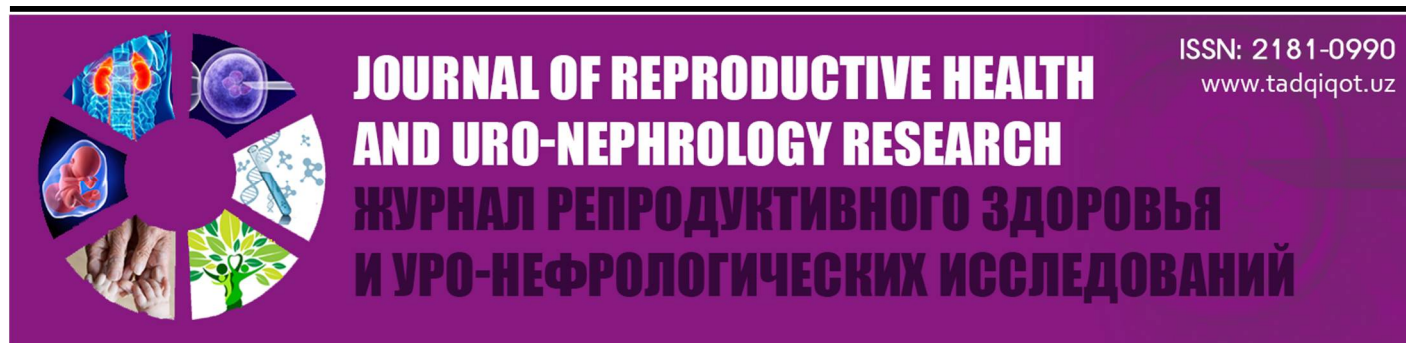
В данной ситуации вирусные инфекции выступают индукторами активации эндотелиальных клеток организма беременных женщин с герпетической стоматитом. Следовательно, у беременных женщин с герпетической стоматитом отмечается более частое выявление факторов, приводящих к повреждению эндотелия, активация плазменного звена системы гемостаза с преимущественным превалированием плазминовой системы на месте очага вирусного повреждения, которое при нарушении деструктивных процессов происходящих на месте очага вирусной инфекции могут сопровождаться геморрагией. Обобщая материал по состоянию различных защитных систем организма при развитии рецидивирующего герпетического стоматита у беременных женщин, можно отметить, что описанные изменения, как правило, носят адаптивный и компенсаторный характер, а следовательно, не

могут характеризовать специфические механизмы формирования патологии у беременных женщин с герпетической инфекцией.

Заключение: Таким образом, проведенные анализ полученных материалов исследования позволяют сделать ряд следующих выводов. Прежде всего, основной мишенью вирусной инфекции является эндотелий. Это позволяет постулировать мысль о гетерогенности эндотелия в различных органах и системах. Гетерогенность эндотелия, по-видимому, носит относительный характер, что объясняет поражение не только мелких сосудов слизистой оболочки полости рта, но и других органов единого организма, что приводит к активации антиоксидантной системы организма в целом. Необходимо отметить, что в настоящее время мы мало понимаем изменения, происходящие в инфицированных вирусом эндотелиальных клетках, которые могут изменить барьерные функции эндотелиальной системы.

Список литературы:

1. Зубаиров Д.М. Молекулярные основы свертывания крови и тромбообразования / Д.М. Зубаиров // Казань: ФЭН - 2000. - 367 с
2. Кузник, Б.И. Клеточные и молекулярные механизмы регуляции системы гемостаза в норме и патологии: монография / Б.И. Кузник. - Чита: Экспрессиздательство, 2010. - 832 с.
3. Корой, П.В. Регуляторы фибринолиза при хронических вирусных заболеваниях печени / П.В. Корой, А.В. Ягода // Экспер. клин. гастроэнтерол. – 2007. – Прил. №1. – С. 176-177.
4. Литвинов Р.И. Молекулярные механизмы и клиническое значение фибринолиза // Казанский медицинский журнал, 2013, том 94 № 5 С. 5-18
5. Управление гемостазом при критических состояниях. Аргументы «за» и «против» фармакологического подавления фибринолиза в профилактике и купировании массивных кровотечений / А.П. Момот [и др.] // Проблемы клин. мед. - 2011. - Т. 25, № 3-4. - С. 98-104.
6. Попова А.Ф. Клинико-лабораторные особенности герпетической инфекции у больных с невынашиванием беременности. Российский вестник акушера-гинеколога. 2011;11(6):14-20..
7. Петров Ю.А., Купина А.Д., Шаталов А.Е. Герпетическая инфекция во время беременности // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2020. – № 7. – С. 62-66
8. Шевченко Ю.Л., Гороховатский Ю.И., Азизова О.А., Замятин М.Н. Системный воспалительный ответ при экстремальной хирургической агрессии. — М.: РАЕН, 2009. — 273 с
9. Шевченко Ю.Л. Стойко Ю.М. Гудымович В.Г. Эндотелий как мишень патологического воздействия вирусной инфекции // Вестник Национального медико-хирургического центра им Н.И.Пирогова 2022, - т 17, - №2, - С. 1-14
10. Газиева И.А., Чистякова Г.Н., Ремизова И.И. Роль выброса цитокинов в генезе плацентарной недостаточности и сердечной недостаточности // Медицинская иммунология, 2014, №6, Том 16, с. 539-550.



UDK: 578.834.11 618.3. 576.8.097.34

Indiaminova Gulrux Nuriddinova
assistent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
Samarqand. O'zbekiston

MAVSUMIY VIRUSLI INFEKTSIYALARNING HOMILADORLIK DAVRINING KECHISHIGA TA'SIRI

For citation: Indiaminova Gulrux Nuriddinova, COVID-19, pregnant and features of the state of hypercoagulability, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 1 pp

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10929271>**ANNOTASIYA**

Mavsumiy virusli infeksiyalar insoniyat rivojlanish jarayonida turli xil virusli infeksiyalar orqali namoyon bo'lib kelgan. XXI asrda global muammoga aylangan Covid-19 ham insoniyat tarixida pandemiyaga sabab bo'lib, hozirgi kunda mavsumiy qo'zg'atiladigan virusli infeksiyaga aylandi. Bu virus ham homiladorlik davrida ayollar sog'lig'ida jiddiy muammolarni keltirib chiqarishi mumkin. Tadqiqot maqsadi: Mavsumiy virusli infeksiya bo'lgan homiladorlarda gemostaz tizimini baholash. Tadqiqot materiali qilib Samarqand viloyatidagi tug'ruq majmuasiga mavsumiy virusli infeksiya sababli gospitalizatsiya qilingan 49 nafar homilador ayollar olindi. Tadqiqot natijasida asosan homiladorlikning trimestri bilan bevosita bog'liq holda ayollarning umumiy holatiga, gospitalizatsiya sabablariga, komarbid holatlarga, umumiy taxlillardagi, koagulogrammadagi va qonning ivish tizimidagi o'zgarishlarga va shuningdek homiladorlik va tug'ruq natijalariga e'tibor qaratildi. Xulosa. Mavsumiy virusli infeksiyalarni butunlay yo'qotishning imkoni topilmaganligi sababli, ularning homiladorlarda kechishi, rivojlanishi mumkin bo'lgan asoratlari to'liq o'rganilmaganligini inobatga olib, mavsumiy virusli infeksiyalarning homiladorlikga ta'sirining ko'plab jixatlarini, shuningdek, neonatal va perinatal natijalarni o'rganishimiz lozim.

Kalit so'zlar: mavsumiy virusli infeksiya, homiladorlik, gemostaz, giperkoagulyatsiya, chaqaloqlar, tromboz.

Индиаминова Гулрух Нуриддиновна
ассистент
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд. Узбекистан

ВЛИЯНИЕ СЕЗОННЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ**АННОТАЦИЯ**

Сезонные вирусные инфекции в процессе цивилизации человечества проявлялись посредством различных вирусных инфекций. В XXI веке в истории человечества глобальной проблемой стала COVID-19 и была причиной пандемии по всему миру, а на сегодняшний день этот вирус превратился сезонно обостряющийся вирусную инфекцию. Бу вирус ҳам хомиладорлик даврида аёллар соғлиғида жиддий муаммоларни келтириб чиқариши мумкин. Эту вирус тажже может вызвать серьезные проблемы со здоровьем во время беременности. Цель исследования: оценка состояние системы гемостаза у беременных с сезонными вирусными инфекциями. Материалы исследования отобраны 49 беременных женщин, госпитализированных в родильные комплексы Самаркандской области по поводу сезонных вирусных инфекций. В результатах исследования мы в основном обращали внимание на общее состояние женщин в зависимости от триместра беременности, причины госпитализации, коморбидные состояния, изменения в общих анализах, коагулограмме, в свёртывающей системе крови, а также на исходы беременности и родов. Заключение. Поскольку, так и не обнаружены возможности полного исчезновения сезонных вирусных инфекций еще многое предстоит узнать о влиянии вирусных инфекций на течение беременности, учитывая не полностью изученность развития возможных осложнений, необходимо более глубоко изучить многие стороны влияния сезонных вирусных инфекций на беременность, а также на перинатальные и неонатальные исходы.

Ключевые слова: сезонные вирусные инфекции, беременность, гемостаз, гиперкоагуляция, новорожденные, тромбоз.

Indiaminova Gulrux Nuriddinova
Assistant
Samarkand State Medical University
Samarkand. Uzbekistan

COVID-19, PREGNANT AND FEATURES OF THE STATE OF HYPERCOAGULABILITY

ANNOTATION

Seasonal viral infections in the process of human civilization manifested themselves through various viral infections. In the XXI century in the history of human, COVID-19 became a global problem and was the cause of a pandemic around the world, and today this virus has become a seasonally aggravated viral infection. Bu virus xam xomiladorlik davrida aellar sogligida zhiddi muammolarni keltirib chikarishi mumkin. This virus can also cause serious health problems during pregnancy. The aim of the study: assessment of the state of the hemostasis system in pregnant women with seasonal viral infections. The research materials were selected 49 pregnant women hospitalized in maternity complexes of the Samarkand region for seasonal viral infections. In the results of the study, we mainly paid attention to the general condition of women depending on the trimester of pregnancy, the reasons for hospitalization, comorbid conditions, changes in general tests, coagulogram, in the blood coagulation system, as well as the outcomes of pregnancy and childbirth. Conclusion. Since the possibility of complete elimination of seasonal viral infections has not been discovered, much remains to be learned about the impact of viral infections on the course of pregnancy, given the incomplete study of the development of possible complications, it is necessary to study more deeply many aspects of the influence of seasonal viral infections on pregnancy, as well as on perinatal and neonatal outcomes.

Key words: seasonal viral infections, pregnancy, gemostasis, newborns, trombosis.

Kirish: Hozirgi kunda mavsumiy virusli infektsiyalarning turli xil virusli qo'zg'atuvchilari aniqlangan bo'lib, bunday jiddiy asoratlarga olib kelishi mumkin bunday viruslardan biri bu SARS-CoV-2 yangi koronavirus infektsiyasi tomonidan qo'zg'atilib, og'ir shakllari o'tkir respirator distress sindomga olib kelishi mumkin va davolashni intensiv terapiya bo'limlarida davom ettirishni talab etishi mumkin [1, 4]. Og'ir shakllari koagulyatsiyaning o'zgarishi bilan bog'liq bo'lib, asosan D-dimer va fibrinogen miqdorining ortishi bilan xarakterlanadi, bu esa tromboz xavfini yanada oshiradi, ayniqsa o'pka arteriyasining tromboemboliasini.

Virusning homilador ayollarga ta'siri to'g'risida juda oz ma'lumotlarga egamiz, hattoki bu virusning boshqa shtammlari, og'ir o'tkir respirator sindrom (SARS) va yaqin sharq respirator sindromi (MERS) kabilar bo'lgan holatlarda ham [2, 5].

Homiladorlik davrida ayollar organizmidagi tabiiy fiziologik o'zgarishlar giperkoagulyatsiya holatini keltirib chiqaradi. Bu bir nechta omillarga, masalan, qon ivuvchanligi omillari miqdorining ortishi (VII, VIII va X omillar; fon Villebrand (vWF) omili; D-dimer; C-reaktiv oqsil; va fibrinogen) bilan bog'liq. Shu vaqtning o'zida fibrinolitik yo'l ingibitorlarining miqdori ham ortadi. Anatomi o'zgarishlar ham muhim rol o'ynaydi, homilador bachadonning chanoq venalarini bosishi natijasida oyoqlarda qon aylanishining sekinlashishiga olib keladi. Bu esa qonning dimlanishiga va laxta hosil bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin [2, 3].

Endotelial hujayralarga SARS-CoV-2 virusining invaziyasi endotelial hujayralarning zararlanishiga, fibrinolitik funksiyasining buzilishiga va natijada tromblar hosil bo'lishiga va ko'p miqdorda vWF omilining ajralishiga olib keladi. Himoya endoteliysining yo'qotilishi va buning natijasida laxtalarni eritish tizimining susayishi giperkoagulyatsiya holatini keltirib chiqaradi. Ba'zi mavsumiy virusli infektsiyalar shuningdek, tomir ichida fibrin yig'ilishining ortishi va natijada qon yopishqoligining ortishi bilan ham bevosita bog'liq ekanligi aniqlangan. Ushbu keltirilgan ma'lumotlar virusli infektsiyalarning tromboemboliya kelib chiqishining xavf omili ekanligini tasdiqlaydi [1, 3, 4].

Tadqiqotning maqsadi. Mavsumiy virusli infektsiyasi bo'lgan homiladorlarda gemostaz tizimining holatini baholash.

Tadqiqot materiali va tekshirish usullari. Samarqand viloyatidagi maxsus tug'ruq majmuasiga mavsumiy virusli infektsiyalar sababli gospitalizatsiya qilingan 49 nafar homilador ayollar tekshiruvdan o'tkazildi. Umumiy tekshirishlar, maxsus akusherlik va qo'shimcha (umumiy qon taxlili, PZR, koagulogramma, S-reaktiv oqsil, protrombin vaqti, D-dimer, fibrinogen, kichik chanoq a'zolari UTT va ko'rsatma asosida – ko'krak qafasi MSKT) tekshirish usullari qo'llanildi.

Tadqiqot natijalari. 49 nafar homiladorlardan 4 (8,2%) nafari homiladorlikning I trimestrida, 11 (22,4%) nafari II trimestrida va 34 (69,4%) nafar ayol homiladorlikning III trimestrida bo'lgan. Shuni takidlash lozimki, homiladorlikning birinchi ikki trimestrida gospitalizatsiya qilishning asosiy sabablari virusli infektsiyalar bilan bog'liq bo'lgan. Kuzatilgan eng ko'p simptomlar isitma, varaja (55,1%) va yo'tal (59,2%) bo'lgan. Homiladorlikning III trimestrida esa gospitalizatsiyaning sabablari akusherlik ko'rsatmalar va tug'ruq bo'lgan. Mazkur tadqiqotdagi 11/49 (16,3%) bemorlarda gospitalizatsiya vaqtida quyidagi komarbid holatlar kuzatildi. Eng ko'p uchragani kamqonlik (96%), arterial gipertenziya (6,1%) va pielonefrit

(16,3%) bo'ldi. Tadqiqot mobaynida 65,3% homiladorlarda shifoxonadan tashqari pnevmoniya rivojlanganligi aniqlandi, ammo ulardan 28,6% ayollarda pnevmoniyaning klinik belgilari kuzatilmadi, bu ayollarda pnevmoniya tashxisa UTT yoki MSKT tekshiruvlari yordamida qo'yildi. Qolgan 36,7% homiladorlarda shifoxonadan tashqari pnevmoniyaning ko'p uchragan simptomlari yuqori tana harorati, undan so'ng yo'tal va nafas yetishmasligi kuzatildi.

Umumiy qon taxlilida 49 nafar homilador ayoldan 41 nafari (83,7%) limfopeniya, sezilarli darajada trombositopeniya va biroz leykopeniya kuzatildi. 2 nafar (4,1%) homiladorda trombositopeniya va sezilarli leykotsitoz kuzatildi, bu ayollar organizmida qo'shimcha yallig'lanish jarayoni mavjudligidan darak beradi. Protrombin vaqtining ko'rsatkichi 38 (77,5%) nafar ayolda oshganligini (12,5-14,8 sek) ko'rish mumkin, 3 (6,1%) nafar ayolda esa protrombin vaqtining qisqarganligi (8,3-9,0 sek) kuzatildi.

Homiladorlikning I trimestrida bo'lgan 4 nafar ayolda D-dimer ko'rsatkichi $0,55 \pm 0,03$ mkg/ml, homiladorlikning II trimestrida bo'lgan 11 nafar ayoldan 7 (14,3%) nafari $1,4 \pm 0,04$ mkg/ml va 2 nafari $1,7 \pm 0,02$ mkg/ml tashkil etdi, shuningdek homiladorlikning III trimestrida bo'lgan 34 nafar homilador ayollardan 13 (26,5%) tasida D-dimer ko'rsatkichi $3,3 \pm 0,5$ mkg/ml va qolgan 11 (22,4%) nafari D-dimer ko'rsatkichi gestatsiya muddatiga mos ravishda norma chegarasida ekanligi kuzatildi. Homiladorlikning I trimestrida bo'lgan barcha homiladorlarimizda fibrinogen ko'rsatkichi $7 \pm 0,6$ g/l tashkil etdi. Homiladorlikning II va III trimestrlarida bo'lgan ayollarimizda ham fibrinogen ko'rsatkichi ($8 \pm 0,5$ g/l) sezilarli farq qilmadi. Shifoxonadan tashqari pnevmoniya kuzatilgan 65,3% bemorlarimizda AQTV ko'rsatkichi 18 dan 20 sek.gacha natijani ko'rsatdi, qolgan ayollarimizda esa AQTV ko'rsatkichi normada (23-38 sek) ekanligini kuzatdik.

Tadqiqot natijalari. 49 nafar homiladorlardan 4 (8,2%) nafari homiladorlikning I trimestrida, 11 (22,4%) nafari II trimestrida va 34 (69,4%) nafar ayol homiladorlikning III trimestrida bo'lgan. Shuni takidlash lozimki, homiladorlikning birinchi ikki trimestrida gospitalizatsiya qilishning asosiy sabablari virusli infektsiyalar bilan bog'liq bo'lgan. Kuzatilgan eng ko'p simptomlar isitma, varaja (55,1%) va yo'tal (59,2%) bo'lgan. Homiladorlikning III trimestrida esa gospitalizatsiyaning sabablari akusherlik ko'rsatmalar va tug'ruq bo'lgan. Mazkur tadqiqotdagi 11/49 (16,3%) bemorlarda gospitalizatsiya vaqtida quyidagi komarbid holatlar kuzatildi. Eng ko'p uchragani kamqonlik (96%), arterial gipertenziya (6,1%) va pielonefrit (16,3%) bo'ldi. Tadqiqot mobaynida 65,3% homiladorlarda shifoxonadan tashqari pnevmoniya rivojlanganligi aniqlandi, ammo ulardan 28,6% ayollarda pnevmoniyaning klinik belgilari kuzatilmadi, bu ayollarda pnevmoniya tashxisa UTT yoki MSKT tekshiruvlari yordamida qo'yildi. Qolgan 36,7% homiladorlarda shifoxonadan tashqari pnevmoniyaning ko'p uchragan simptomlari yuqori tana harorati, undan so'ng yo'tal va nafas yetishmasligi kuzatildi.

Umumiy qon taxlilida 49 nafar homilador ayoldan 41 nafari (83,7%) limfopeniya, sezilarli darajada trombositopeniya va biroz leykopeniya kuzatildi. 2 nafar (4,1%) homiladorda trombositopeniya va sezilarli leykotsitoz kuzatildi, bu ayollar organizmida qo'shimcha yallig'lanish jarayoni mavjudligidan darak beradi. Protrombin vaqtining ko'rsatkichi 38 (77,5%) nafar ayolda oshganligini (12,5-14,8 sek) ko'rish mumkin, 3 (6,1%) nafar ayolda esa protrombin vaqtining qisqarganligi (8,3-9,0 sek) kuzatildi.

Homiladorlikning I trimestrida bo'lgan 4 nafar ayolda D-dimer ko'rsatkichi $0,55 \pm 0,03$ mkg/ml, homiladorlikning II trimestrida bo'lgan 11 nafar ayoldan 7 (14,3%) nafarida $1,4 \pm 0,04$ mkg/ml va 2 nafarida $1,7 \pm 0,02$ mkg/ml tashkil etdi, shuningdek homiladorlikning III trimestrida bo'lgan 34 nafar homilador ayollardan 13 (26,5%) tasida D-dimer ko'rsatkichi $3,3 \pm 0,5$ mkg/ml va qolgan 11 (22,4%) nafarida D-dimer ko'rsatkichi gestatsiya muddatiga mos ravishda norma chegarasida ekanligi kuzatildi. Homiladorlikning I trimestrida bo'lgan

barcha homiladorlarimizda fibrinogen ko'rsatkichi $7 \pm 0,6$ g/l tashkil etdi. Homiladorlikning II va III trimestrilarida bo'lgan ayollarimizda ham fibrinogen ko'rsatkichi ($8 \pm 0,5$ g/l) sezilarli farq qilmadi. Shifoxonadan tashqari pnevmoniya kuzatilgan 65,3% bemorlarimizda AQTV ko'rsatkichi 18 dan 20 sek.gacha natijani ko'rsatdi, qolgan ayollarimizda esa AQTV ko'rsatkichi normada (23-38 sek) ekanligini kuzatdik.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Индияминова Г. Н. Влияние Covid-19 На Состояние Системы Гемостаза У Беременных В Разных Триместрах //Research Journal of Trauma and Disability Studies. – 2023. – Т. 2. – №. 3. – С. 95-98.
2. Индияминова Г. Н., Хусанова Ш. О. Использование беременными женщинами стоматологических услуг, перенесшие covid-19 во время беременности.
3. Синчихин С. П., Степанян Л. В., Мамиев О. Б. Новая коронавирусная инфекция и другие респираторные вирусные заболевания у беременных: клиническая лекция //Гинекология. – 2020. – Т. 22. – №. 2. – С. 6-16.
4. Липатов И. С. и др. Инфекция гриппа и беременность: проблема специфической профилактики //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2015. – Т. 14. – №. 1. – С. 57-63.
5. Liu X, Zhang R, He G. Hematological findings in coronavirus disease 2019: indications of progression of disease. Ann Hematol.2020;99:14218.



UDK: 618.3-06:616.36-008.811.6

Negmadjanov Bahodur Boltaevich

Professor

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**Rabbimova Gulnora Toshtemirovna**

t.f.n., docent

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

Magistrature rezidenti

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**HOMILADORLARDA JIGARNING O'TKIR YOG'LI GEPATOZINI DA'VOLASH ALGORITMINI ISHLAB CHIQISH**

For citation: Negmadjanov Bahodur Boltaevich, Rabbimova Gulnora Toshtemirovna, Jumageldiyeva Yulduz Sheraliyevna, Development of an algorithm for the claim of acute fatty hepatitis of the liver in pregnant women, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 1 pp

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10929291>**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 va da'volash algoritmini ishlab chiqildi.

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

Негмаджанов Баходур Болтаевич

Д.м.н., профессор

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан**Раббимовва Гульнора Тоштемировна**

К.м.н., доцент

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан**Жумагелдиева Юлдуз**

Резидент магистратуры

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан**РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ****АННОТАЦИЯ**

В данной статье речь пойдет о том, что при появлении выраженной клинической картины печеночной недостаточности важно своевременно определить единственный этиопатогенетический метод лечения ее осложнений и клинические особенности этих заболеваний. Эффективность медикаментозного лечения и методов детоксикации в настоящее время не доказана. Поэтому выявление и учет клинических и лабораторных показателей печени при дисфункции во время беременности и своевременное выявление методов лечения и родоразрешения имеют важное значение, и был разработан алгоритм лечения.

Ключевые слова: "SWANSEA" критерии, желтуха, ALT, AST, LDG, гепатоз, гепатит

Negmadjanov Bahodur Boltaevich

D. in Medicine, Professor

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

DEVELOPMENT OF AN ALGORITHM FOR THE CLAIM OF ACUTE FATTY HEPATOSIS OF THE LIVER IN PREGNANT WOMEN

ANNOTATION

This article talks about the importance of timely detection of the only etiopathogenetic method of treatment of complications when a clear clinical picture of liver failure appears, and the clinical features of these diseases. The effectiveness of drug treatments and detoxification methods is currently unproven. Therefore, it is important to determine and take into account the clinical and laboratory indicators of the liver, timely identification of dysfunction and treatment methods during pregnancy and taking into account childbirth, and a claim algorithm has been developed.

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

Dolzarbli. Homiladorlik bilan bog'liq o'tkir jigar etishmovchiligining asosiy sabablari –homialdorlar 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 patologiyani o'ziga xos xususiyatlari nafaqat akusher-ginekologlar tomonidan, balki anesteziologlar-reanimatologlar, jarrohlarni, terapevtlar, gastroenterologlar, infeksiyalar 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 jiddiyligini 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 jigarining klinik va laboratoriya

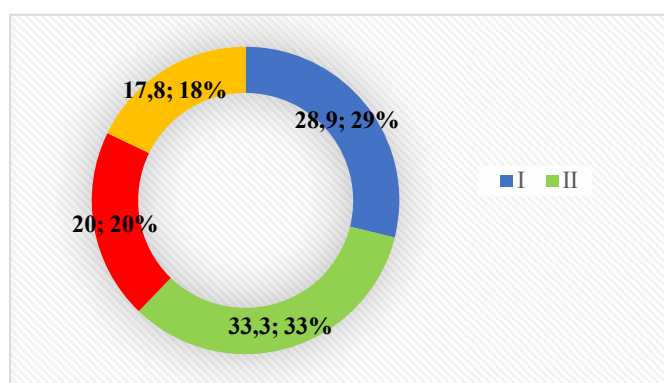
ko'rsatkichlarini aniqlash va hisobga olish homiladorlik davrida disfunktsiya va davolash usullarini o'z vaqtida aniqlash va tug'ruqni olib boorish muhim ahamiyatga ega. Hozirgi kunda ushbu sohada perinatal asoratlarsiz ona va bola hayotini saqlash muhim vazifalarimizdan biri hisoblanadi.

Tadqiqot maqsadi: Homiladorlarda jigarining o'tkir yog'li gepatozini davolash algoritmini ishlab chiqish.

Materiallar va tadqiqot metodlari. Tekshirish uchun olingan 45 nafar homilador ayollar va ular ikki guruhga bo'lin o'rganildi.

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 guruh bemorlarda hayz funksiyasi 11-14 yoshdan boshlangan. Hayz funksiyasining erta boshlanishi I guruh bemorlarda 4,4%, II guruhda 2,2% tashkil qildi. Hayz funksiyasining kech boshlanishi I guruh bemorlarda 6,6%, II 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 1).



Rasm 1. Ayollarning reproduktiv xususiyati.

Jadval 1

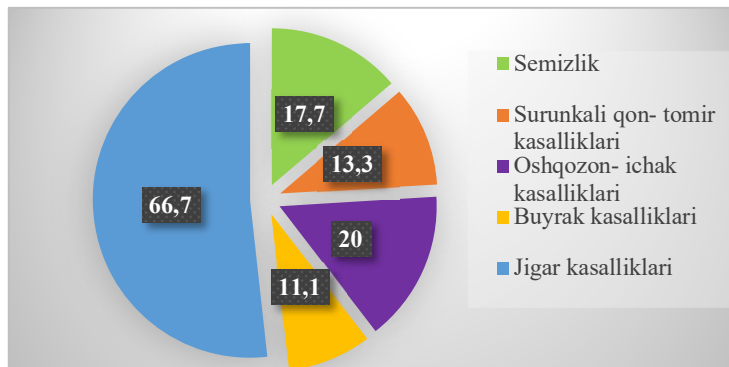
Homiladorlarning anamnezidagi ginekologik kasalliklari

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 2.)

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 2. 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 EKV 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.

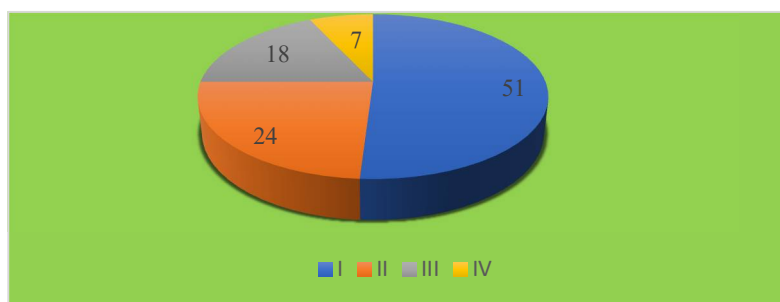
"Swansea" kriteriyasiga asoslangan holda jigarning yog'li distrofiyasi darajasini baholash mumkin.

Jadval 2

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

6 yoki undan ortiq kriteriya mavjudligi-kasallikning yuqori ehtimoligini 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 kislotasi miqdorining oshishi >340 мкмоль/л
Buyrak yetishmovchiligi; креатинин >150 мкмоль/л
Ammiak miqdorining oshishi > 47 мкмоль/л
Leykotsitoz >11x10 ⁹ /л
Koagulopatiya; protrombin vaqti >14с x > 34 с
UTT tekshiruvda assit yoki jigarning giperexogen strukturasini
Jigar biopsiyasi va gistologik tekshiruvda mikrovezikulyar steatoz
APTV-aktiv parsial tromboplastin vaqti

Qon guruhlariga ko'ra: I- 23 (51%), II- 11 (24%), III- 8 (18%), IV- 3 (7%) ni tashkil qildi (Rasm 3).



Rasm 3. 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, kechishi o'rganildi va homiladorlarni da'volash algoritmi ishlab chiqildi.

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., Спирин С.В., Блауман С.И. Острая печеночная недостаточность в акушерстве // Интенсивная терапия. – 2018. – № 2. – С. 59-67.
3. Mihi D., Costin N., Mihi C. M. et al. HELLP syndrome – a multisystemic disorder // J. Gastrointestin. Liver Dis. – 2017. – Vol. 16, № 4. – P. 419-424.
4. 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.
5. 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.
6. Beucher G, Simonet N., Dreyfus M. Management of the HELLP syndrome // Gynecol Obstet Fertil. – 2018. – Vol. 36, № 12. – P. 1175-1190.
7. Haram K., Svendsen E., Abildgaard U. The HELLP syndrome: Clinical issues and management // A BMC Pregnancy Childbirth. – 2015. – Vol. 9, № 8. – P. 113-124.
8. Hay J.E. Liver disease in pregnancy // Hepatology. – 2018. – Vol. 4, № 3. – P. 1067-1076.
9. Joshi D., James A., Quaglia A. et al. Liver disease in pregnancy // Lancet. – 2020. – Vol. 375, № 13. – P. 594 - 605.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Obstetric cholestasis. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) // Guideline. – 2016. – P. 10-43



UDK 618.1.046-08:614.2.1

Shavkatov Hasan Shavkatovich

assistant, PhD

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

JINSIY A'ZOLAR PROLAPSIDA O'TKAZILADIGAN ORGANSAQLOVCHI JARROXLIK AMALIYOTI

For citation: Shavkatov Hasan Shavkatovich, Organ-preserving surgical operation for genital prolapse, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2024, vol. 5, issue 1 pp

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10929344>

ANNOTATSIYA

Maqolada ayollarda uchraydigan jinsiy a'zolar prolapsi, ularning uchrash darajasi, xomiladorlikning kechishi va xomiladorlikning olib borish tamoillari o'rganilgan va taxlil kilingan. Kuzatuv ostidagi ayollarimizda uchragan jinsiy a'zolar prolapsi bilan 39ta bemor bulib ularning yoshi urtacha 29 dan 40 yoshgacha. Bemorlarimizga klinik laborator tekshirish usullari o'tkazilgan va taxlil kilingan, bundan tashkarida jinsiy a'zolar prolapsi og'irlik darajalari, kuzatilgan asoratlari taxlil kilindi.

Kalit so'zlari: Jinsiy azolar prolapsi, ventrofiksatsiya, transvaginal gisterektomiya.

Шавкатов Хасан Шавкатович

ассистент, PhD

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Самарканд, Узбекистан

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ПРОЛАПС ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

АННОТАЦИЯ

В статье изучены и проанализированы выпадение половых органов у женщин, частота их возникновения, течение беременности и принципы ведения беременности. Под наблюдением находились 39 больных с пролапсом половых органов, средний возраст которых составил от 29 до 40 лет. Наши пациентки были подвергнуты клинико-лабораторным методам обследования и проанализированы, кроме того, проанализированы степени тяжести пролапса гениталий и наблюдаемых осложнений.

Ключевые слова: Пролапс гениталий, вентрофиксация, трансвагинальная гистерэктомия.

Shavkatov Hasan Shavkatovich

assistant, PhD

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

ORGAN-PRESERVING SURGICAL OPERATION FOR GENITAL PROLAPSE

Annotation. The article studied and analyzed prolapse of the genital organs in women, the frequency of their occurrence, the course of pregnancy and the principles of pregnancy management. We observed 39 patients with genital prolapse, whose average age ranged from 29 to 40 years. Our patients were subjected to clinical and laboratory examination methods and analyzed, in addition, the severity of genital prolapse and the observed complications were analyzed.

Keywords: Genital prolapse, ventrofixation, transvaginal hysterectomy.

Dolzarbli. Ayollarda uchraydigan jinsiy a'zolar prolapsi keng tarqalganligi, (28%-39%) klinik belgilarining erta namoyon bo'lishi va ko'p xollarda kasallikning jarroxlik amaliyotidan so'ng takroran retsidivlanishi bilan bog'liq bo'lib kasallikning statistikada kamayishga moyil emasligi hozirgi kunda ginekologlar oldidagi dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda.

Ko'pincha kasallik reproduktiv yoshda boshlanadi va rivojlanib

boruvchi tavsifga ega bo'ladi. Agar avvalgi yillarda jinsiy a'zolar prolapsi katta yoshdagi ayollarning kasalligi hisoblangan bo'lsa so'ngi yillarda genital prolaps bilan og'irgan ayollarning yosharish tendensiyasi va reproduktiv yoshdagi bemorlar sonining o'sishi qayd etilmoqda². Ayrim mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra 30 yoshdan kichik bo'lgan ayollarda jinsiy a'zolar prolapsining tarqalganligi 10,1%, 30 dan 45 yoshgacha bo'lgan ayollarda 40,2%, 50 yoshdan

katta bo'lgan ayollarda esa – 50 foizgacha yetadi. Sungi yillarda jinsiy a'zolar prolapsi "yosharganligi", kasallikning og'ir shakllarining ustunligi va ularning funksiyasi buzilishi bilan jarayonga tutash organlarning jalb qilinishini oqibatida ayniqsa prolapsning III-IV darajasida urogenital va anorektal disfunktsiyasi oqibatida qin normal topografiyasi va biotsenozining buzilishi tufayli yuzaga keladigan jinsiy a'zolar prolapsi va prolaps bilan bog'liq boshqa kasalliklar: qin yallig'lanish kasalliklari (bakterial vaginoz) va bachadon bo'yni (tservitsit) qin devori trofik yaralari, bachadon buyni elongatsiyasi, surunkali endotservitsit yoki bu asoratlarning ikki va undan ortigi birgalikda kelishi uchramokda. Chanoq tubi prolapsi ayniksa akusherlik anamnezi asoratli kechgan reproduktiv yoshdagi ayollarda uchrash ko'rsatgichi 39.5% gacha uchrashi aniqlanilgan

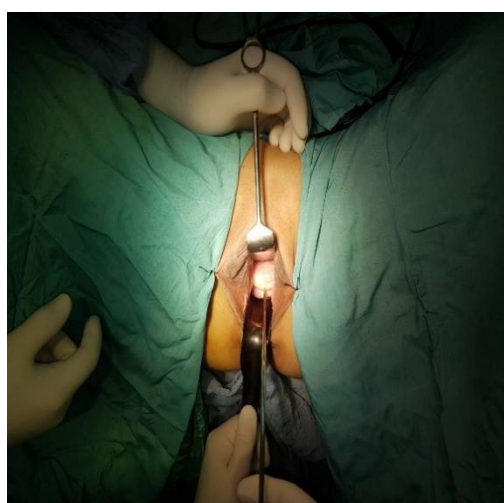
Tadqiqot maqsadi: Reproductiv yoshdagi ayollarda uchraydigan jinsiy a'zolar prolapsida organsaqlovchi jarroxlilik amaliyotlarining imkoniyatlarini o'rganish.

Tadqiqot usuli va materiali.

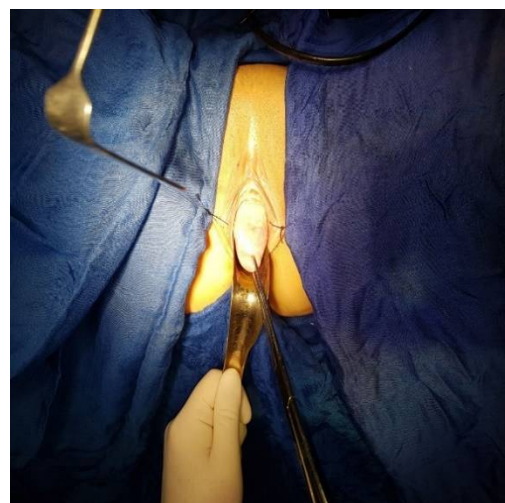
Kuzatuvimizdagi 39 ta bemorni tekshirishga oldik. Ularning yoshi 29-40 yoshgacha tashkil kiladi. Bemorlarga barcha klinik laborator

tekshirish usullari utkazildi, Bemorlardan asosiy guruxda 21 nafariga 53,8% Reproductiv yoshdagi ayollarda jinsiy a'zolar prolapsining og'ir darajalarida Manchester jarroxlilik amaliyoti o'tkazilgan bemorlar. Taqqoslash maqsadida II-gurux (taqqoslash) 18(46,2%) nafar bemorda jinsiy a'zolar prolapsining og'ir darajalarida Bachadon ventrofiksatsiyasi jarroxlilik amaliyoti o'tkazilgan bemorlar

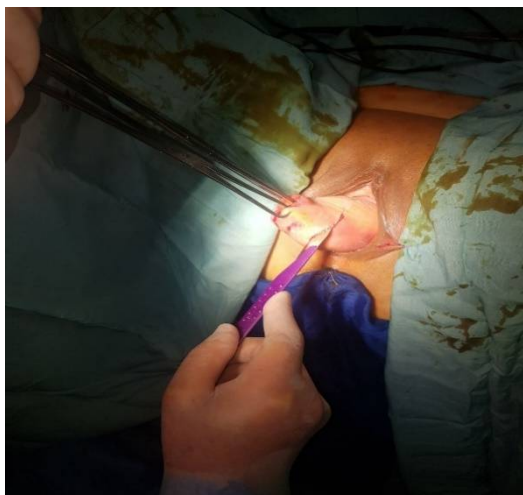
Tadqiqot natijalari va ularning muxokamasi: Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki reproduktiv yoshdagi ayollarda jinsiy a'zolar prolapsining og'ir darajalari xam yetarli darajada kup uchrashi va bu reproductiv yoshdagi ayollarning nafaqat salomatligiga balki ularning psixo-ematsional xolatiga jiddiy tasir ko'rsatadi. Kuzatuvimiz ostidagi bemorlarda uchragan jinsiy a'zolar prolapsi og'irlik darajasi, xozirgi kunda keng qullanilib kelayotgan POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) tasnifi buyicha o'rganildi. Tekshirishlar natijasida genital prolaps xarakteri o'rganilganda asosiy guruxdan III-darajali genital prolaps 28,6% ni IV-darajali prolaps 28.6% tashkil kiladi. Bundan tashqari qin old va orqa devorlari tushishi 57,14% va 33,30 tashkil qiladi.



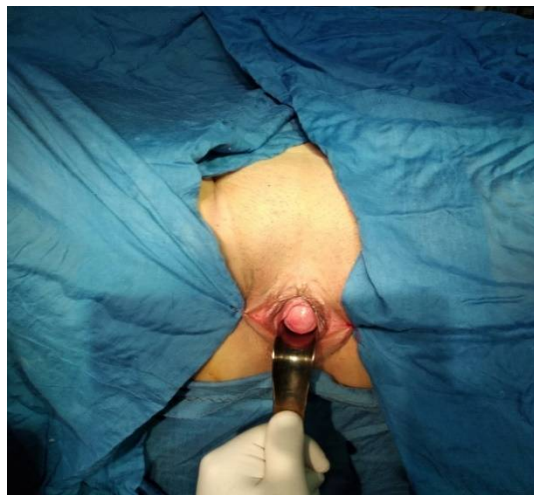
Bemor. Ya., k/t 256. Jinsiy a'zolar prolapsi.
Bachadon III-darajali tushishi.
Elongatsilashgan bachadon bo'yni



Bemor. T., k/t 214. Genetal prolaps. Bachadon III-darajali tushishi. Asorati: Sistotsele. Rektotsele. Sistotsele.



Bemor. Z., k/t 536h Genital prolaps. Bachadon III-darajali tushishi. (bachadon ventrofixatsiyasidan keyingi xolat)



Bemor.M k/t 235. Genital prolaps.Bachadon tushishi III-darajasi

Asosiy guruxda 21 nafar bemorda o'tkazilgan Manchester jarroxlik amaliyoti va taqqoslash guruxida utkazilgan jarroxlik amaliyotlari o'zoro jarroxlik amaliyoti va jarroxlik amaliyotidan keyingi davrlar sinchkovlik bilan taxlil qilinib natijalar o'rganildi. Jarroxlik

amaliyotida qon yo'qotish xajmi asosiy guruxda 300-400ml tashkil qiladi. Qon miqdori sezilarli darajada yo'qotish taqqoslash guruxida kuzatiladi yani o'tkazilgan jarroxlik amaliyoti xajmi va ko'lamiga bog'liq xolda 400-500ml gacha bu o'rtacha 300+50ml gacha degani.

Ko'rsatgichlar	Guruxlar	Ko'rsatgich	Natija
To'qimalar tiklanishi	Asosiy gurux(b=21)	89,1%	ijobiy
	Taqqoslash guruxi(b=18)	41,9%	ijobiy
Reproduktiv salomatligi (Xomiladorlik)	Asosiy gurux(b=21)	38.08%	ijobiy
	Taqqoslash guruxi(b=18)	-	kuzatilmadi
Pisixo-emotsional xolat	Asosiy gurux(b=21)	90%	Yaxshi
	Taqqoslash guruxi(b=18)	64%	Yaxshi
Javob berish	Asosiy gurux(b=21)	4-5	Yaxshi
	Taqqoslash guruxi(b=18)	7-10	Konikarli
Jarroxlik amaliyotidan keyingi retsdiv	Asosiy gurux(b=21)	-	
	Taqqoslash guruxi(b=18)	27,7%	kuzatiladi

Xulosalar: Chanoq a'zolar prolapsi og'ir darajalarining uchrash chostatasi akusherlik anamneziga va tug'ruq vaqtidagi asoratlariga bog'liq bo'lib, bu kursatgich reproduktiv yoshdagi ayollarda 39.8% ni tashkil qiladi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda jinsiy a'zolar prorlapsining og'ir darajalari bemorlarning umumiy va jinsiy xayot tarziga salbiy tasirlari aniqlandi. Ayniqsa bemorlarda siydik va gaz ushlab turaolmaslik-38%, anorgazmiya-42%, genitalgiya-46%, asoratlariing nafaqat reproduktiv

salomatligiga balki, ijtimoiy va jinsiy xayotini og'irlashtirib, xayot sifatiga salbiy tasir qilishi aniqlandi. Jinsiy a'zolar prolapsining III-IV darajalarida utkaziladigan organ saklovchi jarroxlik amaliyotlaridan bu Manchester jarroxlik amaliyoti tanlov operatsiyasi xisoblanib, Jarroxlik amaliyoti va jarroxlik amaliyotidan keyingi davrlarda kasallikning asoratlari butkul bartaraf yetilishi va opersiyadan keyingi davrda retsdiv kuzatilmaligi bilan tanlov jarroxlik amaliyoti xisoblanadi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Айламазян Э.К. Пропалс тазовых органов у женщин: этиология, патогенез, принципы диагностики: пособие для врачей. СПб.- 2010
2. Апокина А.Н. Прогнозирование эффективности хирургической коррекции пролапса тазовых органов. Автореф. дисс.жанд. мед.наук,-Москва, 2012
3. Ганиев Ф. И. и др. Гинекологическое Здоровье и качество жизни женщин после хирургической коррекции пролапса гениталий //Достижения науки и образования. – 2019. – №. 10 (51). – С. 83-87.
4. Негмаджанов Б. Б., Шавкатов Х. Ш., Маматкулова М. Д. Хирургическое лечение повторного пролапса матки и стенок влагалища после гистрорентрофиксации //International scientific review of the problems and prospects of modern science and education. – 2017. – С. 83-85.
5. Шавкатов Х. и др. Повторный пролапс половых органов у женщин //Журнал вестник врача. – 2016. – Т. 1. – №. 1. – С. 60-64.
6. Hendrix S. L., Clark A., Nygaard I. et al. Pelvic organ prolapse in the Women»s Health Initiative: gravity and gravidity. Am J Obstet Gynecol 2002; 186(6): 1160-6.



UDK: 616.14-006.6-008.9-036.838

Tilavova Yulduz Muhammadshukur qizi
 Samarkand State Medical University
 Samarkand, Uzbekistan
Negmadjanov Bahodur Boltaevich
 D. in Medicine, Professor
 Samarkand State Medical University
 Samarkand, Uzbekistan

SEQUENCE OF HYSTEROSCOPIC DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL POLYPS IN PATIENTS WITH INFERTILITY

For citation: Tilavova Yulduz Muhammadshukur qizi, Negmadjanov Bahodur Boltaevich, Sequence of hysteroscopic diagnosis of endometrial polyps in patients with infertility, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2023, vol. 5, issue 1 pp



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10929419>

ANNOTATION

The established criteria for diagnosing endometrial polyps during hysteroscopy were examined in a cohort of 35 patients presenting with both primary and secondary infertility and exhibiting echographic indications of endometrial polyps. These criteria serve as a guide for appropriately selecting the hysteroscopic treatment technique for endometrial polyps.

Key words: endometrial polyps, infertility, hysteroscopy.

Тилавова Юлдуз Мухаммадшукур кизи
 Магистр

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
 Самарканд, Узбекистан

Негмаджанов Баходур Болтаевич
 Д.м.н., профессор

Самаркандский Государственный Медицинский Университет
 Самарканд, Узбекистан

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БЕСПЛОДИЕМ

АННОТАЦИЯ

Изучены общепринятые параметры диагностики полипов эндометрия при гистероскопии у 35 пациенток с первичным и вторичным бесплодием, у которых обнаружены эхопризнаки на полипы эндометрия. Эти параметры являются ключевыми для правильного выбора техники гистероскопического лечения полипов эндометрия.

Ключевые слова: полипы эндометрия, бесплодие, гистероскопия

Tilavova Yulduz Muhammadshukur qizi
 magistr

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
 Samarqand, O'zbekiston

Negmadjanov Bahodur Boltaevich
 Professor

Samarqand davlat tibbiyot universiteti
 Samarqand, O'zbekiston

БЕПУСХТИЛИКДА ЭНДОМЕТРИЙ ПОЛИПИ БО'ЛГАН БЕМОРЛАРДА ГИСТЕРОСКОПИК ТАШХИСЛАШНИНГ КЕТМА-КЕТЛИГИ

АННОТАСИЯ

Гистероскопиya амалиётida эндометриал полипларни ташхислаш учун умум белгиланган параметрлар 35 нафар exobelgili эндометриал полипи va birlamchi hamda ikkilamchi bepustiligi bo'lgan bemor ayollarda o'rganildi. Ushbu parametrlar эндометриал полипларни гистероскопик usulda to'g'ri davo usulini qo'llash uchun qo'llaniladi.

Kalit so`zlar: endometrial poliplar, bepushtlik, gisteroskopiya

Introduction. Endometrial polyps represent a significant portion of intrauterine pathology, ranging from 7.8% to 50% of cases[1]. Meanwhile, literature reports indicate a notable recurrence rate, ranging from 13.3% to 21.5%[2]. Endometrial polyps (EP) significantly affect women's reproductive health, as they are frequently linked to infertility, abnormal uterine bleeding, chronic pelvic pain, and necessitate intrauterine procedures, which can lead to endometrial trauma and the development of intrauterine synechiae[1,2,3,4].

With the widespread adoption of hysteroscopy in gynaecological practice, today there are expanded opportunities for accurate diagnosis and treatment of intrauterine pathologies, including endometrial polyps. Hence, in accordance with the latest guidelines, recommendations have been provided regarding the sequence for diagnosing endometrial polyps during hysteroscopy, a protocol that was also implemented in our clinical practice.

Aim of the study: to present the outcomes achieved by employing a recognized algorithm in accordance with guidelines for hysteroscopic diagnosis of endometrial polyps among patients experiencing infertility.

Materials and methods of the research: We performed hysteroscopic evaluations on 35 reproductive-aged patients presenting with both primary and secondary infertility, all displaying echographic indications of an endometrial polyp. All patients were of reproductive age from 20 to 45 years. The average age of the surveyed was 32 years, the average BMI was 26,3 kg/m². The research was conducted in the regional perinatal centre of the city of Samarkand at the department of endogynaecology.

During the endoscopic evaluation, we have described the following parameters related to EP[9,10]:

- Number;
- Size: estimate size from the comparative analysis with the Grasping 5-French forceps, which with open jaws has a diameter of 6 mm;
- Location and relationship with the tubal ostium;
- Texture: Soft, friable, dense and semi-myxomatous (ademiomatous polyps);
- Characteristics of the implantation base: sessile or pediculated;
- Superficial vasculature: the presence of abundant and tortuous vessels, is the most relevant hysteroscopic finding in the suspicion of a malignant lesion;
- Coexistence of other pathologies: Myomas, adenomyosis, Mullerian abnormalities;
- Blind biopsy or curettage: This approach is currently discouraged for the management of EP due to low sensitivity 10%, low PPV 66% and NPV 33%, when compared to hysteroscopy. As a blinded procedure, it may not retrieve adequate samples from EP and may miss malignant cells at the base of EP. Moreover, histopathological examination may be limited by the fragmentation of the tissue obtained[5,6,7,8,11].

These parameters will aid in the accurate selection of hysteroscopic methods for the treatment approach to endometrial polyps and in preventing recurrences.

Results of the research: Based on the statistical data, it was observed that in 22 individuals (63%), the presence of solitary polyps was identified. In 4 patients (11%), two polyps were detected, while three polyps were found in only one individual (2%). Furthermore, multiple polyps were observed in 8 patients (22%).

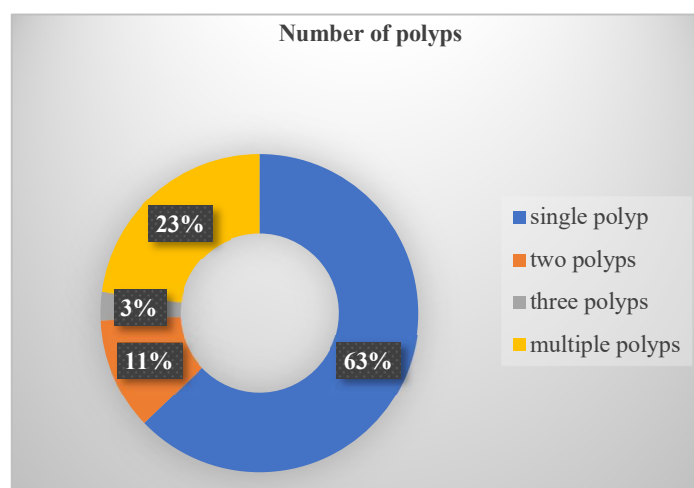


Figure 1. Number of endometrial polyps detected during hysteroscopy.

Our study uncovered that the incidence of solitary endometrial polyps was three times greater than the occurrence of multiple polyps, whether it was two or three in number, respectively.

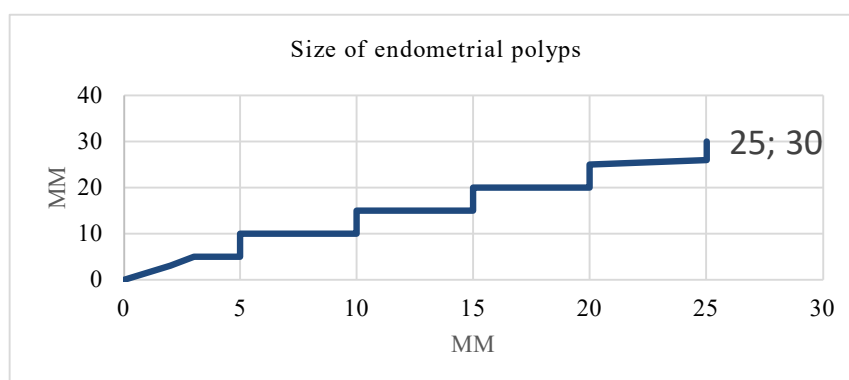


Figure 2. Size of endometrial polyps during hysteroscopy.

Upon examining the measurements, as depicted in the illustration, it is evident that none of the dimensions surpassed 3 centimetres (30 mm).

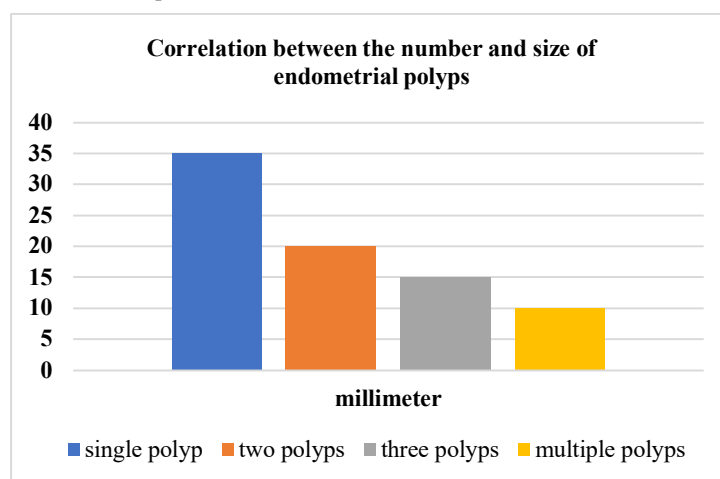


Figure 3. Correlation between the number and size of endometrial polyps.

Upon analysing the data pertaining to the correlation between hysteroscopic sizes and the quantity of endometrial polyps (EPs), it became evident that there exists an inverse relationship. This implies that as the number of EPs increases, their sizes tend to decrease. Consequently, the largest polyp size, measuring 25*30mm, was observed in a solitary polyp.

1. The positioning and connection of the polyp in relation to the internal os.

Based on the positioning of endometrial polyps, the majority of patients had polyps situated on both the front and back walls of the uterus. Furthermore, with respect to the internal os, it was observed that the polyps were relatively closer to the left side of the internal os compared to the right side.

Table 1.

Location of endometrial polyps in the uterine cavity during hysteroscopy.

Location of endometrial polyps in the uterine cavity	N=35	%
Isthmus	7	20%
In the scar area	1	3%
Internal os	1	3%
Over the entire surface of the uterus	2	6%
Anterior and posterior walls	1	3%
Posterior wall	7	20%
Anterior and lateral walls	1	3%
Anterior wall	10	29%
At the bottom	2	6%
Cervical canal and posterior wall	2	6%
Cervical canal and along the anterior wall	1	3%
Total:	35	100%

The data illustrates that endometrial polyps are predominantly found on the front and back walls of the uterus, as well as at the orifice, accounting for 10 cases (29%), 7 cases (20%), and 7 cases (20%) respectively.

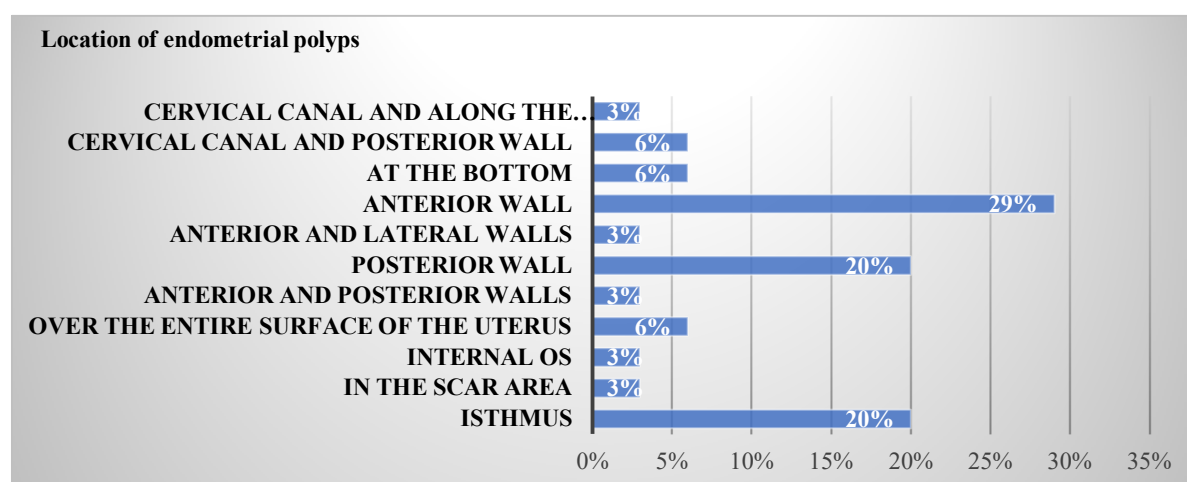


Figure 4. Location of endometrial polyps in the uterine cavity during hysteroscopy.

Table 2.

Association of endometrial polyps with other intrauterine pathologies

	N=13	%
Endometrial polyp. Submucosal fibroid	2	15.4%
Polyp of the endometrium and cervical canal	5	38.5%
Endometrial polyp and focal endometrial hyperplasia	1	7.7%
Endometrial polyp. Intrauterine ligature	3	23.1%
Endometrial polyp. Bicornuate uterus.	1	7.7%
Endometrial polyp. Asherman's syndrome. Uterine septum.	1	7.7%
Total:	13	100%

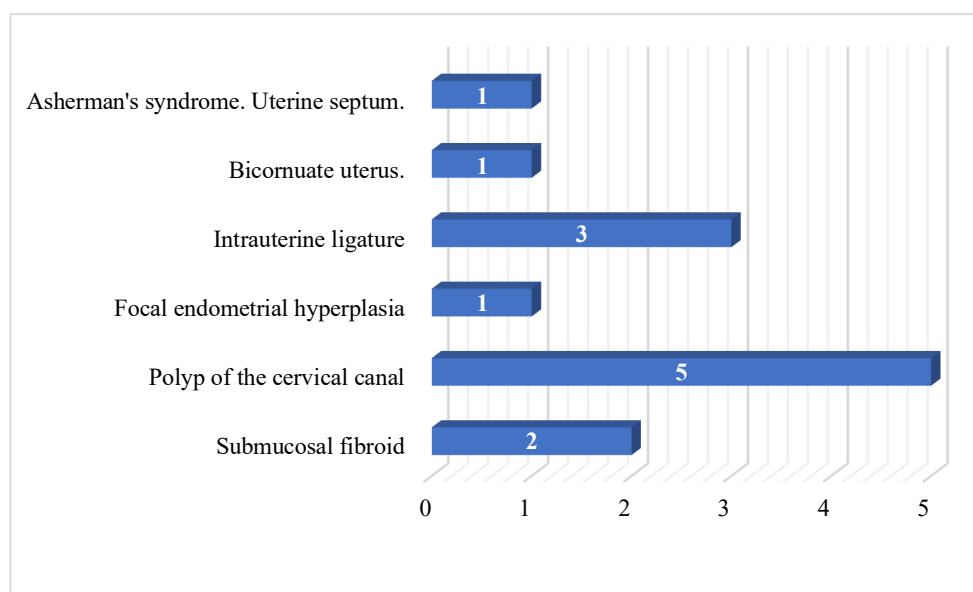


Figure 5. Association of endometrial polyps with other intrauterine pathologies

A research examining the presence of additional abnormalities within the uterus revealed that endometrial polyps were connected to other intrauterine pathologies in 13 patients, accounting for 37% of the cases. Among these cases, Asherman's syndrome was observed in one instance (7.7%), submucous uterine fibroids in two cases (15%), bicornuate uterus in one case (7.7%), intrauterine ligature in three cases (23%), focal endometrial hyperplasia in one case (7.7%), and polyps of the cervical canal were identified in five patients (38.5%).

Conclusions. Here are the outcomes derived from employing a widely accepted algorithm for hysteroscopic diagnosis of endometrial polyps in individuals experiencing infertility:

- The algorithm demonstrates high efficacy in accurately identifying endometrial polyps during hysteroscopy procedures.

- Patients undergoing infertility evaluations benefit from improved diagnostic precision, leading to more targeted treatment plans.

- Enhanced diagnostic accuracy aids in the timely detection and management of endometrial polyps, potentially improving fertility outcomes for affected individuals.

- Clinicians can rely on the algorithm as a standardized approach to diagnosing endometrial pathologies, facilitating consistency and reliability across different healthcare settings.

- Early detection of endometrial polyps through the algorithm contributes to more informed decision-making regarding fertility treatment options, optimizing patient care and outcomes.

References

1. Berceanu C. et al. Endometrial polyps //Romanian Journal of Morphology and Embryology. – 2022. – T. 63. – №. 2. – C. 323.
2. Bakour SH, Khan KS, Gupta JK. The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002;8:182–3.
3. Elfayomy AK, Habib FA, Alkabalawy MA. Role of hysteroscopy in the detection of endometrial pathologies in women presenting with postmenopausal bleeding and thickened endometrium. Arch Gynecol Obstet. 2012;285:839–43Nijkang, Njume Peter, et al. "Endometrial polyps: Pathogenesis, sequelae and treatment." SAGE open medicine 7 (2019): 2050312119848247.
4. Fatemi HM, Kasius JC, Timmermans A, et al. Prevalence of unsuspected uterine cavity abnormalities diagnosed by office hysteroscopy prior to in vitro fertilization. Hum Reprod. 2010;25:1959–65.
5. Negmadjanov B.B., Tilavova Yu.M., Rabbimova G.T., Nasimova Z.N, Adilova M.N. ASSESSMENT THE ROLE OF ENDOMETRIAL POLYPS INTHE UTERINE INFERTILITY. 2 (34/3)2021 «Тиббиётда янги кун» ISSN 2181-712X. EISSN 2181-2187-53.
6. Tanos, Vasilios, et al. "The management of polyps in female reproductive organs." International Journal of Surgery 43 (2017): 7-16.
7. Vieira M. D. C. et al. Endometrial Polyps: Update Overview on Etiology, Diagnosis, Natural History and Treatment //Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology. – 2022.
8. Yanaihara A, Yorimitsu T, Motoyama H, et al. Location of endometrial polyp and pregnancy rate in infertility patients. Fertil Steril. 2008;90(1):180–2.

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

TOM 5, HOMEP 1

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY RESEARCH

VOLUME 5, ISSUE 1

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