



О‘ЗБЕКISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

О‘ЗБЕКISTON AKUSHER-GINEKOLOGLAR UYUSHMASI

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

УЗБЕКИСТАН

GINEKOLOGIYANING DOLZARB MUAMMOLARI

Xalqaro ilmiy-amaliy konferensiyasi

ILMIY ISHLAR TO‘PLAMI

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»,

*Международной научно-практической
конференции*

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



2023

ФЕРГАНА

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ФЕРГАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Главный редактор	Сидиков А.А.	Профессор, д.м.н., ректор ФМИОЗ
Зам.главного редактора	Кадирова М.Р.	Проректор по научной работе и инновациям, Dsc, доцент
Редколлегия	Ахмадалиев Р.У	Начальник отдела науки, инновации и научно- педагогической подготовки, к.м.н.
	Суяркулова М.Э.	Заведующая кафедрой «Акушерства и гинекологии», к.м.н.
	Тишабаева Н. А.	Ассистент кафедры «Акушерства и гинекологии»
Редактор компьютерной графики	Валитов Э.А	Руководитель центра информационных технологий

Мухаррирлик кенгаши анжуман материалларининг мазмунига маъсул эмас
Илмий тўпламлар муаллифлар томонидан топширилган
оригинал ҳолда чоп этилмоқда.

Редакционный совет не несет ответственности за содержание материалов
конференции. Материалы публикуются в соответствии с оригиналами авторских
текстов.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

МУНДАРИЖА		
СОДЕРЖАНИЕ		
1.	Абдураимов Т.Ф. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА МАТЕРИНСКОГО СЕПСИСА И СВЯЗАННЫХ С НИМ КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ.	12
2.	Abdiyeva S. A. THE VALUE OF THE PSYCHE PREGNANT IN THE DEVELOPMENT OF EARLY TOXEMIA.	13
3.	Abdiyeva S. A., Rustamaliyeva M. F. EARLY TOXICOSIS IN PREGNANCY.	17
4.	Абдукаримова Н.Т., Асатова М.М., Даулетова М.Ж ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ.	20
5.	Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Туйчибеков Ш.М., Садиков Д.Д. АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ В ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.	28
6.	Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Садиков Д.Д. ПРИМЕНЕНИЕ ВЕЛИЧИН УХА В МЕДИЦИНЕ.	29
7.	Abdurazakova I. A., Nazarova Y. X. BACHADON ICHI RAKI (ENDOMETRIK)NING KELIB CHIQUISH SABABLARI.	29
8.	Allayarova S. D. EFFECTIVENESS OF CONSERVATIVE AND SURGICAL CORRECTION OF ISTHMIC- CERVICAL INFLUENCY.	31
9.	Адизова С.Р АНАЛИЗ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЁРОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ.	36
10.	Artikova D.O., Ruzmetova D. T. HOMILADOR AYOLLARDA SIYDIK CHIQRISH YO'LLARI INFEKSIYASINI KECISHIDA TATQIQOT MATERIALLARI VA USULLAR YORDAMIDA RETROSPEKTIV, PROSPEKTIV NAZORAT GURIXIDAGI YIG'ILGAN HOMILADOR AYOLLARNI NATIJALARINI SOLISHTIRISH.	44
11.	Ахмаджонова М. Н., Юлдашева О.С., Негматшаева Х.Н. ПРИМЕНЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ РОБСОНА ДЛЯ СОЗДАНИЯ РЕЗЕРВОВ СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ОПЕРАТИВНЫХ РОДОВ.	46
12.	Ахмадалиев Ш.Ш., Ахмадалиева М.А. ИМИТАЦИОННЫЕ СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ В СФЕРЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ.	47
13.	Ахмедова М.О. ҲОМИЛАДОРЛИКДА ЦИТОМЕГАЛОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНИНГ УМУМИЙ КЎРИНИШИ	50
14.	Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ И ИХ РОЛЬ В ПРГНОЗИРОВАНИИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.	51

15.	Ашурова У.А., Нажмутдинова Д.К РЕГУЛЯЦИЯ СОКРАЩЕНИЯ И РАССЛАБЛЕНИЯ МИОМЕТРИЯ.	60
16.	Ашурова Н. Г., Бобоев К.Т., Зуфарова Ш.А. ЎСМИР ҚИЗЛАРДА ҲАЙЗ ЦИКЛИ БУЗИЛИШИ ДИАГНОСТИКАСИДА ГЕНЕТИК МАРКЁРЛАРНИНГ РОЛИ.	69
17.	Бабаджанова Г.С., Саггарова К.А. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ RH- ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.	77
18.	Бабаджанова М.Ш, Уринбаева Н. А. ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ РОДИЛЬНИЦ И МЕДРАБОТНИКОВ В ВЫБОРЕ МЕТОДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПУТЁМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.	79
19.	Bekchanova A.Sh., Ruzmetova D.T., Madaminova Z. R. QOQ'ONOQ PARDASINING TUG'RUQDAN OLDIN ERTA YORILISHI BO'LGAN HOMILADORLIKNI OLIV BORISHNI KUZATISH , VANOLASH VA O'TGAN YILGI NATIJALAR BILAN SOLISHTIRISH.	81
20.	Бекбаулиева Г.Н, Раззакова Н. С., Абидов Ф.О. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ТАЗОВЫХ СПАЕЧНЫХ ПРОЦЕССОВ У ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ.	83
21.	Бекбаулиева Г.Н., Раззакова Н.С., Жураева А.Ж АНАЛИЗ ТЕРАПИИ БЕССИМПТОНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРОАНТОЦИАНИДА НОВАНЕФРОН.	88
22.	Бегижонова Д. Т. ОБУЧЕНИЕ ПРАВИЛАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ.	93
23.	Бобокулова С. Б. ГИПЕРАНДРОГЕНИЯСИ БЎЛГАН РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА СУР 21A2 ГЕНИДАГИ ЎЗИГА ХОС ЎЗГАРИШЛАР.	101
24.	Boltaeva M.M., Negmatullayeva M.N A MODERN VIEW ON THE ABDOMINAL DELIVERY METHOD.	106
25.	Болат К.С., Аманжолова Б.К., Сералиева Ж.Е., Карлова К.Б., Джарикова Б.Н РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ МОЛОДЕЖИ В ВОПРОСАХ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ.	113
26.	Веремчук Д. С., Рыбников В. Н. АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЗА 2017- 2021 ГГ. НА ПРИМЕРЕ 1 ОТДЕЛЕНИЯ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ ОБУЗ «КУРСКИЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ».	118
27.	Гуломова Р.И, Саиджалилова Д.Д. КЕСАР КЕСИШ АМАЛИЁТИДАН КЕЙИН БАЧАДОН ЧАНДИФИ ЕТИШМОВЧИЛИГИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ.	120
28.	Гуломова Р.И., Алижонова Ш. ҲОМИЛАДОРЛАРДА ТАРҚАЛГАН КАМҚОНЛИК КАСАЛЛИГИГА ҚАРШИ КУРАШ.	127
29.	Гуломова Р.И ПУТИ СОКРАЩЕНИЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ДАННОМ ЭТАПЕ	131

30.	Джаббарова Ю. К., Абдиева С.А ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАННЕГО ТОКСИКОЗА У ЖИТЕЛЬНИЦ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ.	134
31.	Джумаева С.Т., Муминова Н.Х. АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ.	135
32.	Jo'rayeva D.M. FETOPLASENTAL YETISHMOVCHILIKNING ASOSIY SABABLARI	136
33.	Зарипова Д.Я. ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.	137
34.	Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ.	146
35.	Zakhidova K.Sh., Djumaeva S.T., Mirzayeva N.M. PROBLEMS RELATED TO ENDOMETRIOSIS AND ENDOMETRIOSIS AND OVARY SINDROM IN WOMEN OF REPROGUCTIVE PERIOD OF THE UZBEK POPULATION.	151
36.	Zakhidova K.Sh., Raximova G.N MANIFESTATION OF POLYCYSTIC OVARY SINDROM AT REPROGUCTIVE AGE UZBEK POPULATION.	152
37.	Zakirova F. I., Abdullayeva N. E. HOMILA MAKROSOMIYASIDA AKUSHERLIK VA PERINATAL JIHATLAR.	153
38.	Зохидова К.Ш., Рахимова Г.Н. ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗЛИ ФЕРТИЛ ЕШДАГИ АЕЛЛАРДА УЗБЕК ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГОРМОНАЛ КУРСАТКИЧЛАРНИНГ ФЕНОТИПИГА КУРА ФАРКЛАРИ.	155
39.	Ибадов Р.А., Алимова Х.П., Аллаеров Б.К., Тастанова Р.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ SARS-CoV-2	161
40.	Ибрагимова З.Ж. ПОЛИКИСТОЗНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЯИЧНИКОВ.	163
41.	Иванова О.Ю., Пономарева Н.А., Цуканова А.А., Кеня П.А СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ НАЧАВШЕМСЯ РАННЕМ ВЫКИДЫШЕ.	164
42.	Isaqova N. R., Sodiqova M. PREGNANCY AND ANEMIA.	166
43.	Isaqova N. R., Turg'unboyev F.A. THYROID DISEASE AND PREGNANCY.	167
44.	Isaqova N. R., Temirova S. X. HOMILADORLIK VA ANEMIYA.	168
45.	Искаков С. С., Куаныш Сандугаш, Жантурсынова Г. КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ ПРИ БЕСПЛОДИИ (РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ).	169
46.	Isroilov M.S., Meliboev X., Solieva D. VOLALARDA LAPAROSKOPIK OPERATSIYALARNING O'ZIGA XOSLIGI.	173
47.	Каримова Ф.Д., Ходжаева А.С., Тиллабаева Д.М., Джураева Д.Л. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ.	175

48.	Каримова Ф.Д., МирходжаеваС., РахматоваГ.К. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЛАЦЕНТЫ В ОБЛАСТИ РУБЦА НА МАТКЕ.	183
49.	Каримова Ф.Д., Хужамбердиев Ч.М РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА.	185
50.	Кадирова З.С., Халимова З.Ю. ЭНДОКРИННО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ.	191
51.	Кахарова А. Л. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ В АКУШЕРСТВЕ.	199
52.	Kosimova D.S. EKSPERIMENTAL STRESSDA NEYROMOTOR TIZIMNING INDIVIDUAL-METABOLIK TAVSIFI VA UNING KORREKSIYA KILISH YO'LLARINI BAXOLASH.	202
53.	Курбаниязова М. З., Бекбаулиева Г. Н., Шакирова П. Д. ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ ПРИ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ.	205
54.	Лебедев А. С. ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.	210
55.	Мадаминов С.М. СОҒЛОМ АВЛОДНИ ШАКИЛЛАНТИРИШДА ПРЕНАТАЛ ДАВИРНИНГ ВА РЕПРОДУКТИВ САВОДҲОНЛИКНИ АҲАМИЯТИ.	211
56.	МадолимоваН.Х., Саиджалилова Д.Д., Саидмуродова ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ И АДЕНОМИОЗЕ.	217
57.	Madolimova N. Kh, Saidjalilova D.D., Ayupova D.A. IMPACT OF ADENOMYOSIS TO PREGNANCY AND PERINATAL OUTCOMES.	221
58.	Майборода Т.А. ВЛИЯНИЕ АСОЦИАЛЬНОЙ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.	222
59.	Mamasaidov J.T., Siddiqov B.T. BURUN POLIPLARINING TURLARI VA ULARDAGI MORFOFUNKSIONAL O'ZGARISHLAR.	226
60.	Mamasaidov J.T., Siddiqov B.T. BURUN POLIPLARI PAYDO BO'LISHIDAGI ASOSIY SABABLAR VA UNDAGI MORFOFUNKSIONAL O'ZGARISHLAR.	227
61.	Мамиева Л.М., Матякубова С.А. РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.	228
62.	М.И.Муминова., Ф.А.Мадаминов. СИМПТОМЫ И ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.	230
63.	Mamasaidov J.T., Siddiqov B.T. THE MAIN REASONS FOR THE APPEARANCE OF NASAL POLYPS AND THEIR MORPHOFUNCTIONAL CHANGES.	235
64.	Mamasaidov J.T., Siddiqov B.T TYPES OF NASAL POLYPS AND THEIR MORPHOFUNCTIONAL CHANGES.	236
65.	Matsapoyev Sh.Sh.. AYOLLARDA UROGENITAL KANDIDOZNI DAVOLASHNI MUKAMMALLASHTIRISH.	237

66.	Matqurbonova Sh. B. NOSPETSIFIK VULVOVAGINIT: DAVOLASHGA YANGICHA YONDASHUV.	240
67.	Makhmudova M.N., Melimatova U.Kh. CLINICAL SIGNS AND METHODS OF EARLY DETECTION OF MALIGNANT TUMOR DISEASES.	243
68.	Махмудова Ш. А., Каримова Н.Н. ДОЛЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В РАЗВИТИИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ.	246
69.	Махмудова Х.Т. ГЕНЕТИКА И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА.	248
70.	Ismoilova.D.O', Karimova I.E. HOMILADOR AYOLLARDA QOG'ONOQ SUVINING MUDDATIDAN OLDIN KETISHI VA HORIOAMNIONIT BILAN ASORATLANISHI	249
71.	Махмудова Х.Т. ТОКСОПЛАЗМОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ.	250
72.	Мирзаева Н.М., Муминова Н.Х. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАТУРАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ.	252
73.	Mirzaeva D. B., Saidjalilova D. D. EKSTRAKORPORAL URUG'LANTIRISHDAN KEYIN AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQNING O'ZIGA HOS KECISH XUSUSIYATLARI.	253
74.	Мирзаходжаева Д.Б., Мавлянова Н.Н. К РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА ПОЛИМОРФИЗМА АССОЦИАЦИИ АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ И ГЕНОТИПОВ ГЕНА ADRB3 НА РИСК РАЗВИТИЯ ПРИВЫЧНОГО НЕ ВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.	257
75.	Мирходжаева С.А., Рахматова Г.К ПСИХОВЕГЕТАТИВНАЯ СИСТЕМА ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ.	259
76.	Melibayeva F.M КОМПЬУТЕР ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ ОРҚАЛИ КЕЛИВ ШИҚАДИГАН КАСАЛЛИКЛАРНИ OLDINI Olish.	265
77.	Муминова Н.Х., Джумаева С.Т. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭНДОМЕТРИОЗА В ГИНЕКОЛОГИИ.	266
78.	Муратова Н.Д., Эшонходжаева Д.Д., Бабаджанова Г.С., Саттарова К.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ	271
79.	Muxtorova S.A, Kayumova D.T., Kamilova I.A TUG'RUQ INDUKSIYASI SAMARASINI VANOLASH.	275
80.	Машарипова С.О. , Дехқонова Д.В. , Бобохонова М.М. АЁЛЛАРДА ТУҒРУҚ ВА ҲОМИЛАДОРЛИК АСОРАТЛАРИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ.	280
81.	Набиева Р.М., Каюмова Д.Т., Атаходжаева Ф.А. ПРЕЭКЛАМПСИЯ: ТАРҚАЛИШИ, ПЕРИНАТАЛ ДАВРДА ОНА ВА БОЛАДА КУЗАТИЛАДИГАН АСОРАТЛАР.	285
82.	Nazarov B.V. , Niyazmetov R.E. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ИСХОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ.	286
83.	Nazarov B.V. , Niyazmetov R.E. AYOLLARDA TOS ORGANLARINING TUSHISHI.	291

84.	Nazarova Y. X., Abdurazakova I. A AYOLLARDA TUHUMDON SARATONI KASALLIGINING KELIB CHIQISH SABABLARI.	292
85.	Найимова Н.С. ИННОВАЦИОННЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗАПАСА У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ.	295
86.	Нигматова Г.М. РОЛЬ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ В ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ДЕВУШЕК.	302
87.	Нигматшаева А. Р., Абдуллаева Л.М. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕАБОРТНЫЙ ЭНДОМЕТРИТ.	312
88.	Негматуллаева М.Н., Насырова Ш.Ш. НОВЫЙ ПОДХОД ПО ВЫЯВЛЕНИЮ И ВЕДЕНИЮ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА.	325
89.	Негматуллаева М.Н., Нажметдинова Д.Ф СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ.	332
90.	Nosirov N.V., Eshonov R.M., Eshonova M.E., Ismoilova Sh. S. OILADA OTA-ONALARNING KOMPETENTLILIGI - REPRODUKTIV SALOMATLIKNING GAROVI.	343
91.	Nurimbetova D.S., Magzumova N.M., Kayumova D.T. TUG'RUQDAN OLDIN QOG'ONOQ PARDA YORILISHI BILAN KELGAN HOMILADOR AYOLLARDA HOMILADORLIKNI OLIV BORISH.	348
92.	Нурханова Н.О, Туксанова Д.И. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ И ИХ КОРРЕЛЯЦИЯ С БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ.	349
93.	Плугина М.И. ЗДОРОВОЕ МАТЕРИНСТВО-ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ.	354
94.	Расулова Г. Р., Юлдашева О.С ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.	359
95.	Rakhimova Kh. A. USE OF CHICORY ORDINARY IN FOLK MEDICINE.	360
96.	Рахматуллаева М. М. ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ.	362
97.	Рахмонкулова Н.Г. ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ РОДИЛЬНИЦЫ. ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.	364
98.	Рузимова С.Б., Матякубова С.А. ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАРКЕРОВ ГЕМОСТАЗА И ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ.	370
99.	Садуллаев А. С., Медведев М. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОДНЫХ КИСТ И ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ.	372

100.	Сазонова М. Д, Рыбников В.Н. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОБОСНОВАННОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.	373
101.	Saydullayeva K.M., Axunjonova H.A., Teshaboyev U.A. HOMILADORLAR UCHUN FOYDALI MASLAXATLAR.	375
102.	Саркисова Л.В. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.	377
103.	Саркисова Л. В., Шарипова Н.М. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВИТАМИНА Д ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ.	382
104.	Саркисова Л. В ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ АЛЬФА-1-МИКРОГЛОБУЛИНА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.	383
105.	Саркисова Л. В., Негматуллаева М.Н.. БИОХИМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ У ЖЕНЩИН С РИСКОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ.	384
106.	Сармулдаева Ш.К., Бикебаева А.Ж., Шарипбаева М.К., Нугманова Г.Ф., Естемисов М.З. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОГО БАЛЛОНА ПРИ РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ.	390
107.	Себякина Т. А., Иванова О. Ю. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.	392
108.	Solieva U.Kh., Saidjalilova D.D. STRUCTURE OF THE ETIOLOGICAL FACTORS OF ADHESIONS IN WOMEN OF REPRODUKTIV AGE.	393
109.	Султанбекова Б. О., Тәліп Әмина Молдабайқызы., Калимуллина Э.Р., Мазнарканова А. Д. , Каимбекова Г.Б., Смаилова Л. К. АНАЛИЗ ПРИЧИН АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА.	395
110.	Султанбекова Б. О., Мараткызы М., Кадырбек У.Б., Искаков С.С., Билялова Г.Т., Нурмагамбетова Д. М. АНАМНЕЗ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПЛАНОВОМ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ.	397
111.	Суяркулова М.Э., Бабаджанова Г.С. АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ УЛУЧШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН/СЕМЬИ.	399
112.	Султонов Н.А. ОДАТИЙ БОЛА ТАШЛАШ КУЗАТИЛГАН АЁЛЛАРДА ЎЗ-ЎЗИДАН ҲОМИЛА ТУШИШИНИ ТАШХИСЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЖИҲАТЛАРИ	401
113.	Тиллабаева Д.М. РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ.	409
114.	Тишабаева Н.А. РОЛЬ АНГИОГЕННЫХ МАРКЕРОВ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТА-АССОЦИИРОВАННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ.	412
115.	Тишабаева Н.А., Алимжанова М.Ш. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ.	416

116.	Тишабаева Н.А., Гуломова Р.И. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ.	418
117.	Тишабаева Н.А., Жамолиддинова Н. Б. ОЖИРЕНИЕ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА. АКТУАЛЬНОСТЬ В НАШИ ДНИ.	428
118.	Тишабаева Н.А., Иброхимова З.А. ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ И ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ. ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ.	430
119.	To‘uchibekov Sh., Fattaxov N., Abdulkakimov A., Sotvoldiev A., Tursunboev M. GASTRO-INTESTINAL GEMORRAGIYA DA OPERATIV JARROXLIK USULLARI.	438
120.	Турдиев Ш., Алимжанова М. БЕСПЛОДИЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА.	439
121.	Тян Т.В., Алиева Д.А. ОЦЕНКА ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.	440
122.	Уринова Р.Ш., Саиджалилова Д.Д. ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МАГНИЯ В КРОВИ С ТЯЖЕСТЬЮ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ.	445
123.	Усманова Н.Ю. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ИНОЗИТОЛА АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ.	450
124.	Usmonova. G.B. BOLALARNI ANTROPOMETRIK KO‘RSATKICHLARINI OVQATLANISHIGA BOG‘LIQ HOLDA TEKSHIRISH VA TAHLIL QILISH NATIJALARI.	452
125.	Usmonova. G.B., Mamajonova Kh. A. DEPENDENCE OF ANTHROPOMETRIC INDICATORS IN CHILDREN ON THE DIET.	454
126.	Usmonov S. A. YOSH AVLODNING JISMONIY RIVOJLANISHINI FIZIKAVIY O‘LCHASHLAR ORQALI BAHOLASH.	457
127.	Файзуллоева Н.Ш., Хатамова М.Т. КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ БИОХИМИЧЕСКИМ МОНИТОРИНГОМ И ИЗМЕРЕНИЕМ ВОЛНОВОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В ПУПОВИНЕ ПЛОДА ЧЕЛОВЕКА, НА ФОНЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНФЕКЦИИ.	459
128.	Фаттахов Н, Абдулхакимов А, Тўйчибеков Ш, Исроилов М, Болтаев С. ГИРУДОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ.	463
129.	Фаттахов Н, Абдулхакимов А, Тўйчибеков Ш, Исроилов М, Болтаев С. ПИЩЕВОЙ СТАТУС И ГИРУДОТЕРАПИЯ.	464
130.	Хайдарова Б.А. АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА ШАХСГА ЙЎНАЛТИРИЛГАН ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ.	465
131.	Хайдаров Х.Р, Сиддиқов Б.У., Тошбоев С.М. Острый жировой гепатоз у беременных (синдром Шихана).	472

132.	Хайдаров Х.Р, Сиддиков Б.У., Махсумхонов К.А. ОСОБЕННОСТИ КОМИССИОННОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ОЦЕНКЕ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.	478
133.	Haydarov N.S., Sapoxonov X.S, To`ychiev B.A., Turanova N.M., Hojimatov N.M., Miraxmedov M.X. QIZBOLALARDA O`TKIR GINEKOLOGIK KASALLIKLARDAN KE KEYINGI QORIN BO`SHLIG`I BITISHMALI KASALLIGINI DAVOLASH VA PROFLAKTIKASIDA LAPORASKOPIK YONDASHUV.	483
134.	Хамракулова Г.З., Шокирова Д.М., Хайдарова Б.А ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКАДА ЎРТА ТИББИЙ ХОДИМЛАРЛАРНИНГ АБОРТГА ҚАРШИ КУРАШИШ ФАОЛИЯТИ.	485
135.	Mirzaev B.B., Haydarov N.S., Sotvoldiev R. Holmatova Yo.N., Kadirova G.R. BOLALARDA QORIN BO`SHLIG`I BITISHMALI KASALLIGINI DAVOLASH VA PROFLAKTIKASIDA LAPORASKOPIK YONDASHUV.	488
136.	Хатамова М.Т. АКТУАЛЬНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ МАТКИ.	489
137.	Хафизова Д.Б. ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ В ФОРМИРОВАНИИ НЕ ВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ (ЭКО).	495
138.	Ходжаева А. С., Тиллабаева Д. М., Джураева Д. Л. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ.	503
139.	Ходжаева А.С., Джураева Д.Л., Тиллабаева Д.М. “РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ГЕНЕЗЕ ДИСМЕНОРЕИ”.	506
140.	Холматов И. Х., Турдиматов Д. С. АНАЛИЗ ПРИЧИН РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ И ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ.	508
141.	Холодных А. В., Крутых Е.Б., Рыбников В.Н. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЦЕНТРА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ И РЕПРОДУКЦИИ (ЦОЗСиР) НА БАЗЕ ОБУЗ «ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» Г. КУРСКА ЗА 2018 – 2022 ГГ.	509
142.	Xomidchonova Sh. X. QANDLI DIABETDA MIKROORGANIZMLARNING ROLI.	511
143.	Хуцишвили О.С., Бабкин М.О. ГОРМОНАЛЬНЫЕ И ВЕГЕТАТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ ПРИ АЦИКЛИЧЕСКИХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ.	514
144.	Шаланкова О.Е. ОЖИРЕНИЕ И ПРЕЭКЛАМПСИЯ: ОБЩИЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ.	516
145.	Шаланкова О.Е., Махаммадибрагимова М. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ, КАК ОСНОВНОГО ФАКТОРА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.	519

146.	Шаланкова О.Е., Комилов Т КРАТКОСРОЧНЫЕ И ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ НА МАТЕРИНСКИЙ ОРГАНИЗМ И ПЛОД.	520
147.	Шамсиева Д.А., Бекбаулиева Г.Н., Тилегенов Б.М. ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ЖЕНЩИН С МЕНОРРАГИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ АДЕНОМИОЗОМ.	524
148.	Sharapov I.K. TREATMENT OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER BY MEANS OF MODERN SURGERY.	531
149.	Шомиров Д.А., Надырханова Н.С. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ.	538
150.	Шукурова М.Р. Абдураимов Т.Ф. Эшонова К.Г. ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ПОЗДНИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ.	547
151.	Шукурлаева Ш.Ж. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МИОМЫ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.	549
152.	Эгамбердиева Г.Н. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧКИ С САМОГО РОЖДЕНИЯ.	554
153.	Egamberdieva G. N. THE NURSE'S ROLE IN PREVENTING CHANGES IN CHILDREN'S REPRODUCTIVE HEALTH.	559
154.	Эркинова Н. Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОСТОГЛАНДИНА ДЛЯ СОЗРЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ.	563
155.	Юлдашева М.Т. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА.	564
156.	Юлдашева М.Т., Абдумуминов Б.Р. ПРЕИМУЩЕСТВА ПРОГРАММЫ ICSI ПРИ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ (ВРТ).	565
157.	Юлдашева М.Т., Ибрагимова З.Ж., Хомидчонова Ш.Х. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.	567
158.	Юсупова Д.О., Матякубова С.А., Хаджиев Д.Ш. КЛИНИЧЕСКИ-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.	569
159.	Якубова О.А., Исакова Д.Б. ЭНДЕМИК БЎҚОҚЛИ АЁЛЛАРДА ПЕРИНАТАЛ КЎРСАТКИЧЛАР.	571



**ФАРҶОНА ЖАМОАТ САЛОМАТЛИГИ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА МАТЕРИНСКОГО
СЕПСИСА И СВЯЗАННЫХ С НИМ КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЙ.**

Абдураимов Т.Ф.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр акушерства и гинекологии*

Актуальность. Сепсис остается актуальной проблемой мирового здравоохранения, частота которого, по различным оценкам, ежегодно растет в виду ряда объективных факторов. В настоящее время Третьим Международным Консенсусом (Sepsis-3) определено, что сепсис – это угрожающая жизни органная дисфункция из-за дисрегуляции ответа хозяина на инфекцию. В мире инфекции стоят на четвертом месте в структуре материнской смертности и составляют около 11%. Частота материнского сепсиса с летальными исходами увеличивается на 10% в год, при этом основными факторами риска являются: поздний возраст матери, ожирение, беременность на фоне хронических заболеваний, вспомогательные репродуктивные технологии и многоплодная беременность, высокая частота кесаревых сечений.

Цель исследования: изучить эпидемиологические характеристики, факторы риска и провести обзор эффективных методов профилактики материнского сепсиса.

Материалы и методы. Крупных исследований, посвященных эпидемиологии и критическим случаям, связанным с материнским сепсисом в Узбекистане нет. Попыткой изучения проблемы стало проведенное нами в 2018-2019 гг. ретроспективное исследование клинических случаев материнского сепсиса, охватившее 14 родовспомогательных учреждений третичного уровня по всей территории республики.

Результаты и обсуждение. Выявлено 108 случаев материнского сепсиса, связанного с тазовым и внетазовым источником инфекции, что составило 0,07% от 161162 родов и 8,1% от 1343 критических ситуаций за исследуемый период времени. Полученные данные не отражают реальной ситуации ввиду отсутствия унифицированного подхода в ранней диагностике сепсиса в акушерстве с использованием скрининговых шкал qSOFA, SIRS, MEWS. Очевидно, что реальная частота септических осложнений намного выше. Материнский сепсис чаще имел место в возрасте 20-29 лет – у 59 (54,6%) пациенток. Среди факторов риска доминирующим оказалась операция кесарева сечения, имевшая место у 89 (82,4%) женщин. Вопреки устоявшемуся мнению о ведущей роли соматической преморбитной патологии в развитии сепсиса, нами получены отличные данные: анемия с показателем гемоглобина менее 90 г/л имела место у 72 (66,7%)

женщин (по разным источникам частота анемии среди беременных в Узбекистане достигает 80%), инфекции мочевых путей отмечены только у 24 (22,2%) женщин, пневмонии – у 9 (8,3%), сахарный диабет – у 2 (1,8%) и ожирение – у 1 (0,9%) пациентов. Длительный безводный период отмечен в 11 (10,2%) случаях. Анализ показал, что 75 (69,4%) беременных и родильниц диагноз выставлен запоздало, на фоне органических дисфункций по шкале SOFA более 2 баллов. У 74 (68,5%) пациенток сепсис развился внутрибольнично.

Выводы: В настоящее время нет возможности оценить реальную частоту встречаемости материнского сепсиса в родовспомогательных учреждениях республики Узбекистан из-за отсутствия использования на практике простых и единых диагностических индикаторов. Доминирующим в практике остается подход, основанный на индивидуальной оценке и интерпретации состояния пациентов, а не на рекомендациях национального клинического протокола. Материнский сепсис в подавляющем большинстве развивался после операции кесарева сечения, другие факторы риска имели место быть, но не являлись первостепенными. У 2/3 пациенток сепсис развился внутрибольнично. По данным обзоров эффективными мерами профилактики случаев сепсиса в акушерстве являются: повышение информированности врачей о сепсисе, выявление групп риска и лечение преморбитной патологии, ранняя диагностика сепсиса на основе рекомендаций Sepsis-3и скрининговых шкал, снижение частоты кесаревых сечений, инфекционный контроль, рациональная антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**THE VALUE OF THE PSYCHE PREGNANT IN THE DEVELOPMENT
OF EARLY TOXEMIA**

S.A.Abdiyeva

Fergana Public Health Medical Institute Uzbekistan

Annotation: The article review current literature regarding the mechanisms of development, pathogenesis and treatment principles of early toxemia. Particular attention is paid to the relationship of nausea and vomiting in pregnant women with their mental state, the possibility of non-drug effects on this pathology.

Key words: early toxemia; mental disorders; increased anxiety. Most studies are devoted to the study of the clinical aspect of pregnancy, and the personal characteristics of women during this period

are studied as concomitant. Such a one-sided research approach cannot provide the necessary reduction in the pathology of pregnancy, since the peculiarities of the course of pregnancy should be considered not as violations, but as a normal type of response of a woman to the load experienced during pregnancy. Early toxicosis is one of the most common and urgent problems of modern obstetrics. This pathology occurs in 50-90% of pregnant women, the frequency of severe forms ranges from 0.1 to 1.8%. The need for hospitalization occurs in 14- 19% of cases. Toxicosis refers to the conditions of pregnant women that arise in connection with the development of the entire fetal egg or its individual elements, characterized by a multiplicity of symptoms, of which the most permanent and pronounced are disorders of the central nervous system, vascular disorders and metabolic disorders. There are several classifications of vomiting of pregnant women. One of the first was developed by A. A. Lebedev in 1957: I degree - phase of neurosis; II degree - phase of toxicosis; III degree - phase of dystrophy. The changes occurring during the neurosis phase are considered by him as functional, since they are manifested by a decrease in the activity of the cerebral cortex and an increase in the activity of the subcortex, with an emphasis on the irritability of parasympathetic innervation of organs, without special metabolic disorders. Early toxicosis is a complex symptom complex that develops in the first trimester of pregnancy and is characterized by a number of dyspeptic disorders: nausea, vomiting, hypersalivation, decreased appetite, impaired taste and olfactory sensations. Depending on the severity of these symptoms, body weight decreases, disorders occur in all types of metabolism, which leads to deterioration of the functions of a number of organs and systems of the pregnant woman. In most cases, nausea and vomiting do not affect the course of pregnancy and are considered as a physiological condition. Some foreign authors consider the absence of these symptoms as an increased risk of miscarriage. Nevertheless, even mild nausea and vomiting significantly worsen a woman's quality of life. There were many theories trying to explain the mechanism of early toxicosis: reflex, neurogenic, hormonal, allergic, immune, cortico-visceral. In the pathogenesis of early toxicosis, a leading role is played by a violation of the functional state of the central nervous system. In the early stages of pregnancy, the symptoms of early toxicosis (neurosis) are manifested by a disorder of the gastrointestinal tract. Food reflexes are associated with the vegetative centers of the diencephalic region. Afferent signals coming here from the periphery may have a perverted character (either due to changes in the uterine receptors or in the pathways), changes may also occur in the centers of the diencephalic region themselves, which may change the nature of the response efferent impulses. With impaired sensitivity of the system, a change in reflex reactions quickly occurs, a violation of nutritional functions: loss of appetite, nausea, hypersalivation, vomiting. Neuroendocrine and metabolic disorders play a huge role in the occurrence of early toxicosis, in this regard, with the progression of the disease, changes in water-salt, carbohydrate and fat, and then protein metabolism gradually develop against the background of increasing exhaustion and weight loss. However, psychological studies have not confirmed a higher prevalence in patients with functional dyspepsia of

life events that can cause stress, compared with those in healthy people. It was also found that the psychological profile compiled on the basis of the results of the MMR1 test does not differ significantly in patients with functional dyspepsia and in patients with other gastroenterological diseases. Along with this, patients with functional dyspepsia revealed a higher level of anxiety, depression, neurotic and hypochondriac reactions. It is the comorbidity of symptoms of dyspepsia and mental disorders that determines the development of functional somatic syndromes, which, in fact, are somatic mental disorders. The interdisciplinary approach makes it possible not only to diagnose in a timely manner, but also to successfully treat mental disorders that mimic somatic diseases in a somatic hospital. Literature data indicate that various borderline mental disorders occur in 10.0- 79.3% of pregnant women, in this group there is a high incidence of complications of pregnancy and childbirth. The period of pregnancy is generally considered to be a time of increased risk of developing mental disorders, and pregnancy and childbirth itself can become provoking factors in the development of existing mental disorders. The state of psychoemotional tension with the presence of anxiety of various levels is observed in 40% of women with a normal pregnancy. It is believed that a change in the hormonal background during pregnancy can aggravate the existing emotional disorders. In the genesis of non-psychotic disorders, the leading place is occupied by the personal characteristics of a woman in combination with the motivation of childbirth, the level of personal anxiety, the peculiarities of the course of pregnancy and previous obstetric experience. Fear of childbirth and untimely termination of pregnancy, concern about the health of the unborn child and their own health, fear of labor pains and inevitable pain, fear of disappointment of the partner / spouse due to changes occurring with the body, the lack of harmonious relationships in the family, when childbirth is designed to correct the violation of these relationships, leads to a decrease in the level of acceptance of the unborn child and indirectly - to the development of neurotic disorders. Modern women have to worry about their careers, financial problems, and a lot of additional costs associated with the appearance and upbringing of a new family member. All these fears can lead to the emergence of many negative emotions — such as excitement, depression, irritation, anxiety, stress, anger, loneliness, confusion. Most often, changes in the psycho-emotional background during pregnancy lead to the development of depressive and anxiety disorders. According to the literature, a significant influence of anxiety disorders on the course of pregnancy and perinatal outcomes has been noted: the frequency of placental insufficiency, fetal growth retardation, premature birth, and the birth of children with low body weight increases. In pregnant women with early toxicosis, there are changes in mental functions mainly in the form of an increase in the level of personal and reactive anxiety, as well as the prevalence of psychoasthenia radicals in the structure of personality traits. These changes can be considered in the structure of vegetodistonia syndrome as a manifestation of dysfunction of nonspecific stem structures, as evidenced by a violation of autoregulation of cerebral blood flow, vegetative activity and vegetative reactivity. To date, the main components of early toxicosis therapy are: diet, therapeutic

and protective regime, physiotherapy and drug therapy. Medical treatment includes drugs aimed at inhibiting the gag reflex - antiemetics ("Cerucal", "Torekan"), normalization of the water-electrolyte balance, detoxification, parenteral nutrition, vitamin therapy. Rational nutrition of pregnant women is of great importance in the treatment. The food should be varied, easily digestible, contain a large amount of vitamins. It should be taken chilled, in small portions every 2-3 hours in a lying position. Mineral non-carbonated alkaline water is shown in small volumes 5-6 times a day. The need for hospitalization and appropriate therapy occurs in 14-19% of pregnant women, which is economically unprofitable and negatively perceived by the patient herself. Currently, the fetus is considered as a full-fledged patient, in this regard, in the pharmacotherapy of a pregnant woman, it is important not only high efficiency, but the greatest safety of the drug for the pregnant woman and the fetus. In recent years, the issue of teratogenic properties of anti-nausea and antiemetic drugs used has been discussed in the literature, there has been a slight increase in the frequency of congenital fetal deformities in women who have used these drugs. In this regard, the use of non-drug methods of treating nausea and vomiting during pregnancy, in particular psychotherapy, is relevant. The psychology of motherhood and pregnancy is one of the most complex and poorly developed areas of modern psychological science. The relevance of its study is dictated by the severity of demographic problems associated with a drop in the birth rate; an increase in the statistics of dysfunctional and premature births, a large number of cases of pregnancy disorders and cases of fatal childbirth for a woman or newborn. Thus, the relevance of the development of a psychological approach to the study of pregnancy is supported by the fact that, despite modern achievements in the field of physiology, gynecology and obstetrics, increasing the scientific level and the use of various forms of psychotherapy, psychological problems of pregnancy, the possibility of solving them by means of psychological assistance remain largely unresolved.

References: 1. Avedisova A. S. Anxiety disorders. Alexandrovsky Yu. A. Mental disorders in general medical practice and their treatment. Moscow: GEOTARMED; 2004. 2. Benediktov I. I., Kolpakov V. B., Tsutsor V. B. Treatment of vomiting of pregnant women. Obstetrics and gynecology. 2006. 3. Govorukhina E.M., Ivanov I. P. Principles of pathogenetic treatment of vomiting of pregnant women. Maternity protection issues. 2005; № 5. 4. Grandilevskaya. V. Psychological features of women's response to the revealed pathology of pregnancy. Autoref. dis... cand. psikhol. nauk. SPb.; 2004.

EARLY TOXICOSIS IN PREGNANCY

S.A.Abdiyeva¹, M.F.Rustamaliyeva¹

¹Fergana Public Health Medical Institute Uzbekistan.

Annotation: Toxicities in pregnancy-this is considered a pathological phenomenon, it is observed only during pregnancy and prevents its course. In most cases, it passes by itself, and sometimes it can even stop pregnancy.

Key words: toxicosis, pregnant, to inscribe, salivary divorce (ptialism), risk of pregnancy, strangulation of appetite. Toxicosis (vomiting) of pregnant women is a complex clinical syndrome that manifests itself in the first half of pregnancy. This pathology is characterized by dyspeptic disorders that have significant consequences for the body: dehydration, disorders of fat, protein, carbohydrate metabolism and electrolyte balance. If an underestimation of the pregnant woman's condition occurs at an early stage, then as the severity increases, dystrophic changes in the liver, kidneys, brain and other organs may occur, threatening the development of life-critical conditions. It should be particularly noted that even termination of pregnancy in such a situation may not lead to an improvement in the condition, since according to certain diagnostic criteria it is no longer possible to analyze the degree of violation of the homeostasis system of vital organ structures. This article presents an analysis of a very rare clinical case - the development of severe neurological pathology in a patient with vomiting of pregnant women - Guillain-Barre syndrome with a fatal outcome. The analysis of the patient's management was carried out, conclusions were made about the late untimely termination of pregnancy, about the absence of pyridoxine in the complex treatment, which could contribute to the fatal outcome of the disease. It is noted that doctors inadequately assess the severity of the disease, do not conduct a full-fledged examination and treatment, belatedly make a decision to terminate pregnancy. At present, it is not yet clear what exactly is the cause of the origin of toxicosis. The International Association of Obstetricians and Gynecologists has identified the reasons that can lead to its occurrence. They are as follows: Hormonal changes. After the first fertilization of a woman, the hormone secretion in the body changes. As a result of this, a woman begins to feel bad. Caused by chronic diseases. Many have chronic disease (especially by digestion, respiratory and endocrine systems) and the immune system is many have toxicosis in women. Therefore, a woman planning pregnancy should undergo a general medical examination before joining, if she has chronic diseases, treat them. Psycho-emotional state of a woman. Stress, lack of sleep, excess of mental work cause toxicosis to come and make its passage difficult. Harmful habits, drinking alcohol, smoking and taking drugs. Age of the woman. Early pregnancy (up to

20 years) and late first pregnancy (over 35 years) are accompanied by various manifestations of toxicosis. Hereditary predisposition. If a woman's mother, aunt and grandmother suffered from toxicosis during pregnancy, then in the same woman, too, there is a high probability of toxicities. 3 different forms of toxicosis differ: 1. Early toxicosis (in the first trimester of pregnancy); 2. Late toxicosis (in the second and third trimester, most often in the last two to three months); 3. Rarely toxicosis (most often observed at the age of 1-three months of pregnancy, but at any stage of pregnancy). Early toxicoses-come in the early stages of pregnancy and end in 1-trimester. In most cases, the symptoms begin in 5-6-th weeks, sometimes a woman can feel unwell before the menstruation stops after fertilization. 2 different types of early toxicoses differ: vomiting – light, average, many. Vomiting of pregnant women is the most common type of early toxicosis. In the first week of pregnancy, a woman experiences nausea and vomiting, especially in the morning. Such a condition is not toxicosis and does not pose any danger to a woman. Toxicosis includes processes that occur several times during the day, accompanied by suppression of appetite, a violation of taste and smell cognition. By weight level is divided into: 1. Light form. Vomiting is observed 5 times during the day. Begins after eating, the female condition worsens. Treatment is simple or by itself will pass by 10-12-th weeks. 2. Medium-weight form. Vomiting is observed up to 10 times during the day. It can not be associated with food, the general condition of a woman worsens significantly, general malaise is observed. If the correct treatment is taken, it passes and does not pose a threat to pregnancy. 3. Vomiting with multiple repetitions. Repeated until 20 times and even more during the day, a woman becomes hungry and dehydrated, body mass decreases, body temperature increases and the number of pulses increases. Such a condition requires immediate medical attention, otherwise the outcome may end in death. Salivary cleavage (ptialism) is an excessive cleavage of the salivary (solivation) and loss of a lot of fluid (1 liter per day). Ptialism can appear in pregnancy independently of itself, or after vomiting. A woman begins to feel bad, there is a violation of sleep, a decrease in body mass. Ptialism and vomiting can be treated even in home conditions in light manifestations. If the effect of the treatment is not felt, it is necessary to undergo treatment under stationary conditions. It is necessary to consult a doctor immediately if there is too much salivation and repeatedly vomiting is observed. Special treatment of early toxicoses:

- Providing physical and emotional memory to a woman;
- Proper eating regimen (eating calorie foods less often, every 2-3 hours);
- Reception of sedative drugs;
- Take preventive measures against vomiting
- Vitaminoterapiya;
- Hepatoproteins;

•Intravenous injection of fluids against dehydration. If all the measures taken do not help, then it is necessary to stop pregnancy necessarily. Late toxicosis usually occurs from the 30-th week of pregnancy. Sometimes it occurs at the age of the second trimester of pregnancy and is severe. The following forms of toxicoses differ:

•water retention in pregnant women - the origin of tumors as a result of the accumulation of fluid in the body;

•nephropathies-characterized by the manifestation of three clinical symptoms: swelling, increased protein and blood pressure in the urine;

•preeclampsia is a stage after nephropathy, accompanied by a violation of the function of the nervous system;

•eclampsia is a late stage of nocturnal toxicosis, manifested by seizures and fainting. Water retention in pregnant women is explained by fluid retention in tissues. Its main clinical picture is tumors.

3 levels of the Valley differ:

1. First level. Tumors appear in the bald area. If pressed into the swollen area by hand, the trace remains.

2. The second level. Tumors spread to the upper abdominal area, but do not accumulate fluid in the abdominal cavity. If the skin of the abdomen is pressed, the trace remains.

3. The third level. Edema occurs both in the abdomen and in the face. The female condition worsens, the number of hiccups, heart palpitations increases. In most cases, the result of the conducted treatment measures is known in 6-8 days, and in severe degrees, the treatment can also extend to 10-12 days. Timely termination of pregnancy is of crucial importance for the prognosis of the disease, unfortunately, in this patient this decision was already made against the background of severe irreversible damage to the nervous system, which was to no avail and ineffective. In conclusion, I would like to note that from this clinical case, the most important conclusion should be drawn that the nervous system is most quickly and irreversibly damaged with severe and prolonged vomiting of pregnant women. Clinical and laboratory improvement in internal organs masks the severity of damage to the nervous system. Timely termination of pregnancy is vital in case of recurrent episodes of severe vomiting with the development of multiple organ failure and /or a decrease in body weight by more than 10% of the initial one, despite episodes of improvement in well-being.

References: 1. Veenendaal M.V., van Abeelen A.F., Painter R.C. et al. Consequences of hyperemesis gravidarum for offspring: a systematic review and metaanalysis. BJOG. 2011. Oct. 118 (11). P. 1302-1313. 2. El Mallakh R.S., Liebowitz N.R., Hale M.S. Hyperemesis gravidarum as conversion disorder. J. Nerv. Ment. Dis. 2009. № 178. P. 655-659. 3. Tan P.C., Jacob R., Quek K.F.,

Omar S.Z. Pregnancy outcome in hyperemesis gravidarum and the effect of laboratory clinical indicators of hyper emesis severity. J Obstet Gynaecol Res. 2007. P. 457-464 4. Koch K.L., Stern R.M., Vascy M. Gastric dysrhythmias and nausea of pregnancy. Dig. Dis. Sci. 2010. № 35. P. 961-968.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И
СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ

Н.Т.Абдукаримова¹, М.М.Асатова¹, М.Ж.Даулетова¹.

¹Республиканский специализированный научно практический медицинский центра
акушерства и гинекологии

Резюме. В статье обследовано 130 женщин с митральным стенозом послеродовом периоде. Изучена гемодинамические показатели у родильниц с митральным стенозом в зависимости от акушерской тактики в родах, а также изучена состояние новорожденных у женщин с митральным стенозом зависимости от метода родоразрешения.

Ключевые слова: митральный стеноз, беременность, послеродовый период, акушерская тактика.

FEATURES OF THE POSTPARTUM PERIOD AND
CONDITION OF NEWBORN WOMEN WITH MITRAL STENOSE DEPENDING ON
OBSTETRIC MANAGEMENT

N.T.Abdukarimova¹, M.M.Asatova¹, M.J.Dauletova¹.

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and
Gynecology

Resume. The article examined 130 women with mitral stenosis in the postpartum period. Studied hemodynamic parameters in puerperas with mitral stenosis, depending on obstetric tactics in childbirth, as well as studied the condition of newborns in women with mitral stenosis, depending on the method of delivery.

Key words: mitral stenosis, pregnancy, postpartum period, obstetric tactics.

Актуальность. Данные литературы свидетельствуют, что 2/3 материнских смертей при пороках сердца приходится на послеродовый период [1,2,6]. Причины летальных исходов острая правожелудочковая недостаточность, обусловленная легочной гипертензией, аритмии, отек легких, тромбоэмболические осложнения [2,7]. В раннем послеродовом периоде за счет

уменьшения маточного и прекращения плацентарного кровотока увеличивается объём циркулирующей крови (ОЦК) и минутный объём сердца (МОС) [5]. В раннем послеродовом периоде ОЦК увеличивается в результате поступления жидкости из тканей, что сопровождается повышением преднагрузки и нередко приводит к осложнениям у рожениц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. [3,8]. Выбор оптимальной тактики ведения родов и послеродового периода у беременных с пороками сердца является одним из наиболее эффективных путей снижения материнской и перинатальной смертности. Прогнозирование и профилактика послеродовых осложнений у рожениц с пороками сердца остаются малоизученными. Предупреждение резких гемодинамических сдвигов, ослабление родового стресса, уменьшение кровопотери, комплексная терапия, позволяют улучшить акушерские и перинатальные исходы у беременных с митральным стенозом (МС). В отношении метода родоразрешения у женщин с митральными пороками сердца нет однозначного решения. Одни исследователи считают, что при митральном стенозе и I – II функциональных классах сердечной недостаточности целесообразно проводить роды через естественные родовые пути с укорочением второго периода. В случае III – IV классов сердечной недостаточности показана плановая операция кесарева сечения в сроки 36–37 недель. Другие авторы приводят аргументы в пользу оперативного родоразрешения с целью профилактики перинатальных осложнений [1,4].

Цель исследования. Изучить особенности гемодинамики после родов в зависимости от акушерской тактики у женщин с митральным стенозом.

Материалы и методы исследования. В послеродовом периоде наряду с оценкой клинических параметров: общее состояние, жалобы, признаки сердечной недостаточности, темпы инволюции матки, состояние молочных желез, проводился динамический анализ ЭКГ, показателей центральной гемодинамики, лабораторных и инструментальных методов.

Из числа беременных с МС (130 человек) в период беременности в экстренном порядке была проведена комиссуротомия 13 беременным и из дальнейшего исследования они были исключены. Из 117 рожениц с МС 17-ти было произведено оперативное родоразрешение. Из 100 рожениц, роды у которых проведены через естественные родовые пути, 57 получали комплексное лечение и в родах им была предоставлена свобода положения тела, ведение III периода было пассивным, у 43 рожениц роды проведены в положении лежа на спине и предродовая подготовка не была проведена, в III периоде была проведена активная тактика.

Результаты и обсуждения. Гемодинамические показатели, характеризующие контрактильную способность миокарда были подвержены меньшим колебаниям у рожениц основной группы. Так, показатели МОС в группах оставались практически одинаковыми, при этом УО был повышен в основной группе $66,5 \pm 5,9$ против $61,4 \pm 6,6$ мл в группе сравнения, а ЧСС - $85,4 \pm 6,8$ против $92,6 \pm 5,0$ уд/мин в группе сравнения, таким образом показатель МОС в группе

Тактика ведения послеродового периода также зависит от тяжести состояния, наличия или отсутствия НК и технологий ведения III периода родов. Во время родов вследствие сокращения матки в сосудистое русло с каждой схваткой выбрасывается 300,0-500,0 мл крови. Как показали результаты исследований гемодинамики в родах, в связи со схватками резко увеличивается преднагрузка, что сопровождается увеличением сердечного выброса. При активном ведении III периода родов введение окситоцина способствует выбросу большого объема крови из маточных сосудов в результате быстрого сокращения матки перемещается в сосудистое русло, вызывая резкую перегрузку правых отделов сердца.

Сравнительное изучение гемодинамических показателей у рожениц в зависимости от метода родоразрешения показало, что при родоразрешении беременных с МС через естественные родовые пути показатели центральной гемодинамики относительно стабильные (таблица 2).

Таблица 2 Гемодинамические показатели у рожениц в зависимости от метода родоразрешения

Изучаемые параметры	Обследованные роженицы (МС, n=117)	
	Роды, n=100	КС, n=17
САД, мм.рт.ст.	116,4±1,8	128,4±1,8*
ДАД, мм.рт.ст.	76,4±1,4	80,4±1,4*
ЧСС, в/мин	88,4±8,1	90,6±2,5
МОС, л/мин	5,9±1,0	5,3±0,3
УО, мл	66,2±9,2	58,2±3,2*
КДО, см ³	106,7±9,1	100,4±3,5
КСО, см ³	40,5±4,4	42,2±1,3
УИ, мл/м ²	42,4±1,4	40,4±1,2
СИ, л/мин/м ²	3,8±0,16	3,4±0,14
ОПСС, дин·с·см ⁻⁵	1121±20,0	1149±18,7
ФВ, %	61,8±4,3	57,9±1,5*

Примечание: * - различия относительно данных группы при родах значимы (* - $P < 0,05$)

Высокие показатели УО отмечены при консервативном родоразрешении, у женщин с МС ($66,2 \pm 9,2$ мл против $58,2 \pm 3,2$ мл соответственно). Показатели МОС были снижены при абдоминальном родоразрешении в обеих группах, так при МС $5,3 \pm 0,3$ л/мин против $5,9 \pm 1,0$ л/мин при консервативном родоразрешении. ФВ была снижена на 6,7% .

Таблица 3 Особенности течения послеродового периода у рожениц с МС в зависимости от акушерской тактики в родах

Исследуемые параметры	Обследованные роженицы (МС, n=100)			
	1 группа, n=57		2 группа, n=43	
	абс.	%	абс.	%
Нарушение ритма	4	7,0	6	14,0
Мерцательная аритмия	2	3,5	2	4,7
Пароксизмальная тахикардия	0	0	2	4,7
Тромбофлебит	0	0	1	2,3
Обострение ревматического процесса	0	0	1	2,3
Эндометриит	2	3,5	2	4,7

Более отягощенным течением послеродового периода было в группе женщин с МС и по тем, или иным причинам не получивших предродовую подготовку. Так, частота нарушений ритма сердца отмечена в группе сравнения – 14,0% против 7,0% в основной группе, пароксизмальная тахикардия 4,7%, тромбофлебит 2,3%, эндометриит 4,7%.

Таблица 4

Особенности течения послеродового периода у рожениц с МС в зависимости от метода родоразрешения

Исследуемые параметры	Кесарево сечение (n=17)		Роды (n=100)	
	абс.	%	абс.	%
Нарушение ритма	5	29,4	10	10,0
Мерцательная аритмия	3	17,6	4	4,0
Пароксизмальная тахикардия	3	17,6	2	2,0
Тромбофлебит	0	0,0	1	1,0
Обострение ревматического процесса	2	11,8	1	1,0
Эндометриит	2	11,8	4	4,0

Таким образом, на основании данных клинического наблюдения можно сделать заключение, что течение послеродового периода в значительной степени, осложненное у родильниц с МС, не получивших предродовую метаболическую терапию и роды, у которых были проведены в литотомической позе.

Результаты дифференцированного изучения течения послеродового периода у родильниц с МС в зависимости от метода родоразрешения свидетельствуют о том, что более благоприятное течение отмечено при консервативном ведении родов. Частота таких осложнений, как нарушение ритма, мерцательная аритмия, обострение ревматического процесса часто регистрировались в случаях абдоминального родоразрешения и у пациенток с МС.

Как следует из данных таблицы 5, исход беременности и родов во многом зависит от технологий, применяемых во время беременности и в родов.

Случаи ранней неонатальной смертности в основном регистрировались в группе сравнения и составили 8,8%. Аналогичная картина регистрировалась у родильниц с МС. Так, в группе сравнения не было отмечено высокой оценки новорожденных по шкале Апгар 8-10 баллов, в то время как в основной группе их было 14,0%. В группе сравнения с оценкой по шкале Апгар 4-5 баллов было в 2 раза больше новорожденных и с низкой оценкой 1-3 балла.

Новорожденные с низкой и очень низкой массой тела регистрировались в основном в группе сравнения. Типичными осложнениями в раннем неонатальном периоде у детей от матерей

не получивших предродовую метаболическую терапию и роды у которых были проведены в литотомической позе, были родовые травмы (11,6%), пневмопатия и СДР (37,2%).

Таким образом, формирование тяжелых перинатальных осложнений гипоксического генеза у новорожденных напрямую зависят от вида порока сердца, наличия предродовой подготовки и технологий, использованных в родах.

Как следует из данных таблицы 5, исходы родов через естественные родовые пути у беременных с МС имеют ряд преимуществ для новорожденных по сравнению с оперативными родами.

Таблица-5 Состояние новорожденных у женщин с МС в зависимости от метода родоразрешения

Изучаемые параметры	Роды, n=100		Кесарево сечение, n=17	
	Число	Процент	Число	Процент
Оценка по шкале Апгар:				
- 8-10 баллов	13	13,0±3,4	0,0	0
- 6-7 баллов	30	30,0±4,6	11,1	29,4±11,1
- 4-5 баллов	36	36,0±4,8	12,1	47,1±12,1
- 1-3 баллов	21	21,0±4,1	10,3	23,5±10,3
Пневмопатия, СДР	7	7,0±2,6	11,6	35,3±11,6
Синдром гипервозбудимости	10	10,0±3,0	12,1	47,1±12,1
Ранняя неонатальная смертность	2	2,0±1,4	7,8	11,8±7,8

Примечание: P<0,05, между группами было достоверное отличие.

Так, при кесаревом сечении у беременных с НМК в 2,5 раза чаще регистрировались пневмопатия и СДР, синдром гипервозбудимости в 2 раза по сравнению с консервативными родами. Исходы консервативного родоразрешения у беременных с РПС для новорожденных имеют ряд преимуществ по сравнению с оперативными родами отмечается снижение СДР и синдрома гипервозбудимости.

Выводы. Таким образом, роды у беременных с МС через естественные родовые пути с адекватным обезболиванием являются более предпочтительными. Оперативное родоразрешение не лишено неблагоприятных гемодинамических последствий, связанных с обезболиванием, риском тромбоэмболических осложнений, нагрузки на сердечно-сосудистую систему, которую испытывает организм во время операции, вследствие резкого перераспределения крови весьма

значительны. Гемодинамические изменения, наблюдаемые после кесарева сечения у женщин с митральным стенозом, могут проявляться снижением УО и МОС, повышением ОПСС по сравнению с беременными, родоразрешенными через естественные родовые пути. Течение послеродового и неонатального периода также более благоприятно при консервативном ведении родов у женщин с митральным стенозом.

Литература:

1. Абу-Насер З. М. Особенности течения беременности при ревматических пороках сердца в сочетании с анемией // Акуш. и гинекол. - 2000. - №3. – С. 13-17.
2. Абдукаримова Н.Т., Асатова М.М. Состояние маточно-плацентарно-плодового кровообращения у беременных с митральным стенозом // Вестник врача. - 2022. - №2.1 (103) – С. 13-16.
3. Бунин Н. Г., Савченко И. Ю. Акушерская тактика в зависимости от показаний кардиографии при различных нарушениях маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока // Акуш. и гинек. - 1994. - №5. – С. 8-10.
4. Каримова Д. Ф., Аваков В. Е., Аляви А. Л., Нигматуллаева М. Н. Беременность и роды при приобретенных пороках сердца. // Руководство для врачей. Т. – 1999. – 63 с.
5. Тетелютина Ф. К. Оптимизация акушерской помощи больным с пороками сердца. Ижевская гос. мед. академия: Метод. реком. - 2000. – 32 с.
6. Abdullajonova K.N., Asatova M.M., Nadyrkhanova N.S., Dauletova M. J. Assessment of the State of Intracardiac Hemodynamics of the Mother and Fetoplacental Blood Flow in Women with Myocarditis. // Jundishapur Journal of Microbiology Research Article Published online 2022 January Vol. 15, No.1 (2022) – P.1569-1572.
7. Neonatal outcome in patients with rheumatic disease/ Motta M., Tincani A., Lojacono A., faden D., Gorla R., Airo P., Neri F., Gasparoni A., Ciardelli L., de Silvestri A., Marconi M., Chirico G.// Lupus. – 2004. – Vol. 13(9). – P.718-723.
8. Wasim T., Amer W., Majrroh A., Siddiq S. Foetomaternal outcome of pregnancy with cardiac disease// J Pak MedAssoc. – 2008. – Vol. 58. – P. 175-178.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ В ОЦЕНКЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

А.Р.Абдулхакимов¹, Н.Х.Фаттахов¹, Ш.М.Туйчибеков¹, Д.Д.Садиков¹.

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья

В настоящее время одной из самых актуальных проблем в мире является охрана здоровья населения в результате воздействия различных антропогенных факторов окружающей среды, совершенствование здорового образа жизни подрастающего поколения.

Немаловажно и то, что различные патологические изменения, происходящие в организме человека, ухудшение состояния здоровья подростков являются одним из факторов риска возникновения заболеваний сердечно-сосудистой и других функциональных систем организма подростка. Поэтому исследования физического развития детей и подростков имеют большое научное и практическое значение при разработке мер по профилактике заболеваний и улучшению состояния здоровья подрастающего поколения физическим развитием в данном случае понимают комплекс морфофункциональных признаков, характеризующих возрастной уровень биологического развития ребенка. А вот в юношеский возрастной период (особенно у девушек 16–20 лет) происходит социальное становление личности, он характеризуется окончанием биологического развития организма. В течение данного временного отрезка в основном заканчиваются все ростовые процессы, физиологическое половое созревание и формирование социально-гендерной ролевой функции. Необходимо отметить, что в юношеском возрасте физическое развитие наиболее легко поддается воздействию разнообразных внешних факторов (высокий уровень психоэмоционального напряжения, связанный с обучением в вузе). Все это приводит к изменению образа жизни, влияет на здоровье, требует развития адаптивных свойств тела человека, надежности его физического и психического состояния, которые смогут обеспечить высокую сопротивляемость к агрессивным воздействиям и максимальную продолжительность жизни. В связи с этим данный период онтогенеза считается наиболее значимым в изучении конкретных морфологических критериев оценки физического развития.

Вывод: Исследования физического здоровья девушек также имеют большое прогностическое значение для оценки здоровья настоящей и будущей популяции, что и обуславливает необходимость проведения исследований изменения морфофункциональных параметров в ряду поколений.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЕЛИЧИН УХА В МЕДИЦИНЕ

А.Р.Абдулхакимов¹, Н.Х.Фаттахов¹, Д.Д.Садиков¹.

¹*Ферганский медицинский институт общественного здоровья¹*

Актуальность: исследования метрических параметров уха, как и антропометрических параметров тела является важным направлением современной анатомии, морфометрии.

Цель: изучить данные морфометрических исследований уха.

Материалы и методы: материалами исследования послужили результаты измерений ушных раковин детей до 18 лет в школах города Фергана.

Результаты исследования: в исследовании становится ясным что ушные раковины даже у одного и того же человека уникальны. Также отмечается что овальная форма уха встречается чаще чем прямоугольные или треугольные типы ушей. Также отмечаются половые отличия в строении ушных раковин.

Вывод: в строении ушных раковин в медицине видят большой потенциал в прогнозе результатов лечения различных косметических дефектов, в идентификации личности и лечения некоторых болезней народными способами лечения распространенным методом лечения в китайской медицине (аурикулотерапия).

BACHADON ICHI RAKI (ENDOMETRIK)NING KELIB CHIQISH SABABLARI.

I.A.Abdurazakova¹, Y.X.Nazarova¹.

¹*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti*

Kalit so'zlar: Bachadon, endometrik, reproduktiv, esterogen garmoni, klimks

Kirish: Ayol borki, olam munavvar. U mehribon uy bekasi, xonadon charog`boni bo`lish bilan bir qatorda kelajagimiz bo`lmish yosh avlodni dunyoga keltiruvchi ona hamdir. Ayolning salomatligi jamiyatda sog`lom muhitning yaratilishida asosiy omil hisoblanadi. Shu boisdan ham oila va jamiyatda reproduktiv salomatlikni mustahkamlash, jismonan va ma`nan barkamol avlodni tarbiyalashga katta e'tibor qaratilmoqda. Jahon sog`liqni saqlash jamiyati tomonidan „nafaqat kasallik yoki nogironlikning yo`qligi, balki to`liq jismoniy, aqliy va ijtimoiy farovonlik holati“ deb ta`riflanadi. Ayollar salomatligi butun aholi salomatligi demakdir.

Mavzuning dolzarbligi. Bachadon ichi raki ayollarni barcha rak kasalliklari ichida to'rtinchi o'rinda turadi. Bu kasallik asosan klimks oxirida ozini nomoyon qiladi. Asosan 50-60 yoshli ayollarda ko'p uchraydi. Bachadon rakiga quyidagi faktlar sabab bo'lishi mumkinligi aniqlangan.

1-Hayz kichik yoshdan korib,qondan vaqtida qolmaslik.

2-Bola ko'rmaganda.

3-Ko'krak raki bo'lgan ayollar ichgan dorilar.

4-Klimksda qollaniladigan ba'zi dorilar(tarkibida esterogen miqdori ko'p bolgan dorilar)

5-Esterogen garmoninig miqdori ortib ketishida.

6-Hayvon yog'larini umuman istemol qilmaslik(tanada esterogen miqdorini ortishiga sabab bo'ladi)

7-Qand kasali bor ayollarda.

8-Genda borligi (oilada biror bir ayol shu kasallik bilan og'rigan bo'lsa)

9-Tuhumdon raki bo'lgan ayollarda.

Bachadon raki bilan kasallangan ayollarda quyidagi belgilarni kuzatish mumkin.Hayz ko'rganda meyoridan ko'p miqdorda qon ketishi, teri yuzasida dog'larni paydo bo'lishi.Har 10 ta ayoldan 9 tasida klimks davrida hayz ko'rishida qon kop miqdorda ketishi kuzatiladi.Ortiqcha vaznli ayollarda ham bachadon saratoni kasalligi kop uchraydi.Sababi tanada ortiqcha yog' zahirasi esterogen garmonlarini ortiqcha ishlab chiqarishga sabab bo'ladi. 12 yoshga to'lmasdan turib hayz ko'rgan ayollarda ham esterogen ishlab chiqarishi oeganizmda nisbatan vahli boshlanadi, shu sababli bunday ayollarda ham bu kasallikka uchrashga moilligi koproq bo'ladi.50 yoshdan keyin klimks boshlangan ayollrda ,hayz ko'rishi va birdaniga butun vujudi qizishi, asabiylashish kabilar davom etsa bu ayolda esterogen garmonini ishlab chiqishi davom etilyapti deganidir, ortiqcha esterogen esa, bachadon saratoniga olib keladigan muhim sabablaridan biridir. Yoshlik davridan hayz sikli to'gri bo'lmagan ayollarda, y'ani tuhum hujayralar vaqtida yetilmasa bu holat ham bachadon saratoni kasalligiga sabab bo'lishi mumkin. Avlodida ushbu kasal bilan kasallanganlar bo'lsa bu kasalga moilligi ortadi. Kasallik belgilari: Klimksdan keyin qon ketish kuzatilsa, bu bachadon saratonining eng ko'p uchraydigan belgilaridan biridir. Bu paytda qonning qancha kelishining ahamiyati yoq, ya'ni kopmi, tomchilabmi. Qisqa qilib aytganda bu davrda hayzdan tashqari kelgan qonning miqdorini ahamiyati yoq,bunday holatga uchraganda darhol shifokor nazoratiga murojat qilish kerak. Bachadon raki oldini olish mumkin bo'lgan yagona saraton kasalligi hisoblanadi. Bachadon bo'yni saratoni ayollar salomatligiga tahdid qiluvchi jiddiy kasalliklardan biri hisoblanadi..Saratoning bu turining oldini olish borasida sinalgan va samarali strategiyalar mavjud. Ulardan biri — odam papilloma virusi (OPV) ga qarshi emlash. O'zbekiston bu borada birinchi qadamni qo'ydi, ya'ni shu yilning noyabridan boshlab 9 yoshli qizlar ushbu kasallikka qarshi emlanadi. Sog'liqni saqlash vazirligi Matbuot xizmatining ma'lum qilishicha, bachadon bo'yni saratoni tarqalishiga ko'ra jahonda ayollarda uchraydigan saraton kasalliklari orasida to'rtinchi o'rinda turadi. O'zbekistonda bu ko'rsatkich ayollar o'rtasida tarqalishi bo'yicha ko'krak bezi saratonidan

keyingi o'rinda turadi. Kasalliklardan o'lim ko'rsatkichi bo'yicha esa, ushbu xastalik barcha yoshdagi ayollar o'rtasida ko'krak bezi va oshqozon bezi saratonidan keyin uchinchi va tug'ish yoshidagi ayollar (15-44 yosh) orasida esa ikkinchi o'rinni egallaydi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, har yili O'zbekistonda 1660 nafar ayol bachadon bo'yni saratoni kasalligiga chalinmoqda. Shu bois butun dunyoda ushbu kasallikning oldini olish muhim ahamiyatga ega.

Hulosa: O'zbekistonda 2017 yilda Vazirlar Mahkamasi tomonidan bu borada milliy reja tasdiqlangan. U o'z ichiga bachadon bo'yni saratonini davolash, palliativ yordam ko'rsatish bilan birga, OPVga qarshi emlash, bachadon bo'yni saratonini skrining qilish kabi birlamchi profilaktik tadbirlarni qamrab oladi. Milliy emlash kalendariga ko'ra, O'zbekistonda bolalar davlat byudjeti hisobidan 12 ta boshqariladigan infeksiyalarga qarshi emlanadi. Shuning uchun ham mamlakatda epidemiologik holat barqaror saqlanmoqda. Endilikda OPVga qarshi vaksinaning joriy qilinishi esa yana bir og'ir kasallik — bachadon bo'yni saratoni kasalligining oldini olishga xizmat qiladi. O'zbekistonda 9 yoshli o'smir qizlarni rejali emlash shu yilning noyabr oyidan boshlanadi. Buning natijasida kelajakda har yili 1 100 ta kasallanish va bachadon bo'yni xastaligi bo'yicha 600 ga yaqin o'lim holatlarining kamayishiga erishiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

- 1.Nargiza Magzumova”Ginekologik kasalliklar”20021y
- 2.Ayupova F.M. Yu.Q.Djabborova.”Gnikologiya”2015y
- 3.M.Misirova.”Ayollarda uchraydidan eng kop uchraydigan ginekologik kasalliklar”2022y
- 4.<https://dergipark.org.tr>
- 5.<https://www.trsgo.org>

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»

z. Фергана

10.03.2023z.

EFFECTIVENESS OF CONSERVATIVE AND SURGICAL CORRECTION OF ISTHMIC-CERVICAL INFLUENCY.

S.D.Allayarova

Urgench branch of Tashkent Medical Academy Urgench, Uzbekistan

Key words: *isthmic-cervical insufficiency, circlage, pessary, puberty pathology*

Summery: This article presents the effectiveness of conservative and surgical correction of isthmic-cervical insufficiency.

Introduction: Preterm birth is the most urgent problem for modern obstetrics and perinatology, which is associated with a high level of morbidity and mortality. Perinatal morbidity and mortality in premature newborns is 40 times higher than in full - term infants, which has negative economic, social,

and demographic consequences [7,8].The main cause of labor at 22-27 weeks of gestation with the most unfavorable outcome for the newborn due to pronounced immaturity is isthmic-cervical insufficiency(ICI) [1].Due to the lack of a single opinion of researchers on the diagnostic criteria of ICI, its occurrence, according to various authors, ranges from 0.2 to 65.0%, significantly varying in terms of gestation from 14-22 weeks to 14-34 weeks [4, 7, 9]. Currently, numerous methods of conservative and operative correction of ICI are used in clinical practice both in the Uzbekistan and abroad. Despite the existing variety of modifications of vaginal pessaries and surgical treatment methods, none of the proposed technologies is absolutely effective, while the probability of complications remains high, which significantly worsens the perinatal prognosis. There is a need for an in-depth study of the situation in the field of applied aspects of ICI correction. The unified approach adopted in practical healthcare does not guarantee the desired effectiveness of treatment measures and reduce the degree of perinatal risk. Practical healthcare needs a scientifically based algorithm for a differentiated approach to the choice of a method for correcting ICI, which determined the relevance of this study. In addition to the above, special attention should be paid to the proper medical and social education of pubertal girls in order to prevent the development of complications after early sexual debut. The aim of the study was to improve the outcomes of pregnancies and childbirth in patients with isthmic-cervical insufficiency.

Research objectives: 1. To identify the prevalence and risk factors of ICI development in pregnant women of the Khorezm region; 2. To determine the diagnostic value of various methods traditionally used for the diagnosis of ICI; 3. To assess the vaginal biocenosis before and after the correction of ICI; 4. Evaluate the effectiveness of cerclage and vaginal pessaries in eliminating ICI; 5. To determine the main directions for improving pregnancy outcomes in women of the Khorezm region with ICI.

Material and Methods: The study was conducted at the regional perinatal center of Khorezm, the main group consisted of 80 pregnant women aged 24 to 36 years with a diagnosis of ICI, living in the Khorezm region for correction ICI in the 1st group, stitches were applied to the cervix, in the 2nd group - a pessary, the control group included 40 pregnant women without ICN at the age of 22 up to 38 years old, living in the Khorezm region, with a normal course of pregnancy and childbirth. A separate group included 29 women aged 17 to 22 with a diagnosis ICI, also living in the Khorezm region. All patients with biocenotic disorders for vaginas during therapy before ICI correction. Treatment was carried out with terzhinan preparations, 1 vaginal tablet-at night for a long period of time. 6 days for vaginitis or clotrimazole 100 mg for 1 vaginal candle at night- 7 days for vaginal candidiasis. After ICI correction, the vaginal biocenosis was assessed on an outpatient basis after discharge. The research methods were clinical-statistical, clinical-laboratory, clinical-experimental, ultrasound research, pH-metry, microbiological methods.

Statistical data processing was performed using the standard package of statistical programs "Statistica 6.0". Criteria for inclusion in the study: a woman with a spontaneous singleton pregnancy; the presence of ICI according to manual and ultrasound examination.

Results and Discussions: The analysis of 2,157 medical and birth histories revealed the prevalence of ICI in the structure of all pregnant women who completed pregnancy by the second and third trimesters – 13.4 % per year. According to the conducted analysis, it was revealed that the risk factors for the development of ICN are abortions in the anamnesis [odds ratio (OR) 27.3; 95 % confidence interval (CI) 24.5-28.1], the beginning of sexual activity before the age of 18 (OR 15.4; Previous pregnancy and childbirth injuries (OR 4.8; 95% CI 3.7–5.4), pelvic infectious and inflammatory diseases (OR 4.3; 95% CI 4.0-4.7), history of sexually transmitted infections (STIs) (OR 2.4; 95% CI 2.1–3.0), extragenital diseases (OR 1.9; CI 95% 1.8-2.2). Among the methods traditionally used for the diagnosis of ICN, vaginal examination has 93% sensitivity and 63% specificity; ultrasound cervicometry has 96% sensitivity and 97% specificity, which corresponds to the data of foreign researchers [10].

A comprehensive assessment of the vaginal biocenosis revealed that before treatment PPI disorders of the vaginal biocenosis occurred in 12.2% of women in group 1, and in 17.9% in group 2 ($p < 0.05$). (gonococcal infection, urogenital trichomoniasis, chlamydia infection, syphilis) were not detected during hospitalization in both groups. Patients Group 1 suffered from vaginitis in 6.9% of cases, bacterial vaginosis-in 5.3% ($p < 0.05$). After correction of ICN in group 1, 1.9% of women had vaginitis, 0.5% of patients had bacterial vaginosis ($p < 0.05$). In group 2, vaginitis was diagnosed in 10.7% of women before ICI treatment, bacterial vaginosis- in 7%, after ICI correction, vaginitis was detected in 2.4%, bacterial vaginosis - in 4.6% ($p < 0.05$). Women with early sexual debut usually indicate a change of sexual status. sexual partners (an average of 2.5 sexual partners per woman) and, accordingly, bacterial vaginosis was detected in a larger number of cases - 12.8% of the primary subjects. Analysis of the morbidity structure in group 1 revealed 33.2% of pelvic inflammatory diseases. A history of menstrual arrhythmia was observed in 12.3% of pregnant women with ICN, and cervical diseases - in 13%. Group 2 included 44.9% of pregnant women with pelvic inflammatory diseases, 10.7% with menstrual disorders, and 7% with a history of cervical diseases ($p < 0.05$). The structure of extragenital diseases in group 1 was dominated by diseases of the genitourinary system. diseases of the nervous system (27.9%), diseases of the circulatory system (14.3%), anemia (11.9%). In group 2, the most frequent diseases were those of the genitourinary system – 22.4%) and the blood circulation system diseases of the respiratory system – 16.7%, diseases of the respiratory system – 13.3% ($p < 0.05$). A high level of gynecological and extragenital morbidity determined a significant frequency of obstetric complications in the observed groups, which corresponds to the data of previous studies [2, 3, 5, 6].

A comparative analysis of a separate group, which was dominated by women with early sexual debut, revealed a significantly higher percentage of gynecological diseases transmitted before pregnancy: 39.8% of cases of pelvic inflammatory diseases, 27.6% of menstrual disorders, 24.4% of cervical diseases. The effectiveness of the cerclage and pessary in eliminating ICI was evaluated on the 2nd-3rd day after surgical or conservative correction using ultrasound cervicometry; positive dynamics was observed in 94% of patients the 1st group and 97% – the 2nd group. The effectiveness of ICI correction in a separate group of young women did not significantly differ from the main study group. During pregnancy, the risk of abortion occurred in 34% of pregnant women in group 1 and 19% in group 2 ($p < 0.05$). In the group with early sexual debut, the risk of termination of pregnancy occurred in 39% of women. 70% of patients in group 1 and 89% of patients completed their pregnancies in a timely manner 2nd group. In the group of young women, 67% of the subjects had an emergency delivery. Preterm labor occurred more frequently in Group 1 pregnant women (24% vs. 11%, $p < 0.05$). Late miscarriages occurred in group 1 and in a separate group of women with early onset of sexual activity, while no miscarriages were registered in group 2. In all patients after cerclage, surgical delivery was observed 4 times more often than in the comparison group, amounting to 23%, caesarean section was mainly performed in an emergency (82.5%; $p < 0.05$). During labor, cervical rupture, rupture and dissection of the intervertebral space, manual extraction of the placenta, and subsequent removal of the placenta were noted. AF confirmed by histological examination – without significant differences between the comparison groups. Newborns born in the 1st group of patients were more likely to have diseases of the respiratory organs (15% in the 1st group, 4.5% in the 2nd group), nervous system (10.4% in the 1st group, 2.2% in the 2nd group) ($p < 0.05$). Early discharge of newborns was performed in 97.2% of cases in group 2 and 83.3% in group 1 ($p < 0.05$). 4 times more newborns from group 1 were transferred to the next stage of nursing (10.8%). Perinatal mortality was registered for the first 2 days of life in the 1st group (5.9%), in the 2nd group there were no such cases ($p < 0.05$).

Conclusion: Risk factors for the development of ICI include a history of abortions, the onset of sexual life before the age of 18, injuries from previous pregnancies and childbirth, infectious and inflammatory diseases of the pelvic organs, a history of STIs, and extragenital diseases. As a separate point, it should be noted that early sexual debuts and polygamous relationships at the very beginning of the reproductive period lead to an increase in the frequency of gynecological diseases and, consequently, related pregnancy complications, in particular ICI. Ultrasound cervicometry is the most informative method for the diagnosis of PPI. Violations of the vaginal biocenosis occur more frequently during the correction of ICI with the help of pessariums than during cerclage. With surgical correction, the course of pregnancy is complicated by the threat of interruption. Frequency of delivery through the natural birth canal in group 2 is more than in the 1st. The outcomes of childbirth and the health of newborns in group

2 were more favorable, perinatal morbidity was significantly lower ($p < 0.05$), and perinatal mortality was not recorded, so early discharge from the maternity hospital was performed more often. Thus, preventive measures such as promotion of a healthy lifestyle, dissemination of information about the dangers of early onset of sexual activity, frequent change of sexual partners, and abortions, especially during adolescence, will improve pregnancy outcomes in women with ICI.

Literature:

1. Aylamazyan E.K., Kulakov V.I., Radzinsky V.E., Savelyeva G.M. Obstetrics: National Leadership // Moscow: GEOTAR-Media, 2013. – pp. 1056-1059.
2. Volkov V.G., Badaeva A.A. Inflammatory changes in the afterbirth of pregnant women with bacterial vaginosis // Bulletin of the RUDN. Ser. "Medicine. Obstetrics and gynecology". 2012. – No. 5. – pp. 113-116.
3. Kolesnikova O.M., Orazmuradov A.A., Knyazev S.A., etc. Placental insufficiency syndrome in first-time patients after surgical and medical abortions // Ibid. - 2012. – No. 5. – pp. 32-35.
4. Koh L.I., Satysheva I.V. Clinical aspects of connective tissue pathology in isthmic-cervical insufficiency // Sibirsk. med. zhurn. – 2008. – Vol. 23. – pp. 38-40.
5. Kuznetsov R.A., Rachkova O.V., Peretyatko L.P. Morphological criteria of primary placental insufficiency // In the same place. - 2011. – No. 5. – pp. 34-39.
6. Paendi O.L. Orazmuradov A.A., Knyazev S.A., Apre xiang S.V. Features of the course of pregnancy in some extragenital diseases (anemia, pyelonephritis, arterial hypertension) // In the same place. - 2012. – No. 5. – pp. 515-524.
7. Radzinsky V.E. Obstetric aggression // Status Praesens. – 2011. – No. 4. – pp. 19-20.
8. Abdel-Aleem H., Shaaban O.M., Abdel-Aleem M.A. Cervical pessary for preventing preterm birth // Cochrane Database Syst Rev. – 2013. – Vol. 5. – pp. 218-220.
9. Goya M. et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomized controlled trial // The Lancet. – 2012. – Vol. 379, N 9828. – pp. 1800-1806.
10. Taylor B.K. Sonographic assessment of cervical length and the risk of preterm birth // J. Obstet. Gynecol. Neonat. Nurses. – 2011. – Vol. 40. – N 5. – pp. 617-631.

ROC АНАЛИЗ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЁРОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ

С.Р.Адизова

Бухарский Государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино

Ключевые слова: преэклампсия, ROC анализ, предикторы, прогностическая модель.

Резюме: Преэклампсия по данным Всемирной организации здравоохранения осложняет течение беременности в 8-26% случаев и является одной из основных причин материнской и перинатальной смертности. Цель исследования — С помощью оценить прогностическую значимость биохимических маркёров гомоцистеин, лактатдегидогеназа, С реактивного белка и витамина D при преэклампсии различной степени. Материал и методы. В проспективном исследовании участвовали 105 пациенток с преэклампсией и 31 физиологически текущим беременностью. Проведено общий клинически и лабораторное обследование беременных. Результаты. Результаты исследования и по данным ROC-кривая показал высокую ценность определения ЛДГ (AUC=0,97) (чувствительность=95,9%; специфичность=93,5%). и С-реактивного белка (AUC=0,96) (чувствительность=97,3%; специфичность=96,8%) в диагностике заболевания. 77,2%). Заключение. Разработанная модель прогноза преэклампсии может быть использована в работе практикующего акушера-гинеколога

PREEKLAMPSIYANING TURLI DARAJALARIDA BIOKIMYOVIY MARKYORLARNING ROC TAHLILI

S.R.Adizova

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro Davlat tibbiyot instituti

Kalit so'zlar: preeklampsiya, ROC tahlili, prediktor

Rezyume: Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra preeklampsiya barcha homiladorliklarning 8-26% hollarda asoratlaydi, onalar va perinatal o'limning asosiy sabablaridan biridir. Tadqiqotning maqsadi turli ogirlik darajasidagi preeklampsiyada ROC tahlilidan foydalangan holda gomosistein, laktat dehidrogenaza, C reaktiv oqsil va D vitaminining prognostik ahamiyatini baholash edi. Materiallar va usullar. Tadqiqotda preeklampsiya bilan asoratlangan 105 bemor va 31 nafar fiziologik kechayotgan homiladorlar ishtirok etdi. Homilador ayollarda umumiy klinik va laboratoriya tekshiruvi o'tkazildi. Tadqiqot natijalari va ROC egri chizig'iga ko'ra LDG ni aniqlashning yuqori qiymatini ko'rsatdi (AUC=0,97) (sezuvchanlik=95,9%; o'ziga xoslik=93,5%). va kasallik diagnostikasida C-reaktiv oqsil (AUC=0,96) (sezuvchanlik=97,3%; o'ziga xoslik=96,8%). 77,2%).

Xulosa. Preeklampsiyani bashorat qilish uchun ishlab chiqilgan model amaliyotchi akusher-ginekolog ishida qo'llanilishi mumkin.

ROC ANALYSIS OF BIOCHEMICAL MARKERS IN VARIOUS DEGREES OF PRE-ECLAMPSIA

S.R.Adizova

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino,

Key words: *preeclampsia, ROC analysis, predictors*

Summary: Preeclampsia, according to the World Health Organization, complicates pregnancy in 8-26% of cases and is one of the main causes of maternal and perinatal mortality. The purpose of the study was to evaluate the prognostic significance of the biochemical markers homocysteine, lactate dehydrogenase, reactive protein C and vitamin D using ROC analysis in preeclampsia of varying degrees. Material and methods. A prospective study included 105 patients with preeclampsia and 31 physiologically ongoing pregnancies. A general clinical and laboratory examination of pregnant women was carried out. Results. The results of the study and according to the ROC curve showed a high value of LDH determination (AUC=0.97) (sensitivity=95.9%; specificity=93.5%). and C-reactive protein (AUC=0.96) (sensitivity=97.3%; specificity=96.8%) in the diagnosis of the disease. 77.2%). Conclusion. The developed model for predicting preeclampsia can be used in the work of a practicing obstetrician-gynecologist.

Одними из важнейших показателей, отражающих социально-экономический уровень и состояние здравоохранения в любой стране, являются уровень материнской (МС) и детской смертности. Во всем мире достигнуты большие успехи по снижению материнской и младенческой смертности, но до сих пор цели развития тысячелетия (ЦРТ) в области развития Декларации Организации объединенных наций (ООН), а именно «снижение детской смертности» и «улучшение охраны материнства» не были достигнуты [4], что требует от стран-членов ООН принятия комплексных решений [5,7]. Преэклампсия (ПЭ) по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) осложняет течение беременности в 8-26% случаев и является одной из основных причин материнской и перинатальной смертности. Согласно данным Конфиденциального аудита материнской смертности, проведенным в развитых странах (например, в Великобритании – уровень материнской смертности от преэклампсии/эклампсии составляет 0,42 на 100000 живорожденных, в США уровень МС – 7,5 на 100000 живорожденных) и в развивающихся странах (например, в странах Африки – уровень МС – 98 на 1000 живорожденных) в 90% случаев смертность была предотвратима, в 80% случаев причиной МС явились неправильная диагностика и лечение [8,10]. Кроме материнской заболеваемости и смертности преэклампсия – одна из главных причин досрочного родоразрешения, а значит и заболеваемости новорожденных, связанной с преждевременными родами [3,9]. Риск досрочного

родоразрешения при ПЭ, согласно вторичному анализу ВОЗ, возрастает в 8 раз [2]. Перинатальная смертность (ПС) при преэклампсии в мире колеблется от 9 до 20,0%, перинатальная заболеваемость при них составляет 463-780‰ [1,6].

Цель исследования. С помощью ROC анализа оценить прогностическую значимость биохимических маркёров гомоцистеин, лактатдегидогеназа, С реактивного белка и витамина D при преэклампсии различной степени.

Материал и методы: Проспективное исследование проводилось на базах областного Перинатального центра (РУз, г.Бухара) и лаборатории медицинского центра «Бухоро тиббий диагностикаси». Для реализации поставленной цели было обследовано 105 женщины с преэклампсией и 31 условно здоровые беременные. План исследования соответствовал законодательству РУз. Диагностическими критериями легкой и тяжёлой преэклампсии являлись повышение артериального давления ($\geq 140/90$ мм рт. ст. и $\geq 160/110$ мм рт. ст., соответственно), суточная протеинурия или сочетание одного, или нескольких угрожающих симптомов, таких как сильные постоянные головные боли, боли в эпигастрии, олигурия, нарушение зрения, одышка, а при эклампсии – судороги. Информированное письменное согласие пациентки на участие в исследовании. Для исследования проведено лабораторные анализы (общий анализ крови и биохимический анализ крови (гомоцистеин, ЛДГ, СРО и витамин D) также анализ мочи на наличие белка), ультразвуковые исследование. Общими критериями исключения из исследования стали наличие онкозаболеваний, туберкулеза, тяжелой соматической патологии, психических заболеваний, многоплодная беременность. С целью выделения наиболее значимых клинико-лабораторных и инструментальных факторов прогноза тяжелой преэклампсии использован ROC-анализ (англ. receiver operating characteristic) с применением ROC-кривых. ROCкривая — это график, позволяющий оценить качество бинарной классификации, отображающий соотношение между долей объектов от общего количества носителей признака, верно классифицированных как несущих признак (чувствительность), и долей объектов от общего количества объектов, не несущих признака, ошибочно классифицированных как несущих признак (специфичность алгоритма классификации) при варьировании порога решающего правила. Количественную интерпретацию ROC дает показатель AUC (англ. area under ROC curve) — площадь, ограниченная ROC-кривой и осью доли ложноположительных классификаций, которая эквивалентна вероятности, что классификатор присвоит больший вес случайно выбранной положительной сущности, чем случайно выбранной отрицательной. При этом значение 0,5 демонстрирует непригодность выбранного метода классификации. В соответствии с классификацией J. Swets площадь под ROC-кривой от 0,5 до 0,7 свидетельствует о невысокой точности теста, тест с площадью под кривой ROC от 0,7 до 0,9 может быть использован в

практике и площадь под ROC кривой выше 0,9 характеризует тест, обладающий высокой точностью[10].

Результаты и обсуждение. Результаты биохимических анализов показал уровень ЛДГ в группе с тяжелой ПЭ ($701 \pm 42,8$ Ед/л) превышал в 2,63 раза ($p < 0,001$) показатель группы сравнения ($266 \pm 12,7$ Ед/л).



Рис. 1. ROC-кривая показателя «ЛДГ» при диагностике преэклампсии.

На *рис.1.* представлена ROC-кривая изменения показателя для определения диагностической значимости ЛДГ, показал высокую ценность определения ЛДГ ($AUC=0,97$) в диагностике заболевания, так концентрации ЛДГ >357 ЕД/л говорит о высоком риске в развитии заболевания (чувствительность=95,9%; специфичность=93,5%). При повышении ЛДГ выше 250 ЕД/л, происходит увеличение риска заболевания в 2,14 раза за каждые 10 ЕД/л.

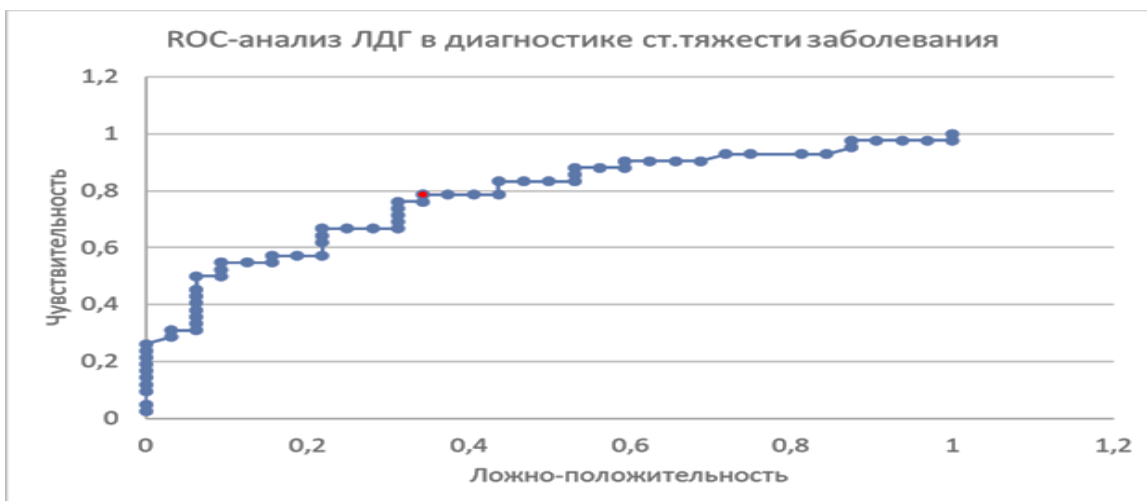


Рис. 2. ROC-кривая показателя «ЛДГ» в диагностике степен тяжести преэклампсии.

Как видно из *Рис.2.* проведенный ROC-анализ для определения диагностической значимости ЛДГ в определении степени тяжести заболевания, показал сравнительно меньшую ценность определения ЛДГ ($AUC=0,62$) в диагностике степени тяжести заболевания, так концентрации

ЛДГ >560 ЕД/л говорит о риске тяжелого течения заболевания (чувствительность=78,6%; специфичность=65,6%).

Уровень витамин Д в плазме беременных с тяжелой преэклампсией было ($13,8 \pm 0,89$ нг/мл), у женщин с физиологически текущим беременности концентрация витамина Д в крови было ($24,7 \pm 1,57$ нг/мл).



Рис. 3. ROC-кривая показателя «Витамин Д» при диагностике преэклампсии.

На рис.3. представлена проведенный ROC-анализ для определения диагностической значимости Витамина Д, показал высокую ценность определения Витамина Д ($AUC=0,81$) в диагностике заболевания, так концентрация Витамина Д <20 нг/мл сигнализирует о высоком риске в развитии заболевания (чувствительность=86,5%; специфичность=71,0%). При снижении уровня Витамина Д <30 нг/мл, происходит увеличение риска заболевания на 26% за каждые 1 нг/мл.

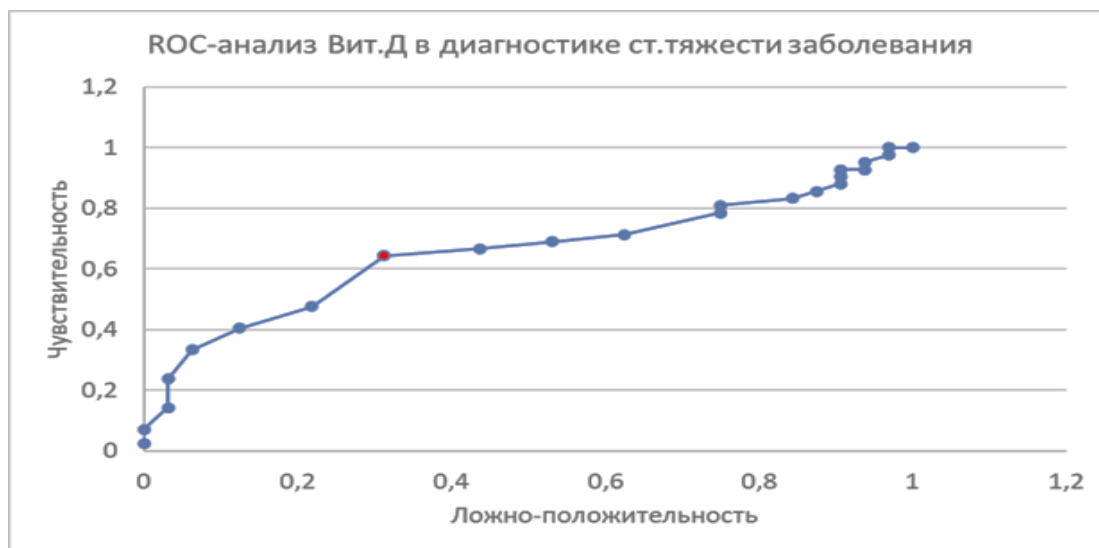


Рис. 4. ROC-кривая показателя «Витамина Д» в диагностике степен тяжести заболевания.

Проведенный ROC-анализ для определения диагностической значимости Витамина Д в определении степени тяжести заболевания, показал (Рис. 4.) сравнительно невысокую ценность

определения Витамина Д ($AUC=0,52$) в диагностике степени тяжести заболевания, так концентрации Витамина Д <13 нг/мл говорит о риске тяжелого течения заболевания (чувствительность=64,3%; специфичность=68,9%).

Уровень концентрации гомоцистеина у беременных с тяжелой преэклампсией $24,7 \pm 1,14$ мкмоль/л, у женщин с ПЭ легкой степени $18,8 \pm 0,7$ мкмоль/л в контрольной группе было $11,6 \pm 0,7$ мкмоль/л.

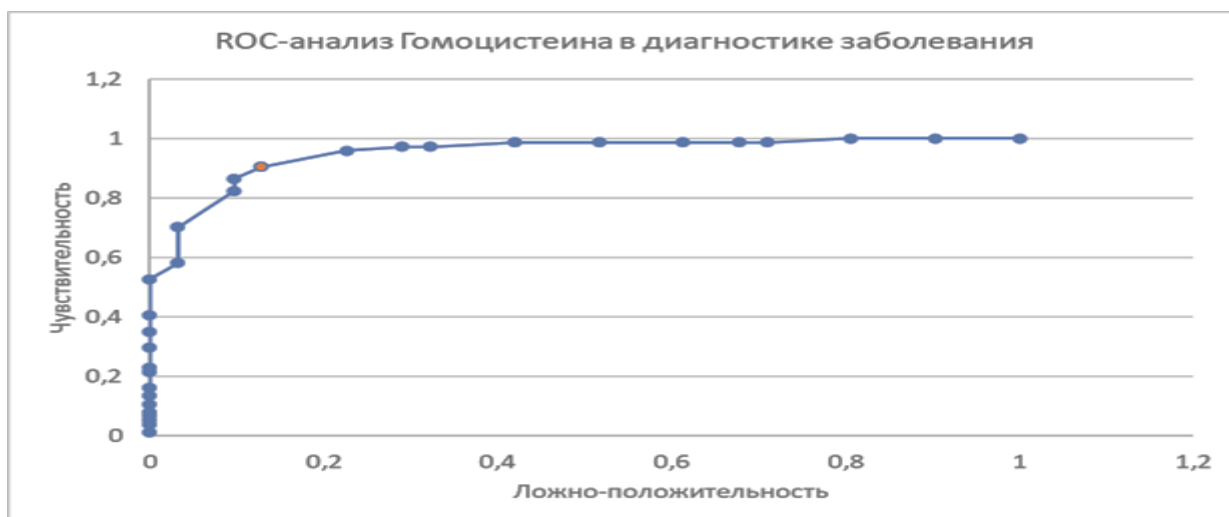


Рис. 5. ROC-кривая показателя «гомоцистеина» при диагностике преэклампсии.

На Рис.5. показано проведенный ROC-анализ для определения диагностической значимости гомоцистеина, показал высокую ценность определения гомоцистеина ($AUC=0,88$) в диагностике заболевания, так концентрация гомоцистеина >17 мкмоль/л сигнализирует о высоком риске в развитии заболевания (чувствительность=90,5%; специфичность=87,1%). При повышении уровня гомоцистеина >7 мкмоль/л, происходит увеличение риска заболевания на 69,8% за каждые мкмоль/л.



Рис.6. ROC-кривая показателя «гомоцистеина» в диагностике степен тяжести преэклампсии.

Проведенный ROC-анализ для определения диагностической значимости гомоцистеина в определении степени тяжести заболевания, показал сравнительно значимую ценность определения гомоцистеина ($AUC=0,74$) в диагностике степени тяжести заболевания, так концентрации гомоцистеина >22 мкмоль/л говорит о риске тяжелого течения заболевания (чувствительность= $73,7\%$; специфичность= $75,0\%$). При повышении уровня гомоцистеина >18 мкмоль/л, происходит увеличение риска тяжелого течения заболевания на 75% за каждые 1 мкмоль/л.

Количество СРБ в плазме беременных с тяжелой ПЭ было $45,12 \pm 1,5$ Ед/л, а в контрольной группе $5,23 \pm 0,2$ Ед/л. Концентрация СРБ в крови у беременных с легкой ПЭ $23,0 \pm 2,3$ Ед/л.



Рис. 7. ROC-кривая показателя «СРБ» при диагностике преэклампсии.

Проведенный ROC-анализ для определения диагностической значимости С-реактивного белка, показал высокую ценность определения С-реактивного белка ($AUC=0,96$) в диагностике заболевания, так концентрация С-реактивного белка >8 нмоль/л сигнализирует о высоком риске в развитии заболевания (чувствительность= $97,3\%$; специфичность= $96,8\%$). При повышении уровня С-реактивного белка >4 нмоль/л, происходит увеличение риска заболевания в $7,56$ раза за каждые 1 нмоль/л.

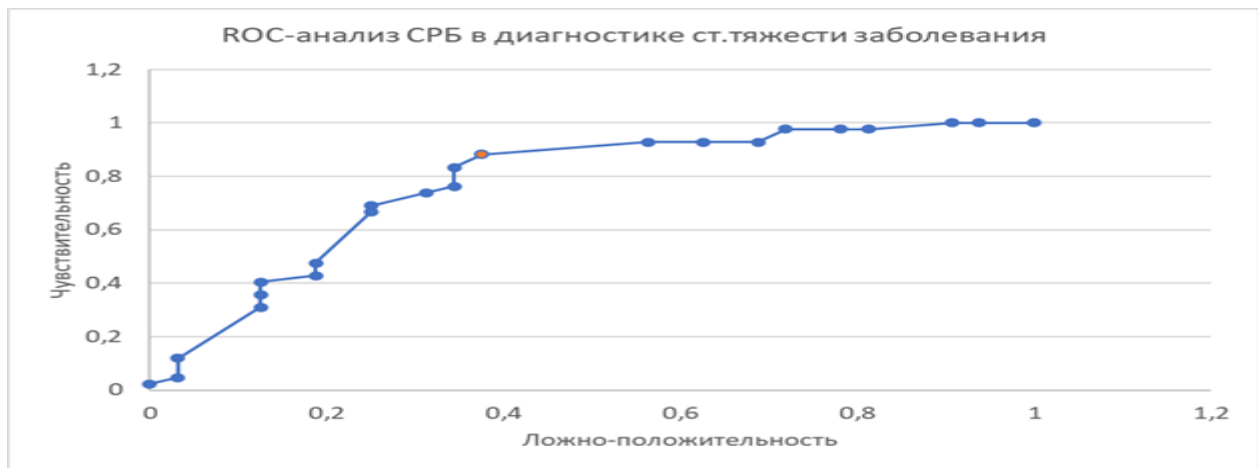


Рис.8. ROC-кривая показателя «СРБ» в диагностике ст.тяжести заболевания.

Проведенный ROC-анализ для определения диагностической значимости СРБ в определении степени тяжести заболевания, показал сравнительно невысокую ценность определения С-реактивного белка (AUC=0,63) в диагностике степени тяжести заболевания, так концентрация С-реактивного белка >28 нмоль/л говорит о риске тяжелого течения заболевания (чувствительность=83,3%; специфичность=65,6%).

Вывод: 1. Результаты исследования и по данным ROC-кривая показал высокую ценность определения ЛДГ (AUC=0,97) (чувствительность=95,9%; специфичность=93,5%). и С-реактивного белка (AUC=0,96) (чувствительность=97,3%; специфичность=96,8%) в диагностике заболевания.

2. Наиболее значимую ценность показала определения гомоцистеина (AUC=0,74) в диагностике степени тяжести заболевания, так концентрации гомоцистеина >22 мкмоль/л говорит о риске тяжелого течения заболевания (чувствительность=73,7%; специфичность=75,0%).

Литература:

1. Абдурахманова Д. Н., Мадаминова М. Ш., Садуллаева А. Ф. Преэклампсия - актуальная проблема в современном акушерстве// International scientific review. 2016. №(15). – С. 111
2. Адизова С.Р., Ихтиярова Г.А. Причины эндотелиальной дисфункции при гипертензивных расстройствах у беременных. // Тиббиетда янги кун, 3(35/1)2021 С. С.214-217
3. Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В., Телицын Д.П. Ингибин А в прогнозировании ранних преэклампсий. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* 2017;16:2:21-25. [Belotserkovtseva LD, Kovalenko LV, Telitsyn DP. Ingibin A in predicting early preeclampsia. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii.* 2017;16:2:21-25. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.20953/1726-1678-2017-2-21-25>
4. Каттаходжаева М.Х., Гайбуллаева Д.Ф. Показатели эндотелиальной дисфункции и маркеры системного воспаления у беременных при преэклампсии//RE-HEALTH journal №2.2(6)2020

5. Медведев Б.И., Сюдюкова Е.Г. Клинико-лабораторно-инструментальная модель раннего прогноза преэклампсии // Российский вестник акушер гинеколога 2019 №1
6. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Линева О.И., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Мартынова Н.В., Овчинникова М.А., Добродицкая А.Д. Патогенетические механизмы формирования плацентарной недостаточности и преэклампсии. *Акушерство и гинекология*. 2017;9:64-71
7. Хлестова Г.В., Карапетян А.О., Шакая М.Н., Романов А.Ю., Баев О.Р. Материнские и перинатальные исходы при ранней и поздней преэклампсии// *Акушерство и гинекология*. - 2017. - № 6.- С.41-47
8. ACOG. First-trimester risk assessment for early-onset preeclampsia // *Obstetrics and Gynecology*, 2015; Vol. 126. pp 25-27.
9. Karthikeyan V.J., Lip G.Y. Endothelial damage/dysfunction and hypertension in pregnancy. *Front. Biosci. (Elite Ed)*. 2019 Jun 1; 3: 1100-8.
10. Wikstrom A.K., Ekegren L., Karlsson M., Bergenheim M. Plasma levels of S-100 during pregnancy in women developing preeclampsia. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health*. October 2019; 2 (4): 398-402.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**HOMILADOR AYOLLARDA SIYDIK CHIQRISH YO'LLARI INFEKSIYASINI
KECHISHIDA TATQIQOT MATERIALLARI VA USULLAR YORDAMIDA
RETROSPEKTIV, PROSPEKTIV NAZORAT GURIXIDAGI YIG'ILGAN HOMILADOR
AYOLLARNI NATIJALARINI SOLISHTIRISH.**

D.T.Ruzmetova¹, D.O.Artikova¹

¹TTA Urganch filiali, Urganch

Dolzarlighi: Homilador ayollarda siydik chiqarish yo'llari infeksiyalari ko'p yillar davomida zamonaviy akusherlik amaliyotida dolzarb patologiya bo'lib kelgan va har uchinchi homilador ayolda uchraydi. Ushbu urologik kasallikning tarqalishi pasayish tendentsiyasiga ega emas, bundan tashqari, so'nggi 20 yil ichida siydik tizimi kasalliklari bilan kasallangan homilador ayollar soni 4 barobar oshdi [1]. Homiladorlik davrida siydik yo'llari infeksiyasini o'z vaqtida tashxislash va davolash zarurati aniq, chunki ona va homilaga, homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrda infeksiyaning salbiy ta'siri xavfi mavjud.

Maqsad: Birinchi bosqichda (retrospektiv) homilador ayollarda yuzaga keluvchi siydik chiqarish yo'llari infeksiyasini erta aniqlash, unga olib keluvchi omillarni o'rganish, profilaqtik va davo muolajalarini olib borish samaradorligiga erishiladi.

Tatqiqot materiallari va usullari:

- Siydikning bakteriologik ekmasi;
- To'liq leykotsitar formulali qonning umumiy tahlili;
- Siydikning umumiy tahlili (ko'rish maydonida 4 dan ko'p leykotsitlar);
- Nechiporenko bo'yicha siydik tahlili (siydik o'rta qismining 1 ml da leykotsitlar soni 2000 va undan ko'p);
- Zimnitskiy bo'yicha siydik tahlili va Reberg sinamasi – buyrak yetishmovchiligiga shubha qilinganda;
- Qonning biokimyoviy tahlili (mochevina, zardob kreatinini) – qaytalanuvchi va/ yoki asoratlangan SChYI, nozokomial SChYI va siydik chiqarish yo'llarining obstruksiyasi holatlarida.
- Bakteriologik ekmaning natijasi bo'yicha mikroorganizmlar mavjudligi.
Bakteriologik ekma
- SChYI tashxisini qo'yishda SChYda aniqlangan bakteriyalar sonini bilish muhim ahamiyatga ega.

Instrumental diagnostika:

- buyrak/qorin bo'shlig'i MRT
- buyrak UTT ko'rsatkichlarni o'z ichiga olgan batafsil tekshiruvlar amalga oshirildi.

SCHYI aniqlanganda :

Fosfomitsin trometamol bir marotaba 3 g dan 1 kun.

Nitrofurantoin har 6 soatda 50 mg dan yokimhar 12 soatda 100 mg dan 3-5 kun III trimestrda qo'llash taqiqlangan.

Ko-amoksiklav har 12 soatda 500/125 mg dan 3-5 kun tug'ruq muqarrar sodir bo'lishi bundan mustasno.

Amoksitsillin har 8 soatda 500 mg dan 3-5 kun Rezistent shtammlarning ko'payish darajasi ortadi.

Sefaleksn har 12 soatda 500 mg dan 3-5 kun

Sefuroksim har 12 soatda 500 mg dan 3-5 kun

Pivmetsillinam (mavjud bo'lganda) 200 mg dan kuniga 3 mahal 3-5 kun.

Ko-trimoksazol har 12 soatda 160/800 mg dan (trimetoprim/sulfametoksazol)3-5 kun (I va III trimestrlarda qo'llash taqiqlangan) davo muolajalari olib borildi. Natija: Agarda homladorlarda quyidagi jarayonlar: kreatinin darajasi 265 mkmol/l (3 mg%) yuqori bo'lganda, koptokcha filtratsiyasi tezligi 30 ml/daq dan past bo'lganda, gipertenziya og'irligining kuchayishi, ayniqsa uning xavfli kechishida aniqlangan kuchayib boruvchi buyrak yetishmovchiligi bo'lsa homiladorlikni to'xtatishga ko'rsatma bor, kuzatuv mobaynida menda bunday holat uchramadi. Bunga sabab perinatal markaz hodimlarining

to'g'ri tashxisi va taktikasi va kassalik(SCHYI) ko'pligiga qaramasdan teshkiruvlar va davo muolajalarini o'z vaqtida olib borishi natijasidir.

Xulosa: Jami tadqiqotga 2019 yilning yanvar oyidan 2021 yilning yanvar oyigacha bo'lgan davrda Xorazm viloyat Perinatal markazida 637 ta homilador ayollarning kasallik tarixi o'rganilgan 50 nafar siydik chiqarish yo'llari infeksiyasi bo'lgan homilador ayollarni kasallik tarixi ajratib olindi va o'rganildi. Biz 2022-yilning may oyidan boshlab prospektiv tekshiruvlar uchun bemor to'play boshladik, hozirga qadar 22 nafar bemorni to'pladim. Hozirda 5ta bemor kuzatilmoqda. Biz ona va homila ahvolini baholash maqsadida gemodinamik ko'rsatkichlarini har 4 soatda aniqlab kasallikni asoratli kechishini, yani amniotik suyuqlikning muddatidan oldin yorilishi, bachadonning qisqarish faolligini buzulishi, platsentaning ajralib chiqishining buzilishini. Tug'ruqdan keyingi asoratlar tug'ruqdan keyingi endometrit, metrit, salpingoofaritni. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar tug'ruqdan keyingi yiringli-septik kasalliklarga ko'proq moyil bolalarni tug'ilishini, perinatal o'lim darajasi yanada(25-50% ga) oshishini oldini olish, erta aniqlash, unga olib keluvchi omillarni o'rganish, prafilaqtik va davo muolajalarini olib borish samaradorligiga erishishning ahamiyati katta ekanligiga xulosa qilindi[2, 3] .

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Никифоровский Н.К., Степанькова Е.А., Сухорукова А.О. Инфекции мочевыводящих путей у беременных (обзор). Сибирский научный медицинский журнал. 2020;40(5):18-23.
2. Власюк М.Е. Тактика и клиническая эффективность ведения беременных с осложненным острым пиелонефритом / М.Е. Власюк, В.А. Петрухин, О.И. Пакус // Российский вестник акушера-гинеколога - 2011. - № 1. - С. 26-30.
3. Трошина А.Е. Диагностика и тактика при пиелонефрите у беременных / А.Е. Трошина, Н.А. Аброськина, Н.А. Ребро // Успехи современного естествознания. - 2011. - № 8. - С. 138-139.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г.Фергана

10.03.2023г.

ПРИМЕНЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ РОБСОНА ДЛЯ СОЗДАНИЯ РЕЗЕРВОВ СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ОПЕРАТИВНЫХ РОДОВ.

О.С.Юлдашева¹, Х.Н.Негматшаева¹, М.Н.Ахмаджонова¹.

¹Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Родоразрешение путем кесарева сечения на сегодняшний день считается самой распространенной операцией во всем мире, по данным ВОЗ за последнее десятилетие частота абдоминальных родов возросла до 20-25% из всех родов. Как во многих странах в нашей стране также растет озабоченность акушеров-гинекологов по поводу возрастающей частоты отдаленных осложнений после одной или нескольких операций кесарево сечения, таких как вращение

плаценты, задержка плаценты в матке после родов и разрыв матки с возможной последующей гистерэктомией.

Методы исследования: Мы провели анализ категорию женщин в соответствии с классификацией Робсона и динамику частоты кесарева сечения в родильном доме №2 города Андижан за период 2021-2022гг.

Результаты исследований: В ходе проведенного ретросективного анализа историй родов в акушерском комплексе 2 города Андижана, получены следующие результаты : самый высокий процент частоты КС представили группы 5-я и 9-я группа (роды повторные, доношенная одноплодная беременность, головное предлежание, 1 и более рубец на матке и роды повторные и одноплодная беременность, поперечное или косое положение плода, в том числе рубец на матке). Наименьшее количество абдоминального родоразрешения относительно всех оперативных родов представили группы 1-я и 3-я : (роды первые, доношенная одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанная родовая деятельность и роды повторные, доношенная одноплодная беременность, головное предлежание плода, спонтанная родовая деятельность)

Заключение: Доля кесарево сечения в 2021-2022гг. в родильном доме 2 г.Андижан составила 21% из всех родов. Таким образом, для профилактики роста оперативных родов и для её снижения требуется новый подход ведения беременных и рожениц. Снижение частоты КС в группе 5 является резервом снижения оперативных родов, для этого нужно повысить частоту естественных родов среди женщин с рубцом на матке. Классификация Робсона поможет проанализировать подразделение женщин по группам и определить динамику частоты операции КС и особенности клинических характеристик беременных.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

ИМИТАЦИОННЫЕ СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ В СФЕРЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

Ш.Ш.Ахмадалиев¹, М.А.Ахмадалиева¹.

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Аннотация: В статье рассматривается новый подход к формированию универсальных компетенций, направленных на обучение коммуникации, командной работе и лидерству. Предложены методики как для теоретического блока (Реферат-интервью, тематическая медицинская мультипликация), так и симуляционного тренинга (командная работа и лидерство во время проведения сердечно-легочной реанимации) при изучении дисциплины «Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия».

Annotation: The article discusses a new approach to the formation of universal competencies aimed at teaching communication, teamwork and leadership. Methods are proposed for both the theoretical block (Abstract-interview, thematic medical animation) and simulation training (teamwork and leadership during cardiopulmonary resuscitation) in the study of the discipline “Anesthesiology, resuscitation and intensive care”.

Аннотация: Мақолада мулоқот, жамоада ишлаш ва етакчиликка ўргатишга қаратилган универсал компетенцияларни шакллантиришга янги ёндашув муҳокама қилинади. "Анестезиология, реанимация ва интенсив терапия" фанини ўрганишда назарий блок (Реферат-интервью, тематик тиббий анимация) ва симуляция машғулотлари (кардиопулмонал реанимацияда жамоавий иш ва етакчилик) учун усуллар таклиф этилади.

Актуальность: Быстрое развитие новых медицинских технологий, методов диагностики и лечения диктует необходимость внесения изменений в программу обучения врачей на уровне специалитета. В настоящее время учебный процесс требует постоянного совершенствования, так как происходит смена приоритетов и социальных ценностей: научно-технический прогресс все больше осознается как средство достижения такого уровня производства, который в наибольшей мере отвечает удовлетворению постоянно повышающихся потребностей человека, развитию духовного богатства личности. Поэтому современная ситуация в подготовке специалистов требует коренного изменения стратегии и тактики обучения в вузе. Главными характеристиками выпускника любого образовательного учреждения являются его компетентность и мобильность. В этой связи акценты при изучении учебных дисциплин переносятся на сам процесс познания, эффективность которого полностью зависит от познавательной активности самого студента. В настоящее время реализуется компетентностный подход в обучении врачей. Разработан перечень компетенций, которые формируются у студентов за весь период обучения.

Цель: Разработать комплекс средств, способствующих формированию коммуникативных навыков при изучении дисциплины «Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия» у студентов выпускного курса специалитета по специальности лечебное дело.

Результаты: В программе изучения дисциплины «Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия» предусмотрены два обязательных блока: теоретический и симуляционный. На занятиях решается несколько педагогических задач. Основополагающими являются обучение сердечно-легочной реанимации, личностному и профессиональному общению. Для обучения коммуникации предложен новый формат работы над рефератом — методика «Реферат-интервью» с использованием компьютерных технологий в виде двух этапов: «погружения» и «результатирующий». Именно на «результатирующем» этапе происходит обучение коммуникации, умению вести научную дискуссию, диалог, формировать и представлять собственное мнение. В качестве инновационной была разработана и внедрена методика «Медицинская

мультипликация». Каждой группе была предложена медицинская тема мультфильма, посвященная одному из разделов неотложной медицины. Во время работы студенты обмениваются мыслями, деталями проекта, т. е. возникает позитивная коммуникация. Командная работа стимулирует, так называемых, «молчащих» студентов, которые на занятиях не проявляют активности при обсуждении теоретических вопросов. Одной из проблем при оказании неотложной помощи является быстрое создание команды под руководством лидера, которая может оказать качественную медицинскую помощь. Обучение лидерству является сложным процессом. Роль лидера является ключевой в практической работе врача, т. к. очень часто возникает необходимость организации и координации многих специалистов при оказании неотложной медицинской помощи. Лидерство — это процесс прямого влияния личности на социум, который побуждает и направляет членов команды к действию. Это централизованная форма управления и контроля выполнения задач, в которой один человек оказывает влияние на других. Он стимулирует создание эффективной организации, которая сможет высококачественно решить поставленные задачи. Конечная цель этого процесса — формирование личности лидера, который сможет принять на себя управление командой в экстремальной ситуации. Во время обучения лидер-кандидат приобретает не только устойчивые медицинские знания, но и учится управлению группой, коммуникации, анализу и синтезу. Поставленная цель достигается при создании определенных педагогических условий, которые реализуются в рамках Модели формирования компетенции, состоящей из трех блоков: 1. Целевой блок необходим для разработки банка дидактических материалов и методических рекомендаций по дисциплине «Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия»: интеллект-карта, методика «Реферат-интервью», тематическая мультипликация, набор клинических случаев для проведения симуляционного тренинга, подготовка манекенов и высоко реалистичных роботов к работе. Разработка пакета оценочных средств. 2. Деятельностный блок. Проведение практических занятий по дисциплине «Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия» с использованием разработанных методик интеллект-карты, «Реферат-интервью», тематической мультипликации, набора клинических случаев для проведения симуляционного тренинга.

3. Рефлексивный блок. Оценка уровня сформированности компетенций

Выводы: Разработанные технологии могут успешно применяться не только при изучении дисциплины «Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия», но и других дисциплин, на которых должны формироваться УК-3 и УК-4.

ҲОМИЛАДОРЛИҚДА ЦИТОМЕГАЛОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНИНГ УМУМИЙ

КЎРИНИШИ

М.О.Ахмедова

Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази

Долзарблиги: Цитомегаловирус инфекцияси (ЦМВИ) ҳомиладорлик даврида энг муҳим вирусли патогенлардан биридир. Сероэпидемиологик тадқиқотлар шуни кўрсатдики, турли мамлакатларда туғиш ёшидаги аёлларда цитомегаловирусга антителарни аниқлаш частотаси 40 дан 100% гача. Шундай қилиб, Японияда серопозитив ҳомиладор аёллар сони 92%, Изроилда - 84%, Австралияда - 71%, Францияда - 50%, Таиландда - 100%. Россияда (Москва ва Санкт-Петербург) репродуктив ёшдаги аёлларнинг тахминан 90% цитомегаловирус билан касалланган. Янги туғилган чақалоқларнинг 5-10%да цитомегаловируснинг марказий асаб тизимига юқори таъсири туфайли, 70-90%ида оғир асоратлар: эшитиш қобилиятининг йўқолиши, кўришнинг бузилиши, ақлий заифлик, эпилепсия ва церебрал фалаж ривожланиши мумкин. Цитомегаловирус даволашда ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврда она ва ҳомилага иммуноглобулин, вирусга қарши препаратлар юбориш орқали касалликнинг оғирлик даражасини камайтириш мумкин.

Тадқиқот усуллари: PubMed va EMBASE маълумот базаларида сўнгги беш йилдан 2022-йилгача чоп этилган инглиз тилида мақолалар, адабиётлар кўриб чиқилди. Касалликнинг ташхиси ва даволашини тўғри баҳолаш учун ҳомиладорларда ва янги туғилган чақалоқларда ЦМВ инфекциялари ўрганиб чиқилди.

Натижалар: Ҳомила цитомегаловирус инфекциясини ташхислаш кўпинча қийин. Замонавий усуллардан амниоцентез ва кордоцентез ёрдамида тўғридан-тўғри аниқлаш юқори сезувчанлик ва ўзига хосликка эгадир. Амниоцентез жараёни ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан бошлаб амалга оширилиши керак ва онада цитомегаловирус инфекциясига шубҳа қилинганидан кейин 6-8 ҳафта ўтгач, қайта текширилиши лозим. Кордоцентез усули ёрдамида IgM, вирусли ДНК, тромбоцитлар ва бошқа қон элементларини бевосита таҳлил қилинади. Ультратовуш текшируви МРТ билан боғлиқ бўлиб, ҳомила ўсиши, генетик касалликлар ва органларнинг морфологик аномалияларини баҳолашнинг энг кенг тарқалган усулидир. Она ва ҳомила инфекциясидан сўнг, ҳомила нуқсонлари натижаларини баҳолаш учун ҳар 3-5 ҳафтада бир марта ультратовуш текшируви ўтказилиши керак. Сўнгги маълумотлар бўйича даволаш, агар биринчи триместрда ёки иккинчи триместрнинг бошида аниқланган бўлса, гипериммуноглобулинни юбориш орқали ҳомила инфекцияси ва касаллик хавфини камайтириш

мумкин. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, серопозитив беморга юборилган юқори миқдорли иммуноглобинлар ҳомила инфекцияси хавфини мос равишда 40% дан 16% гача ва 44% дан 30% гача камайтиради. Гипериммуноглобулинни ҳомиладорликнинг биринчи 20 хафтасида қўллаш, айниқса ЦМВ бирламчи инфекцияларида фойдали ҳисобланади.

Хулоса: Шундай қилиб, ситомегаловирус инфекцияси ва у билан боғлиқ асоратлар ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврда оғир тиббий ҳолатдир. Енг оғир аномалиялар ҳомиладорлик даврида ёки ерта туғилишларда инфекция пайдо бўлганда учрайди. Она ва ҳомила инфекциясини, шунингдек, ҳомила касалликларини аниқлашда катта ютуқларга еришилди. Афсуски, ташхис тасдиқланган бўлса ҳам, ҳомила касаллиги ва прогнозини аниқ аниқлаш учун ҳали ҳам қийинчиликлар мавжуд. Ҳомилада кузатиладиган оқибатларни ҳисобга олган ҳолда, гипериммуноглобулинлар ва вирусга қарши препаратлар каби ҳомила иштирокини камайтириш усуллари ташхисдан кейин ва ҳомиладорликнинг бошида жуда муҳимдир. Туғруқдан кейинги баҳолаш ҳам муҳимдир, чунки туғма ЦМВ билан касалланган кўплаб янги туғилган чақалоқлар туғилишда асимптоматик бўлиши мумкин ва доимий оқибатлар ҳаётнинг биринчи йилида ривожланиши мумкин. Шуларга асосланиб, юқоридаги усуллар ёрдамида текшривлар ўтказиш ва иммунитет ҳолатини тиклашга қаратилган иммуномотерапия, вирусга қарши даволаш мақсадга мувофиқдир. Скрининг ва гигиена чоралари туғма ситомегаловирус ва у билан боғлиқ асоратларни олдини олишнинг энг яхши усуллари ҳисобланади.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЪ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ И ИХ РОЛЬ В ПРОГНОЗИРОВАНИЕ
АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.**

Ф.К.Ахмедов¹, М.Н.Негматуллаева¹.

¹*Бухарского медицинского института имени Абу Али ибн Сино.*

Резюме: Цель исследования роль основных гемодинамических маркеров в прогнозировании и ранней диагностике тромбофилических состояний при беременности. Динамическое наблюдение за 170 беременных, в том числе, 110 женщин предполагаемой из группы высокого риска на развитие акушерских кровотечений. Повышение показателя ОПСС в резистивных артериальных сосудах на фоне снижения разовой и минутной производительности сердца и повышение показателей СДО и ИР в маточных артериях и степень выраженности этих показателей могут являться ранними маркерами прогнозирования тромботических осложнений в период гестации и родов.

Ключевые слова: акушерских кровотечений, резистивных артериальных сосудах, коагулопатия, беременных.

HEMODYNAMIC MARKERS AND THEIR ROLE IN PREDICTING OBSTETRIC BLEEDING.

F.K.Akhmedov¹, M.N.Negmatullaeva¹.

¹Bukhara Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino

Summary: The purpose of the study is the role of the main hemodynamic markers in the prediction and early diagnosis of thrombophilic conditions during pregnancy. Dynamic follow-up of 170 pregnant women, including 110 women from the high-risk group for the development of obstetric bleeding. An increase in total peripheral vascular resistance in resistive arterial vessels against the background of a decrease in one-time and minute performance of the heart and an increase in LMS and IR in the uterine arteries and the severity of these indicators can be early markers for predicting thrombotic complications during gestation and childbirth.

Key words: *obstetric bleeding, resistive arterial vessels, coagulopathy, pregnant women.*

GEMODINAMIK BELGILAR VA ULARNING AKUSHERLIK QON KETISHINI BASHORAT QILISHDAGI ROLI

F.K.Ahmedov¹, M.N.Negmatullaeva¹.

¹Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro tibbiyot instituti

Rezyume: Tadqiqotning maqsadi homiladorlik davrida trombofilik holatlarni bashorat qilish va erta tashxislashda asosiy gemodinamik belgilarning rolini o'rganishdan iborat. Tadqiqotimizga 170 nafar homilador ayollar jalb qilingan bo'lid, shu jumladan akusherlik qon ketishining rivojlanishi xavfi yuqori bo'lgan 110 nafar ayollar dinamik kuzatuvi. Yurakning bir martalik va daqiqali ishlashining pasayishi fonida rezistiv arterial tomirlarda UPTQning oshishi va bachadon arteriyalarida SDN va IR ning oshishi va bu ko'rsatkichlarning zo'ravonligi trombotik asoratlarni bashorat qilish uchun erta belgilar bo'lishi mumkin. homiladorlik va tug'ish.

Kalit so'zlar: *akusherlik qon ketishi, rezistiv arterial tomirlar, koagulopatiya, homilador ayollar.*

Основной задачей демографической политики Республики Узбекистан: продолжение депопуляции, снижение материнской и младенческой смертности, не менее чем в 2 раза. Очевидно, что существенным условием достижения поставленных целей является сохранение укрепления здоровья женщин, в том числе репродуктивного[2,4].

Для достижения этих целей направлен комплекс мер, реализуемых в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в нашей Республике с 1998г, особенно ориентированный на повышение доступности и высокого качества медицинской профилактической помощи матерям и детям. Улучшение материально – технической базы в

этой сфере за счет реализации национальных проектов, средства государственного резервного фонда, а также региональных целевых программ существенно расширило возможности своевременной ранней диагностики осложнений беременности и предотвращения развития терминальных состояний в родах. Кровотечение, самое драматичное осложнение акушерской практики, и в XXI веке остается одной из главных причин материнской смертности во всем мире. Согласно данным ВОЗ, акушерские кровотечения являются причиной 25-30 % всех материнских смертей [8]. Стремительность нарастания объема кровопотери в сочетании с неотложной необходимостью качественного выполнения алгоритма действий, направленных как на остановку кровотечения, замещение кровопотери, так и на оказание анестезиологического пособия, определяют исхода беременности и родов для матери и ее потомства. В общемировом масштабе из шести групп прямых причин МС (кровотечения, гипертензивные расстройства, сепсис, затрудненные роды, тромбоэмболия и родовой травматизм) доминирующей причиной МС признано акушерское кровотечение, доля которого достигает 25-35%. Стремительность нарастания объема кровопотери в сочетании с неотложной необходимостью качественного выполнения алгоритма действий, направленных как на остановку кровотечения, замещение кровопотери, так и на оказание анестезиологического пособия, определяют исхода беременности и родов для матери и ее потомства[1,3].

Несмотря на достижение современного акушерства, составленных протоколов направленных по оказании экстренной помощи в случаях массивных акушерских кровотечений и стандартов по ее профилактике данная патология занимает первое место в структуре материнской смертности по нашей стране- Республике Узбекистан.

Кровотечения во время беременности, родов и раннем послеродовом периоде являются одной из ведущих причин материнской смертности, составляя в среднем 20-25%. В большей мере это относится к массивной кровопотери (более 25-30% объема циркулирующей крови), обуславливающей развитие геморрагического шока, и развитию синдрома острого диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС- синдрома).

Массивная кровопотеря и геморрагический шок в мире является основной причиной смертности в акушерстве. Распространённость послеродовых кровотечений (более 500 мл) в мире составляет примерно 6% от всех беременностей, а также послеродовых кровотечений (более 1000мл)1,96%. Примерно 70% всех кровотечений в акушерстве относится к послеродовым кровотечениям[5]. Ранние послеродовые кровотечения являются основной причиной четверть всех случаев материнской смертности во всем мире. Частота этих акушерских кровотечений в Республике Узбекистан колеблется от 10 до 18% от всех родов и примерно в каждом пятом случае кровотечение переходит в массивное, что и повышает риск материнской смертности.

Для акушерских кровотечений характерны внезапность и высокая скорость кровопотери, что при сниженных адаптивных возможностях организма роженицы на фоне соматических заболеваний и патологии беременности способствует быстрому развитию коагулопатии, явлений шока и полиорганной недостаточности. В последние годы частота и структура акушерских кровотечений существенно изменились особенно в структуре послеродовых кровотечений основное место начал занимать кровотечения обусловленные нарушением системы гемостаза – ДВС – синдром [6].

Нарушения системы гемостаза являются одной из основных причин развития массивных акушерских кровотечений и относятся к наиболее опасным осложнениям беременности. Условием их эффективного лечения является знание о физиологических изменениях гемостаза при беременности, а также дифференцированный анализ лабораторных показателей и интегрированный междисциплинарный подход с применением современных высокотехнологичных методов медикаментозной терапии при беременности, в родах и послеродовом периоде [7].

На сегодняшний момент проблема профилактики послеродовых кровотечений стоит достаточно остро. Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в профилактике и лечении этой патологии, ее частота практически не снижается, что обусловлено множественностью этиологических и патогенетических факторов.

Выраженность сдвигов в сосудисто-тромбоцитарном, коагуляционном, фибринолитическом и антикоагулянтном звеньях гемостаза определяется особенностями течения беременности, состоянием центральной гемодинамики матери, регионарного кровотока в фетоплацентарном комплексе и исходными параметрами свертывающей системы.

Эти факторы взаимосвязаны и взаимозависимы; их нарушения нередко приводят экстремальным состояниям послеродового периода, что делает актуальной своевременную диагностику внутрисосудистого тромбообразования и ее прогноза использованием специфических ее маркеров влияющих на отдельные звенья патогенеза.

Цель исследования. Роль основных гемодинамических маркеров в прогнозировании и ранней диагностике тромбофилических состояний при беременности.

Материалы и методы исследования: За период с 2020 до 2022 гг. в Бухарском областном перинатальном центре на базе 2 – кафедры акушерства и гинекологии Бухарского медицинского института проведено динамическое наблюдение за 170 беременных, в том числе, 110 женщин предполагаемой из группы высокого риска на развитие акушерских кровотечений. Оставшиеся 60 пациенток с физиологическим течением беременности без ожидаемого риска кровотечения в родах. Возраст пациенток был в пределах 18-35 лет. Средний возраст составил $25 \pm 2,5$ года. Сопутствующей патологией страдали 35(31,8%) женщин, ОАА

было у 45(41%), патологическое течение данной беременности выявлено 20 (18,1%) беременных. Контрольную группу составили 60 здоровых женщин с нормальным течением беременности и идентичные 1 группе по количеству, сроку беременности и интергравидарному интервалу. Комплексное обследование в основном проводилось с началом 3-го триместра беременности. Всем беременным в этих указываемых сроках проводимых наблюдений осуществляли клинико – лабораторные исследования, включающие общий анализ крови и мочи, гематокрит, исследование системы гемостаза – АЧТВ, фибриноген, D- димер – ИФА метод. Помимо указанных клинико- биохимических исследований, всем беременным и роженицам обеих групп осуществляли инструментальные исследования. Для изучения состояния сердечно - сосудистой системы у беременных проводилось исследование центральной гемодинамики методом ультразвуковой комбинированной эхокардиографии и доплерометрии. Допплероэхокардиографическое исследование выполнялось на аппарате (серия номер S/N1407392) фирмы «Sono Scare» модел SSI-5000 (Китай) обладающим анатомическим М - режимом, с использованием секторального датчика С 2,5 МГц, характеризующегося наличием широкополосной 2-й тканевой гармоник. ДЭхоКГ параметры определяли по стандартной методике измерением основных гемодинамических показателей. Статистический анализ результатов производили с использованием критерия Стьюдента, точного метода Фишера, χ^2 (Пирсона), проводили корреляционный анализ с помощью пакета программ Stat Graf и Microsoft excel.

Результаты исследования: Прогнозирование, ранняя диагностика и профилактика тромботических и геморрагических осложнений является важной задачей при ведении физиологической и осложненной беременности. Для решения этой трудной задачи имеет значимую роль определения параметров центральной гемодинамики матери и регионарного маточно- плацентарного кровотока в третьем триместре беременности и их влияния на систему гемостаза беременных. Особое значение имеет определение прогностических значимых показателей центральной гемодинамики матери влияющие на кровоток плаценты для выделения группы риска развития коагулопатических акушерских кровотечений. В связи с этим в данной исследовательской работе мы сочли целесообразным представить в сравнительном аспекте материалы по изучению, анализу и оценки показателей центральной гемодинамики матери, регионарного – маточно- плацентарно –плодового кровотока. Прогнозирование, ранняя диагностика и профилактика тромботических и геморрагических осложнений является важной задачей при ведении физиологической и осложненной беременности. Состояние изучаемых показателей центральной гемодинамики и регионарной - МПК у пациенток с физиологическим течением беременности. Данную группу составили 60 беременных с нормально протекающей беременностью (контрольная группа) в сроке гестации

34-35 недель. Указанные сроки в данной группы нами были выбраны умышленно, учитывая наиболее интенсивные изменения гомеостаза происходящих именно в данных сроках гестации (увеличение ОЦК, развития гемодилюции, гемодинамические и гематологические изменения). Нами было проведено доплерометрическое исследование у пациенток относящихся контрольной группы для определения и изучения у них параметров центральной гемодинамики, полученные результаты отражены в ниже следующей таблице №1

Таблица №1 Параметры показателей центральной гемодинамики у беременных контрольной группы в сроке гестации 34- 35 недель **n=60**

Показатели	Контрольная группа	Разброс данных
УО, мл	80,8±2,88	60-72
УИ, мл/м²	45,2±1,52	47 – 67
ЧСС, в/мин	84,6±4,11	76 – 85
МОК, л/мин	7,2± 0,30	6 – 9
СИ, л/мин/м²	3,9±0,10	3,8 – 5,4
ОПСС, дин.сек.см⁵	1352±52,8	860 – 1042

Вышеуказанные параметры ЦГ матери в сроках гестации 34-35 недели свидетельствуют о нормальных значениях состояния разовой и минутной производительности сердца у беременных контрольной группы. Удовлетворительные значения этих показателей коррелировали с показателями ОПСС. Полученные результаты изучаемых показателей ЦГ у беременных контрольной группы в сроке гестации 34-35 недели, претерпевали изменения связанные с беременностью укладываются в физиологические значения указанного срока гестации, как ответная реакция на физиологический прирост крови.

Таблица №2 Показатели маточно- плацентарного и плодового кровотока у беременных контрольной группы в сроке гестации 34- 35 недель. n= 60

Показатели	Маточная артерия	Артерия пуповины
СДО	2,62±0,06 (2,38-2,72)	2,44±0,09 (2,84-1,94)
ИР	0,51±0,03 (0,8-0,11)	0,60±0,03 (0,98-0,12)

Характеризуя в целом, состояние системы кровообращения у женщин с физиологическим ее течением в сроке гестации 34-35 недель можно указать, что наибольшим изменениям подвергается центральная гемодинамика матери вызванным самой беременностью, в целом регионарный кровоток в системе «мать- плацента- плод» свидетельствуют о удовлетворительном кровоснабжении, что подтверждает нормальное функционирование фетоплацентарной системы. Данную группу составили 110 пациенток входящих в группу риска на развития начальных стадий тромбофилии и прогнозируемых развития акушерских кровотечений при родах обусловленных тромбгеморагическим синдромом. Параллельное изучение показателей доплерометрии у беременных женщин группы риска в сроки гестации 34-35 недель и сравнительная оценка этих показателей свидетельствовали о происходящих изменения в них, что приведена в нижеследующей таблице. Где для сравнения приводим и контрольные значения полученных данных беременных с физиологическим течением гестации.

Таблица №3. Показатели ЦГ у беременных исследуемой группы в сроке гестации 34-35 недель n=170

Показатель	Контрольная группа, n=60	Исследуемая группа, n=110	P
УО, мл	80.8±2.88	72.8±1.10	<0,01
УИ, мл/м²	45.2±1.52	41.3±0.84	<0,01
ЧСС, в/мин	84.6±4.11	89.3±1.54	>0,05
МОК, л/мин	7.2±0.30	5.9±0.14	>0,05
СИ, л/мин/м²	3.9±0.10	3.7±0.09	>0,05
ОПСС, дин.сек.см⁵	1352.1±52.8	1495.3±20.1	<0,05

Из полученных результатов можно заметить, что у беременных группы риска по сравнению с контрольной группой все показатели центральной гемодинамики подвержены изменениям в худшую сторону. Статистически значимо имеют отличия относительно значений контрольной группы показатели разовой производительности (УО, УИ), которые были снижены на 10,0 и 3,9 соответственно. Минутная производительность сердца снизилась на 1,3 несмотря на рост ЧСС на 4,7. Особую значимую роль играла повышение показателей ОПСС на 143,2 дин.сек. см-5, что может свидетельствовать о значительной констрикции артериол, во всей системе кровообращения, особенно плаценты которое сопровождалось снижением маточно-плацентарно- плодового кровотока и нарушением гемодинамики плода.

Данные средних значений ИР, кривых скоростей маточно - плацентарно- плодового кровотока представлены в таблице №.4

Таблица №4. Показатели маточно- плацентарного и плодового кровотока у беременных исследуемой группы в сроке гестации 34-35 недель.

n=110

Показатели	Маточная артерия	Артерия пуповины
СДО	2,71±0,04	2,48±0,05
ИР	0,52±0,02	0,68±0,02

Как видно из таблицы №4, данные доплерограммы отражали изменения кривых скоростей кровотока в маточной и пуповинной артериях у беременных в группе риска на акушерские кровотоечения преимущественно за счет диастолического компонента и повышения ОПСС.

Таблица №5. Сравнительная оценка данных доплерометрии в исследуемых группах МППК

n=170

Показатели		Контрольная группа n=60	Исследуемая группа n=110	Р
Маточная артерия	СДО	2,62±0,6	2,71±0,04	<0,001
	ИР	0,51±0,02	0,62±0,02	<0,001
Пупочная артерия	СДО	2,44±0,09	2,48±0,05	<0,001
	ИР	0,60±0,03	0,68±0,02	<0,001

По данным приведенным в выше указанной таблицы нетрудно заметить, что у беременных относящихся в группе риска с ростом гестации на фоне повышения ОПСС продолжает нарастать сосудистый спазм охватывающий в основном артериальный сегмент, что провоцирует ухудшение кровотока в плацентарной системе. СДО и ИР в маточной артерии повышались на 3,4%, ИР на 21,5%, СДО в пупочной артерии повышался на 1,6%, ИР соответственно на 13,3%.

На основании полученных данных мы пытались найти наиболее достоверные критерии, отражающие состояние кровообращения матери и маточно – плацентарного кровотока. Таким критерием оказался показатель, ОПСС который, свидетельствуя о состоянии

периферического кровообращения, имел прямую корреляцию с регионарным маточно-плацентарным кровотоком. Учитывая не сложность определения ОПСС простым расчетным методом в условиях родовспомогательных учреждениях и высокую корреляцию данного показателя с показателями плацентарного кровотока, можно будет с уверенностью рекомендовать мониторинг показателя ОПСС, как маркер оценки нарушения кровообращения в маточно-плацентарной системе но с параллельным определением значений СДО и ИР маточной артерии. Изменения кровотока в маточно-плацентарно-плодовой системе соответственно приводили к морфо-функциональным нарушениям плаценты. По данным УЗИ исследования были выявлены участки инфарктных зон, кальциноза у 75 беременных и клинически проявлялись признаками ее морфо-функциональной недостаточности. Мы эти изменения трактовали спазмом артериальных сосудов плацентарного комплекса и нарушений циркуляторной адаптации системы гемостаза. Ведущим доклиническим проявлением ДВС-синдрома явились внутрисосудистые изменения в сосудах плаценты, сосредоточенных в области плацентарной площадки миометрия которые были констатированы по данным УЗИ исследования указывающих на инфарктные зоны вследствие микро и макро тромбозов. Селективное поражение матки могут являться основной причиной развития нарушений системы гемостаза и клинически могут проявляться тромбгеморрагическим синдромом.

Нарушение центральной гемодинамики матери и регионарного маточно-плацентарно-плодового кровотока создает преморбитный фон для тромбгеморрагических осложнений за счет нарушения параметров гемостаза. Нарушение гемостаза повышают риск наслоения массивных кровотечений при родах и кесарево сечения. Многими исследователями доказано, что осложнения беременности являются следствием реализации плацентарной ишемии с нарушением функционирования эндотелия и мульти системным ответом материнского организма. Данный процесс провоцирует развитие генерализованной микроангиопатии и тромбофилии. В акушерской практике наибольшую опасность представляют скрытые дефекты системы гемостаза, которые могут стать основной причиной неблагоприятного исхода беременности и родов. Первичным пусковым механизмом нарушений системы гемостаза являются изменения параметров ЦГ матери и регионарного МП кровотока, таким является показатель ОПСС который, свидетельствует о состоянии периферического кровообращения и имеет прямую корреляцию с показателями регионарного МП кровотока СДО и ИР маточных артерий. Таким образом, повышение показателя ОПСС в резистивных артериальных сосудах на фоне снижения разовой и минутной производительности сердца и повышение показателей СДО и ИР в маточных артериях и степень выраженности этих показателей могут являться ранними маркерами прогнозирования тромботических осложнений в период гестации и родов.

Литература:

1. Ахмедов Ф.К., Курбонова З.Ш. Мочевая кислота - маркер развития преэклампсия //Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. - 2017. - №3-4(II). - С. 27-29.
2. Ахмедов Ф.К., Курбанова З.Ш. Преэклампсияни тапхислашда қон ва сийдикда сийдик кислотаси концентрациясининг роли// Тиббиётда янги кун. - 2017.- №1. - Б. 119-122.
3. Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н., Особенности состояния центральной гемодинамики и гемостаза у беременных с преэклампсии различной степени и тяжести// Новый день медицины. - 2020. - №1(29) - С. 147-150.
4. Туксанова Д.И., Д.К.Нажмутдинова., Д.Я.Зарипова. Влияние давности течения преэклампсии на исходы беременности и родов// Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. - 2015. - №3. - С. 119-120.
5. Туксанова Д.И. Особенности состояние параметров гомеостаза и кардиогемодинамики у женщин с физиологическим течением беременности// Новый день медицины. - 2019. - №1(25). - С. 159-163.
6. Туксанова Д.И. Особенности изменений показателей системного и органного кровотока у женщин при тяжёлой преэклампсией// Международный Казахско-Турецкий Университет “Современная медицина традиции и инновации”. – Казакстан 2018. - С. 151-155.
7. Туксанова Д.И., Шарипова М. Анализ комплексного обследования женщин с преэклампсией и сочетанной анемией// Проблемы медицины и биологии. – Кемерово 2018. - №4. - С. 195-198.
8. Маркеры преэклампсии в I и III триместрах беременности / Т. Ю. Иванец [и др.] // Проблемы репродукции. – 2012. – Т. 18, № 3. – С. 83–87.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г.Фергана

10.03.2023г.

РЕГУЛЯЦИЯ СОКРАЩЕНИЯ И РАССЛАБЛЕНИЯ МИОМЕТРИЯ

(обзор литературы)

У.А.Ашурова¹, Д.К.Нажмутдинова¹.

¹Ташкентская медицинская академия

Ключевые слова: *миометрий, беременность, гладкомышечная ткань, молекулярные механизмы.*

Резюме: фундаментальное строение миометрия, процесс сокращения и расслабления матки, химико-биологические процессы в основе физиологического функционирования детородного органа являются интересным предметом для обсуждения. Миометрий является

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

БАЧАДОН ҚИСҚАРИШНИНГ ВА БЎШАШИШ БОШҚАРИШИ

(адабиёт шархи)

У.А.Ашурова¹, Д.К.Нажмутдинова¹.

¹Тошкент тиббиёт академияси

Калит сўзлар: *бачадон, ҳомиладорлик, силлиқ мушак тўқималари, молекуляр механизмлар.*

Хулоса: бачадон асосий тузилиши, бачадоннинг қисқариши ва бўшашиши жараёни, репродуктив органнинг физиологик фаолияти асосидаги кимёвий ва биологик жараёнлар муҳокама қилиш учун кизикарли мавзудир. Бачадон тўлиқ ҳуқуқли орган бўлиб, унинг физиологик функциялари аёлнинг танасида кўплаб биокимёвий ва метаболик жараёнлар билан ўзаро боғлиқдир. Бачадоннинг қисқариши ва бўшашишини тартибга солиш жуда мураккаб механизм бўлиб, у юзлаб эндоген биологик кофакторларни ўз ичига олади. Ушбу тананинг тўлиқ ишлаши аёлнинг ва кўплаб авлодларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради.

REGULATION OF MYOMETRIAL CONTRACTION AND RELAXATION

(literature review)

U.A.Ashurova¹, D.K.Nazhmutdinova¹

¹Tashkent Medical Academy

Keywords: *myometrium, pregnancy, smooth muscle tissue, molecular mechanisms*

Summary: the fundamental structure of the myometrium, the process of contraction and relaxation of the uterus, the chemical and biological processes underlying the physiological functioning of the reproductive organ are an interesting subject for discussion. Myometrium is an independent organ, the physiological functions of which are interacted with many biochemical and metabolic processes in women. The regulation of contraction and relaxation of the uterus is a rather complex mechanism, which involves more than hundreds of endogenous biological cofactors. The full functioning of this organ contributes in the improvement of women's quality of life and many generations.

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

родов. Повышение качества медицинской помощи женщинам в родах для профилактики и лечения ПРК — важнейший шаг к достижению целей развития, сформулированных в «Декларации тысячелетия» ООН. Но для того, чтобы проводить любые профилактические мероприятия и меры по борьбе с ПРК, в первую очередь необходимо уточнить фундаментальное строение миометрия, процесс сокращения и расслабления матки, химико-биологические процессы в основе физиологического функционирования детородного органа [1]. Миометрий состоит из пучков гладких мышц и соединительной ткани. Выражаясь точнее, матка состоит из клеток гладкой мускулатуры, встроенных во внеклеточный матрикс из коллагеновых волокон, и функционирует как единая гладкая мышца. Во время эмбрионального развития миометрий развивается из мезодермы уrogenитального листка [19]. По структуре строения сам миометрий можно разделить на три слоя: подсосудистый, сосудистый и надсосудистый (от самого внутреннего слоя к самому внешнему). Границы между тремя слоями четко не разделены [17]. Большая часть внутренних органов с наличием гладкой мускулатуры, имеет прямую связь строения мышцы с функцией органа. Строение миометрия было тщательно исследовано на протяжении многих лет и, по-видимому, вышеуказанная закономерность зависимости функции органа от строения мышцы нарушена, хотя по этому поводу все еще присутствуют разногласия. Мышцы матки состоят из внутреннего циркулярного слоя и внешнего продольно ориентированного слоя [21-23]. В своем исследовании Nott et al. (2016) с помощью метода магнитно-резонансной томографии (МРТ) исследовали строение мышечных и соединительнотканых волокон в матке небеременной женщины. Данная группа ученых выявила следующую структуру, которая объяснила глобальную суть функционирования органа: циркулярный слой мышечных волокон проявляет свою активность вокруг матки, а на уровне шейки эти циркулярные волокна переходят в наружный круговой слой и внутренний продольный слой. Дальнейшие изыскания, для лучшего понятия и объяснения уникальной сократительной способности миометрия были безуспешными [18].

Различают три разновидности мышц в организме человека: гладкие, сердечные и скелетные. Все они сокращаются, путем скольжения тонких актиновых филаментов вдоль неподвижных толстых миозиновых филаментов в ответ на увеличение содержания кальция, и все три вида мышц используют аденозинтрифосфат (АТФ) в качестве источника энергии для этого процесса. Однако на этом общность физиологических процессов мышц заканчивается, поскольку у каждого типа мышц разные структура, организация, механизм возбуждения, связь возбуждения-сокращения и реакция на сокращение [20,21]. Гладкие мышцы в основном расположены в таких полых органах и сосудах, как сосудистая система или пищеварительный тракт, где сокращение производится для продвижения содержимого трубки вперед. В полых органах, таких как мочевой пузырь или матка, сокращение приводит к изгнанию содержимого

органа. Гладкомышечные клетки имеют веретенообразную форму, с одним ядром и намного меньше, чем многоядерные клетки скелетных мышц [30]. Сами гладкие мышцы подразделяются на отдельные или многокомпонентные гладкие мышцы. Многокомпонентные гладкие мышцы встречаются редко и могут быть обнаружены в глазных мышцах (участвующих в организации зрения вдаль), у основания волосяных фолликулов и в радужной оболочке. В этом типе мышечной ткани гладкомышечные клетки организованы в функциональные единицы, которые затем отдельно стимулируются вегетативной нервной системой [31]. Каждый из этих блоков функционально независим от других блоков. Однокомпонентные гладкие мышцы встречаются чаще. Их можно найти в стенках желудка и матки. В этом типе мышечной ткани, гладкомышечные клетки организованы в пласты, при этом клетки лежат примерно параллельно друг к другу. Каждая из клеток соединена со своей соседней клеткой через щелевые контакты, и они сокращаются вместе как единое целое. Щелевые контакты действуют как пути с низким сопротивлением, которые позволяют электрическим сигналам быстро распространяться по тканям. Эта ткань стимулируется как вегетативной нервной системой, так и миогенной активностью [26-28]. Гладкие мышцы состоят из клеток диаметром 1-5 мкм и длиной 200-500 мкм. В матке эти гладкомышечные клетки собираются в пучки диаметром до 300 мкм +/-100 мкм [23,30,31]. Эти пучки очерчены небольшим количеством соединительной ткани, пронизанной микрососудами [23]. Гладкомышечные клетки плотно упакованы миофиламентами и связанными с ними плотными тельцами, которые занимают 80-90% от объема клетки и составляют сократительный аппарат клетки [2]. Клеточные мембраны прилегают друг к другу в нескольких точках, поэтому сила, создаваемая в одной клетке, может передаваться в следующую. Они также соединены щелевыми контактами, которые позволяют легко проходить ионам и потенциалам действия от одной клетки к другой. Это позволяет волокнам сокращаться синхронно [30,31]. Затем волокна объединяются в пучки диаметром 1-2 мм каждый. Пучки окружены плотным коллагеновым матриксом и сосудистой сетью миометрия [23]. Гладкие мышцы миометрия миогенны, потенциалы действия продуцируются мышечными клетками без необходимости внешнего стимула. Детали механизмов, лежащих в основе этого процесса, до конца не изучены, однако контроль миометрия тесно связан с экспрессией ионных каналов. Таким образом, активация и подавление огромного количества ионных каналов с различными свойствами может ослаблять или стимулировать запуск потенциалов действия, что, в свою очередь, приводит к изменениям внутриклеточных концентраций ионов кальция в миоцитах [31].

Миометрий в небеременном состоянии сокращается как рефлекторная реакция на растяжение. Во время беременности этот рефлекторный ответ подавляется, и миометрий входит в состояние расслабления, называемое покоем. Перед родами миометрий сначала снова становится сократительным, испытывая слабые нерегулярные сокращения, которые

завершаются относительно коротким всплеском сильных ритмичных сокращений при родах. Хотя молекулярная основа сокращения понятна, триггеры, которые переводят миометрий из состояния покоя, наблюдаемого во время беременности, в состояние сокращения, наблюдаемое при родах, полностью не изучены [17,25-29]. Было высказано предположение, что сенсibilизация кальцием может играть роль в регуляции переключения от расслабления до сократительной способности. Сенсibilизация кальцием — это явление, при котором данная концентрация внутриклеточного кальция приводит к большей, чем ожидалось, силе сокращения [19,24]. Было установлено, что ингибирование фосфатазы легких цепей миозина является именно тем механизмом, посредством которого происходит кальциевая сенсibilизация [9]. Другой предполагаемый механизм кальциевой сенсibilизации заключается в потере или снижении кальциевой чувствительности активируемых кальцием калиевых каналов. Снижение, например, чувствительности канала к кальцию приведет к снижению реполяризирующего электрического сигнала, обеспечиваемого этими каналами, следовательно, приводит к увеличению сократительной способности [4]. Рассмотрим подробнее механизмы сокращения и расслабления миометрия, молекулярную основу данных процессов, происходящих в репродуктивном органе. Преобладающими структурными белками, экспрессируемыми в гладкомышечных клетках миометрия, являются актин и миозин. В гладких мышцах матки примерно в шесть раз больше актина, чем миозина [2]. Сокращение гладких мышц зависит от взаимодействия миозина с актиновыми филаментами. Актин представляет собой растворимый глобулярный белок, который в состоянии покоя до 80% полимеризуется в филаменты. Эти тонкие актиновые филаменты составляют часть сократительного аппарата, и они преимущественно состоят из α - и γ -актина (две из 6 изоформ актина, которые экспрессируются в клетке). Эти тонкие актиновые филаменты скользят вдоль толстых миозиновых филаментов, укорачивая клетку и вызывая сокращение при стимуляции клетки [2]. Ключевым моментом для запуска сокращения гладкой мускулатуры матки является фосфорилирование легких цепей миозина (ЛЦМ), катализируемое киназой легких цепей миозина (КЛЦМ) [19].

Важно отметить, что критическую часть сократительного аппарата клеток образуют плотные тела и плотные тяжи. Внутри каждой клетки они помогают сократительным силам передаваться по актиновым филаментам от полюсов клетки к центру и прочно прикрепляют актиновые филаменты к цитоскелету клетки [25]. Миозиновые белки являются, своего рода, молекулярными моторами, которые характеризуются своей способностью связываться с актином и гидролизовать аденозинтрифосфат (АТФ) [5]. Обе эти роли выполняет головка миозина. Фосфорилирование вещества Серина-19 ЛЦМ с помощью КЛЦМ является ключом как к амплитуде, так и к продолжительности сокращения гладких мышц. Сама КЛЦМ активируется посредством передачи сигналов ионами кальция [30,31]. Обратный механизм, приводящий к

расслаблению гладких мышц матки, осуществляется за счет фосфатазы легких цепей миозина (ФЛЦМ) [13,30,31]. Процесс фосфорилирования ЛЦП определяет баланс между активностью КЛЦМ и ФЛЦМ и, следовательно, сокращение или расслабление миометрия [19]. Кроме того, КЛЦМ может быть фосфорилирована на участке серина-19, так и на месте аминокислота треонина-18. Более того, фосфорилирование треонина-18 может поддерживать силу сокращения миометрия за счет снижения скорости дефосфорилирования [9]. В процессе того, как кальциевые каналы на гладкомышечной мембране открываются и кальций диффундирует в клетку, в ответ на это увеличение внутриклеточного кальция саркоплазматический ретикулум вынужденно освобождает небольшое количество кальция. После этого, каждый свободный кальмодулин связывается с четырьмя ионами кальция. Кальмодулин -белок-мессенджер, который связывает ионы кальция и модифицирует их взаимодействие с различными белками. В данном случае задействованный кальмодулин активирует киназу легких цепей миозина, которая, в свою очередь, фосфорилирует миозин посредством превращения АТФ в аденозиндифосфат (АДФ) [2,3,15,16,19]. Наконец, фосфорилированный миозин связывается с актином, и начинается циклирование поперечных мостиков. Цикл поперечных мостиков — это процесс, при котором химическая энергия, запасенная в концевой фосфатной группе АТФ, преобразуется в движение. Данный механизм начинается со связывания фосфорилированного миозина с актином, за которым следует высвобождение фосфатной группы, это в свою очередь вызывает конформационное изменение миозина, что приводит к силовому удару, вызывая скольжение филаментов и высвобождение АДФ. Вновь образованное АТФ связывается с миозином, позволяя ему высвободиться из актина. АТФ превращается в АДФ, а миозин возвращается к исходной конформации. Затем цикл начинается снова [9,12,30]. Расслабление происходит, когда кальций удаляется из гладкомышечных клеток с помощью натрий-кальциевого обмена, при помощи белка-транспортера кальциевой АТФазы плазматической мембраны или белка-транспортера кальциевой АТФазы сарко/эндоплазматического ретикулума или их синергичного взаимодействия. Вслед за этим фосфатная группа удаляется из миозина за счет работы фосфатазы легкой цепи миозина, впоследствии миозин больше не может связываться с актином с образованием поперечных мостиков [9,12,24]. Рецепторы, связанные с G-белком, являются ключевыми для расслабления матки, и наиболее важной субъединицей является *Gas*. Активация *Gas* агонистами β -адренорецепторов (например, тербуталином) приводит к активации аденилатциклазы, которая превращает АТФ в циклический аденозинмонофосфат (цАМФ) [3,8]. Затем циклический АМФ действует как вторичный мессенджер, активируя протеинкиназу А (ПКА). ПКА фосфорилирует КЛЦМ на месте связывания ионов кальция с кальмодулином, тем самым препятствуя активации КЛЦМ [8,11,17]. ПКА имеет и другие точки воздействия: во-первых, повышает активность кальциевой АТФазы в плазматической мембране и

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

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

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

Список литературы:

1. Рекомендации ВОЗ по борьбе и профилактике послеродовых кровотечений. 2014. С 8.
2. Aguilar, H. N. and B. F. Mitchell (2010). "Physiological pathways and molecular mechanisms regulating uterine contractility." *Hum Reprod Update* 16(6): 725-744.
3. Ajibade, A. A., Q. Wang, J. Cui, J. Zou, X. Xia, M. Wang, Y. Tong, W. Hui, D. Liu, B. Su, H. Y. Wang and R. F. Wang (2012). "TAK1 negatively regulates NF- κ B and p38 MAP kinase activation in Gr-1+CD11b+ neutrophils." *Immunity* 36(1): 43-54.
4. Arrowsmith, S., Kendrick, A., Hanley, J. A., Noble, K. & Wray, S. (2014) Myometrial physiology--time to translate? *Exp Physiol*, 99 (3): 495-502.
5. Blesson, C. S. & Sahlin, L. (2014) Prostaglandin E and F receptors in the Uterus. *Receptors & Clinical Investigation*, 1 (2).
6. Boopathi, E., C. M. Gomes, R. Goldfarb, M. John, V. G. Srinivasan, J. Alanzi, S. B. Malkowicz, H., Kathuria, S. A. Zderic, A. J. Wein and S. Chacko (2011). "Transcriptional repression of Caveolin-1 (CAV1) gene expression by GATA-6 in bladder smooth muscle hypertrophy in mice and human beings." *Am J Pathol* 178(5): 2236-2251.
7. Brighton, P., J., Russo, S., Bejaj, N. & Blanks, A., M. (2014) PLCL1, a Potent Suppressor of Agonist-Medicated IP3 Signalling in Human Myometrium, Is Down-Regulated at the Onset of Labor. *PLCL1, a Potent Suppressor of Agonist-Medicated IP3 Signalling in Human Myometrium, Is Down-Regulated at the Onset of Labor. *Reprod. Sci.*, 21 (3 Suppl) 123A-124A.*
8. Buchwalow, I., V. Samoilova, W. Boecker and M. Tiemann (2011). "Non-specific binding of antibodies in immunohistochemistry: fallacies and facts." *Sci Rep* 1: 28.
9. Butler, T., Paul, J., Europe-Finner, N., Smith, R. & Chan, E. C. (2013) Role of serine-threonine phosphoprotein phosphatases in smooth muscle contractility. *Am J Physiol Cell Physiol*, 304 (6): C485-504.
10. Chen, A., M. Karolczak-Bayatti, M. Sweeney, A. Treumann, K. Morrissey, S. M. Ulrich, G. N. Europe-Finner and M. J. Taggart (2013). "Lysine deacetylase inhibition promotes relaxation of arterial tone and C-terminal acetylation of HSPB6 (Hsp20) in vascular smooth muscle cells." *Physiol Rep* 1(6): e00127.

11. Cookson, V. J., S. L. Waite, P. R. Heath, P. J. Hurd, S. V. Gandhi and N. R. Chapman (2015). "Binding loci of RelA-containing nuclear factor-kappaB dimers in promoter regions of PHM1-31 myometrial smooth muscle cells." *Mol Hum Reprod* 21(11): 865-883.
12. Eddinger, T. J. & Meer, D. P. (2007) Myosin II isoforms in smooth muscle: heterogeneity and function. *Am J Physiol Cell Physiol*, 293 (2): C493-508.
13. Kota, S. K., K. Gayatri, S. Jammula, S. V. Krishna, L. K. Meher and K. D. Modi (2013). "Endocrinology of parturition." *Indian J Endocrinol Metab* 17(1): 50-59.
14. McCloskey, C., Rada, C., Bailey, E., McCavera, S., van den Berg, H. A., Atia, J., Rand, D. A., Shmygol, A., Chan, Y. W., Quenby, S., Brosens, J. J., Vatish, M., Zhang, J., Denton, J. S., Taggart, M. J., Kettleborough, C., Tickle, D., Jerman, J., Wright, P., Dale, T., Kanumilli, S., Trezise, D. J., Thornton, S., Brown, P., Catalano, R., Lin, N., England, S. K. & Blanks, A. M. (2014) The inwardly rectifying K⁺ channel KIR7.1 controls uterine excitability throughout pregnancy. *EMBO Mol Med*, 6 (9): 1161-1174.
15. Mesiano, S., Wang, Y. & Norwitz, E. R. (2011) Progesterone receptors in the human pregnancy uterus: do they hold the key to birth timing? *Reprod Sci*, 18 (1): 6-19.
16. Mitchell, B. F., Aguilar, H. N., Mosher, A., Wood, S. & Slater, D. M. (2013) The uterine myocyte as a target for prevention of preterm birth. *Facts Views Vis Obgyn*, 5 (1): 72-81.
17. Nott, J. P., Bonney, E. A., Pickering, J. D. & Simpson, N. A. B. (2016) The Structure and Function of the Cervix During Pregnancy. *Translational Research in Anatomy*, 2 1-7.
18. Nott, J., Pervolaraki, E., Benson, A., Bonney, E., Pickering, J., Wilkinson, N. & Simpson, N. (2016a) Determination of cervical microarchitecture using magnetic resonance imaging (Conference Abstract). 2nd Annual Preterm Birth Research Conference, Chelsea and Westminster Hospital, London., 26.
19. Parkington, H. C., Tonta, M. A., Brennecke, S. P. & Coleman, H. A. (1999) Contractile activity, membrane potential, and cytoplasmic calcium in human uterine smooth muscle in the third trimester of pregnancy and during labor. *Am J Obstet Gynecol*, 181 (6): 1445-1451.
20. Rang, H. P. & Dale, M. M. (2012) Rang & Dale's pharmacology. 7th edn. Edinburgh ; New York: Elsevier/Churchill Livingstone.
21. Ricciotti, E. & FitzGerald, G. A. (2011) Prostaglandins and inflammation. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 31 (5): 986-1000.
22. Sennström, M. B., Ekman, G., Westergren-Thorsson, G., Malmström, A., Byström, B., Endrésen, U., Mlambo, N., Norman, M., Ståbi, B. & Brauner, A. (2000) Human cervical ripening, an inflammatory process mediated by cytokines. *Mol Hum Reprod*, 6 (4): 375-381.

23. Stock, S. J., Ferguson, E., Duffy, A., Ford, I., Chalmers, J. & Norman, J. E. (2012) Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study. *BMJ*, 344 e2838.
24. Tabb, T., Thilander, G., Grover, A., Hertzberg, E. & Garfield, R. (1992) An immunochemical and immunocytologic study of the increase in myometrial gap junctions (and connexin 43) in rats and humans during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 167 (2): 559-567.
25. Vallikkannu, N., Lam, W. K., Omar, S. Z. & Tan, P. C. (2016) Insulin-like growth factor binding protein 1, Bishop score, and sonographic cervical length: tolerability and prediction of vaginal birth and vaginal birth within 24 hours following labour induction in nulliparous women. *BJOG*.
26. Vandermolen, B. I., Hezelgrave, N. L., Smout, E. M., Abbott, D. S., Seed, P. T. & Shennan, A.H. (2016) Quantitative fetal fibronectin and cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women with previous cervical surgery. *Am J Obstet Gynecol*, 215 (4): 480.e481-480.e410.
27. Whitworth, M., Quenby, S., Cockerill, R. O. & Dowswell, T. (2011) Specialised antenatal clinics for women with a pregnancy at high risk of preterm birth (excluding multiple pregnancy) to improve maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, (9):CD006760.
28. Wilkinson, C., Bryce, R., Adelson, P. & Turnbull, D. (2015) A randomised controlled trial of outpatient compared with inpatient cervical ripening with prostaglandin E₂ (OPRA study). *BJOG*, 122 (1): 94-104.
29. Wood, S., Cooper, S. & Ross, S. (2014) Does induction of labour increase the risk of caesarean section? A systematic review and meta-analysis of trials in women with intact membranes. *BJOG*, 121 (6): 674-685; discussion 685.
30. Wray, S., Burdyga, T., Noble, D., Noble, K., Borysova, L. & Arrowsmith, S. (2015) Progress in understanding electro-mechanical signalling in the myometrium. *Acta Physiol (Oxf)*, 213 (2):417-431.
31. Xu, C., Long, A., Fang, X., Wood, S. L., Slater, D. M., Ni, X. & Olson, D. M. (2013) Effects of PGF₂ α on the expression of uterine activation proteins in pregnant human myometrial cells from upper and lower segment. *J Clin Endocrinol Metab*, 98 (7): 2975-2983.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**ЎСМИР ҚИЗЛАРДА ҲАЙЗ ЦИКЛИ БУЗИЛИШИ ДИАГНОСТИКАСИДА ГЕНЕТИК
МАРКЁРЛАРНИНГ РОЛИ**

Ашурова Н.Г.¹, Бобоев Қ.Т.², Зуфарова Ш.А.³.

¹*Абу Али ибн сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти,*

²ЎзР ССВ Ихтисослаштирилган Гематология илмий-амалий тиббиёт маркази,

³Республика аҳоли репродуктив саломатлик маркази.

Резюме: Ушбу мақолада ҳайз циклининг (ҲЦБ) турли бузилишлари билан касалланган 11 - 17 ёшдаги ўсмир қизларда генетик омилларнинг ўрнини ўрганиш ва асослаш мақсадида олиб борилган текширув натижалари келтирилган. 105 нафар ўсмир қизларда CYP19A1 генидаги полиморфизм ҳолатлари аниқланди. Натижалар CYP19A1 генидаги rs 726547 полиморфизми ва ўсмирларда ҲЦБ пайдо бўлиши ўртасидаги статистик жиҳатдан муҳим боғлиқлик борлигини кўрсатади.

Калит сўзлар: *ген, ҳайз цикли, полиморфизм, ўсмир қизлар, аллел, гетерозигота.*

Резюме: В статье представлены результаты исследования, проведенного с целью изучения и обоснования роли генетических факторов у девочек-подростков 11-17 лет с различными нарушениями менструального цикла (ГЦБ). Полиморфизмы гена CYP19A1 определены у 105 девочек-подростков. Результаты показывают, что существует статистически значимая связь между полиморфизмом rs726547 гена CYP19A1 и возникновением ГЦБ у подростков.

Ключевые слова: *ген, менструальный цикл, полиморфизм, девочки-подростки, аллель, гетерозигота.*

Summary: The article presents the results of a study conducted to study and substantiate the role of genetic factors in adolescent girls aged 11-17 years with various menstrual disorders (MCD). Polymorphisms of the CYP19A1 genes were identified in 105 adolescent girls. The results show that there is a statistically significant association between the rs726547 polymorphism of the CYP19A1 gene and the occurrence of HCC in adolescents.

Key words: *gene, menstrual cycle, polymorphism, adolescent girls, allele, heterozygote.*

Долзарблиги: Ҳайз цикли репродуктив саломатликнинг асосий кўрсаткичи бўлиб хизмат қилади. Менструал дисфункция нафақат бепуштликка замин яратади, балки келажакда диабет, кўкрак беши саратони, юрак-қон томир касалликлари каби турли хил сурункали касалликлар хавфини оширади [1,4,10]. Бундан ташқари, узоқ ва тартибсиз ҳайз даврларининг мавжудлигининг эрта ёшда ўлим билан боғлиқ жиҳатлари аниқланган [3]. Дисфункционал ҳайз даврлари ўсмирлик давридан бошланиши ва репродуктив ёш давомида кўп йиллар давом этиши билан бирга аёлларда жисмоний, психологик ва иқтисодий стрессни келтириб чиқариши билан аҳамиятлидир [2,11]. Ўсмирларнинг репродуктив саломатлиги ҳолати ҳозирги кунда нафақат мутахассислар, балки кенг жамоатчилик томонидан энг кўп муҳокама қилинадиган мавзулардан биридир. Расмий статистика мамлакатимизнинг аксарият минтақаларида қизларнинг репродуктив саломатлиги ҳолатида салбий тенденциялар мавжудлигини кўрсатади.

Сўнги 10 йил ичида 11 ёшдан 18 ёшгача бўлган қизларнинг касалланиш даражаси 3,4 баравар ошди. 15 ёшдан 18 ёшгача бўлган қизларда ҳайз кўриш ритмининг мунтазам эмаслиги замирида метаболик касалликлар ва гиперандроген ўзгаришлар сифатида ҳайз кўришнинг кечикиши (74,9%), аменорея (29,7%) кўринишида намоён бўлмоқда. Мутлақ ёки нисбий бепуштлиқ хавфи остида бўлган қизлар сони кўпайди (Ашурова С. А, 2010, Аюпова Ф. М. 2011). Ўсмир қизларда гипоталамус-гипофиз-тухумдон (ГГТ) тизимидаги номутаносиблик ҳайз даврининг бузилиши, алгодисменорея, ҳайздан олдинги стресс синдромининг намоён бўлишига олиб келиши мумкин. Менструал функция бузилишларининг генетик асосларини излашга доир бир қатор ишлар мавжуд [5,9]. Менструал циклнинг бузилишининг генетик сабаблари ҳам Х хромосома, ҳам Y хромосома ёки аутосомаларни ўз ичига олган битта генлар туфайли бўлиши мумкин [6,9]. Шу билан бирга, кичик намуналар, генетик ва экологик таъсирларнинг улушининг уйғунлиги каби муаммолар ҳайз циклининг бузилиши кўп факторли касаллик эканлигини кўрсатади, бунда ҳам генетик, ҳам атроф-муҳит омиллари муҳим роль ўйнайди [8,10]. Маълумки, CYP19A1 цитохром P 450 монооксигеназаси бўлиб, у андрогенлар C19, андрост-4-ен-3.17-Дион (андростендион) ва тестостероннинг мос равишда эстрогенлар C18, эстрон ва эстрадиолга айланишини катализлайди [7] Чет элда олиб борилган тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатадики, интрон (rs 726547) CYP19A1-даги нуклеотидларнинг алмашинув функцияси ароматаза фаоллигига таъсир этади, бу эса тестостероннинг фаол эстрогенга айланишига олиб келади [2,5]. Бу шуни англатадики, C>T CYP19A1 полиморфизмининг кичик аллели ароматазанинг гиперэкспрессиясини келтириб чиқариши мумкин, бу эса эстроген концентрациясининг ошишига ва андроген концентрациясининг пасайишига олиб келади. Ароматазанинг гиперэкспрессияси камдан-кам ҳолларда аёлларда жуда кам учрайдиган дисфункция турларини келтириб чиқариши мумкин (изосексуал эрта ривожланиш, макромастия, ҳайз даврининг бузилиши ва эркакларда бўлгани каби, суякларнинг тез ўсиши [8]. Эркакларда эса бу ҳолат гетеросексуал ривожланиш каби аломатларни келтириб чиқариши мумкин, бу қаторда гинекомастия, сийрак соч ва туклар, гипогонадизм, олигозооспермияни санаш мумкин [11]. Шундай қилиб, ўзбек популяциясида ҳайз даврининг бузилишига олиб келадиган янги ва мавжуд номзод генлар ва уларнинг патофизиологик механизмини ўрганиш бизга ушбу дисфункциянинг генетик асосларини аниқлаш учун муҳим маълумотларни беради, бу эса ўсмирларда уни башорат қилиш ва олдини олиш имкониятини ҳам бериши мумкин.

Ишнинг мақсади: ўсмир қизларда ҳайз цикли патологияси диагностикасида генетик маркёрларнинг ролини ўрганиш йўли билан турли дисфункциялар этиопатогенезини аниқла ҳамда диагностика ва даволаш самарадорлигини ошириш.

Материаллар ва услублар: ушбу илмий иш Бухоро давлат институтининг 2-сонли акушерлик ва гинекология кафедрасида, шунингдек, Бухоро ва Ромитан туман Марказий

поликлиникалари ва туғруқхоналарида, Бухоро вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида (БОДММС), Бухоро вилояти перинатал, вилоят аҳоли репродуктив саломатлиги ҳамда вилоят скрининг марказлари базасида олиб борилди.

Текширувга 272 нафар қиз жалб этилди. Барча ўсмир қизлар Бухоро шаҳри ва Бухоро вилояти мактаблари ўқувчилари эди. Шаҳар аҳолиси 46,3%, қишлоқ аҳолиси 53,7% ни ташкил этди. Менархенинг ўртача ёши 12,4+/-1,2 йил. Тадқиқотларга ҳар хил турдаги ҳайз кўриш бузилишлари билан касалланган 11 ёшдан 17 ёшгача бўлган 192 нафар ўсмир қизлар (ота-оналарининг рухсати билан) (1-асосий гуруҳ) ҳамда ҳайз функцияси меъёрда кечаётган амалий соғлом худди шу ёшдаги 80 нафар ўсмир қизлар (назорат гуруҳи) киритилди. Ҳайз бузилишларнинг табиатига кўра асосий гуруҳга мансуб қизлар 2 та кичик гуруҳга бўлинди. 1а гуруҳга гипоменструал (қисқа давом этувчи, ахён-ахёнда такрорланувчи ва кам миқдор ҳайз кўриш билан намоён бўлади) синдромли 105 қиз бирлаштирилди. 1 б гуруҳни эса гиперменструал (узок чўзиладиган, тез-тез ва кўп миқдорда ҳайз кўриш билан намоён бўлади) синдромли 87 ўсмир қиз ташкил этди. Ўртача ёш назорат гуруҳида 14,1±0,9 йил, 1 А гуруҳда 13,8±0,7 йил, 1 б гуруҳда 14,6±0,8 йилни ташкил этди. Ҳар томонлама текшириш ва статистик таҳлилни ўтказиш учун барча ўсмир қизларга клиник ва лаборатория - инструментал усуллар ўтказилди. Қизларни текшириш анамнезини синчковлик билан батафсил йиғиб, ўрганиш билан бошланди, унда ҳайз кўриш функциясининг табиати (менархе ёши, циклнинг мунтазамлиги ва унинг бузилиши, ҳайз кўриш оралиғи, ҳайз кўриш пайтида оғриқнинг мавжудлиги), қўлланиладиган коррекция усуллари ва улардан фойдаланиш давомийлиги аниқланди. Молекуляр генетик тадқиқот муаллиф томонидан Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигига тегишли ихтисослаштирилган Гематология илмий-амалий тиббиёт марказининг "Молекуляр тиббиёт ва хужайра технологияси" бўлимида профессор, т.ф. д. Бобоев Қ. Т. раҳбарлигида олиб борилди. Бу текшириш юқори аниқликдаги таҳлил (ХРМ) каналларига эга универсал кучайтиргичли полимераза занжир реакциясини (ПЗР) амалга ошириш учун мўлжалланган термал циклик тизимда Реал вақт режимида ўтказилди. Ишлаб чиқарувчи: G1AGEN (Германия). Ушбу материал ўсмир қизларнинг веноз қонидан ажратилган ДНК намуналари эди.

Натижалар ва уларнинг таҳлили: Бизнинг тадқиқотимизда СҮР19А1 генининг rs726547 полиморфизми ҳайз кўриш бузилиши (ХЦБ) бўлган 110 беморда текширилди ва генетик таҳлил қилинди. Биз аллелларнинг тақсимланишидан шунини аниқладикки, асосий ва назорат гуруҳида ёввойи турдаги-С аллелининг улуши назорат гуруҳида асосий гуруҳга (мос равишда 87,1% ва 73,6%) нисбатан катта бўлган, бу ҳолда ёввойи бўлмаган ёки мутант аллел-Т асосий гуруҳда кўпроқ (бу кўрсаткич назорат гуруҳида 12,9% ни ташкил этди ва асосий гуруҳда 26,4%) (2-жадвал). Генотипларнинг тарқалишига кўра, асосий гуруҳда беморларнинг 55,5 фоизда

гомозигот СС ёки ёввойи турдаги генотип, гетерозигот генотипи бўлган беморларнинг 36,4 фоизида – КТ, гомозигот СС ёки қисқа турдаги генотип ХЦБ билан оғриган қизларнинг 8,1 фоизида аниқланди. Шу жумладан, назорат гуруҳида генотип фарқлари фоизида сезиларли фарқ аниқланди. Хусусан, гомозигот СС генотипининг улуши 77,1% ни ташкил этди, гетерозигот КТ генотипи ва гомозигот ТТ генотипи мос равишда 20,0% ва 2,9% ни ташкил этди. Шундай қилиб, мутант гомозигот генотип асосий гуруҳда кўпроқ учрайди, нормал гуруҳда эса нормал гомозигот генотипни аниқлашда назорат гуруҳи устунлик қилади деган хулосага келиш мумкин (2-жадвал). СҮР19А1 генида ўрганилган rs726547 полиморфизмларида генотипларнинг тарқалиши Харди-Вайнберг даражасига мувофиқлиги текширилди. Асосий гуруҳда гомозиготли генотипларнинг эмпирик кўрсаткичи кузатилган ва назарий жиҳатдан кутилган даражалар бўйича мос равишда 0,56/0,54 ва 0,08/0,08 ни ташкил этди (1-жадвал). Назорат гуруҳида ушбу генотипларнинг частотаси мос равишда 0,77/0,759 ва 0,029/0,017 ни ташкил этди. Бундан келиб чиқадики, ҳар иккала гуруҳда кузатилган ва кутилаётган генотипларнинг тарқалиши ўртасидаги қиёсий фарқ Харди-Вайнберг қонунига мос келади ва биз статистик жиҳатдан ишончли оғишни топмадик ($\chi^2 < 3.84$; $P > 0.05$).

Жадвал-1. СҮР19А1 гени (C>T) генотипи полиморфизмининг ХЦБ билан ва соғлом ўсмир қизларда Харди-Вайнбер қонунига кўра мувофиқлиги
(хи-квадрат , df =1)

Асосий гуруҳ					
Алеллар	Алеллар частотаси				
С	0,736				
Т	0,264				
Генотиплар	Генотиплар частотаси		χ^2	p	df
	Кузатилаётган	Кутилаётган			
С/С	0,56	0,54			
С/Т	0,36	0,39			
Т/Т	0,08	0,22			
Жами	1	1	0,44	0,74	1
Назорат гуруҳи					
Алеллар	Алеллар частотаси				
С	0,871				
Т	0,129				
Генотиплар	Генотиплар частотаси		χ^2	p	df
	Кузатилаётган	Кутилаётган			

C/C	0,771	0,76			
C/T	0,20	0,224			
T/T	0,029	0,016			
Жами	1	1	1,2	0,54	1

Гетерозиготли генотипга келсак, асосий гуруҳда CYP19A1 генидаги rs726547 полиморфизми аниқланган беморларнинг гетерозиготли генотип даражаси назарий даражадан бироз пастроқ эди (0,36 / 0,39; $D=-0,077$), назорат гуруҳида бўлгани каби, гетерозиготли генотипнинг кузатилган даражаси ҳам паст эди. Энди тадқиқотимиз сўнгида олинган натижамиз билан биз ўсмирларда ХЦБ пайдо бўлишининг патогенезида геннинг ролини тушунтира оламиз. Нисбий хавф (RR) натижаси нуқтаи назаридан, ёввойи (C) аллел ташувчилари учун асосий гуруҳда касаллик ривожланиш хавфи - 0,69 (95% СИ: 0,573-0,827) ни ташкил этди, яъни C аллел ўзбек популяциясида ХЦБ қарши ишончли ва муҳим ҳимоя ролини ўйнайди ($CG^2 \setminus y003d 19,5$; $p<0,001$). Бошқа томондан, бизнинг тадқиқотимизда кичик (T) аллел ҳайз цикли бузилиши хавфини сезиларли даражада оширади ($RR=1,45$; 95% СИ: 1,21-1,756; $CX^2 \setminus y003d 19,5$; $P<0.001$) (2-жадвал). Генотипларга келсак, юқорида айтиб ўтилганидек, CYP19A1 (C/T) ген полиморфизмининг пайдо бўлиш даражасини назорат гуруҳи билан солиштирганда, бу нормал эканлиги аниқланди. CC сезиларли фарқга эга бўлган генотиплар назорат гуруҳида кўпроқ учрайди, мутант TT генотип эса юқорида айтиб ўтилганидек, асосий гуруҳда устунлик қилди. Шунинг учун гомозиготли ёввойи генотип учун нисбий хавф натижаси $RR=0,64$; 95% СИ 0,499-0,820; $CG^2 = 11,3$ $p < 0,001$ гетерозиготли генотип учун $RR=1,44$; 95% СИ 1,122-1,854; $CG^2=7,1$; $p \setminus y003d 0.008$, гомозиготли мутант генотип учун $RR \setminus y003d 1.51$; 95% СИ 1.057-2.149; $CX^2 \setminus y003d 2.89$; $p \setminus y003d 0.09$ ни ташкил этди.

Жадвал-2. ХЦБ билан ва соғлом ўсмир қизларда CYP19A1 генининг (C>T) полиморфизмини генотиплаш натижалари

Аллел ва генотиплар	Текширилган Аллел ва генотиплар сони				χ^2	P	RR	95%CI	OR	95%CI
	Гипоменструал синдромли қизлар		Назорат гуруҳи							
	N	%	N	%						
C	103	80,5	183	87,1	2,7	0,1	0,75	0,543-1,034	0,61	0,335-1,102
T	25	19,5	27	12,9	2,7	0,1	1,34	0,967-1,842	1,64	0,91-2,983

C/C	42	65,6	81	77,1	2,66	0,1	0,71	0,484-1,053	0,56	0,284-1,126
C/T	19	29,7	21	20,0	2,1	0,15	1,36	0,911-2,036	1,69	0,823-3,46
T/T	3	4,7	3	2,9	0,4	0,53	1,34	0,586-3,047	1,67	0,327-8,55

Яъни ёввойи турдаги гомозигот генотип ҳимоя ролининг 36% га камайиши билан, гетерозигот генотип эса ҲҚБ патогенезида индукцион ролини ўйнаб, хавфни 44% га ошириши билан намоён бўлди. Натижада кўрсатилган иккала кўрсаткич ҳам статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди. Бошқа томондан, мутант гомозигот генотип ҲҚБ хавфини 51% га ошганлигини кўрсатса-да (RR=1,51; 95% СИ: 1,057-2,149), бу натижа статистик жиҳатдан ишончли эмас эди ($\chi^2 < 3,84$; $p > 0,05$).

Жадвал-3. Гипоменструал синдромли ҲҚБ ва соғлом ўсмир қизларда CYP19A1 генининг полиморфизмини (C>T) генотиплаш натижалари.

Алел ва генотиплар	Текширилган Аллел ва генотиплар сони				χ^2	P	RR	95%CI	OR N	95%CI %
	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи							
	N	%	N	%						
C	162	73,6	183	87,1	19,5	<0,001	0,69	0,573-0,827	0,41	0,249-0,682
T	58	26,4	27	12,9	19,5	<0,001	1,45	1,210-1,746	2,43	1,467-4,014
C/C	61	55,5	81	77,1	11,3	<0,001	0,64	0,499-0,820	0,37	0,204-0,666
C/T	40	36,4	21	20,0	7,1	0,008	1,44	1,122-1,854	2,28	1,23-4,232
T/T	9	8,1	3	2,9	2,89	0,09	1,51	1,057-2,149	3,03	0,797-11,5

Эътиборга молик жиҳати шуки, гипоменструал синдромли ҲҚБ билан беморларини ўз ичига олган иккинчи кичик гуруҳ натижаларини статистик қайта ишлашда биз T аллелининг частотаси назорат гуруҳига нисбатан сезиларли даражада – 2,78 баравар юқори эканлигини аниқладик (35,9% ва 12,9%; кичик аллел ва гипоменструал типдаги ҳайз даврининг бузилиши ўртасидаги боғлиқлик ишончли эди. $21,3$; $P < 0,001$).

Жадвал-4. Гиперменструал синдромли ҲҚБ ва соғлом ўсмир қизларда CYP19A1 генининг полиморфизмини (C>T) генотиплаш натижалари

Алел ва генотиплар	Текширилган аллел ва генотиплар сони				χ^2	P	RR	95%CI	OR N	95%CI %
	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи							
	N	%	N	%						

	N	%	N	%						
C	59	64,1	183	87,1	21,3	<0,001	0,44	0,322-0,610	0,26	0,147-0,475
T	33	35,9	27	12,9	21,3	<0,001	2,25	1,640-3,103	3,79	2,11-6,82
C/C	19	41,3	81	77,1	18,4	<0,001	0,36	0,222-0,580	0,21	0,1-0,44
C/T	21	45,7	21	20,0	10,5	0,002	2,18	1,38-3,45	3,36	1,58-7,13
T/T	6	13	3	2,9	5,9	0,01	2,37	1,391-4,03	5,1	1,2-21,4

Генотипларнинг тарқалиши бўйича C/T ва T /T генотиплари биринчи кичик гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан ишончли тарзда устунлик қилди (45,7% ва 20,0%; $p < 0,05$; 13 ва 2,9%; $CG^2 > 3,84$; $p < 0,05$, мос равишда). CYP19A1 генининг мутант гомозигот шакли (TT) ва гетерозигот шакли (CT) хавфни 2,37 ва 2,18 баравар ошириш орқали гиперменструал синдромли ХЦБ ривожланишида муҳим рол ўйнади (PP \ у003д 2,37; 95% СИ : 1,391 - 4,03 ва PP \ у003д 2,18; 95% СИ : 1,38 - 3,45), шунга кўра гомозиготли а / а генотипига келсак, у бизнинг тадқиқотларимизда хавфни 2,78 баравар камайтириш орқали кучли ҳимоячи ролини ўйнади (PP=0,36; 95% СИ: 0,222-0,580). Бу натижалар статистик жиҳатдан аҳамиятли эди ($CG^2 > 3.84$; $p < 0.05$) (4-жадвал). Натижаларга асосланиб, биз ҳайз кўриш функциясининг турли хил бузилишларини ташҳислаш ва даволашда тўғри ва табақалаштирилган ёндашувни танлашимиз мумкин.

Хулоса: Генетик таҳлил ёрдамида rs726547 полиморфизмининг кичик аллели (T) назорат гуруҳига (12,9%) нисбатан асосий гуруҳда 2 баравар (26,4%) кўпроқ тарқалганлиги аниқланди, бу ўзбек популяциясида ХЦБ ва rs726547 полиморфизм ўртасида статистик жиҳатдан ишончли боғлиқлик мавжудлигини кўрсатади. Қизиғи шундаки, биз барча беморларни ҳайз кўриш бузилишининг турига қараб (мос равишда гипоменструал ва гиперменструал) икки гуруҳга ажратганимизда, биринчи кичик гуруҳда кичик аллел частотасида статистик жиҳатдан ишончли фарқ йўқлигини аниқладик. Ёввойи бўлмаган ва гетерозиготли генотипнинг гомозиготли генотипи назорат гуруҳига нисбатан, бу иккинчи гуруҳда кичик аллел (T) 2,8 баравар кўпроқ (35,9%) учраши аниқланди. CT ва TT генотипларининг тарқалиши назорат гуруҳига нисбатан 2,3 баравар (45,9%) ва 4,5 (13%) марта юқори бўлган. Ушбу полиморфизм аллелларининг патологик аҳамиятига келсак, ёввойи типдаги аллел ва ёввойи типдаги гомозигот генотип (CC) ХЦБ хавфини 56% ва 64% га камайтирди, кичик аллел ва гетерозигот ва ёввойи бўлмаган турдаги гомозигот генотиплар бу хавфни мос равишда 2,25, 2,19 ва 2,37 марта ошириши билан натижаларнинг статистик жиҳатдан аҳамиятли эканлигини исботлади ($CG^2 > 3.84$; $p < 0.05$).

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Ашурова Н.Г., Мавлонова Г.Ш. Роль гормонального статуса восстановления репродуктивной системы в пубертатном возрасте //Новый день медицины. - 2018. - №3. - С. 57-59.

2. Ашурова Н.Г., Бобокулова С.Б., Жумаева М.М. Ещё один взгляд на проблему ювенильного возраста// Электронный научный журнал Биология и интегративная медицина. - 2020. - №2 (42). - С. 95-107.
3. Chevrier L, Guimiot F, de Roux N. GnRH receptor mutations in isolated gonadotropic deficiency. *Molecular and Cellular Endocrinology* 2011. 346 21–28. (10.1016/j.mce.2011.04.018)
4. Oriel KA, Schrager S. Abnormal uterine bleeding. *Am Fam Physician*. 1999 Oct 1;60(5):1371-80; discussion 1381-2. PMID: 10524483.
5. Lidaka L, Bekere L, Rota A, Isakova J, Lazdane G, Kivite-Urtane A, Dzivite-Krisane I, Kempa I, Dobele Z, Gailite L. Role of Single Nucleotide Variants in *FSHR*, *GNRHR*, *ESR2* and *LHCGR* Genes in Adolescents with Polycystic Ovary Syndrome. *Diagnostics (Basel)*. 2021 Dec 11;11(12):2327. doi: 10.3390/diagnostics11122327. PMID: 34943568; PMCID: PMC8700743.
6. Bedecarrats GY, Linher KD, Kaiser UB. Two common naturally occurring mutations in the human gonadotropin-releasing hormone (GnRH) receptor have differential effects on gonadotropin gene expression and on GnRH-mediated signal transduction. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003 Feb;88(2):834-43. doi: 10.1210/jc.2002-020806. PMID: 12574221.
7. Kinuta, K., Tanaka, H., Moriwake, T. et al. (2000) Vitamin D is an important factor in estrogen biosynthesis of both female and male gonads. *Endocrinology*, 141, 1317–1324.
8. Irani M, Merhi Z. Role of vitamin D in ovarian physiology and its implication in reproduction: a systematic review. *Fertil Steril*. 2014 Aug;102(2):460-468.e3. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.04.046. Epub 2014 Jun 3. PMID: 24933120.
10. Ashurova N.G. Pregravidary preparation of women with a high group of perinatal risks and inflammatory diseases of the genitals// *European Journal of Research*. - 2017. № 9-10. - P. 63-65.
11. Morrison N, Yeoman R, Kelly P, Eisman J. Contribution of trans-acting factor alleles to normal physiological variability: vitamin D receptor gene polymorphism and circulating osteocalcin. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1992;89(15):6665–9.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ RH-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ**

Г.С.Бабаджанова¹, К.А.Саттарова¹

¹*Ташкентская медицинская академия*

Резус-несовместимость является предотвратимой причиной тяжелой неонатальной гипербилирубинемии, водянки плода и мертворождений. Распространенность резус-

отрицательной группы крови среди населения Земли колеблется в пределах 2% - 15%. Несмотря на снижение частоты резус-несовместимости, благодаря наличию анти-D-иммуноглобулина и улучшению дородового ухода за резус-отрицательными беременными женщинами, на нее по-прежнему приходится значительная доля неонатальной гипербилирубинемии и невропатологии. Распространенность резус-отрицательных женщин, имеющих резус-положительных новорожденных, составляет 60%. Когда резус-отрицательная материнская кровь подвергается воздействию резус-положительной крови плода (эритроцитов) в материнском кровотоке, у матери вырабатываются антитела против Rh-фактора (D). Эти Rh (D) антитела, однажды выработанные, остаются в кровотоке женщины и представляют угрозу гемолитической болезни для последующих резус-положительных плодов, из-за разрушения эритроцитов плода, и это событие приводит к аллоиммунизации. Реакция Кумбса является наиболее распространенным методом выявления аллоиммунизации, проведенной во время беременности и в постнатальном периоде.

Цель исследования: Изучить течение беременности и исход родов у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови.

Материалы и методы: Это ретроспективное исследование, проведенное в 9 родильном комплексе города Ташкента с 1 января 2020 г. по 31 декабря 2022 г. За этот период обследовано 285 женщин с Rh-отрицательной беременностью.

Результаты: В нашем исследовании наиболее часто встречалась возрастная группа 21-25 лет (62,5%), большинство пациенток были первородящими (42,4%). Из соматической патологии у них преимущественно отмечалась железодефицитная анемия. Предыдущие беременности в анамнезе осложнялись самопроизвольными выкидышами на ранних сроках беременности у 17,9%, угрозой преждевременных родов – у 23,9% женщин. Гипертензивные состояния во время беременности наблюдались у 24% пациенток. Преэклампсия была наиболее частым материнским осложнением, обнаруженным у Rh-пациенток (12,5%). 96,6% новорожденных родились живыми. Роды у исследованных беременных в 16% случаев завершились путем операции кесарева сечения по акушерским показаниям, в 2 случаях по показаниям со стороны плода - выявленной гемолитической болезни в сроке 34 недель и при наличии асцита плода. Осложнениями настоящей беременности по данным УЗИ были многоводие, преждевременное созревание плаценты, маловодие, обвитие пуповины и признаки гипоксии плода. В 9 (3,2%) случаях при резус-отрицательной беременности без иммунизации в неонатальном периоде развилась гемолитическая болезнь новорожденного. Матери этих новорожденных не получали после предыдущей беременности анти-Rh (D) иммуноглобулина.

Выводы: Таким образом, необходимо обеспечить беременным с резус-отрицательной принадлежностью крови без иммунизации и при резус-положительной принадлежности крови отца введение анти-Rh (D) иммуноглобулина G в сроке 28 недель при первой беременности, а также тщательно собирать анамнез о предыдущих беременностях. Важным является проведение тщательного исследования крови беременной в динамике на наличие как полных, так и неполных антител для профилактики неблагоприятных исходов.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ РОДИЛЬНИЦ И МЕДРАБОТНИКОВ В ВЫБОРЕ МЕТОДА
РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

М.Ш.Бабаджанова¹, Н.А.Уринбаева¹

¹Клинический ординатор I курса

²Научный руководитель, доктор медицинских наук, РПЦ РУЗ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), кесарево сечение эффективно для спасения жизни матери и ребенка, но только тогда, когда они необходимы по медицинским показаниям. Если частота кесарева сечения превышает 10% в популяции, имеющиеся данные не свидетельствуют об улучшении показателей смертности матерей и новорожденных. По данным ВОЗ за последние тридцать лет кесарево сечение стали проводить намного чаще- с 7% в 1990 году, до 21% в 2020 году. Неуклонный рост показателей кесарева сечения отмечается и в нашей Республике, которые могут иметь серьезные неблагоприятные последствия. Абсолютные показания к операции кесарева сечения не изменились за последние 50 лет, а частота кесарева сечения растет за счет женщин низкого риска. Мировое сообщество обеспокоено проблемой необоснованных операций кесарева сечения. В нашей стране клиническими протоколами не предусмотрено выбор родоразрешения путем кесарева сечения по желанию женщины. Тем не менее, предпочтения женщин в пользу кесарева сечения имеют немаловажную роль. Целью исследования явилось изучить причины предпочтений женщинами метода родоразрешения путем кесарева сечения. Материал исследования. Исследование проведено в РПЦ и ФОПЦ. Родившие женщины в Республиканском перинатальном центре (I группа) и Ферганском перинатальном центре (II группа) – 90 (родившие путем КС-44, родившие РН-46) родильниц. Медработники (III группа)–88 (акушер-гинекологи-40, анестезиолог-реаниматологи-9, неонатологи-18, акушерки, операционные медсестры, анестезистки-21). Дизайн исследования – качественное исследование методом анонимного анкетирования. Нами были разработаны анкеты для родильниц (22 вопросов) и медработников (19 вопросов). Нами

были изучены мнения родильниц разных возрастных категорий от 18 лет до 40 лет. Большинство родивших-59% были первородящими (75% из них родили путем КС). Больше половины родильниц составило работающие и студенты-51%, остальные составили домохозяйки. Причинами предпочтений кесарева сечения над естественными родами у родильниц явилось в основном страх боли (73%, преобладает в группе женщин КС), боязнь травмы ребенка (60%), страх разрыва промежности (64%), страх несостоятельности мышц тазового дна (64%) в естественных родах. Также были женщины которые предпочитали естественные роды над кесаревом сечением в основном из за страха боли (52%) при операции, из них больше половины (70%) составляют родившие естественным путем. Было отмечено, что несколько женщин одобряют кесарево сечение без медицинских показаний (31%). По мнению большинства родильниц естественные роды являются более травматичными для ребенка нежели оперативные- (67%). Нами было определено также что большинство рожениц выбрали роды оперативным путем как оптимальный метод родоразрешения при следующих состояниях: тазовое предлежание-57%, двойня-50% и беременность наступившая после ЭКО-66%. Половине родильниц врачи не объясняли об осложнениях кесарево сечения (51%), в основном многим женщинам не объясняли об эндометрите и вращении плаценты. Однако 84% врачей отметили что объясняют по поводу осложнений рожениц. По мнению большинства родильниц (51%) при выборе метода родоразрешения должны принимать участие: лечащий врач, беременная, муж и родственники вместе. Около 30% женщин считают что решение должен принимать только врач, исходя от состояния беременной и плода. А 19% родильниц считают что способ родоразрешения должны принимать только сами роженицы.

Опыт работы медработников участвовавших в анонимном анкетировании колебался от 1 года до 33 летнего стажа. Отмечалась связь выбора тактики ведения родов со стажем медработников. Так в группе медработников с большим стажем работы-более 20 лет (60% от всех медработников), предпочтения отдались родам *per vias naturales*, так как большинство из них считают что кесарево сечение имеет больше осложнений. По мнению большинства медработников процент кесарево сечения высокий-89%, а также оперативное родоразрешение сопровождается осложнениями чаще чем естественные роды-57%. Однако медработников при естественном родоразрешении беспокоит травма ребенка-76%, травма промежности-70%, разрыв влагалища и опущение органов малого таза-55%. Но тем не менее медработники выбрали кесарево как оптимальный метод родоразрешения при следующих состояниях: тазовое предлежание-72%, двойня-53%, беременность после ЭКО-76%. Большинство медработников отметили что они рекомендуют женщинам с рубцом на матке естественные роды 74%, однако 85% родильниц с рубцом на матке отметили что им не предлагали роды естественным путем.

Выводы: У 66% -92% женщин страх боли при родах (преобладает в группе женщин КС). Боязнь травмы ребенка при родах у 65%-75% родивших. Страх разрыва промежности больше у родивших самостоятельно (61%) Страх несостоятельности тазового дна больше в группе родивших путем КС и медработников (78-79%). 85% медработников не одобряют КС без медицинских показаний. Но тем не менее, при состояниях, где возможны роды через естественные родовые пути (1 рубец на матке, многоплодие, ВРТ- ЭКО, тазовое предлежание) до 80% медработников рекомендуют КС. При этом в родильном учреждении где % КС высокий, таких медработников больше. В процессе принятия решения о методе родоразрешения всего в 15% случаях медработники учитывают мнение пациентки, а пациентки считают что должны принять участие в процессе принятия решения способа родоразрешения– 47%. В большинстве случаев (от 37-67%) родильниц не предупреждают об осложнениях после КС.

Заключение: 1. На антенатальном уровне больше внимания нужно уделять психологической поддержке беременных при подготовке к родам для уменьшения страха и боязни естественных родов. 2. Медработники при принятии решения о методе родоразрешения должны предоставлять пациентке информированный выбор с данными о всех преимуществах и недостатках каждого метода родоразрешения. 3. Медработники должны поддерживать выбор женщины родов через естественные родовые пути при состояниях, где по доказательной медицине риск осложнений вагинальных родов для матери и плода невысокий.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

**QOQ'ONOQ PARDASINING TUG'RUQDAN OLDIN ERTA YORILISHI BO'LGAN
HOMILADORLIKNI OLIV BORISHNI KUZATISH, BAHOLASH
VA O'TGAN YILGI NATIJALAR BILAN SOLISHTIRISH.**

A.Sh.Bekchanova¹, D.T.Ruzmetova¹, Z.R.Madaminova¹.

¹*TTA Urganch filiali, Urganch*

Мавзунинг долзарблиги: Butun dunyoda qog'onoq pardaning erta yorilishi bilan bog'liq bo'lgan tug'ruq jarayoni akusherlik va neonatologiyada dolzarb muammo hisoblanadi. Muddatdan oldingi tug'ruqlarning 38-51% ni erta suv ketish bilan bog'liq tug'ruq tashkil qiladi [1]. Bachadon ichi infeksiyalari - bachadonda, qinda, ona va bolani bog'lab turuvchi sistemada, amnion parda, yo'ldoshda va amnion suyuqligida infeksiyon yallig'lanish jarayonini chaqiradi [Romero R., Gomez-Lopez N., Kusanovic J.P.]. Qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin erta yorilishi perinatal infeksiya bilan uzviy bog'liq bo'lib, neonatal sepsis havfini, yuqori perinatal va go'daklar o'limi hamda onada yiringli-septik

asoratlar havfini 10 marta oshiradi [2]. Qog'onoq pardaning yorilishi muddatiga yetgan homiladorlarda 8,2 %-19,6% ni tashkil etsa, 37 haftadan oldin suv ketish 5% dan 35% gacha kuzatiladi. Birinchi tug'ruqda erta suv ketgan ayollarda keyingi tug'ruqda erta suv ketish xavfi 20-32% ni tashkil qiladi [3].

Amerikalik akusher-ginekologlar kollegiyasining takidlashicha 37 haftagacha bo'lgan homiladorlarda erta suv ketish xavfi bir homilalikda 2-4 %, ko'p homilalikda 7-20% ni tashkil qiladi [4]. Qog'onoq pardasining tug'ruqdan oldin erta yorilishi bo'lgan homiladorlarning 30-40% da ya'ni har 3 homilador ayolning bittasida jinsiy yo'llarida bakterial infeksiyalar kuzatiladi. (Sidelnikova V.M., 2010; Skripnichenko Yu.P., 2014; Shafieva K.A., 2019). Qog'onoq pardasining tug'ruqdan oldin erta yorilishi bo'lgan homiladorlarda 36% holatlarda bachadon ichi infeksiyalari kuzatiladi, homilaning 22-27 haftalarida infeksiyaning yuqumlilik darajasi ortadi va tug'ma nuqsonga olib keladi, homiladorlikning 28-33-haftalarida 50% hollardagina bakterial infeksiyalarni aniqlash imkoniyati yuzaga keladi. Homiladorlik paytida turli xil kasalliklarga moyillik ortib ketadi, ayniqsa, infeksiyon kasalliklar juda ko'p kuzatiladi va bunday vaqtda asosiy davo antibiotiklar xisoblanadi. Bachadonda kechadigan har qanday yallig'lanish jarayonlari havfli xisoblanib, keyinchalik homila tushishi yoki bepushtlikka olib kelishi mumkin. Homiladorlarning o'z vaqtida davo muojalarini olishi erta suv ketishini va keyinchalik septik asoratlar rivojlanishini oldini oladi.

Tadqiqot materiallari va usullari: Ilmiy izlanishimiz Xorazm viloyati perinatal markazida (Direktor t.f.d Matyaqubova S.A) olib borildi. 2021-yil 5841ta tug'ruq qabul qilingan. Shulardan 69(1.18%) nafarida xorioamnionit, 7 (0,1198%) nafarida metraendometrit va 11(0,18%) nafarida sepsis kuzatilgan. Anamnezni yig'ishda hozirgi va oldingi homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning kechishi o'rganildi. Bu natijalar 2021-yilga tegishli ma'lumotlar hisoblanib men ularni 2022-yil natijalari bilan solishtirdim. 2022- yilda Xorazm viloyat Perinatal markazida 7214 ta tug'ruq qabul qilingan bo'lib, suv ketgan homiladorlar soni hisoblanmagan. Shulardan 73(1.03%) nafarida xorioamnionit, 8 (0,1%) nafarida metraendometrit va 12(0,2%) nafarida sepsis kuzatilgan.

Natijalari: 2022-yilda 2021-yilga nisbatan tug'ruqlar 1.235 % ga oshganligini kuzatish mumkin. Xorioamnionit ko'rsatkichi esa 0.05% ga kamaygan, metraendometrit 0,0198% ga kamaygan, septik asoratlar ko'rsatkichi esa 0,02 % ga kamaygan. Asoratlar foizining kamayganligi perinatal markaz hodimlarining to'g'ri tashxisi va taktikasi natijasidir.

Xulosa: Qog'onoq suvi homiladorlikning 37 haftasidan so'ng keta boshlasa, bu tug'ish jarayoni boshlanganidan dalolat beradi va odatda bundan so'ng 24 soat ichida bola tug'iladi. Homiladorlikning 37 haftasiga qadar suv ketsa, bola muddatidan oldin tug'iladi va qancha erta suv ketsa, bolada va onada muammolar bo'lishi ehtimoli shuncha yuqori bo'ladi. Hozirgi vaqtda qog'onoq pardasining muddatdan oldin yorilishi bo'lgan bemorlarni davolashda yagona yondashuv mavjud emas. Ko'pgina akusher-ginekologlar suvsizlik davr davomiyligining oshishi yuqumli va yallig'lanish asoratlarining rivojlanish xavfi tufayli tug'ruqni aktiv olib borishni afzal ko'radilar. QPTOY paytida 6 soatdan ko'p bo'lmagan

muddatga kutish yetarli bo'lmashligi mumkin. Maqsad qog'onoq suvlarining ketishi bo'lgan homiladorlarda spontan dard faoliyatining rivojlanishi yoki "yetilmagan" yoki "etarlicha ochilmagan" bachadon bo'yini yetilgungacha biologik tayyorgarlikka erishish hisoblanadi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Исходы недоношенной беременности и родов при преждевременном разрыве плодных оболочек НВ Артымук, НН Елизарова, ВИ Черняева, СВ Рыбников Мать и дитя в Кузбассе, 98-102
2. Romero R., Gomez-Lopez N., Kusanovic J.P. [et al.]. Clinical Chorioamnionitis at Term: New Insights into the Etiology, Microbiology, and the Fetal, Maternal and Amniotic Cavity Inflammatory Responses. *Nogyogaszati Szuleszeti Tovabbkepzo Szemle*. 2018. Vol. 20, № 3. P. 103-112.
3. Баев О.Р., Васильченко О.Н., Кан Н.Е., Клименченко Н.И., Митрохин С.Д., Тетруашвили Н.К., Ходжаева З.С., Шмаков Р.Г., Дегтярев Д.Н., Тютюнник В.Л., Адамян Л.В. Преждевременный разрыв плодных оболочек (преждевременное излитие вод) // *Акушерство и гинекология*. – 2013. – № 9. – С. 123-134.
4. Егорова А.Т., Руппель Н.И., Маисеенко Д.А., Базина М.И. Течение беременности и родов при спонтанном многоплодии и одноплодной беременности // *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация*. 2015. Т. 30, № 10 (207). С. 75-80

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ТАЗОВЫХ СПАЕЧНЫХ ПРОЦЕССОВ У ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Г.Н.Бекбаулиева¹, Н.С.Раззакова¹, Ф.О.Абидов¹.

¹Ташкентская медицинская академия

Ключевые слова: *тазовый спаечный процесс, наружный генитальный эндометриоз, болевой синдром, соматический и гинекологический анамнез, бесплодие.*

Резюме: Анализ результатов исследования выявил отягощенность гинекологического анамнеза. Нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи в I группе составило 28,3 %, во второй группе 4,4%. По типу альгодисменореи в I группе составило 54,9%, во второй группе 5,3 %. Бесплодие имели в анамнезе 68,4±3,9% больных группы исследуемых групп. Анализируя характер бесплодия, выявлено, что на первичное бесплодие жаловались 68,5±3,9% пациенток, у остальных 31,5±4,7% выявлено вторичное бесплодие, что свидетельствует об агрессивном характере тяжелых форм эндометриоза и частой встречаемости в довольно молодом возрасте женщин. При монотерапии лонгидазой болевой синдром снизилась на 50±4,6% в первый месяц и на 96,7±2,9% концу терапии от исходного. Вместе с тем комплексная терапия с

включением визанна к концу терапии на 100% снизила болевой синдром. Статистически незначительная разница показателя эффективности монотерапии лонгидазы и в комплексе с визанной к концу терапии 96,7% против 100% свидетельствует о высокой эффективности терапии лонгидазы в реабилитационном периоде.

ТАШҚИ ГЕНИТАЛ ЭНДОМЕТРИОЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЧАНОҚ АЪЗОЛАРИНИНГ ЁПИШИШНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Г.Н.Бекбаулиева¹, Н.С.Раззакова¹, Ф.О.Абидов¹.

¹Тошкент тиббиёт академиси

Калит сўзлар: *чанок аъзоларининг ёпишиши жараёни, ташқи генитал эндометриоз, оғриқ синдроми, соматик ва гинекологик анамнез, бепуштлиқ.*

Резюме: Тадқиқот натижаларини таҳлил қилиш гинекологик анамнез оғирлашганини аниқлади. I гуруҳда гиперполименорея тури бўйича ҳайз даврининг бузилиши 28,3%, II гуруҳда 4,4% ни ташкил етди. Алгодисменорея тури бўйича I гуруҳда 54,9%, II гуруҳда 5,3% ни ташкил етди. Бепуштлиқ тарихи 68,4 га тенг еди. тадқиқот гуруҳларидаги беморларнинг 3,9%. Бепуштлиқ табиатини таҳлил қилиб, беморларнинг 68,5 3,9% бирламчи бепуштлиқдан шикоят қилгани, қолган 31,5% 4,7% иккиламчи бепуштлиқни аниқлаганлиги аниқланди, бу эндометриознинг оғир шакллариининг агрессив табиатини ва ёш аёлларда тез-тез пайдо бўлишини кўрсатади. Лонгидаза билан монотерапия билан оғриқ синдроми биринчи ойда 50 га, биринчи ойда 4,6% га ва 96,7 га камайди. дастлабки терапия охирида 2,9%. Шу билан бирга, терапия охирида Визанна кўшилиши билан комплекс терапия оғриқ синдроми 100% га камайтирди. Лонгидаза монотерапияси самарадорлигининг статистик жиҳатдан аҳамиятсиз фарқи ва терапия охирида Визанна билан биргаликда 96,7% ва 100% реабилитация даврида лонгидаза терапиясининг юқори самарадорлигини кўрсатади.

OPTIMIZATION OF PREVENTION AND REHABILITATION OF PELVIC ADHERMINAL PROCESSES IN PATIENTS WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

G.N.Bekbaulieva¹, N.S.Razzakova¹, F.O.Abidov¹.

¹Tashkent medical academy

Keywords: *pelvic adhesive process, external genital endometriosis, pain syndrome, somatic and gynecological history, infertility.*

Summary: Analysis of the results of the study revealed a burdened gynecological history. Violation of the menstrual cycle by the type of hyperpolymenorrhea in group I was 28.3%, in the second group 4.4%. By type of algomenorrhea in group I was 54.9%, in the second group 5.3%. Infertility had a history of 68.4±3.9% of patients in the study group. Analyzing the nature of infertility, it was found

that $68.5 \pm 3.9\%$ of patients complained of primary infertility, the remaining $31.5 \pm 4.7\%$ had secondary infertility, which indicates the aggressive nature of severe forms of endometriosis and the frequent occurrence at a fairly young age. women. With longidase monotherapy, the pain syndrome decreased by $50 \pm 4.6\%$ in the first month and by $96.7 \pm 2.9\%$ at the end of therapy from the baseline. At the same time, complex therapy with the inclusion of Visanne reduced the pain syndrome by 100% by the end of therapy. A statistically insignificant difference in the effectiveness of Longidase monotherapy and in combination with Visanne by the end of therapy, 96.7% versus 100%, indicates a high efficiency of Longidase therapy in the rehabilitation period.

Несмотря на широкое внедрение эндоскопии в гинекологии, а также использование большого количества различных барьерных противоспаечных средств, частота спаечного процесса и рецидива после удаления эндометриодных очагов не имеет тенденции к снижению. По данным литературных источников молодые женщины со спаечным процессом среди, еще не реализовавшие свои репродуктивные планы в первые 10 лет после операции на органах малого таза 26% пациентов вновь подвергаются оперативным вмешательствам. Между тем, в последнее время использование углекислого газа при лапароскопии также рассматривается как фактор риска развития спаечного процесса, способствующий усилению гипоксии брюшины. В связи с этим актуальным является поиск и разработка методов профилактики и лечения спаечных процессов, что позволит усовершенствовать тактику ведения таких пациенток. Одним из путей профилактики образования послеоперационных спаек является не просто разработка наиболее рациональных методов оперативных вмешательств с использованием эндоскопической техники, операционных микроскопов, микрохирургических инструментов, лазеров, электро- и термокоагуляторов, более физиологичных шовных материалов и современных полимеров, но также поиск новых подходов к самой операции, основанных на соблюдении принципов реконструктивно-пластической хирургии и ранняя реабилитационная терапия в послеоперационном периоде.

Цель исследования: изучить соматический и акушерско-гинекологический статус женщин с тазовым спаечным процессом (ТСП), обусловленным наружным генитальным эндометриозом.

Материалы и методы исследования: Было обследовано всего 113 женщин, которые были разделены на 2 группы исследования: основная группа, которая составила 98 женщин с ТСП, обусловленным НГЭ и контрольная 15 женщин без ТСП и НГЭ.

Результаты и их обсуждение: Возраст обследованных колебался от 26 до 36 лет. Средний возраст составил $32,4 \pm 11,4$ лет. Среди пациенток данных группах жительницы города составили 56 (57,1%) человек, а жительницы области 42 (42,9%). Нормальный менструальный цикл к моменту оперативного вмешательства имели $11,1 \pm 2,4$ % женщин основной и $5,6 \pm 2,9$ %

женщин группы сравнения, вместе с тем у $93,6 \pm 1,4\%$ пациенток группы сравнения и у $88,2 \pm 1,5\%$ женщин основной группы наблюдались различные его клинические нарушения. Нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи в I группе составило $28,3\%$, во второй группе $4,4\%$. По типу альгодисменореи в I группе составило $54,9\%$, во второй группе $5,3\%$. Изучение частоты и структуру сопутствующих гинекологических заболеваний показало, что среди гинекологической патологии самыми распространенными были TORCH- инфекции у более половины женщин основной группы и, а в контрольной группе лишь у каждой четвертой женщине. Наиболее частое сочетание было хламидиоза с уреаплазмозом ($13,5\%$), вирусом простого герпеса с уреаплазмозом ($3,8\%$), вирусом простого герпеса с микоплазмозом ($3,8\%$). Моноинфекция в виде хламидиоза выявлялась у 7% больных в группе контроля у $37,3\%$ в основной группе. У $45,8\%$ больных из 98 женщин отмечено хронические воспалительные заболевания придатков. Бесплодие имели в анамнезе $68,4 \pm 3,9\%$ больных группы исследуемых групп. Анализируя характер бесплодия, выявлено, что на первичное бесплодие жаловались $68,5 \pm 3,9\%$ пациенток, у остальных $31,5 \pm 4,7\%$ выявлено вторичное бесплодие, что свидетельствует об агрессивном характере тяжелых форм эндометриоза и частой встречаемости в довольно молодом возрасте женщин. Анализ длительности бесплодия исследуемых пациенток показал, что оно варьировало от 1 до 12 лет и в среднем составила $5,8 \pm 0,5$ лет у пациенток с НГЭ. Соматический анамнез показал, что в исследуемых группах первое место принадлежит железодефицитной анемии (ЖДА), затем заболеваниям мочевыделительной системы, в контрольной группе заболевания щитовидной железы и ЛОР органов. Высокая распространенность ЖДА возможно связана с нарушениями менструального цикла (НМЦ) у женщин с эндометриозом. Данные о репродуктивной функции показали, что несмотря на то, что у пациенток было достаточное число беременностей, подавляющее большинство из них закончилось ее прерыванием, в основном самопроизвольными абортами. В обеих группах больных в равной мере имели предпосылки для развития у них основного заболевания, то есть еще один дополнительный фактор, приводящий к спаечным процессам, наряду с наружным генитальным эндометриозом. При анализе кратности выполненных оперативных вмешательств по поводу эндометриоза выявлено, что у $62,8\%$ пациенток оперативное вмешательство выполнялось впервые, у $37,2\%$ пациенток оперативное лечение выполнялось повторно. Показанием к операции во всех случаях служил диагноз бесплодия, заинтересованность женщины в восстановлении репродуктивной функции. Из анамнеза во время предыдущей лапароскопической операции у больных группы исследования, помимо НГЭ, были обнаружены дополнительные факторы бесплодия у $36,5\%$ человек. Наиболее часто у $35,0\%$ пациенток по поводу синдрома поликистозных яичников, у $9,0\%$ женщин сочетался с трубным фактором бесплодия. Наружный генитальный эндометриоз, как единственная причина бесплодия была

выявлена у 50,9 % человек пациенток основной группы. Основными жалобами по поводу которого обратились пациентки были болевой синдром, нарушение менструальной функции и бесплодие. По поводу бесплодия обратились 26 (26,5% из общего числа) женщин, из них 14 женщин (61,5%) первичным бесплодием, а 12 женщин (38,5%) вторичным. В основной группе страдали первичным бесплодием 6 (56,3%) женщин, во второй 8 (43,7%), вторичным бесплодием в I группе 4 (40%) женщин, а во II группе 8 (60%) женщин. Таким образом, изучение анамнестических данных женщин с тазовым спаечным процессом, обусловленным с наружным генитальным эндометриозом, выявил отягощенность гинекологического анамнеза.

Мы проводили оценку клинических проявлений в изучаемых группах до и после терапии. Болевой симптом был у всех женщин с НГЭ ассоциированным со спаечным процессом. Так, лапароскопия снизила частоту боли лишь на 46,7%, вместе с тем спустя 6 месяцев боли на 10% увеличились. Следовательно хирургическое лечение в отношении болевого синдрома оказалось наименее эффективным. При монотерапии лонгидазой болевой синдром снизился на 50% в первый месяц и на 96,7% концу терапии от исходного. Вместе с тем комплексная терапия с включением визанны к концу терапии на 100% снизила болевой синдром. Статистически незначительная разница показателя эффективности монотерапии лонгидазы и в комплексе с визанной к концу терапии 96,7% против 100% свидетельствует о высокой эффективности терапии лонгидазы в реабилитационном периоде. Одним из симптомов, по которому обращалась за медицинской помощью было бесплодие. Анализ частоты наступления беременности показал, что у чуть менее половины женщин, которые проходили этапа реабилитации наступила беременность спустя от 6 до 12 месяцев, тогда как в и сравнительной этот показатель составил лишь 11,5%.

Заключение: Таким образом, по результатам проведенного исследования сделаны следующие выводы:

1. У женщин с тазовым спаечным процессом, обусловленным с наружным генитальным эндометриозом, гинекологический анамнез отягощен.
2. Наше исследование подтверждает необходимости проведения реабилитационной терапии после лапароскопических операции у женщин с НГЭ ассоциированным со спаечным процессом.
3. Проведения реабилитации после операции является залогом профилактики рецидива спаек.

Литература:

1. Алексеев А.А. Оптимизация тактики ведения пациенток репродуктивного возраста со спаечным процессом в области малого таза //Диссертация на соиск уч.степени канд. мед. Наук. – Симферополь, 2016 г. 145 с.

2. Вопросы патогенеза спаечной болезни брюшины и современные подходы к ее предупреждению. обзор литературы Луцевич О. Э., Акимов В. П., Ширинский В. Г., Бичев А. А. // Московский хирургический журнал. – 2017. -3 (55). – С.11-26

3. Гаспаров А. С. Тазовые перитонеальные спайки: этиология, патогенез, диагностика, профилактика / А. С. Гаспаров, Е. Д. Дубинская. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2013. – 168 с

4. Atta H. M. Prevention of peritoneal adhesions: A promising role for gene therapy / H. M. Atta // World. J. Gastroenterol. – 2011. – Vol. 17, No 46. – P. 5049 – 5058.

5. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. / G.A. Dunselman [et al.] // Hum. Reprod. - 2014. – Vol. 29. - No 3. – P. 400-412.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**АНАЛИЗ ТЕРАПИИ БЕССИМПТОНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРОАНТОЦИАНИДА НОВАНЕФРОН**

Н.С.Раззакова¹, Г.Н.Бекбаулиева¹, А.Ж.Жураева¹.

¹Ташкентская медицинская академия

Ключевые слова: *инфекции мочеполового тракта, бессимптомная бактериурия, соматический анамнез, проантоцианиды.*

Резюме: Проведенное нами исследование показало, что в структуре инфекции мочеполового тракта, в частности у женщин с острым пиелонефритом весомым фактором риска его развития является наличие бессимптомной бактериурии. Включение в комплексную терапию бессимптомной бактериурии проантоцианидов высокоэффективно, так как предупреждает рецидива после излечения. Так, бактериологический рецидив отмечен у 2,4 % беременных группы I, тогда как в группе сравнения у 8%. Персистенция инфекции в основной группе не наблюдалась, тогда как в группе сравнения этот показатель составил 4,0%. Полная высвобождения от возбудителя (отсутствие в моче бактерий до конца гестации) была получена в I группе, где антибактериальная терапия сопровождалась применением проантоцианидов, в 98% наблюдений (против 88,0% в группах, когда проантоцианиды не применялись).

**ХОМИЛАДОР АЙОЛЛАРДА ПРОАНТОЦИАНИД НОВАНЕФРОН ҚЎЛАНГАН
АСИМПТОМАТИК БАКТЕРИУРИЯНИНГ ТЕРАПИЯСИ ТАҲЛИЛИ.**

Н.С.Раззакова¹, Г.Н.Бекбаулиева¹, А.Ж.Жураева¹.

¹Тошкент тиббиёт академияси

Калит сўзлар: *сийдик йўлларидаги инфекциялари, асимптоматик бактериурия, касаллик тарихи, проантосиандинлар.*

Хулоса: Бизнинг тадқиқотимиз шуни кўрсатдики, сийдик йўллари инфекцияларида, хусусан, ўткир пиелонефритли аёлларда, унинг ривожланиши учун муҳим хавф омили асимптоматик бактериурия мавжудлигидир. Асимптоматик бактериурияни комплекс терапиясига проантосианидларни киритиш юқори самарадорликка эга, чунки у даволашдан кейин қайталанишнинг олдини олади. Шундай қилиб, бактериологик қайталаниш I гуруҳдаги ҳомиладор аёлларнинг 2,4 фоизда қайд этилган бўлса, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич 8 фоизни ташкил этди. Асосий гуруҳда инфекциянинг қайталаниши кузатилмади, таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткич 4,0% ни ташкил этди. I гуруҳда антибактериал терапия билан бирга проантосианидлардан фойдаланиш 98% ҳолларда патогенлар қайта аниқланмаган (ҳомиладорликнинг охиригача сийдикда бактериялар йўқлиги) ўрганилган проантосианидлар ишлатилмаган гуруҳларда 88,0% га нисбатан кузатувларда аниқланди.

ANALYSIS OF THERAPY OF ASSYMPTOTIC BACTERIURIA IN PREGNANT WOMEN USING PROANTHOCYANIDE NOVANEFRON

N.S.Razzakova¹, G.N.Bekbaulieva¹, A.J.Juraeva¹.

¹Tashkent medical academy

Key words: *urinary tract infections, asymptomatic bacteriuria, medical history, proanthocyanidins.*

Rezume. Our study showed that in the structure of urinary tract infection, in particular in women with acute pyelonephritis, a significant risk factor for its development is the presence of asymptomatic bacteriuria. The inclusion of proanthocyanides in the complex therapy of asymptomatic bacteriuria is highly effective, as it prevents relapse after treatment. Thus, bacteriological relapse was noted in 2.4% of pregnant women in group I, while in the comparison group it was 8%. The persistence of infection in the main group was not observed, while in the comparison group this figure was 4.0%. Complete release from the pathogen (absence of bacteria in the urine until the end of gestation) was obtained in group I, where antibacterial therapy was accompanied by the use of proanthocyanidides, in 98% observations (against 88.0% in groups when proanthocyanidins were not used).

Актуальность: Инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) остается по-прежнему одной из патологий, обуславливающие тяжелые последствия во время беременности, родов и послеродового периода. По данным Капительный В.А. (2015) инфекции мочевыводящих путей у беременных могут проявляться бессимптомной бактериурией, острым циститом и острым пиелонефритом[2]. По данным литератур распространённость бессимптомной бактериурии у беременных составляет от 2 до 22 %[5, 6]. Изучение систематизированного Кохрановского обзора 14 крупных рандомизированных контролируемых исследований по сравнению

эффективности антибактериального лечения бессимптомной бактериурии беременных, по сравнению с плацебо и отсутствием назначения антибиотиков, показал эффективность терапии антибиотиками, как в устранении бессимптомной бактериурии, так и в снижении риска пиелонефрита у беременных с 30 % до уровня менее 3 % [4]. Между тем, по данным Гордеевой И.А. (2015) актуальность проблемы заключается достаточно высокой частоте рецидивов бессимптомной бактериурии после элиминации бактерий, что является основанием для поиска новых подходов к лечению ИМВП[1]. Большой интерес побуждают данные рандомизированного исследования [3], которые выявил, снижения ББУ на 57% и всех случаев уроинфекций — на 41% при использовании клюквенного сока беременными 2 раза в день. Все вышесказанное обостряет необходимости выявления ББУ беременных, для профилактики как осложнений беременности, так и развития острого пиелонефрита. Однако недостаточная информированность врачей общей практики, акушеров-гинекологов о гестационных осложнениях, обусловленных бессимптомной бактериурии, а также отсутствие преемственности работы службы родовспоможения и урологии приводят к запоздалой диагностике ББУ и развитию деструктивных изменений в почках и осложнениям во время беременности и родов., В связи с этим разработка профилактических мероприятий является важным этапом улучшения перинатальных исходов у женщин с ББУ, а также поиск иных методов терапии, предупреждающий рецидива после элиминации бактерии является актуальным.

Цель исследования: оценить эффективность проантоцианида Нованефрона, содержащий в составе клюкву (80 мг) в комплексной терапии беременных с ББУ.

Материалы и методы исследования: Нами обследовано 60 беременных женщин с ББУ, которые были распределены на 2 группы методом случайной выборки. I группа (беременные, которые в комплексе с фосфомицином принимали проантоцианида Нованефрон (в составе содержит 80 мг клюкву), II группа беременные (группа сравнения), которые получали монотерапию фосфомицином, рекомендованный при беременности национальным стандартом Узбекистана.

Результаты и их Обсуждение: Возраст исследуемых групп пациенток варьировал от 18 до 40 лет и статистически возрастные группы были идентичны в основной и сравнительной группах. При ретроспективном изучении клинических факторов риска у пациенток с инфекцией мочеполового тракта (ИМПТ) было выявлено, что бессимптомная бактериурия занимает в структуре первое место составляя у 29,6±2,9% беременных, бактериальные вагинозы и вагиниты – у 26,3±2,9%, предшествующие инфекции мочевыводящих путей – у 21,1±3,2%, мочекаменная болезнь – у 13,2±3,2%, пороки развития мочевыводящей системы – у 7,6±3,7%, воспалительные заболевания органов малого таза – у 5,2±3,9%. Следовательно, весомым фактором риска развития гестационного пиелонефрита был наличие бессимптомной бактериурии. Учитывая данных

проведенного нами ретроспективного исследования о факторах риска ИМВП, где ведущим фактором выявлена бессимптомная бактериурия, а также наличие серьезных осложнений во время беременности и родов мы решили обследовать женщин с бессимптомной бактериурией (ББУ). Среди пациентов наибольшее число женщин имели среднее специальное $45,7 \pm 1,5\%$, высшее $28,4 \pm 1,3\%$ и среднее – $23,9 \pm 1,3\%$ образование. Большинство женщин были замужем ($85,0 \pm 1,1\%$), незамужними ($10,9 \pm 0,9\%$) оставили вопрос без ответа ($4,0 \pm 0,6\%$). При анализе анамнестических данных и сопутствующей соматической патологии не выявлены статистические различий в группах обследуемых женщин. В основной и сравнительной группе частота детских вирусных инфекций почти в 3 раза больше, чем в контрольной. Соматический статус у женщин основной и сравнительной группы значительно отягощен. Обращает внимание то, что чаще беременные сравниваемых групп страдали ЛОР патологиями, причем у более треть беременных имело место хронический тонзиллит, ларингит и ринит. Интересно тот факт, что ЖДА также встречается у каждой третьей исследуемой беременной женщины. Эффективность лечения оценивали по бактериологическому исследованию по следующим критериям: излечения, устойчивости инфекции, реинфекция. Первое посещение рекомендовано через 7 дней (после лечения), второе – через 1 месяц. Под излечением понимали стерильные посевы мочи или наличие бактерий в моче в концентрации менее 10^2 КОЕ/мл. Под устойчивостью инфекции понимали выявление того же возбудителя в моче в концентрации 10^2 КОЕ/мл и более. Под бактериологическим реинфекцией понимали выявление того же возбудителя в моче в концентрации 10^2 КОЕ/мл и более при последующих визитах в динамике. Сравнительный анализ показал, что терапия с включением Нованефрона более эффективнее, чем монотерапия фосфомицином. Так, бактериологический рецидив отмечен у 2,4 % беременных группы I, тогда как в группе сравнения у 8%. Реинфекция (обнаружение нового вида бактерий в моче в концентрации 10^2 КОЕ/мл и более во время любого посещения) была обнаружена в 6,0% наблюдений группы II группе и в 2,0% - группы I. Персистенция инфекции в основной группе не наблюдалась, тогда как в группе сравнения этот показатель составил 4,0%. Полная высвобождения от возбудителя (отсутствие в моче бактерий до конца гестации) была получена в I группе, где антибактериальная терапия сопровождалась применением проантоцианидов, в 98% наблюдений (против 88,0% в группах, когда проантоцианиды не применялись). Бессимптомная бактериурия осложнилась пиелонефритом лишь в 4,1% у пациенток I группы, тогда как у 18% - группы сравнения.

Результаты течения беременности показали, что частота акушерских осложнений у женщин, наблюдавшихся в рамках разработанных нами терапии, была в 2,5 раза ниже, чем у пациенток, наблюдавшихся по общепринятому стандарту. Следовательно, разработанные нами

методика комплексной терапии антибактериального и фитопрепарата привела к улучшению перинатальных исходов. Беременность у пациенток основной группы, закончилась срочными (96,7%) и преждевременными (3,3%) родами с благоприятными исходами для матери и плода. Масса тела недоношенных детей составляла в среднем 2400 г. Во II группе число срочных родов составило 90,1%, у 2 (6,6%) пациенток беременность закончилась преждевременными родами, у 1 (3,3%) – самопроизвольным абортом в сроке 12-13 недель. В группе сравнения наблюдалась неонатальная смертность двух недоношенных новорождённых. В группе I перинатальных потерь не было.

Выводы:

1. В структуре инфекции мочеполового тракта, в частности у женщин с острым пиелонефритом весомым фактором риска его развития является наличие бессимптомной бактериурии
2. Соматический анамнез женщин с бессимптомной бактериурией отягощен ЛОР патологиями, причем хроническим тонзиллитом, ларингитом и ринитом
3. Включение в комплексную терапию бессимптомной бактериурии проантоцианидов высокоэффективно, так как предупреждает рецидива после излечения.

Литература:

1. Гордеева И.А. Бессимптомная бактериурия беременных: профилактика акушерских и перинатальных осложнений на амбулаторном этапе // Дисс. на соиск. уч. степ. к.м.н. – Омск, 2015. 119 с.
2. Инфекция мочевыводящих путей во время беременности // Капительный В.А. Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева. - № 4, 2015. – С.10 -19
3. Daily cranberry juice for the prevention of asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a randomized, controlled pilot study / D. A. Wing [et al.] // J. Urol. – 2008. – Vol. 180, № 4. – P. 1367-1372.
4. Fiona M. Smaill, Juan C. Vazquez. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. - August, 2015.
5. Khawaja AR, Khan FB, Dar TI, Bhat AH, Wani MS, Wazir BS. Fosfomycin tromethamine. Antibiotic of choice in the female patient: A multicenter study. Central European Journal of Urology. 2015; 68(3): 371-375.; Lai YJ, Hsu TY, Lan KC, Lin H, Ou CY, Fu HC, Tsai CC. Asymptomatic pyuria in pregnant women during the first trimester is associated with an increased risk of adverse obstetrical outcomes. Taiwanese J. of Obstetrics and Gynecology. 2017 Apr; 56(2): 192-195
6. Lai YJ, Hsu TY, Lan KC, Lin H, Ou CY, Fu HC, Tsai CC. Asymptomatic pyuria in pregnant women during the first trimester is associated with an increased risk of adverse obstetrical outcomes. Taiwanese J. of Obstetrics and Gynecology. 2017 Apr; 56(2): 192-195.

ОБУЧЕНИЕ ПРАВИЛАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Д.Т.Бегижонова

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Ключевые слова: *первая помощь, искусственное дыхание, массаж сердца, кровотечение, обморок, раны.*

Введение: Первая медицинская помощь – это экстренные простейшие меры, необходимые для спасения здоровья и жизни пострадавшим внезапных заболеваниях, при повреждениях и несчастных случаях и оказание помощи осуществляется на месте происшествия до прибытия врача или доставки пострадавшего в больницу.

Цель: своевременное начало первой медицинской помощи и разработка отдельных мер интенсивной терапии для снижения продолжительности заболеваемости и летальности.

Материалы и методы исследования: При некоторых незначительных повреждениях медицинская помощь пострадавшему может быть ограничена лишь объемом первой помощи. Она очень важна, но никогда не заменит квалифицированной (специализированной) медицинской помощи, если в ней нуждается пострадавший. Однако при более серьезных травмах (вывихах, переломах, кровотечениях, повреждениях внутренних органов и др.) первая помощь является начальным этапом, так как после ее оказания пострадавшего необходимо доставить в лечебное учреждение. Всегда следует помнить, что от качества и своевременности оказания первой помощи зависит дальнейшее состояние здоровья пострадавшего и даже его жизнь.

В настоящее время одной из важнейших медицинских и социальных проблем в мире является постоянный рост травматизма. Данные статистики явственно свидетельствуют о том, что своевременное оказание первой помощи пострадавшим предупреждает ухудшение состояния организма и способно повлиять на весь процесс дальнейшего лечения, уменьшая его продолжительность и снижая летальность.. Вы не должны пытаться лечить пострадавшего – это дело врача-специалиста. Искусственное дыхание – неотложная мера первой помощи при утоплении, удушении, поражении электрическим током, тепловом и солнечном ударах. Осуществляется до тех пор, пока у пострадавшего полностью не восстановится дыхание. Механизм искусственного дыхания следующий:

- пострадавшего положить на горизонтальную поверхность;
- очистить рот и глотку пострадавшего от слюны, слизи, земли и других посторонних предметов, если челюсти плотно сжаты – раздвинуть их;

- запрокинуть голову пострадавшего назад, положив одну руку на лоб, а другую на затылок;
- сделать глубокий вдох, нагнувшись к пострадавшему, герметизировать своими губами область его рта и сделать выдох. Выдох должен длиться около 1 секунды и способствовать подъему грудной клетки пострадавшего. При этом ноздри пострадавшего должны быть закрыты, а рот накрыт марлей или носовым платком, из соображений гигиены;
- частота искусственного дыхания – 16-18 раз в минуту; периодически освобождать желудок пострадавшего от воздуха, надавливая на подложечную область.



Рис.1. Отработка искусственного дыхания на

Массаж сердца Массаж сердца – механическое воздействие на сердце после его остановки с целью восстановления деятельности и поддержания непрерывного кровотока, до возобновления работы сердца. Признаки внезапной остановки сердца – потеря сознания, резкая бледность, исчезновение пульса, прекращение дыхания или

появление редких судорожных вдохов, расширение зрачков. Механизм закрытого массажа сердца заключается в следующем: при резком толчкообразном надавливании на грудную клетку происходит смещение ее на 3-5 см, этому способствует расслабление мышц у пострадавшего, находящегося в состоянии агонии. Указанное движение приводит к сдавливанию сердца и оно может начать выполнять свою насосную функцию – выталкивает кровь в аорту и легочную артерию при сдавливании, а при расправлении всасывает венозную кровь. При проведении наружного массажа сердца пострадавшего укладывают на спину, на ровную и твердую поверхность (пол, стол, землю и т.п.), расстегивают ремень и ворот одежды. Оказывающий помощь, стоя с левой стороны, накладывает ладонь кисти на нижнюю треть грудины, вторую ладонь кладет крестообразно сверху и производит сильное дозированное давление по направлению к позвоночнику. Надавливания производят в виде толчков в сочетании с искусственным дыханием 30*2, где 30 – это число надавливаний на грудную клетку, а 2 – это число искусственного дыхания «рот в рот» или «рот в нос». При проведении массажа у взрослого необходимо значительное усилие не только рук, но и всего корпуса тела. У детей массаж производят одной рукой, а у грудных и новорожденных – кончиками указательного и среднего пальцев, с частотой 15*2. Смещение грудины у детей должно производиться в пределах 1,5-2 см. Искусственное дыхание продолжают в том же ритме до восстановления самостоятельного

дыхания. Вопрос о прекращении мероприятий по оказанию помощи пострадавшему решает врач, вызванный к месту происшествия.

Кровотечение. Кровотечением называют излияние крови из поврежденных кровеносных сосудов. Оно является одним из частых и опасных последствий ранений, травм и ожогов. В зависимости от вида поврежденного сосуда различают: артериальное, капиллярное и венозное кровотечения. Первая помощь направлена на остановку кровотечения, которая может быть осуществлена путем придания кровотока области приподнятого положения, наложения давящей повязки, максимального сгибания конечности в суставе и сдавливания при этом



проходящих в данной области сосудов, пальцевое прижатие, наложение жгута. Прижатие сосуда осуществляется выше раны, в определенных анатомических точках, там, где менее выражена мышечная масса, сосуд проходит поверхностно и может быть прижат к подлежащей кости. Прижимать лучше не одним, а несколькими

пальцами одной или обеих рук.

Порядок наложения кровоостанавливающего жгута:

1. Жгут накладывают при повреждении крупных артерий конечностей выше раны, чтобы он полностью пережимал артерию.

2. Жгут накладывают при приподнятой конечности, подложив под него мягкую ткань (бинт, одежду и др.), делают несколько витков до полной остановки кровотечения. Витки должны ложиться вплотную один к другому, чтобы между ними не попадали складки одежды. Концы жгута надежно фиксируют (завязывают или скрепляют с помощью цепочки и крючка). Правильно затянутый жгут должен привести к остановке кровотечения и исчезновению периферического пульса.

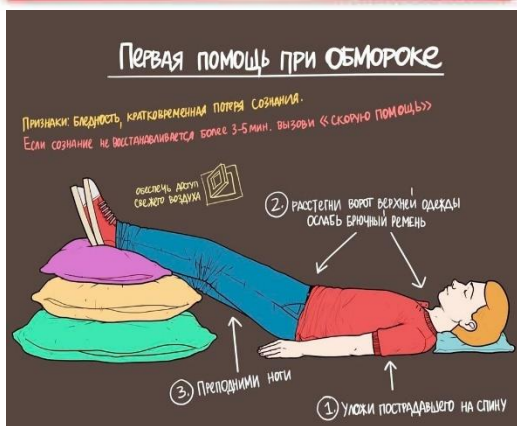
3. К жгуту обязательно прикрепляется записка с указанием времени наложения жгута.

4. Жгут накладывается не более чем на 1,5-2 часа, а в холодное время года продолжительность пребывания жгута сокращается до 1 часа.

5. При крайней необходимости более продолжительного пребывания жгута на конечности его ослабляют на 5-10 минут (до восстановления кровоснабжения конечности), производя на это время пальцевое прижатие поврежденного сосуда. Такую манипуляцию можно повторять несколько раз, но при этом каждый раз сокращая продолжительность времени между манипуляциями в 1,5-2 раза по сравнению с предыдущей. Жгут должен лежать так, чтобы он был виден. Пострадавший с наложенным жгутом немедленно направляется в лечебное учреждение для окончательной остановки кровотечения.

Венозное кровотечение возникает при повреждении стенок вен. Первая помощь заключается в остановке кровотечения, для чего достаточно придать приподнятое положение конечности, максимально согнуть ее в суставе или наложить давящую повязку. Такое положение придается конечности лишь после наложения давящей повязки. При сильном венозном кровотечении прибегают к прижатию сосуда. Поврежденный сосуд прижимают к кости ниже раны. Этот способ удобен тем, что может быть выполнен немедленно и не требует никаких приспособлений.

Капиллярное кровотечение является следствием повреждения мельчайших кровеносных сосудов (капилляров). первая помощь заключается в наложении давящей повязки. На кровоточащий участок накладывают бинт (марлю), можно использовать чистый носовой платок или отбеленную ткань.



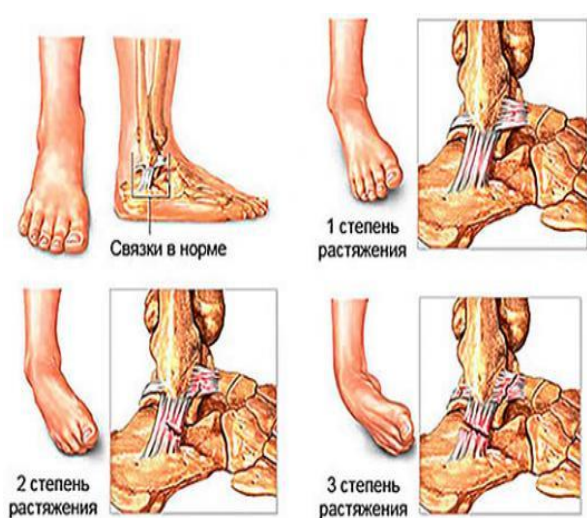
Обморок. Обморок – внезапная кратковременная потеря сознания, сопровождающаяся ослаблением деятельности сердца и дыхания. Возникает при быстро развивающемся малокровии головного мозга и продолжается от нескольких секунд до 5-10 минут и более.

Первая помощь. Прежде всего, необходимо пострадавшего уложить на спину так, чтобы голова была несколько опущена, а ноги приподняты. Для облегчения дыхания освободить шею и грудь от стесняющей одежды. Тепло укройте пострадавшего, положите грелку к его ногам. Натрите нашатырным спиртом виски больного и поднесите к носу ватку, смоченную нашатырем, а лицо обрызгайте холодной водой. При затянувшемся обмороке показано искусственное дыхание. После прихода в сознание дайте ему горячий кофе.

Вывих. Вывих – это смещение суставных концов костей, частично или полностью нарушающее их взаимное соприкосновение.

Первая помощь должна состоять, как правило, в фиксации поврежденной конечности, даче обезболивающего препарата и направлении пострадавшего в лечебное учреждение. Фиксация конечности осуществляется повязкой или подвешиванием ее на косынке. При вывихах суставов нижней конечности пострадавший должен быть доставлен в лечебное учреждение в лежачем положении (на носилках), с подкладыванием под конечность подушек, ее фиксацией и даче пострадавшему обезболивающего средства. При оказании первой помощи в неясных случаях, когда не представилось возможным отличить вывих от перелома, с пострадавшим следует поступать так, будто у него явный перелом костей.

Перелом – это нарушение целостности кости, вызванное насилием или патологическим процессом. Открытые переломы характеризуются наличием в области перелома раны, а



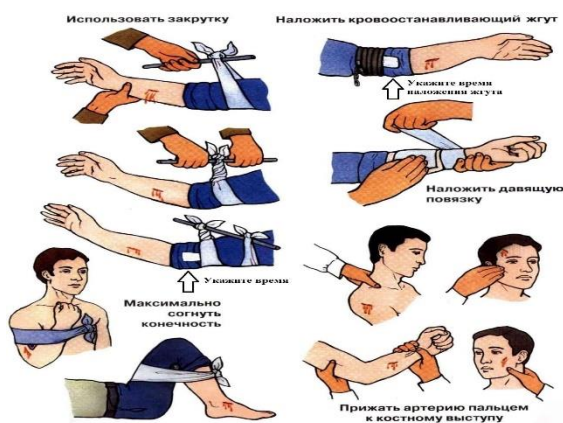
закрытые характеризуются отсутствием нарушения целостности покровов (кожи или слизистой оболочки). Следует помнить, что перелом может сопровождаться осложнениями: повреждением острыми концами отломков кости крупных кровеносных сосудов, что приводит к наружному кровотечению (при наличии открытой раны) или внутритканевому кровоизлиянию (при закрытом переломе); повреждением нервных стволов, вызывающим шок или паралич; инфицированием



раны и развитием флегмоны, возникновением остеомиелита или общей гнойной инфекции; повреждением внутренних органов (мозга, легких, печени, почек, селезенки и др.). Первая помощь заключается в обеспечении неподвижности отломков кости (транспортной иммобилизации)

поврежденной конечности шинами или имеющимися под рукой палками, дощечками и т.п. Если под рукой нет никаких предметов для иммобилизации, то следует прибинтовать поврежденную руку к туловищу, поврежденную ногу – к здоровой. При переломе позвоночника пострадавший транспортируется на щите. При открытом переломе, сопровождающимся обильным кровотечением, накладывается давящая асептическая повязка и, по показаниям, кровоостанавливающий жгут. При этом следует учитывать, что наложение жгута ограничивается минимально возможным сроком. Пораженному даются обезболивающие препараты: баралгин, седелгин, анальгин, амидопирин, димедрол, дозировка в зависимости от возраста пострадавшего.

Раны Одним из наиболее частых поводов для оказания первой помощи являются ранения (раны). Раной называется механическое повреждение покровов тела, нередко сопровождающиеся нарушением целостности мышц, нервов, крупных сосудов, костей, внутренних органов, полостей и суставов. В зависимости от характера повреждения и вида ранящего предмета различают раны резаные, колотые, рубленые, ушибленные, размозженные, огнестрельные, рваные и укушенные. Раны могут быть поверхностными, глубокими и проникающими в полость тела.



Первая помощь. На любую рану должна быть наложена повязка, по возможности асептическая (стерильная). Средством наложения асептической повязки в большинстве случаев служит пакет перевязочный медицинский, а при его отсутствии – стерильный бинт, вата, лигнин и, в крайнем случае, чистая ткань. Если ранение сопровождается значительным кровотечением, необходимо

остановить его любым подходящим способом. При обширных ранениях мягких тканей, при переломах костей и ранениях крупных кровеносных сосудов и нервных стволов необходима иммобилизация конечности табельными или подручными средствами. Пострадавшему необходимо ввести обезболивающий препарат и дать антибиотики. Пострадавшего необходимо как можно быстрее доставить в лечебное учреждение. Нельзя отрицать, что одной из важнейших составляющих готовности к оказанию первой помощи является обучение правилам ее оказания лиц, не имеющих медицинского образования – ведь помогать пострадавшим на месте происшествия будут, вероятнее всего, водители транспортных средств, сотрудники милиции, ГИБДД, пожарные, сослуживцы, прохожие и др. (лица, оказавшиеся на месте происшествия до прибытия скорой помощи). Их - потенциальных участников оказания первой помощи на месте происшествия - можно условно разделить на две группы. В первую группу входят граждане, оказавшиеся на месте происшествия случайно или в силу сложившихся обстоятельств (в том числе и сами пострадавшие), не обязанные по действующему законодательству оказывать первую помощь, не имеющие специальной подготовки или имеющие ее в минимальном объеме. Вторую группу составляют сотрудники различных экстренных и спасательных служб, прибывающие на место происшествия по вызову, но не являющиеся медицинскими работниками (сотрудники милиции, ГИБДД, спасатели МЧС, сотрудники противопожарной службы и т.п.), в чьи служебные обязанности входит оказание первой помощи. Из граждан первой группу, только водители должны обучаться правилам оказания первой помощи: соответствующие вопросы входят в программу обучения, содержатся в экзаменационных билетах при сдаче экзаменов в

ГИБДД и являются обязательными. В какой же мере эти категории населения готовы к оказанию первой помощи? По данным исследований, частота и качество оказания первой помощи на месте происшествия до прибытия медицинских работников оставляет желать лучшего. Так, сотрудники ГИБДД при дорожно-транспортных происшествиях оказывают первую помощь только в 0,2–0,7 % случаев, водители автотранспортных средств - в 7–8 % случаев. При этом неотложные мероприятия требуются не менее чем у 65 % пострадавших. Желательно было бы хорошо, если в наборе практических навыков в данное время есть требующее включение действий не входящих в объем первой помощи (например, выполнение инъекций и др.) При первой помощи основными задачами является устранение нарушений угрожающих жизни. К таким действиям относится сердечно-легочная реанимация, остановка наружного кровотечения и некоторые другие действия. Преподавание первой помощи в – является основной задачей для совершенствования контингента обученных лиц, которые в дальнейшем будут специализированно проводить экстренную первую помощь. Из вышесказанного очевидно, что потенциально любой выпускник медицинского ВУЗа после его окончания обучения может автоматически стать преподавателем правил оказания первой помощи, не проходя дополнительной подготовки. В какой же мере это соответствует требованиям ситуации - оказанию первой помощи и к преподаванию этого раздела? В рамках общего цикла анестезиологии и реаниматологии производится изучение студентами правил сердечно-легочной реанимации (СЛР), в который входит в программу обучения на 2-м и 6-м курсах. На втором курсе студентам читается лекция «Терминальные состояния. Клиническая смерть» (2 часа), включающая теоретические основы СЛР. Отработка практических навыков производится на занятии по теме: «Теоретические основы и техника проведения первичной сердечно-лёгочной реанимации», на которое отводится всего 3 часа. За это время все студенты группы должны получить практические навыки по проведению СЛР. Вопросы первой помощи изучаются по остаточному принципу. Это объясняется следующим: изучение клинических разделов представляется для студента более значимым для дальнейшей практической врачебной деятельности, поскольку будущие специалисты планируют быть врачами, а не преподавателями первой помощи в автошколах и подобных заведениях.

Выводы: Исходя из вышеуказанных данных можно сделать выводы что, для достижения цели, необходима разработка отдельных мер предупреждения продолжительности заболевания и летальности, а также в школах и ВУЗах необходимо введение обучения оказания первой помощи пострадавшим.

Литература.

1. Begijonova Dilfuza Tokhirovna - World Bulletin of Public Health, 2022 Possible effects of coronavirus infection (covid-19) on the cardiovascular system. Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
2. Begijonova Dilfuza Tokhirovna. Editorial board, 2022 management of children with a disease caused by coronavirus infection. Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
3. Usmonova Gulizora Bakhtiyorovna «Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences»(07.01.2023. page49-51.) Dependence of anthropometric indicators on nutrition in children. Ferghana Medical Institute of Public Health Uzbekistan, Fergana
4. Sharapov Ikhomberdi Kamalovich "Eurasian journal of medicalan natural sciences" (january 2023. Page 42-47) Modern Methods of Surgical Treatment of Gastric Ulcer and Duodenal Ulcer. Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
5. . Мирошниченко А.Г., Михайлович В.А., Руксин В.В., Кацадзе М.А., Марусанов В.Е. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации. // Скорая медицинская помощь. – 2001. – № 3. – С. 42-43
6. Пугачев А.Д., Барамия Н.Н., Полищук Н.Е., Руденко Б.Н., Передков К.Я., Селин В.С., Антонюк Н.Г. Структура летальности при политравме и перспективы ее снижения. // Клиническая хирургия. – 1990. – № 4. – С. 6-7
7. Дежурный Л.И. Научное обоснование и разработка системы медико-организационных мероприятий первой помощи при травмах и неотложных состояниях на догоспитальном этапе: Дис. ... докт. мед. наук. – М., 2006. – 288
8. Пахомова Н.П., Троицкий В.Г., Сальников С.С. Анализ медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном и раннем госпитальном этапах. // Скорая медицинская помощь. – 2001. – № 3. – С. 47
9. Мюллер З. Неотложная помощь. Пер. с нем. – М.- МЕД-пресс-информ, 2005. – 445 с.

**ГИПЕРАНДРОГЕНИЯСИ БЎЛГАН РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА
СҮР 21A2 ГЕНИДАГИ ЎЗИГА ХОС ЎЗГАРИШЛАР**

С.Б.Бобокулова

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти

Резюме: Тадқиқотимизда СҮР21A2 гени сиквенирлаш анализи натижасига кўра, гиперандрогенизм мавжуд беморларда фақат ягона нуклеотид полиморфизмига хос мутациялар аниқланди ва уларнинг 3,97% (n=5) гомозигот турдаги ноёввойи генотибли, 46,8% (n=59) гетерозигот генотибли (битта минор аллел мавжуд) эканлиги таслиқданди.

Калит сўзлар: гиперандрогения, СҮР21A2 гени, молекуляр-генетик таҳлил, тугма адренал гиперплазия.

**СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВАРИАЦИИ В ГЕНЕ СҮР 21A2 У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ**

С.Б.Бобокулова.

Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино

Резюме: В нашем исследовании, по данным секвенирования гена СҮР21A2, у больных с гиперандрогенией выявлены только однонуклеотидные мутации полиморфизма, причем 3,97% (n=5) из них имели гомозиготный генотип дикого типа, 46,8% (n=59) имели гетерозиготный генотип (имеется один минорный аллель).

Ключевые слова: гиперандрогения, ген СҮР21A2, молекулярно-генетический анализ, врожденная гиперплазия надпочечников.

**SPECIFIC VARIATIONS IN THE CYP 21A2 GENE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE
WITH HYPERANDROGENIA**

S.B.Bobokulova

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

Abstract: In our study, according to the sequencing analysis of the CYP21A2 gene, only single nucleotide polymorphism mutations were detected in patients with hyperandrogenism, and 3.97% (n=5) of them had a homozygous wild-type genotype, 46.8% (n=59) had a heterozygous genotype (there is one minor allele) was confirmed.

Key words: hyperandrogenism, CYP21A2 gene, molecular genetic analysis, congenital adrenal hyperplasia.

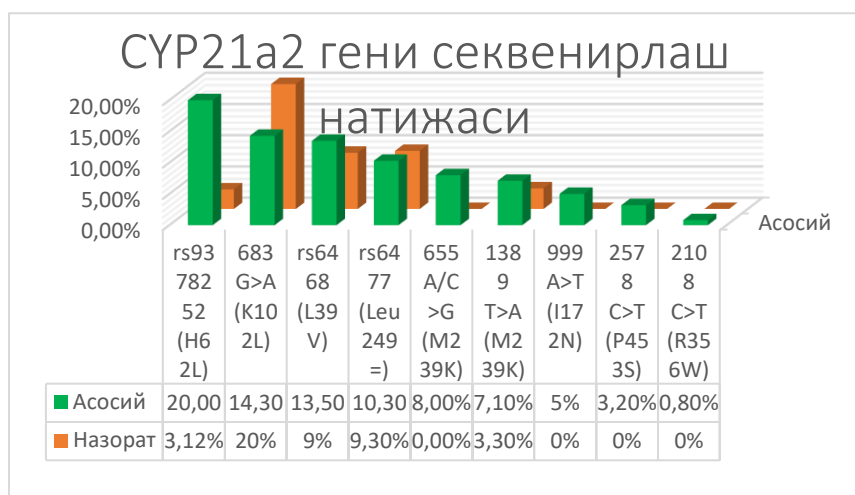
Мавзунинг долзарблиги: Эндокрин гинекологиянинг долзарб муаммоларидан бўлган гиперандрогения синдроми репродуктив ёшдаги аёллар орасида учраш частотаси 15-20% ташкил

этади[1,2]. Гиперандрогения ҳолати ўз навбатида эндокрин бепуштлик келиб чиқиши сабаблари ичида етакчилик қилади. Гиперандрогения сабабли репродуктив ёшдаги аёлларда келиб чиқадиган репродуктив бузилишларни ўз вақтида бартараф этиш аёллар ҳаёт сифатини яхшилашда муҳим рол ўйнайди[3,4]. Аёллар организмида гиперандрогения ҳолати юзага келиш манбалари кўп бўлганлиги сабабли, диагностикасида ўзига яраша қийинчиликлар юзага келади. Тухумдонлар морфологик ўзгариши ёки буйрак усти беши пўстлоқ қисми гиперплазияси натижасида андрогенлар синтезининг ошиши кўпроқ кузатилади[5]. Гиперандрогенияси бўлган репродуктив ёшдаги аёлларда буйрақ усти беши туғма гиперплазияси ноклассик турининг учраш частотасини аниқлаш учун молекуляр-генетик текширув муҳим рол ўйнайди[6,7]. Гиперандрогения манбаларини аниқлаб, дифференциал диагностика қилиш даволаш тактикасини белгилаб олишда ёрдам беради.

Тадқиқот мақсади: Гиперандрогенияси бўлган репродуктив ёшдаги аёлларда CYP 21A2 гени структурасидаги ўзига хос ўзгаришларни аниқлаш йули билан диагностикада дифференциал ёндашувни белгилаш.

Тадқиқот объекти ва усули: Тадқиқот Вилоят аҳоли репродуктив саломатлик марказида олиб борилди. Мурожат қилган аёллардан қонида андрогенлар юқори бўлган 126 нафар репродуктив ёшдаги аёллар танлаб олинди. Назорат гуруҳи сифатида 32 нафар репродуктив бузилишлари бўлмаган аёллар танланди. Молекуляр-генетик текширув учун танланган аёллардан периферик қон олинди. Молекуляр-генетик текширув Республика спорт тиббиёти илмий-амалий маркази лабораториясида олиб борилди. CYP21A2 генининг секвенирлаш таҳлили ўтказилди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси: Бизнинг тадқиқодимиз амалга оширилган CYP21A2 гени секвенирлаш анализи натижасига кўра, асосий гуруҳда делеция, транслокация, микро- ва макроконверсия каби экспрессияланувчи фермент конформациясига кучли таъсир этувчи мутация турлари аниқланмади. Ягона нуклеотид полиморфизми (SNP) типидagi мутациялар полиморфизмига хос полиморфизми 683 G>A (K102L) минор аллель 14,3% беморларда (n=18) ва 20% (n=6) назорат гуруҳида, rs6468 (L39V) полиморфизми 13,5% (n=17) беморларда ва 9,3% назорат гуруҳида (n=3), rs9378252 (H62L) полиморфизми 19,8% (n=25) беморларда ва 3,12% (n=1) назорат гуруҳида (p<0,05), rs6477 (Leu249=) 10,3% (n=13) беморларда ва 9,3% (n=3) назорат гуруҳида, 1389 T>A (M239K) 7,1% (n=9) беморда ва 3,3% (n=1) назорат гуруҳида ноёввойи ёки минор аллели аниқланган бўлса (p>0,05), 2578 C>T (P453S), 655 A/C>G, 999 A>T (I172N) (p>0,05), 2108 C>T (R356W) каби полиморфизмларга хос бўлган минор аллел фақат беморлардагина аниқланди ва мос равишда 3,2% (n=4), 8% (n=10), 5% (n=6) ва 0,8% (n=1) ни ташкил этди .



1-расм. Асосий ва назорат гуруҳдаги беморларида олиб борилган СҮР21А2 гени секвенирлаш натижалари. Кўрсатма: * - назорат гуруҳига нисбатан – $p < 0,05$. Асосий ва назорат гуруҳида СҮР21А2 генида аниқланган турли хил полиморфизмлар

натижаларини аллел ва генотипларга тақсимланиш натижалари ўрганилди.

1-жадвал Асосий ва назорат гуруҳида СҮР21А2 гени секвенирлаш текшируви натижасида аниқланган полиморфизмларни аллел ва генотип бўйича тақсимланиши.

Полимо р- физмла р Тури	Асосий гуруҳ					Назорат гуруҳи				
	Аллеллар		Генотипларлар			Аллеллар		Генотиплар		
	Ёввой и тури (%)	Мино р тури (%)	Гомо - зигот ёввой и (%)	Гетеро - зигот (%)	Гомо - зигот ноёввой и (%)	Ёввой и тури (%)	Мино р тури (%)	Гомо - зигот ёввой и (%)	Гете ро - зигот (%)	Гомо - зигот ноёввой и (%)
683 G>A	92,0	8,0	77	12,7	1,6	90,0	10,0	80	20	0
rs937825	89,7	10,3	80,2	19	0,8	98,4	1,6	96,87	3,12	0
rs6468	82,8	7,2	86,5	12,7	0,8	95,3	4,7	90,62	9,37	0
rs6477	94,4	5,6	89,6	9,5	0,8	95,32	4,68	90,62	9,37	0
655A/C>G	96,03	3,97	92	7,9	0,0	100	0	100	0	0
1389 T>A	96,43	3,57	92,9	7,1	0	96,8	3,2	93,75	6,25	0
2578 C>T	98,4	1,6	96,83	3,17	0	100	0	100	0	0
999 A>T	97,6	2,4	95,2	4,8	0	100	0	100	0	0
2108 C>T	99,6	0,4	99,2	0,8	0	100	0	100	0	0

1-жадвалга асосан, асосий ва назорат гуруҳида аниқланган полиморфизмлар натижасини аллеллар бўйича тақсиланиши популяция даражасида ўринли эканлигини текшириш мақсадади Харди-Вайнберг қонуни асосида текширилди. Бунга кўра асосий ва назорат гуруҳида олинган натижаларга кўра, барча аниқланган полиморфизмлар бўйича қутилган ёки эмпирик натижалар кузатилаётган ёки теоретик натижаларга нисбатан ишончли оғиш аниқланмади ($\chi^2 < 3,85$; $P > 0,05$). Бу эса, татқиқод давомида олинган натижалар Харди-Вайнберг қонунига бўй синишини кўрсатади.

2-жадвал Асосий гуруҳ беморларини CYP21A2 генида аниқланган турли полиморфизмларни Харди-Вайнберг қонуни ёрдамида текшириши натижалари.

Полиморфизм тури	Асосий гуруҳ						χ^2	p-value
	Кузатилган			Кутилаётганган				
	Гомо- зигот ёввойи	Гетеро- зигот	Гомо-зигот ноёввойи	Гомо- зигот ёввойи	Гетеро- зигот	Гомо-зигот ноёввойи		
683 G>A	0,857	0,127	0,016	0,848	0,146	0,006	2,1	0,34
rs6468	0,865	0,127	0,008	0,862	0,132	0,005	0,23	0,89
rs9378252	0,802	0,19	0,008	0,80	0,19	0,01	0,1	0,95
rs6477	0,896	0,095	0,008	0,889	0,11	0,0	1,0	0,58
655 A/C>G	0,92	0,079	0,0	0,922	0,076	0,0	0,21	0,90
1389 T>A	0,929	0,071	0,0	0,93	0,069	0,0	0,17	0,92
2578 C>T	0,968	0,032	0,0	0,968	0,031	0,0	0,03	0,98
999 A>T	0,952	0,048	0,0	0,952	0,048	0,0	0,07	0,96
2108 C>T	0,992	0,08	0,0	0,992	0,08	0,0	0,0	0,99

Кўрсатма: $df=1$

3-жадвал Назорат гуруҳ текширилувчиларини CYP21A2 генида аниқланган турли полиморфизмларни Харди-Вайнберг қонуни ёрдамида текшириши натижалари

Полиморфизм тури	Назорат гуруҳи						χ^2	p-value
	Кузатилган			Кутилаётганган				
	Гомо- зигот ёввойи	Гетеро- зигот	Гомо-зигот ноёввойи	Гомо- зигот ёввойи	Гетеро- зигот	Гомо-зигот ноёввойи		
683 G>A	0,813	0,187	0,031	0,821	0,17	0,008	0,34	0,84
rs6468	0,9062	0,0937	0,0	0,908	0,089	0,0	0,07	0,96
rs9378252	0,96875	0,0313	0,0	0,969	0,03	0,0	0,008	0,98
1683 G>T	0,96875	0,0313	0,0	0,969	0,03	0,0	0,008	0,98
rs6477	0,9062	0,0937	0,0	0,908	0,089	0,0	0,07	0,96
1389 T>A	93,75	6,25	0	0,9375	0,061	0,0	0,03	0,98

Кўрсатма: $df=1$

Юқорида келтирилганидек, CYP21A2 генида бир неча мутант аллеларни биргаликда келиши аёлларда нокласслик турдаги адренал гиперплазия келиб чиқиши орқали гиперандрогенизм ривожланиши хавфини сезиларли оширади. Шу сабабли, секвенирлаш натижасига кўра асосий гуруҳдаги баъзи беморларда комбинирланган мутацияларни гетерозигот формасида учраш частотаси тахлил қилиниб комбинирланган хилдаги мутациялар ҳисоблаб

чикилди. Натижада, ўзида икки хил мутант аллел тутган беморлар 18,3% (n=23) эканлиги, ўзида уч хил мутант аллел тутган беморлар эса 2,4% (n=5) эканлиги аниқланди .

4-жадвал СYP21A2 гени секвенирлаш натижаси комбинирланган мутацияларни икки ва уч карра тахлилини қиёслаш.

Комбинирланган икки хил генотиплар	Беморлар n=126	%	Комбинирланган уч хил генотиплар	Беморлар n=126	%
683 GA-rs9378252 AT	4	3,2	683 GA-1389 TA- rs6477 CG	1	0,8
683 GA-1389 TA	2	1,6	2108 TA-rs6477 CG-rs9378252 AT	1	0,8
683 GA-rs6468 CG	4	0,8	683 AG-rs9378252 AT-rs6477 CG	2	1,6
999 TA-rs6468 CG	2	1,6	999TA- rs9378252 AT-rs6477 CG	1	0,8
999 TA- rs6477 CG	1	0,8			
999 TA- rs9378252 AT	1	0,8			
rs9378252 AT-rs6468 CT	1	0,8			
rs9378252 AT-rs6477 CG	1	0,8			
rs6468 CT-2578 CT	1	0,8			
rs9378252 AT- 2578 CT	2	1,6			
rs6468 CT- rs6477 CG	4	3,2			
Жами	23	18,3	Жами	5	2,4

Хулоса: СYP21A2 гени секвенирлаш анализи натижасига кўра, гиперандрогенизм мавжуд беморларда фақат ягона нуклеотид полиморфизмига хос мутациялар аниқланди ва уларнинг 3,97% (n=5) гомозигот турдаги ноёввойи генотипли, 46,8% (n=59) гетерозигот генотипли (битта минор аллел мавжуд) эканлиги таслиқланди. Аниқланган барча полиморфизмлар Харди-Вайнберг қонунига мос келиши тасдиқланди ($\chi^2 < 3,85$; $P > 0,05$). Аниқланган полиморфизмлар ва беморларда аниқланган клиник-биокимёвий ўзгаришларнинг ўзаро корреляцияси бизга айнан туғма адренал гиперплазияга келиб чиқишига сабаб бўладиган мутант аллелларни аниқлашга имкон беради.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Азимова Э.И. Клинические особенности синдрома гиперандрогении в акушерской практике // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 3.2014.С.-26-28
2. Ашурова Н.Г., Бобокулова С.Б. Распространенность клинических проявлений гиперандрогении у женщин репродуктивного возраста. // Новый день в медицине 2 (34/3)2021 С.-105-108
3. Бобокулова С. Б. Встречаемость гиперандрогении в структуре репродуктивных нарушений у женщин // Сборник материалов V международного молодежного научно-практического форума. 22 апреля 2021 г. Оренбург.С.-203

4. Ashurova N. G., Bobokulova S. B., Zaripova D. Y. Characteristics of clinical and laboratory changes in women with hyperandrogenia// Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases, 2022 P.-413-420.
5. Arriba M, Ezquieta B. Molecular Diagnosis of Steroid 21-Hydroxylase Deficiency: A Practical Approach. Front Endocrinol (Lausanne). 2022 Mar 29;13:834549.
6. Azziz R. et al. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report // Fertil. Steril. 2009. Vol. 91. № 2. P. 456–488.
7. Anastasovska V, Kocova M. Intron 2 splice mutation at CYP21 gene in patients with congenital adrenal hyperplasia in the republic of Macedonia. Balkan Journal of Medical Genetics. 2010.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

A MODERN VIEW ON THE ABDOMINAL DELIVERY METHOD

(Review)

M.M.Boltaeva¹, M.N.Negmatullayeva¹

¹Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino

Resume: Caesarean section (CA) (caesarean section) is a surgical operation in which the pregnant uterus is cut, the fetus and afterbirth are removed, the integrity of the uterine wall is restored. KS is one of the most common operations in obstetric practice, related to emergency aids, which should be able to be performed not only by every obstetrician-gynecologist, but also by a doctor of any specialty who owns surgical techniques. In modern obstetrics, KS is of great importance, since with a complicated course of pregnancy and childbirth, it allows you to preserve the health and life of the mother and child. CS as any surgical intervention can have adverse consequences both in the immediate postoperative period (bleeding, infection, pulmonary embolism (PE), OS embolism, peritonitis), and in the remote periods of a woman's life.

Key words: *pregnancy, cesarean section, laparotomy, bleeding*

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА АБДОМИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ

РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

(Обзор)

М.М.Болтаева¹, М.Н.Негматуллаева.

¹Бухарского Государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино.

Резюме: Кесарево сечение (КС) (caesarean section) – хирургическая операция, при которой рассекается беременная матка, извлекаются плод и послед, восстанавливается целостность

стенки матки. КС – одна из самых распространенных операций в акушерской практике, относящаяся к неотложным пособиям, которые должен уметь выполнять не только каждый акушер-гинеколог, но и врач любой специальности, владеющий оперативной техникой. В современном акушерстве КС имеет огромное значение, так как при осложненном течении беременности и родов оно позволяет сохранить здоровье и жизнь матери и ребенка. КС как любое оперативное вмешательство может иметь неблагоприятные последствия как в ближайшем послеоперационном периоде (кровотечение, инфицирование, тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА), эмболия ОВ, перитонит), так и в отдаленные периоды жизни женщины.

Ключевые слова: *беременность, лапаротомия, кесарево сечение, кровотечение*

АБДОМИНАЛ ТУГРУК МУАММОСИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

(шарх)

М.М.Болтаева¹, М.Н.Негматуллаева¹

¹Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти

Жулоса: Кесар кесиш (КС)- бу жарроҳлик операциялари бўлиб, унда ҳомилдор бачадон кесилиб, ҳомила ва йўлдош туғдириб олиниб, бачадон деворларининг яхлитлиги тикланади. Кесар кесиш акушерлик амалиётидаги энг кўп учрайдиган жарроҳлик усули бўлиб, операция техникасини нафақат акушер- гинеколог врачлар, балки ҳар қандай мутахассис шифокор амалга ошириши керак. Замонавий акушерликда кесар кесиш катта ахамиятга эга бўлиб, чунки ҳомиладорлик ва туғрукни асоратсиз кечишини, она ва боланинг ҳаётини сақлашга имкон беради. Кесар кесиш операцияси ҳам ҳар қандай жарроҳлик аралашувлари каби операциядан олдин ва кейин (қон кетиш, инфекция, тромбоэмболия, перитонит) салбий оқибатларга олиб келиш мумкин.

Калит сўзлар: *кесар кесиш, ҳомиладорлик, лапаротомия, қон кетиши*

Cesarean section (CS) is a surgical operation in which the pregnant uterus is cut, the fetus and placenta are delivered, and the integrity of the uterine walls is restored. Caesarean section is the most common surgical method in obstetrics practice, and not only obstetrician-gynecologists, but any specialist doctor should be able to perform the operation technique. In modern obstetrics, cesarean section is of great importance, because it allows pregnancy and childbirth to pass without complications, and the life of the mother and the child can be saved. Caesarean section, like any surgical intervention, can cause negative consequences before and after the operation (bleeding, infection, thromboembolism, peritonitis). [21,23]. Protection and strengthening of public health is an important strategic direction of the state social policy. The main trends in society - low birth rate, families with few children, environmental problems, determine the features of modern obstetrics. Second, there is a significant increase in the frequency of abdominal births, and the expansion of indications for this operation is especially explained by the fact that the interests of the fetus prevail. [3,7]. At the end of the 20th century and the beginning

of the 21st century, two trends appeared in medicine and health care that influenced and influenced the evolution of humanity, especially its reproduction, and these are assisted reproductive technologies (ART) and cesarean section surgery. For some reason, these two trends are related to each other, the majority of women who get pregnant through ART end up having a cesarean section. Statistical studies have shown that in the second decade of the 21st century, the cesarean section was the most frequently performed operation in abdominal surgery, and the number of surgical deliveries increased, and the surgeons stopped using vacuum extraction and obstetric clamps. [5,9,11].

In Russia, the frequency of Cesarean section is on average 15-16%, in perinatal centers, it reaches 30-40%, and there is no downward trend. According to a number of researchers, a 16% increase in the frequency of this operation did not significantly affect perinatal indicators, but at the same time increased maternal morbidity and mortality. [1, 14]. Analysis of the structure of indications for delivery by caesarean section is mainly based on extragenital pathologies (endocrine diseases, diseases of the gastrointestinal tract, kidney pathology, organs of vision, etc.), infertility, menstrual dysfunction, prevalence of patients with uterine fibroids, as well as extracorporeal insemination in older people. It was determined that they were first-time mothers and pregnant women, those who underwent reconstructive plastic surgery in the pelvic organs [16,18,20]. However, the increase in the frequency of abdominal delivery, as well as intrauterine organ-sparing operations, is a problem, for example, pregnancy and delivery in women with uterine scars [10,12]. During the last decade, an increase in the frequency of caesarean section operation was observed in all countries of the world: from 5% in 1970 to 15-50% in 2017. At the same time, the frequency of abdominal childbirth varies greatly in different countries of the world [2,4].(Indications for targeted expansion of caesarean section are used for three purposes: perinatal death, pediatric and obstetric trauma. The evidence presented is not reliable enough, although the caesarean section is the optimal method of childbirth for the child, it can be a little psychologically offensive for the mother. Therefore, it would be a huge mistake to believe that we will improve women's health, including reproductive health, by expanding C-section rates in the face of continuing declines in public health. [8,13]. According to foreign researchers, in most cities of North America and Western Europe, almost every fourth child is born by cesarean section. The highest number of caesarean sections are performed in Brazil, Chile, Mexico, China, Australia, and Germany. Perhaps, in these countries, the surgical method of cesarean section is performed not only for medical reasons, but also according to the woman's desire («elective cesarean»)[22,24]. In almost half of the total number of births, there are countries where caesarean section is performed, for example, in Sri Lanka, in Latin

America abdominal birth is 24-46%. At the same time, caesarean section is performed the least in Japan (15%). At the same time, in the developing countries of Central Africa and Asia, a cesarean section is not performed, even if the pregnant woman has urgent instructions, because most of the pregnant women are from low-income groups of the population. [6,15]. In our country, according to

various authors, the frequency of caesarean section is from 9% to 33.6% and depends on the level and profile of obstetric care [19].

One of the most serious complications in the work of an obstetrician-gynecologist is massive bleeding from the uterus, which remains one of the main causes of maternal death despite the emergence and introduction of new surgical and pharmacological hemostasis methods. A number of authors have stated that half of all obstetric hemorrhages are caused by hypotension or uterine atony. At the same time, it was found that there are some factors that predispose to bleeding, namely, a change in the ratio of the components of the blood clotting system when the placenta stops functioning during separation [17]. In postpartum women, the level of PAI-2, an inhibitor of plasminogen activator synthesized in the placenta during separation of the placenta, decreases for a short time, which leads to an increase in the activity of the plasmin component of the hemostatic system in the postpartum period, which leads to an increase in blood loss. This factor can increase the amount of blood loss due to other background diseases. In addition, the risk of blood loss and massive bleeding from the uterus is higher with a caesarean section than with a vaginal birth. [19,21]. Currently, in practical obstetrics, various methods are used for the treatment of already existing uterine bleeding in the period of childbirth and postpartum, taking into account the reasons that caused it. [3,6]. In recent years, there has been an increase in the number of patients who experience anxiety and depression during pregnancy, and in this regard, take sedative drugs. Increased anxiety and depressive states are very common, but due to lack of attention, they often have a negative impact on the pregnancy process and the outcome of the pregnancy. [5,10].

In addition, in recent years, the question of the impact of the autonomic nervous system on the development of pregnancy and obstetric complications has become relevant. According to some authors, due to the balanced functioning of the sympathetic and parasympathetic nervous systems, the physiological and biochemical indicators of the female body, the rhythm of the cardiovascular, respiratory and other systems are maintained optimally during pregnancy and childbirth. At the same time, according to other scientists, in recent years, the frequency of diseases of the autonomic nervous system in pregnant women has increased 3 times and accounted for 19.8% of all somatic diseases. [1,11,22]. This increases a certain interest in studying the features of the pregnancy and childbirth process against the background of symptomatic dysfunction in order to develop measures to prevent the development of disorders and complications. At the same time, in the available literature, we did not find information on the relationship between the types of the autonomic nervous system and blood loss during cesarean section [24]. Most of the time, pregnancy and childbirth with an emerging or progressive obstetric pathology end with an abdominal delivery.

According to various sources, the frequency of caesarean section in severe preeclampsia and eclampsia is 79%, in preterm labor - 32%, in the case of labor dyscoordination - 13%, premature placental abruption - 92%. Cesarean section is performed in 83% of pregnant women with this pregnancy

complication to reduce perinatal losses due to placental insufficiency and fetal deterioration. [3,4]. According to the researchers, unsatisfactory labor or lack of labor force is not always an indication for cesarean section surgery (such a high percentage may be due to their inability or unwillingness to treat). In general, caesarean section is used in one in five births when unsatisfactory labor or labor is complicated by anomalies. According to Y. Zipori et al. (2019), the outcome for the mother and the child may be good for the mother and the child during natural childbirth, but if the woman is delivered without a cesarean section during the second stage of labor, it may lead to an increase in complications for the mother (injury of the umbilical cord, postpartum complications). increase of bleedings), and for the child (causes pH < 0.7 in the blood in the umbilical system to decrease and to be taken to the intensive care unit) [11,23]. A number of researchers explain the development of any complications during pregnancy and childbirth by the violation of compensatory-adaptive mechanisms in the mother-placenta-fetus system, adaptation of the woman and fetus to the stress of birth. In general, abdominal delivery leads to a reduction in the number of fetal complications: 3 times in breech delivery, 3 times in premature birth, 5 times in fetal aspiration syndrome, as well as 3 and 4 times in obstetric and extragenital pathologies. Timely abdominal delivery prevents 53% of congenital pelvic floor injuries, 75% of severe disability in women, and 80% of emergency maternal deaths. [19,22]. According to most local obstetrician-gynecologists, cesarean section should be performed if there are strict medical instructions, not according to the woman's will, as in some foreign countries. In any type of surgical intervention, various complications can occur during and after the operation. According to various authors, the prevalence of complications during cesarean section is 7-19.5 percent and may be related to both obstetric and extragenital pathology, i.e. contraction activity of the myometrium, abnormalities in the development of the uterus and the location of the placenta, fetal death, as well as somatic diseases associated with a severe decompensated course [5,11,13]. In addition, the number of complications increases due to the long duration of the operation, technical intraoperative difficulties, insufficient qualification of doctors, partial equipment of the medical institution and other factors. One of the most uncomfortable and relatively frequent (12.4%) complications of abdominal childbirth is massive uterine bleeding, one of the main causes of maternal death in the world. Maternal mortality due to bleeding during pregnancy averaged 16.2% in Russia over the past ten years [2,6]. At the same time, bleeding as a cause of maternal death is shown as the main condition - in 20% of cases, as a competing and initial condition - in 42% and 78% of cases, respectively. This is less than developing countries (25%), but much higher than, for example, Scandinavian countries (1.7%). Compared to the total number of births, according to various sources, the average rate of obstetric hemorrhage in Russia is 9-17%, 50% of this pathology is associated with uterine hypotension, 18% with severe preeclampsia and eclampsia, and 15% with premature migration of a normally located placenta. , in 8% of cases, clinical bleeding occurs with hereditary or acquired defects of the hemostasis system, in 6% - after septic shock, in 3% - after amniotic embolism

[5,19,21]. As with any surgical procedure, cesarean section surgery is associated with the risk of bleeding during the operation. It should be noted that another reason for increased blood loss during cesarean section is hypertrophy of uterine tissue associated with intensive blood supply and pregnancy. Currently, according to the WHO, blood loss can be up to 500 ml with a natural birth and up to 1000 ml with an abdominal birth. According to leading obstetrician-gynecologists, the amount of blood loss above 1000 ml (1.1%-1.5% of body weight) is pathological, and blood loss of 1500 ml (more than 1.5% of body weight) is massive [9,21]. Blood loss can increase significantly (2-4 times) during an emergency caesarean section. Hypotonic bleeding with impaired uterine contractility is observed both in operative delivery and in vaginal delivery. The development of a large amount of blood loss and life-threatening bleeding is accompanied by abnormalities in the location and attachment of the placenta (8%), which often requires the involvement of a wider range of specialists and expensive equipment.

The development of massive bleeding is associated with a lack of clotting factors, as well as simultaneous blood loss (more than 1500 ml) [8,12]. It is known that massive bleeding from the uterus leads to the development of severe hemorrhagic anemia, which leads to suppression of the body's defense mechanisms with changes in many immunological parameters, and is a favorable ground for the development of infectious and inflammatory processes. However, it should be noted that despite the risk of intraoperative and postoperative complications, abdominal delivery is a necessary type of surgery in a number of clinical situations to reduce obstetric and perinatal adverse outcomes. In conclusion, if we talk about this surgical method for the next 5 years, we should definitely not expect a significant decrease in cesarean births, and in large obstetric hospitals its rate is around 20-25 percent, and it is undoubtedly still maintained.

References:

1. Hamilton, BE, Martin, JA, Osterman, MJ, Driscoll, AK., Rossen, LM. Vital statistics rapid release. Births: provisional data for 2017. Centers for Disease Control and Prevention. p. 1–10, vol. 2020.
2. Nakamura-Pereira, M, do Carmo Leal, M, Esteves-Pereira, AP, Domingues, RM, Torres, JA, Dias, MA, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health* 2016;13:128
3. Rucker, MP, Rucker, EM. A librarian looks at cesarean section. *Bull Hist Med* 1951;25:132–48.
4. Waszynski, E. Surgical technique for cesarean section of Eduardo Porro (1842–1902) and its significance for obstetric development. In the 150th anniversary year of the method's creator. *Ginekol Pol* 1994;65:196–201.
5. Hem, E, Bordahl, PE. Max Sanger – father of the modern caesarean section. *Gynecol Obstet Invest* 2003;55:127–9.
6. EB, C. Conservatism in obstetrics. *NY Med J* 1916;104:1–3.

7. Schweitzer, B. Das pathologische Tiefenwachstum der Plazenta und die zervikale Einpflanzung derselben. *Arch Gynak* 1918;109:618
8. Meyer, B. Placenta accreta: an analysis based on an unusual case. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1955;34:189–201.
9. Kerr, JMM. The technique of cesarean section, with special reference to the lower uterine segment incision. *Am J Obstet Gynecol* 1928;1928:729–34
10. Peleg, D, Burke, YZ, Solt, I, Fisher, M. The history of the low transverse cesarean section: the pivotal role of Munro Kerr. *Isr Med Assoc J* 2018;20:316–19.
11. Pfannenstiel, J. On the advantages of a transverse cut of the fascia above the symphysis for gynecological laparotomies, and advice on surgical methods and indications. *Samml Klin Vortr Gynakol* 1987;68:1–22.
12. Douglas, RG, Stromme, WB. Cesarean section. *Operative obstetrics*, 3rd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1976.
13. Taffel, SM, Placek, PJ. Complications in cesarean and non-cesarean deliveries: United States, 1980. *Am J Publ Health* 1983;73:856–60.
14. Joel-Cohen, S. Abdominal and vaginal hysterectomy. New techniques based on time and motion studies. London: Heinemann; 1972. [Search in Google Scholar](#)
15. Stark, M, Finkel, AR. Comparison between the Joel-Cohen and Pfannenstiel incisions in cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;53:121–12
16. Stark, M, Chavkin, Y, Kupfersztain, C, Guedj, P, Finkel, AR. Evaluation of combinations of procedures in cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet* 1995; 48:273–6
17. Ayres-de-Campos, D, Patricio, B. Modifications to the Misgav Ladach technique for cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:326–7.
18. Hamilton, BE, Sutton, PD, Mathews, TJ, Martin, JA, Ventura, SJ. The effect of hurricane Katrina: births in the U.S. Gulf coast region, before and after the storm. *Natl Vital Stat Rep* 2009;58:1–28, 32.
19. Gedikbasi, A, Akyol, A, Ulker, V, Yildirim, D, Arslan, O, Karaman, E, et al. Cesarean techniques in cases with one previous cesarean delivery: comparison of modified Misgav-Ladach and Pfannenstiel-Kerr. *Arch Gynecol Obstet* 2011;283:711–16.
20. Dodd, JM, Anderson, ER, Gates, S, Grivell, RM. Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2014:CD004732.
21. Tuuli, MG, Odibo, AO, Fogertey, P, Roehl, K, Stamilio, D, Macones, GA. Utility of the bladder flap at cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012;119:815–11
22. Xavier, P, Ayres-De-Campos, D, Reynolds, A, Guimaraes, M, Costa-Santos, C, Patricio, B. The modified Misgav-Ladach versus the Pfannenstiel-Kerr technique for cesarean section: a randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:878–82.

**РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ
МОЛОДЕЖИ В ВОПРОСАХ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

К.С.Болат^{1.}, Б.К.Аманжолова^{1.}, Ж.Е.Сералиева^{1.}, К.Б.Карлова^{1.}, Б.Н.Джарикова¹

¹*Казахский Национальный университет им. Аль-Фараби*

Ключевые слова: *репродуктивное здоровье, репродуктивное поведение, молодежь, инфекции, передающиеся половым путем, профилактика нежелательной беременности.*

Резюме: В статье представлены результаты социологического опроса для выяснения осведомленности по вопросам репродуктивного здоровья среди студенческой молодежи Казахстана. Было проведено анонимное онлайн анкетирование молодых людей в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст $21,0 \pm 2,7$ лет) в период январь-март 2022 года. Исследование показало, что имеет место недостаточная осведомленность молодёжи по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, что является предиктором к формированию в будущем поведения с повышенным уровнем риска для здоровья.

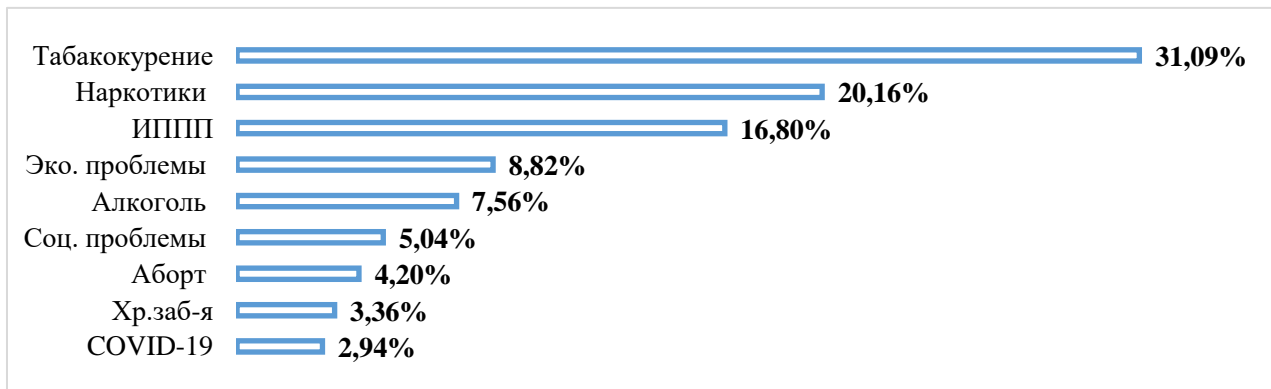
Введение: Современные условия, в которых живет молодое поколения, век информатизации, поменял степень негативного влияния основных риск-факторов на формирование здоровья молодежи, на первый план выступает низкая двигательная активность, экология, некачественное питание, низкая стрессоустойчивость, недостаток проектов реализуемых программ по профилактике заболеваний, в том числе неравенство в доступе социальных и медицинских услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Во всех странах, вопросы, связанные со здоровьем молодёжи, приобретают характер национальной значимости и решаются на самом высоком политическом уровне, определяются основные концепции охраны репродуктивного здоровья. Особый акцент ставится на мероприятия, направленные на содействие безопасному и ответственному поведению, включая безопасное сексуальное поведение [1,2].

Цель - провести опрос об осведомленности по вопросам репродуктивного здоровья среди студенческой молодежи Казахстана.

Материал и методы исследования: Проведен социологический опрос молодежи от 18 до 30 лет (средний возраст $21,0 \pm 2,7$ лет), в виде анонимного онлайн анкетирования в период январь-март 2022 года. В анкету вошли 18 вопросов, где респонденты должны были отметить свой социальный статус (возраст, место проживания, образование), жизненные приоритеты, и ответить на вопросы, касающиеся их осведомленности по охране репродуктивного здоровья, таким образом анкета состояла из 3-х блоков: Статистическая обработка проводилась с помощью

программного пакета SPSS 19. В качестве статистических процедур использовались элементы описательной статистики и критерий χ^2 Пирсона, при оценке статистической значимости применялся t-критерий Стьюдента

Результаты и обсуждение: В социологическом опросе приняли участие 238 студентов. Следует отметить, что из общего количества ($n=238$) молодых людей, принявших участие в социологическом опросе, 21% ($n=51$) – иностранные студенты, представители таких стран как: Индия (13%), Пакистан (2%), Германия и Российская Федерация (по 1%), и других (4%). Распределение по региону проживания среди опрошенных резидентов Республики Казахстан ($n=188$) показал, что половина из них (48,9%) являются жителями крупных городов: г. Алматы 22% ($n=52$), г.Шымкент 16% ($n=38$) и 1% ($n=2$) из г.Нур-Султан, другая половина (51,1%) проживает в областях Казахстана. Распределение опрошенных по полу имеет следующий вид: 98 юношей (41,2%) и 140 девушек (58,8%), при этом среди резидентов РК преобладали девушки (66,5%), среди нерезидентов – юноши (70%). Возрастной диапазон респондентов, участвовавших в исследовании: от 18 до 30 лет, средний возраст выборки составил $21,0 \pm 2,7$ лет: у девушек 21, у юношей 23 года. Среди всех респондентов, принявших участие в анкетировании, одна треть состояла в браке ($n=73$, 30,7%), большая часть из которых девушки (73,9%, $n=54$). Примечательно, что среди опрошенных резидентов РК было больше замужних девушек – 69%, женатых юношей всего 30,5%; среди нерезидентов РК наоборот: 74% юношей и 26% девушек



состояли в браке .

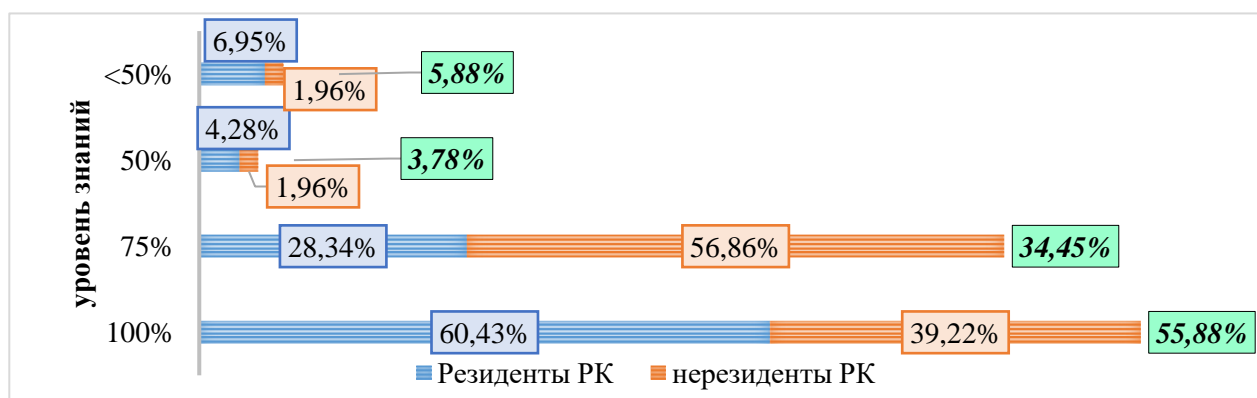
Рисунок 1 – Распределение негативных факторов, влияющих на репродуктивное здоровье, по мнению респондентов.

Распределение факторов, по мнению респондентов, представлено на рисунке 1 . При изучении мнений студентов ВУЗов, участвовавших в опросе, выявило, что 31,1% молодых людей, из негативных факторов, влияющих на репродуктивное здоровье, «табакокурение» относят к наиболее значимому, следующими риск-факторами в ранжировании оказались «наркотики» – 20,2% и инфекции, передающиеся половым путем, «ИППП» – 16,8%, «аборт», как негативный фактор, отметили лишь 4,2%. Согласно результатам анкетирования, превалирующее

количество опрошенных оценили свой уровень знаний о наступлении беременности как очень высокое 55,8% (n=133) и высокое 34,45% (n=82), при этом среди тех, кто выставил наивысшую оценку своим знаниям большую часть составили казахстанцы (60,4%, n=113), и, наоборот, большая половина среди иностранных студентов (56,86%, n=29) считают, что их уровень знаний в данном вопросе ниже 100%.

Выявлена статистическая значимость оценки осведомленности по вопросам зачатия со страной происхождения респондента, достоверно чаще резиденты РК оценивали свои знания в данном вопросе недостаточным (доля респондентов среди резидентов РК с оценкой средний и ниже среднего больше, чем среди нерезидентов РК (11,23% и 3,92% соответственно), $p < 0.01$, $p = 0.002$) (рисунок 2). Обращает на себя внимание, что среди иностранных студентов респондентов исключительно юноши признали свой уровень знаний о зачатии недостаточным – ниже среднего (1,96%). Однако, следует отметить, что не выявлена статистическая значимость в утверждениях с половым признаком ($p > 0.05$). Анализ данных об уровне знаний о медикаментозном прерывании беременности выявил, что респонденты из зарубежных стран более осведомлены о медикаментозном аборте (92,16%, n=47, $p < 0.05$), тогда как среди казахстанцев удельный вес незнющих выше, чем среди иностранцев (20,3% против 7,84%), хотя уровень информированности в данном вопросе среди казахстанцев выше среднего и составил 79,7% (n=149). В тоже время, данные не выявили статистических различий в разрезе гендера, по уровню их осведомленности о медикаментозном аборте ($p > 0.05$) (рисунок 3).

Рисунок 2 – Сравнительный анализ оценки уровня знаний о том, как наступает беременность



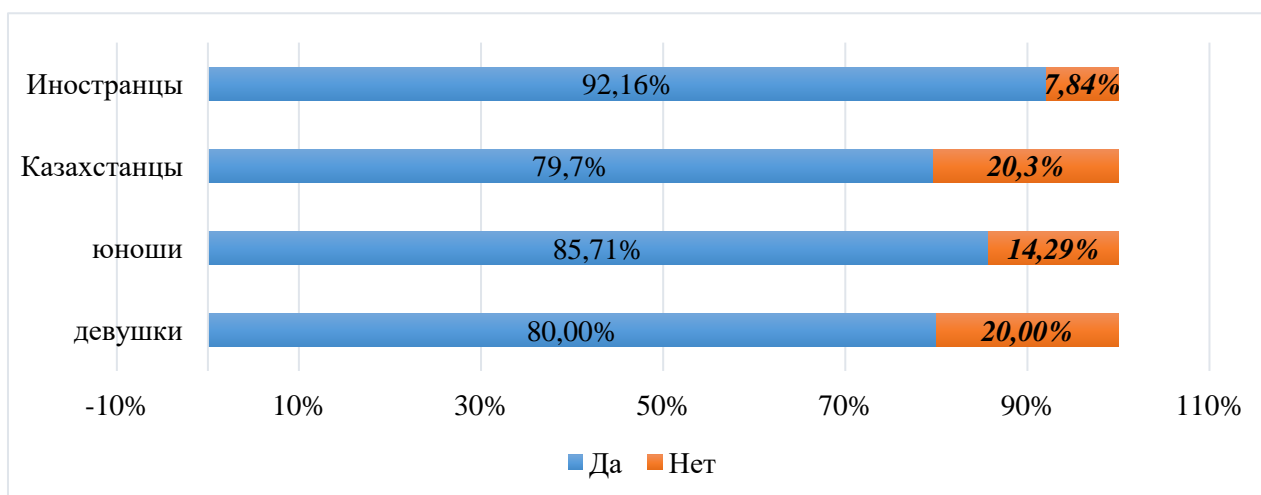


Рисунок 3 – Сравнительные данные оценки уровня знаний о методе прерывания беременности – медикаментозный аборт.

Довольно преобладающая доля из всех респондентов (90,76%, n=216) ответили утвердительно на вопрос: «Знаете ли Вы, что можно предотвратить беременность, если постоянно использовать презервативы?», также высок уровень компетенции в этом вопросе в разрезе групп: резиденты и нерезиденты РК (89,84% и 94,12%) и в группах: девушки и юноши (выше 90%). Результат проведенного исследования показал, что основным источником информации у каждого третьего респондента были врачи (28,6%, n=68), средства массовой информации занимают второе место как источник сведений: такие как социальные сети (27,3%, n=65) и сайты (14,3%), также, чаще молодые люди получали информацию от друзей (по 14,3%). Примечательно, что из всех опрошенных, реже информируют родители и всего 1 юноша был консультирован специалистом Молодежного центра о средствах предохранения от нежелательной беременности (0,4%). Распределение мнений опрошенных по источникам информации представлено на рисунке 4. Особо следует отметить, что довольно значительная часть, почти половина всех респондентов (48,3%, n=115), желают получать информацию о

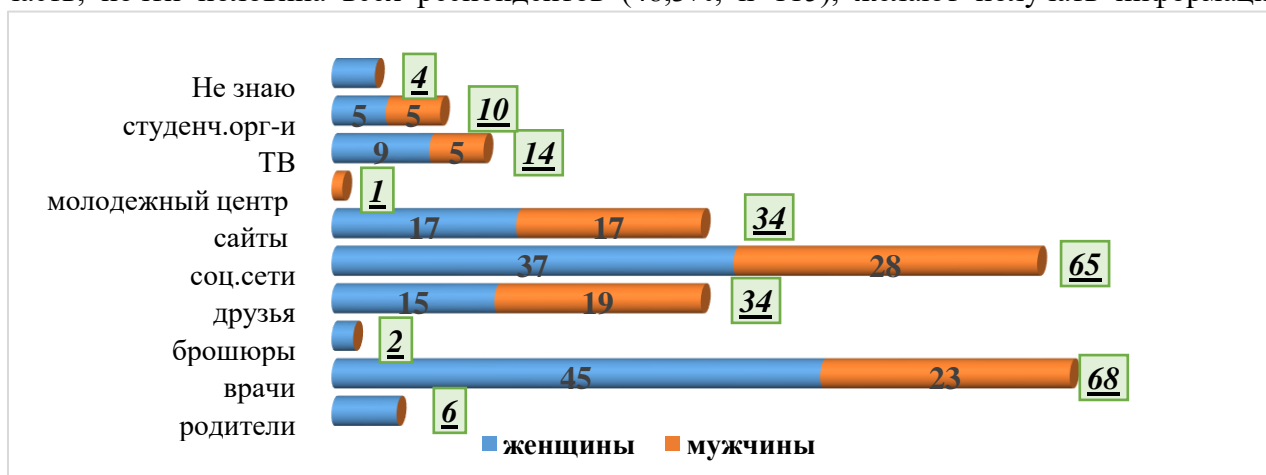


Рисунок 4 – Первые источники информации для респондентов

репродуктивном здоровье через врача, что свидетельствует о высоком уровне доверия у молодых людей как надежного, компетентного источника. Далее был проведен анализ репродуктивного поведения респондентов. По результатам опроса треть молодых людей, участвовавших в анкетировании, сексуальна активна (34,02%, n=81), так $\frac{1}{5}$ часть из общего количества опрошенных начали свою сексуальную жизнь до 20 лет (22,6%, n=54), 11,3% (n=27) после 20, больше половины респондентов (65,96%, n=157) не живут половой жизнью. Средний возраст начала половых отношений среди молодежи 18-30 лет составляет 19,5 лет.

Следует отметить, что выявлена зависимость начала сексуальной жизни от пола: доля респондентов юношей с опытом половой жизни больше (45,9%), чем среди девушек (18,6%); юноши вступали в сексуальные отношения в более раннем возрасте – до 20 лет (37,8%, n=37), чем девушки ($p<0.01$). Так самый ранний дебют половой жизни среди юношей респондентов составил 12 лет. Как показало исследование, 65,9% опрошенных не имеют половых партнеров (n=157), 25,2% - один половой партнер, 2,7% имели сексуальные контакты с двумя половыми партнерами, 6,2% респондентов ведут беспорядочные половые связи. Выявлена связь в разрезе гендера и страной постоянного места проживания респондента, так, достоверно чаще имеют несколько сексуальных партнеров юноши ($p<0.01$) и молодежь из Казахстана ($p>0.05$).

Следует подчеркнуть, что среди опрошенных молодых людей, живущих половой жизнью, одна треть (37,5%) не используют контрацептивы. Обращает на себя внимание, что достоверно чаще девушки предпочитают незащищенный половой контакт (так ответила каждая вторая респондентка), и, юноши чаще выбирают презерватив как метод контрацепции во время полового контакта ($p<0.01$). Видимо, это связано с тем, что в подавляющем большинстве у девушек один постоянный половой партнер, тогда как юноши имеют половые контакты более чем с одним сексуальным партнером и данный аспект является фактором, снижающим рискованное поведение.

Заключение: В целом проведенное исследование показало, что имеет место недостаточная осведомленность молодёжи 18-30 лет по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, что является предиктором к формированию в будущем поведения с повышенным уровнем риска для здоровья, последствия которого проявятся в росте случаев инфекций, передающихся половым путем, и увеличение количества бесплодия населения репродуктивного возраста. Такую ситуацию характеризуют следующие данные:

1. Лишь 4,2% молодых людей аборт считают негативно влияющим фактором на репродуктивное здоровье, что свидетельствует о том, что большая часть опрошенных, не владеет информацией об имеющихся рисках, последствиях при искусственном прерывании беременности.

2. Несмотря на то, что молодые люди высоко оценивают свой уровень знаний об абортах (90,7%) и признаках наступления беременности (90,3%), казахстанские студенты имеют низкую осведомленность по данным вопросам, чем нерезиденты РК.

3. 90,3% студентов имеют правильные знания об использовании презервативов, как одного из методов профилактики нежелательной беременности, это является довольно хорошим показателем информированности.

4. Основным источником информации у каждого третьего молодого человека были врачи и социальные сети (27,3%) и довольно значительная часть (48,3%) желала бы получать информацию о репродуктивном здоровье через врача, что свидетельствует о высокой квоте доверия медицинским работникам как надежного, компетентного источника.

Литература:

1. «Анализ социально-экономических факторов распространения абортов в Республике Казахстан», ЮНФПА, 2020.
2. «Социологическое исследование изучения репродуктивного здоровья подростков и молодых людей 15-19 лет, их сексуального поведения и доступа к услугам и информации в области репродуктивного здоровья» ЮНПФА, 2018.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЗА 2017-2021 ГГ. НА ПРИМЕРЕ 1 ОТДЕЛЕНИЯ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ ОБУЗ «КУРСКИЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ»

Д.С.Веремчук¹, В.Н.Рыбников¹.

¹ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Введение: В современной медицине, в том числе хирургической практике, все большее распространение приобретают эндоскопические технологии, которые используются не только в диагностических целях (как это было прежде), но и в оперативном лечении.

Методы: Нами было проведено исследование 2441 историй болезни пациенток, находившихся в гинекологическом отделении №1 Областного Бюджетного Учреждения Здравоохранения «Курский городской клинический родильный дом» за период с 2017 по 2022 года на основании ретроспективного анализа. Статистические данные обработаны при помощи программы Microsoft Office Excel.

Результаты: За данный период (с 2017 по 2021 гг.) было прооперировано в плановом порядке 1609 пациенток, в экстренном – 490 пациенток. Следует отметить, что в 2021 году I гинекологическое отделение Областного Бюджетного Учреждения Здравоохранения «Курский городской клинический родильный дом» работало как родильный дом фактически 5 месяцев. Остальное время учреждение использовалось в качестве ковидного госпиталя. Аналогичная ситуация была также и в 2020, что повлияло на данные и результаты исследования. В ходе исследования было установлено, что экстренные оперативные вмешательства были проведены как лапароскопическим, так и лапаротомическим доступом с преобладанием лапароскопического метода (Таблица 1).

Таблица 1. Общая структура лапаротомических и лапароскопических операций при плановом и экстренном лечении в процентном отношении.

Год	Экстренные операции (%)		Плановые операции (%)	
	Лапаротомия	Лапароскопия	Лапаротомия	Лапароскопия
2017	7 (3,5%)	103 (22,8%)	192 (96,5%)	349 (77,2%)
2018	4 (2,05%)	97 (21,7%)	191 (97,95%)	349 (78,3%)
2019	8 (4,8%)	91(22,8%)	160(95,2%)	308(77,2%)
2020	3(2,9%)	54(29,8%)	99(97,1%)	127(70,2%)
2021	2(2.5%)	54(24.3%)	75(97.4%)	168(75.7%)

За период с 2017 по 2021 гг. эктопическая беременность (51,36%) и разрыв кисты желтого тела яичника, придатков (18,66%) являлись ведущими причинами экстренных оперативных вмешательств. Также встречаемости гнойного сальпингит увеличилась на 1,9 % в 2021 году по сравнению с 2020, при этом встречаемость перекрута ножки кисты яичника, придатков снизилась в 2021 на 3,4% по сравнению с 2020, а перфорация по ходу ГСК остается на одном уровне в 2021 и 2020 году (1,8%). Среди патологий, подлежащих плановому оперативному лечению наиболее часто встречаются миома матки и опухоли яичников. А в период с 2019 по 2021 год увеличилась доля эндоскопического лечения выпадения матки (с 42,9% до 56%). Кроме этого, в течение последних 3,5 лет в отделении проводятся высокотехнологические операции. В 2019 г. согласно плану, произведено 49 (10,5%), в 2018г. – 61 (11,3%), в 2017 г.- 48(8,9%) от операций, выполненных в плановом порядке.

Заключение: Анализ динамики использования эндоскопических технологий лечения при гинекологической патологии показал, что внедрение лапароскопического доступа в гинекологическую практику является обоснованным. Это связано как с снижением травматичности проводимых операций, так и с сокращением времени операций и риска осложнений во время их проведения.

**КЕСАР КЕСИШ АМАЛИЁТИДАН КЕЙИН БАЧАДОН ЧАНДИҒИ
ЕТИШМОВЧИЛИГИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ.**

Р.И.Ғуломова¹, Д.Д.Саиджалилова¹.

¹Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Аннотация: Мақолада такрорий кесар кесиш амалиётидан сўнг бачадон чандиғини шакллантиришнинг асосий муаммоларига бағишланган илмий адабиётлар шарҳи келтирилган. Бачадон чандиғи етишмовчилигининг асосий этиологик омиллари, патогенези ва диагностик усуллари. Бачадонга қўйилган чокларни етишмовчилигини асосий омилларига, яллиғланишдан ташқари, патологик интраоператив қон йўқотиш, туғруқнинг фаол фазасида кесар кесиш ва кесар кесиш амалиётидан кейин йил давомида бачадон ичи аралашувларнинг мавжудлиги, бачадонда везико-бачадон бурмасидан 2 см пастда кесма ўтказиш, жарроҳлик йўли билан кириш соҳасида йўлдошнинг жойлашиши, репарация соҳасидаги ишемик жараёнлар киради. Шу жумладан презклампсия, семизлик, қандли диабет, эндометриоз ва бириктирувчи тўқима дисплазияси фонида бачадон чокларни етишмовчилиги кўп аниқланди. Олинган маълумотларга кўра бачадон чандиғи бўлган аёллар кейинги ҳомиладорликда бачадон ёрилиши хавф гуруҳига киради. Кераксиз кесар кесиш амалиётининг олдини олиш оналар касалланиши ва ўлимини камайтиришга ёрдам беради .

Калит сўзлар: *кесар кесиш амалиёти, бачадонда чандиқ етишмовчилиги.*

Кириш: Бугунги кунда кесар кесиш (КК) амалиёти билан оператив туғруқ частотаси бутун дунё бўйлаб барқарор ўсиб бормоқда. Шундай қилиб, Буюк Британияда туғруқ пайтида жарроҳлик аралашувлар частотаси 20%, Канадада -22,5%, АҚШда - 31,8%, Италияда минтақага қараб-44 - 60%, Хитойда 46% [1, 2]. Россия Федерациясида бу кўрсаткич 2020 йилда 30,3%, Бошқирдистон Республикасида 38,3% га етди [3]. Яқин ҳудудларда КК частотаси ўртача 15-16 % бўлиб, перинатал марказларда 30-40% га етади [4, 5]. Ҳар бир кейинги кесар кесиш амалиётида плацентанинг олдинда жойлашуви ва ўсиши, қон кетиши ва бачадоннинг ампутацияси, экстирпацияси хавфи ортади [2], бу эса, ўз навбатида, оналар ўлими ҳолатларининг ривожланишига олиб келиши мумкин. Кесар кесиш оператив туғруқдан кейин аёлларнинг тахминан 30% келажакда фарзанд кўришни режалаштирмоқда [6]. Кейинги ҳомиладорлик ва туғруқнинг натижаси бачадондаги чандиқнинг етишмовчилигига боғлиқ. Россия Федерациясида шаклланган бачадон чандиғи ва бачадон чандиғи етишмовчилиги деб ажратилади, чет эллик ҳамкасблар эса бачадон чандиғининг "тарқалиши ва/ёки аневризмаси"

тушунчаларини алоҳида ажратибкўрсатишади [3, 7]. Бачадон чандиғи бўлган аёлларнинг атиги 55-85% бачадон чандиғи етишмовчилигига гумон қилинганлиги сабабли, фақат режалаштирилган асосда такрор Кесар кесиш амалиёти ўтказилади (Айламазян Е. К., 2017), аммо В. А. Ананев (2016), маълумотиغا кўра такрорий кесар кесиш ҳолатларининг атиги 24,1-31,6% да бачадон чандиғи етишмовчилиги тасдиқланади [8, 9]. Ушбу асоратларнинг кўрсатилган частотаси ишончсиз бўлиши мумкин, чунки чандиқнинг етишмовчилиги одатда унинг визуал ингичкалашиши билан баҳоланади, аммо кейинги вақтларда ҳар доим ҳам бачадоннинг ёрилишига ёки чандиқнинг тарқалишига олиб келмайди. Антенатал даврда бачадон чандиғи етишмовчилиги ташхиси қўйилган 80та аёлни туғруқ тарихи ретроспектив таҳлил қилинди. Улар ультратовуш маълумотларига кўра кесар кесишдан сўнг бачадонда пастки сегментнинг қалинлиги 1,2-1,0 мм дан камни кўрсатган, лекин чандиқ тўқималарининг гистологик текширилганда чандиқнинг фақат 1,0 мм гача юққалашганини, миометрийни бириктирувчи тўқима билан алмашганини 78,8% кўрсатди [3]. Клиник кўрсатмаларга кўра (2021), туғруқдан олдин ўлчанган пастки бачадон сегментининг қалинлиги принципаал жиҳатдан ва бошқа белгилар бўлмаса муҳим эмас. Ушбу гуруҳда, табиий туғруқ йўллари орқали туғруқни амалга оширишда, туғруқ жараёнида олдиндан индукция ва туғруқни индукция қилиш шаклида фаол аралашув, утеротоникларни тайинлаш ва туғруқнинг вагинал жарроҳликни олдини олиш керак. Режалаштирилган кесар кесишни амалга ошираётганда, симптомсиз эрта туғруқнинг олдини олиш лозим. Ушбу чекловлар хавф гуруҳи паст бўлган аёлларда қўлланилмайди. Шундай қилиб, кесар кесишдан кейин бачадонида чандиқ бўлган аёлларда ҳомиладорликни олиб бориш ва туғруқни режалаштириш муаммоси, шу жумладан табиий туғруқ йўллари орқали долзарб бўлиб бормоқда.

Асосий қисм: Кесар кесишдан кейин бачадон чандиғи бор аёлларда вагинал туғруқлар 40-50% да муваффақиятли тугайди [10]. Анамнезида кесар кесиш ўтказган аёлларда вагинал туғруққа уринишдан бош тортишнинг асосий сабабларига мумкин бўлган асоратларнинг психологик сабаблари, биринчи навбатда бачадон ёрилиши, бу жарроҳлик йўли билан туғруқни танлаш эҳтимолини оширади. Бу кесар кесиш учун мажбурий кўрсатма бўлган бачадон ёрилиши хавфининг янги, ишончли омилларини излаш зарурлигини белгилайди. Бошқа барча ҳолатларда аёл бачадон чандиғи етишмовчилигининг паст хавфли гуруҳига бўлиниши керак ва уни туғруғини олиб боришда асоратланмаган акушерлик тарихи бўлган аёлларни туғруғидан фарқ қилмаслиги керак. Бачадон чандиғи етишмовчилигининг асосий клиник белгилари сифатида бачадон чандиғи проекциясида қорин олд деворини пальпация пайтида оғриқ қайд этилади, аммо жуда кам учрайди. Бироқ, пастки бачадон сегментида миометрий тўлик тикланмаган тақдирда, оғриқли пайпаслаш кўрсаткичлари фақат 18,33% ҳолларда пайдо бўлган [2]. Бачадон чандиғи етишмовчилигининг бошқа клиник белгиларининг ўзига хослигини

тасдиқлаш шарт эмас: ҳомиладорликни тўхтатиш хавфлари, кўнгил айниш, ҳомила ҳаракатлари фаоллигининг ошиши, унинг юрак фаолиятидаги ўзгаришлар. Бачадон чандиғи бўлган ҳомиладор аёлларда ўз-ўзидан туғилишнинг хавфсизлиги пастки бачадон сегментидаги миометрийни даволаш жараёнларига боғлиқ. Бачадон чандиғи етишмовчилигининг ишончли ва муҳим прогнозлари ҳамда белгилари ҳақидаги савол очик қолмоқда, бу эса бачадон чандиғи бўлган аёллар гуруҳларида кейинги клиник тадқиқотлар ўтказишни талаб қилади. Аёлни бачадон чандиғи етишмовчилиги учун юқори хавфли гуруҳ сифатида таснифлашга имкон берадиган истиқболли баҳолаш омиллари - бу кесар кесиш пайтида ва операциядан кейинги даврда миометрийнинг морфофункционал ҳолати, шунингдек, пастки бачадон сегментини гемодинамика ҳолати, бачадон чоклари соҳасидаги тўқима гипоксияси, ишемиясини истисно қиладиган оптимал қон таъминоти шароитларининг мавжудлигидир. Пастки бачадон сегментининг гемодинамик ҳолатига салбий таъсир кўрсатадиган, ишемияга ва кейинчалик бачадон чандиғининг етишмовчилигига олиб келадиган омилларга юрак-қон томир тизими касалликлари, семизлик, қандли диабет ва сурункали инфекция ўчоқлари мавжуд бўлган ҳомиладор аёллар киради. Бачадоннинг ретрофлексиядаги ҳолати, бачадон чандиғини ривожланишининг юқори хавф омили бўлиб, шунингдек, механик тортишиш ва пастки бачадон сегменти перфузиясининг бузилиши билан боғлиқ [11]. Миометрийнинг морфофункционал ҳолатига салбий таъсир кўрсатадиган, чандиқ етишмовчилигининг шаклланишига олиб келадиган омилларга куйидагилар киради: операциядан кейинги даврдаги септик асоратлар, кесар кесишни туғруқнинг актив даврида пастки сегментнинг кескин ингичкалашуви вақтида ўтказиш, патологик қон йўқотиш, бир йил давомида кесар кесишдан сўнг бачадон ичи аралашувлари, бачадон кесишни пастда қилиш (veziko-uterin бурмадан 2 см пастда), кесма соҳасида плацентанинг жойлашуви, бошини чиқариб олишда қўпол техникани қўллаш [11, 12, 15, 16]. Бачадон чандиғи етишмовчилигини ривожлантириш гипотезасини қўллаб-қувватлашга олдинги кесар кесиш давомида бачадон устида паст кесма қилинганлиги киради, истмоселе бачадон бўйни тўлиқ очилиши билан кесар кесиш ўтказган кўп беморларда аниқланади [17, 18].

Урогенитал инфекцияларнинг кўзғалиши (52%), ҳомиладорлик даврида сурункали яллиғланиш ва соматик касалликлар (30%) бачадон чандиғи етишмовчилиги келиб чиқишини олиб келади [19]. Иммунитетнинг физиологик пасайиши фониде туғруқдан кейинги давр турли юқумли ва яллиғланиш касалликлари (эндометрит, мастит) пайдо бўлиши учун энг заиф давр ҳисобланади. Табиий туғруқдан кейин эндометрит билан касалланиш 5% га етади ва кесар кесишдан сўнг у 2 дан 55% гача, ўртача 15% гача [20] етади. Кўпинча эндометрит фониде кесар кесишдан кейин чандиқ етишмовчилигининг келиб чиқишида узоқ муддатли

грануломатоз яллиғланишнинг натижаси фиброз тўқима [21] билан кенг грануляция зоналари шаклланиши ривожланади. Бачадон чандиғининг этиологиясида туғруқдан кейинги эндометритнинг "носимптом" шакли муҳим рол ўйнайди, бу "қисқа" ўткир босқич, бачадон субинволюцияси никоблари остида содир бўладиган яширин клиник кечиши билан намоён бўлади, касаллик, кеч намоён бўлиши, инфилтратив касалликнинг устунлиги ва яллиғланишнинг некротик шакллари ва ўткир яллиғланиш реакциясининг одатий лаборатор кўрсаткичларининг йўқлиги билан кечади. Эндометрит бор аёлларда туғруқдан кейин лаборатор кўрсаткичлар кўпинча ЭЧТнинг ошиши, енгил анемия, гипо- ва диспротеинемия ва С-реактив оқсилнинг 72,3% га ошиши билан ифодаланади. Энг ёмон прогностик белги - септик жараёнга хос бўлган лейкопения. Қон плазмасида прокалцитонин даражасини 2 дан 10 нг / мл гача аниқлаш радикал жарроҳлик даволашни талаб қиладиган оғир яллиғланиш-интоксикация синдроми учун муҳимдир [12, 22].

Бачадон чандиғи етишмовчилигига олиб келадиган миометрийнинг морфофункционал ҳолатини яна бир долзарб муаммоси бачадон чандиғида эндометриознинг ривожланиши ҳисобланади. Кесар кесишдан кейин бачадон чандиғи соҳасидаги эндометриознинг биринчи ҳолатлари 1996 йилда А. Кафкасли ва бошқ., бачадондаги патологик ўзгаришларнинг оғирлиги туфайли беморга гистеректомия қилинганида аниқланган ва эндометриоз ташхиси гистологик тасдиқланган. В.Б.Цхай тадқиқотларига кўра, операциядан кейинги чандиқни гистологик материалларини ўрганиш жараёнида, чандиқда фиброз ва эндометриознинг бирикмаси 21,4% қайд этилган [22]. Миометрийнинг морфофункционал ҳолати ва бачадон пастки сегментининг гемодинамикасига таъсир килувчи бир гуруҳ омилларга бачадон деворини тикиш жарроҳлик техникаси, тикув материали хусусиятлари киради. Чокни қўллашда тикув соҳасидаги оптимал қон таъминоти шароитлари тўқима реактив материал билан минимал яллиғланиш реакцияси, тикув техникаси билан боғлиқ равишда ҳосил бўлади [12]. Мазуркевич Е. Л., Hutton Е. К. ларнинг маълумотларига кўра, операциядан кейинги чандиқнинг мустаҳкамлиги ва етишмовчилигини баҳоловчи омил бўлиб, чандиқ соҳасида мушак ёки бириктирувчи тўқима шаклланишининг устунлиги ҳисобланади. Бачадон пастки сегментини яхши қон билан таъминлашида мустаҳкам бачадон чандиғининг асосини ташкил етувчи мушак тўқималари шаклланишининг устунлиги билан давом этади [23]. Кесар кесишдан кейин бачадондаги ярани тикишнинг умумий қабул қилинган усули ҳақида ягона нуқтаи назар йўқ. Ишончли маълумотларнинг етишмаслиги ва тасдиқланган меъёрий ҳужжатларнинг етишмаслиги туфайли икки қаторли ёки битта қаторли тикув, узлуксиз ёки тугунли тикув ва эндометрийни тикишдан фойдаланиш масалалари долзарб бўлиб қолмоқда. Кесар кесиш пайтида бачадонни тикиш техникаси бўйича асосий рандомизацияланган тадқиқотлар операциядан кейинги асоратларнинг табиати ва сонига асосланган, кейинги

хомиладорликдан олдин хомиладорликгача тайёргарлик боскичида бачадон чандиғининг ҳаётийлиги баҳоланмаган. Shashikant L. Sholapurkar бачадон чандиғининг ривожланишининг асосий омили ишемик некроз бўлиб, у тикувдаги эндометрийнинг ҳаддан ташқари кучли тортилиши ва тутилиши натижасида юзага келади, деб тахмин қиладилар. Муаллифлар биринчи қаторда минимал эндометрий (5 мм дан кам) қўшилган, миометрийнинг учдан икки қисмини киритиш билан доимий мушак-мушак чокларни ва иккинчи қаторда миометрийнинг юқори учдан бир қисмини ушлаб турадиган доимий мушак-мушак чокларини қўйишни тавсия этадилар. Ушбу усул кесма қирраларини иложи борича мослаштиришга ва тўқима ишемиясини олдини олишга имкон беради [24]. В.И. Краснополский ва бошқалар Елцов-Стрелков бўйича алоҳида шиллиқ-мускул чоклардан фойдаланганда, чандиқ етишмовчилигининг частотаси 38,5%ни, алоҳида мушак-мушак чоклари ва бачадоннинг ўз фасциясига узлуксиз чокни қўллашда - 13,2%ни, бачадонга бир ва икки қаторли узлуксиз чок билан кесма тикишда - 95,4 % ва бачадонни Реверден бўйича узлуксиз чок билан тикишда - 95% ни ташкил этишини аниқладилар [16, 25]. L.S. Логутованинг сўзларига кўра, битта қаторли мушак-мушак тикувидан фойдаланганда операциядан кейинги эндометрит ҳолатларининг частотаси 2 баравар камаяди. Тананинг бириктирувчи тўқима дисплазиясига (БТД) индивидуал хусусияти ҳам бачадонда чандиқ етишмовчилиги шаклланиши учун хавф омилidir [11]. Ушбу патологик ҳолат генетик бўлиб, турли хил клиник шаклларга эга ва бириктирувчи тўқима шаклланишининг бузилиши билан боғлиқ механик кучнинг пасайишига олиб келадиган маълум турдаги коллаген таркибининг камайиши репарация жараёнларининг бузилишига олиб келиши мумкин [25, 26]. Маҳаллий адабиётларда алоҳида дифференциялашмаган БТД бўлган беморларни бачадон чандиғи неоангиогенезининг морфологик хусусиятлари ўрганилганда, бачадон чандиғи етишмовчилигининг юқори даражада учраши, миопиянинг юқори даражаси ва митрал клапан пролапсининг мавжудлиги билан боғлиқлиги аниқланди. БТД билан оғриган беморларда чандиқ етишмовчилиги маҳаллий ишемия туфайли бириктирувчи тўқималарнинг дисорганизациясига олиб келиши мумкин бўлган ангиогенезнинг нисбатан камайиш даражаси билан характерланади [26, 27, 28]. Ҳозирги вақтда кўплаб олимлар КК дан кейин етилган бачадон чандиғи шаклланишининг патогенезида иштирок этадиган жараёнларга таъсир қилиш йўллари кидирмоқдалар. Масалан, Е.В. Енькова ва ҳаммуаллифлари билан биринчи ККдан кейин бачадон пастки сегментининг миометрийсини иммуногистокимёвий тадқиқот ўтказдилар. Бу ККдан кейин бачадонда ўзгарган ва ўзгармаган соҳасида иммуногистокимёвий тадқиқот ўтказдилар. Бунда чандиқ тўқимасида секретор фаол хужайраларнинг кўплиги аниқланди, миометрийда бириктирувчи тўқима ҳосил бўлиши, кейинчалик фиброзга айланишига хавф омили бўлиб ҳисобланади [29].

Хулоса: Шундай қилиб, кесар кесиш частотасини ошишининг ҳозирги тенденцияси кейинги ҳомиладорлик пайтида бачадон чандиғи етишмовчилигининг олдини олиш ва бачадон чандиғи билан туғруқни табиий туғруқ йўллари орқали олиб боришнинг профилактик чора-тадбирларини ишлаб чиқиш зарурлигини тақозо этади. Етилган бачадон чандиғи ташхисиди, кейинги ҳомиладорликда кесар кесиш учун умумий қабул қилинган кўрсатмалар бўлмаса, туғруқни эҳтиёткорлик билан клиник ва монитор назорати остида табиий туғруқ йўллари орқали ўтказиш мумкин ва туғруқдаги ҳар қандай асоратлар бўлса, дарҳол жарроҳлик туғруқни амалга ошириш учун оператив хоналар тайёр бўлиши лозим. Бачадонда чандиғи бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнини прогнозлашнинг янги усулларини илмий жиҳатдан янада ривожлантириш мақсадга мувофиқ кўринади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Антонов А.Г. Исходы абдоминального родоразрешения для плода и новорожденного / А.Г. Антонов // Кесарево сечение. – Москва, 2017. – С. 170–184.
2. Стрижаков А.Н. Беременность после кесарева сечения: течение, осложнения, исходы / А.Н. Стрижаков, Т.Е. Кузьмина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2017. – Т. 1. – № 2. – С. 40–46.
3. Расползание рубца на матке после кесарева сечения / М.А. Курцер, И.Ю. Бреслав, О.П. Барыкина и др. // Акушерство и гинекология. – 2022. – № 2. – С. 59–64.
4. Габидуллина Р.И. Рубец на матке после кесарева сечения: хирургические и диагностические аспекты: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Казань, 2016. – 37с.
5. Лебедев А.С. Экстраперитонеальное кесарево сечение как средство снижения септической заболеваемости / А.С. Лебедев // Тезисы докладов I съезда Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – Москва, 1995. – С. 57–58.
6. Обоскалова Т.А. Структура и причины перинатальной смертности недоношенных / Т.А. Обоскалова // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 5. – С. 39–41.
7. Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде: клинические рекомендации / Российское общество акушеров-гинекологов. – Москва, 2021.
8. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: руководство / Э.К. Айламазян. – Санкт-Петербург : Издательство Н-Л, 2017. – 560 с.
9. Ананьев В.А. Кесарево сечение в снижении материнской и перинатальной патологии в современном акушерстве: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 2016. – 42 с.
10. Случай полного разрыва матки во втором триместре беременности у пациентки с рубцом на матке / С.А. Лысенков, Г.Ж. Жатканбаева, Ж.А. Иманбаева и др. // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2017. – № 3–2. – С. 5–7.

11. Donnez O. Cesarean scar defects: management of an iatrogenic pathology whose prevalence has dramatically increased / O. Donnez // *Fertil. Steril.* – 2020. – Vol. 113. – № 4. – P. 704–716. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2020.01.037.
12. Полянин Д.В. Дискуссионные вопросы несостоятельного рубца на матке в эру эпидемии кесарева сечения / Д.В. Полянин, А.А. Михельсон, О.А. Мелкозерова и др. // *Уральский медицинский журнал.* – 2019. – № 5. – С. 17–22.
13. Т.Ю. Павлова Комплексная оценка характера репаративных процессов в области разреза матки после кесарева сечения / Т.Ю. Павлова, Р.Д. Филиппова, В.А. Крамарский и др. // *Якутский медицинский журнал.* – 2008. – № 4. – С. 37–40.
14. Густоварова Т.А. Ведение беременности и родов у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения / Т.А. Густоварова, А.Н. Иванян, С.И. Коржув // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2007. – № 4. – С. 45–9.
15. Крамарский В.А. Основные факторы риска развития неполноценности рубца на матке после кесарева сечения / В.А. Крамарский, Л.И. Машакевич, В.Н. Дудакова // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2003. – № 2. – С. 37–9.
16. Vervoot A.J.M.W. Why do niches develop in Caesarean uterine scars? Hypotheses on the aetiology of niche development / A.J.M.W. Vervoort, L.B. Uittenbogaard, W.J.K. Hehenkamp et al. // *Human Reprod.* – 2015. – Vol. 30. – № 12. – P. 2695–2702. DOI: 10.1093/humrep/dev240.
17. Щукина Н.А. Причины формирования и методы профилактики несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения / Н.А. Щукина, Е.И. Благина, И.В. Барина // *Альманах клинической медицины.* – 2015. – № 37. – С. 85–89.
18. Lannon S.M.R. Uterine rupture risk after periviable Cesarean delivery / S.M.R. Lannon, K.A. Guthrie, J.P. Vanderhoeven et al. // *Obstet. Gynecol.* – 2015. – Vol. 125. – № 5. – P. 1095–1100. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000832.
19. Хасанов А.А. Диагностика, профилактика и органосохраняющие методы родоразрешения беременных с вращением плаценты / А.А. Хасанов // *Казанский медицинский журнал.* – 2016. – Т. 9. – № 4. – С. 477–485. DOI: 10.17750/kmj2015-477
20. Айламазян Э.К. Акушерство. Национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский и др. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1200 с.
21. Хасанов А.А. Отдаленные исходы реконструктивной пластики несостоятельности рубца на матке влагалищным доступом / А.А. Хасанов, В.И. Журавлева, Д.И. Галаутдинова // *Практическая медицина.* – 2017. – № 8. – С. 168–170.
22. Цхай В.Б. Эндометриоз несостоятельного рубца на матке после операции кесарева сечения / В.Б. Цхай, Е.В. Леванович, В.Г. Кельберг // *Акушерство и гинекология.* – 2016. – № 8. – С. 119–123.

23. Mozurkewich E.L. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999 / E.L. Mozurkewich, E.K. Hutton // *Obstetr. Gynecol.* – 2000. – Vol. 183. – P. 1187–1197.
24. Sholapurkar S.L. Etiology of Cesarean Uterine Scar Defect (Niche): Detailed Critical Analysis of Hypotheses and Prevention Strategies and Peritoneal Closure Debate / S.L. Sholapurkar // *Clin. Med. Res.* – 2018. – Vol. 10. – № 3. – P. 166–173.0
25. Краснопольский В.И. Несостоятельность шва (рубца) на матке после кесарева сечения: проблемы и решения (редакционная статья) / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина и др. // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2015. – Т. 15. – № 3. – С. 4–8.
26. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация) / Т.И. Кадурина. – Санкт-Петербург : Невский диалект; 2000. – 272 с.
27. Гарифуллова Ю.В. Пластика несостоятельного рубца на матке влагалищным доступом при сопутствующей дисплазии соединительной ткани / Ю.В. Гарифуллова, В.И. Журавлева // *Практическая медицина.* – 2019. – Т. 17. – № 4. – С. 85–87.
28. Сухих Г.Т. Беременность, роды и послеродовый период у женщин после операций на матке при недифференцированных формах дисплазии соединительной ткани / Г.Т. Сухих, М.И. Кесова, Н.Е. Кан и др. // *Акушерство и гинекология.* – 2010. – № 2. – С. 26–9.
29. Енькова Е.В. Прогнозирование несостоятельности рубца на матке путем оценки популяции тучных клеток / Е.В. Енькова, Д.А. Атякшин, В.А. Вуколова, Ю.С. Рыжиков // *Научные результаты биомедицинских исследований.* – 2019. – Т. 5. – № 2. – С. 86–95.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**ҲОМИЛАДОРЛАРДА ТАРҚАЛГАН КАМҚОНЛИК КАСАЛЛИГИГА
ҚАРШИ КУРАШИШ**

Р.И.Ғуломова¹, Ш.Алижонова¹.

¹Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Аннотация: Маълумки, кейинги йилларда ҳомиладорларнинг анемия билан касалланиши ошиб бормоқда. Шуларни ҳисобга олган ҳолда, эндиликда тадқиқотларимиз ёшларда бу касалликнинг олдини олиш ва даволашнинг янги мезонларини ишлаб чиқиш ҳамда шу асосда профилактик тадбирлар мажмуасини амалиётга татбиқ этиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат. Ёшларда камқонлик касаллигининг олдини олиш ва даволашда ўсмирларнинг оптимал

гигиеник ҳолати, яшаш тарзи, овқатланиш тартиби, оилавий шароити, ўсиш иммун тизимининг аҳволи аҳамиятга эга.

Бугунги кунда бутун дунёда, жумладан, бизнинг мамлакатимизда ҳам камқонлик кенг тарқалган касалликлар туркумига кириб, ечимга муҳтож касалликка айланмоқда. Шу туфайли сўнгги йилларда Ўзбекистон Республикасида аҳоли орасидаги камқонлик касаллигини камайтириш, умуман, аҳолини соғломлаштириш ва касалликнинг олдини олиш ишига кенг эътибор қаратилмоқда. Буни қатор қарорлар, фармойишлар, Соғлиқни сақлаш вазирлиги буйруқлари ва 2016 йилдаги “Соғлом она ва бола” давлат дастури ишлаб чиқилганлиги бу борада бир қанча ишларнинг амалга оширилганлиги тасдиқлайди. Ҳозирги даврда ҳомиладор аёллар саломатлигини тўғри баҳолаш бўйича янги мезонларни ишлаб чиқиш ва шу асосда улар орасида касалланиш даражасини камайтиришга оид янгича ёндашув асосида мажмуавий соғломлаштириш чора-тадбирларини ишлаб чиқиш тиббиёт амалиёти ва жамият ҳаётидаги энг долзарб масалаларидан биридир. Камқонлик дунё аҳолиси (болалар, ўспиринлар, туғиш ёшидаги ва ҳомиладор аёллар) орасида энг кўп учраганлиги учун унинг тарқалиш даражаси, келиб чиқиш сабаблари, ривожланиши, ташхиси, давоси ва олдини олиш масалалари турли минтақаларда ҳар тарафлама ўрганилган ва бу борада катта ижобий натижаларга эришилган. Кейинги йилларда аҳолини соғломлаштиришда эришилган анчагина ютуқларга қарамай, ҳомиладорлар орасида камқонлик касаллиги кўпаймоқда, даводан кейинги касалликнинг қайталаниш ҳолатлари кузатилмоқда. Бунинг асосий сабаби ёшларда тўғри овқатланиш режимига риоя қилмаслиги ва ҳоказоларни мисол қилиб айтишимиз мумкин.

Анемия – юнон сўзидан олинган бўлиб, аn – инкор қўшимчаси ва haima – қон деган маънони англатади. Камқонлик – қонда эритроцитлар сони ва гемоглобин миқдорининг камайиши билан характерланадиган касаллик ҳисобланади. Анемияга қон яратилиш жараёнининг бузилиши, тўсатдан ёки сурункали қон йўқотиш, қизил қон таначалари – эритроцитларнинг кўплаб парчаланиши, асосий қон яратиш органи – кўмикнинг ўз функциясини етарли бажара олмай қолиши сабаб бўлиши мумкин. Темир ва В12 витамини етишмаслиги оқибатида келиб чиқадиган анемия экологик танглик вужудга келган ҳудудларда яшовчи ҳомиладорларда, айниқса, кенг тарқалган. - Темир организмнинг ҳаёт фаолиятида муҳим роль ўйнайди: у эритроцитлар таркибидаги гемоглобиннинг тузилиши учун зарур, чунки гемоглобин ўпкадан тўқималарга кислород етказиб беради. Темир етишмаганда ҳазм безлари, асаб тизими ва мушак тизимининг ҳам функцияси бузилади. - Эритроцитлар сони сал камайгани ёки нормада бўлган ҳолда, қонда гемоглобин миқдорининг камайиши темир етишмаслигига алоқадор анемиянинг асосий белгиларидандир. Ҳомиладор аёлларнинг ранги синиққан бўлиб, аксарият тез чарчаш, бош оғриши, бош айланиши, кўз олди живирлашиб кетиши, ҳомиласининг кўп қимирлашидан шикоят қилишади, соч тўкила бошлаб, мўрт бўлиб қолади, тирноқ синувчан

бўлиб, баъзан ютиниш қийинлашади, ҳомиладорлар бўр, оҳак истеъмол қилишни хоҳлайди, аччиқ, шўр таомларни хуш кўради. Темир етишмаслигига алоқадор анемиянинг олдини олиш ва даволашда қон йўқотиш эҳтимоли бўлган манбаларни ўз вақтида аниқлаш ва бартараф этиш, тўғри овқатланиш муҳим роль уйнайди. Бу хил анемиянинг олдини олиш учун ошқозон-ичак йўлининг хроник касалликлари, айниқса, ич кетиши билан ўтадиган касалликларни ўз вақтида аниқлаб даволаш жуда муҳимдир. - Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотиغا кўра, жаҳонда 42% аёлларда ва 51% ҳомиладорларда камқонлик касаллиги аниқланган. Умуман олганда, жаҳонда ўртача ҳомиладорларда 21–80% анемия борлиги кўрсатилган. Камқонликнинг миллатга ҳам боғлиқлиги исботланган. Америкадаги оқ танли, испан миллатли ва негрларда 5%, 5–8%, ва 12–15% камқонлик борлиги қайд этилган. Улардаги ҳомиладорлар ичида анемия ўртача 31,5% бўлган. Индонезияда текширилган аҳоли орасида темир танқислиги 91,08% аёлда аниқланган бўлиб, уларнинг 49–77% ҳомиладорлар эканлиги кўрсатилган. Африкада ўсмир кизларда 45%, Ҳиндистонда 56%, Эфиопия мактаб ўғил болаларида 65,4%, Кенияда 70% аниқланган. Англиянинг ўғил болаларида 3,5%, кизларида 10,5% камқонлик қайд этилган. Таиландда моддий ночор оилаларда ўқиш ёшидаги болалар орасида камқонлик кўплиги аниқланган. Россияда 40–60% туғиш ёшидаги аёлларда темир танқислиги мавжуд. Россияда қайд этилган камқонликларнинг 80% анемия эканлиги, унинг, айниқса, кичик ёшли болаларда, фертил ва ҳомиладор аёлларда кўплиги аниқланган. Россияда охириги 10 йил ичида анемия 6,3% га ортган. Латвияда кўрсаткич 42,7% ни ташкил этади. Қозоғистонда 49% туғиш ёшидаги аёллар ва 69% 3 ёшгача болаларда темир танқислиги бор. Ўзбекистонда ва Қирғизистонда 38% туғиш ёшидаги аёлларда ва 50% кичик ёшли болаларда темир танқислиги топилган. Ўзбекистонда қайд этилган камқонликларнинг 75–90% ни ҳомиладорлар анемиясини ташкил қилади. Г.Б.Маликова фикрича, ҳомиладорлик даврида анемия ортиб боради, анемия ўсмирларда барча камқонликларнинг 70% ни ташкил қилади. Кейинги йилларда ўтказилган текширишлар айрим аҳоли гуруҳларида анемия кўплигини тасдиқлади. Орол бўйи ҳудудларида анемия кўплиги (айниқса, она ва болаларда) аниқланди. Хоразмда 74,3% шаҳар аёлларида ва 81% қишлоқ аёлларида ҳомиладорлик камқонлик билан кечади. Ўзбекистонда кўпгина текширишлар аёллар ва болаларда 35– 88%, ўсмирларда 60 – 88%, ҳомиладорларда 65–89% камқонлик борлигини аниқланди. Анемиянинг тарқалиши иқтисодий, ижтимоий омилларга, озиқ-овқат таъминотининг етарли ва тўғри ташкил этилишига, организмдан темир моддасининг йўқолишига, тиббий ёрдамнинг ўз вақтида таъминланишига, атроф-муҳитнинг номутоаносиб тозаллигига боғлиқ.

Маълумки, кейинги йилларда ҳомиладорларнинг анемия билан касалланиши ошиб бормокда. Шуларни ҳисобга олган ҳолда, эндиликда тадқиқотларимиз ҳомиладорларда бу касалликнинг олдини олиш ва даволашнинг янги мезонларини ишлаб чиқиш ҳамда шу асосда профилактик тадбирлар мажмуасини амалиётга татбиқ этиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқишдан

иборат. Ҳомиладорларда камқонлик касаллигининг олдини олиш ва даволашда вояга етётган ўсмир қизларнинг оптимал гигиеник ҳолати, яшаш тарзи, овқатланиш тартиби, оилавий шароити, ўсиш иммун тизимини аҳволи аҳамиятга эга. Тадқиқотнинг мақсади – ҳозирги даврда ҳомиладорларнинг камқонлик билан касалланишининг олдини олиш ва даволашнинг янги мезонларини ишлаб чиқиш ва шу асосда профилактик тадбирлар мажмуасини амалиётга татбиқ этиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат. Ушбу тадқиқотимиз 3 босқичда амалга оширилди: -Ҳомиладорларнинг амбулатория ва касалхона шароитида даволаш натижалари қиёсий аниқлаш, камқонликнинг келиб чиқиш сабабини яна-да чуқурроқ ўрганиш ва баҳолаш, шунингдек, атроф-муҳит кўрсаткичлари билан касалланиш даражасини таҳлил қилиш кўзда тутилган. -Ҳомиладорларнинг камқонлик даражаси қон таҳлил натижаларига ҳамда тиббиёт талаблари асосида таҳлил этиш тўғрисида комплекс маълумотлар акс эттирилди. -Камқонлик билан касалланиш оқибатлари ва иқтисодий зарарларини ҳисобга олган ҳолда, касалланишнинг олдини олиш ва камайтиришга оид чора-тадбирлар дастурини ишлаб чиқишдан иборат. Ҳомиладорлардаги камқонлик касаллигининг олдини олиш ва касалланиш сонини камайтиришда, ўсиб-улғайиб келаётган ёш авлодларимизнинг соғлом, бақувват, руҳан ва жисмонан тетик бўлишида ҳамда тўғри овқатланиш рационига риоя қилишда муҳим аҳамиятга эга бўладиган бир қанча тавсиялар бериш мақсадга мувофиқдир. Ҳомиладорларнинг овқатлинишига катта эътибор берилиши лозим. Истеъмол қилинадиган озиқ-овқат маҳсулотларида кўпроқ темир моддасини сақлайдиган бўлиши яна-да мақсадга мувофиқ. Темир моддаси кўпроқ гўшт ва гўшт маҳсулотларида мавжуд. Организмни ҳайвон оқсилларидан балиқ ва денгиз маҳсулотлари ҳисобига тўйинтириш мумкин. Энг фойдали сабзавот маҳсулотларидан исмалок, гулқарам, қизил булғар қалампери, ковоқ, редиска, лавлаги, кўк пиёзни ҳам киритиш лозим. Ичакларда моддаларнинг сўрилишини яхшилаш учун таркибида бифидобактерияга бой бўлган турли хил йогурт, ёнғоқ, картошка, кўзиқорин, бақлажон, сабзи, шолғом ва барча мевалар ҳам фойдалидир. Сабзавот ва меваларнинг ҳаммасини, димламай, қайнатмай ейиш жуда фойдали. Мева шарбатларига келсак барча мева шарбатларига 1/3 қисм қайнатиб совитилган сув қуйиб истеъмол қилиш лозим. Бундай шарбатлар витаминларга бой бўлиб, иммунитетни кўтаради.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Бахрамов С.М., Фармонкулов Х.К. Темир танқислиги камқонликлари. “Ўзбекистон тиббиёт журнали”, Тошкент, 1999, 6-сон, 13–20-бетлар.
2. Шамрай В.С. Железодефицитная анемия: клиника, диагностика, лечение. Мет. реком., Ростов-на-Дону, 1999, 13 с. 3 Маликова Г.Б., Махмудова М.А., Бугланов А.А. Выявляемость дефицита железа и информативность диагностических тестов при оценке железа у беременных. “Проблемы гематологии“, 2001, №4, с. 42–48. 4 Тот же.

3. Аллен Л.Х. Анемия и дефицит железа: влияние на исход беременности. *Am J Clin Nutr.* (2018) 71:1280–4. doi: 10.1093/ajcn/71.5.1280s
4. Всемирная организация здравоохранения. *Краткий обзор политики в отношении анемии. Глобальные цели в области питания, 2025 г., 2 (WHO/NMH/NHD/14.4).* Женева: Всемирная организация здравоохранения (2014 г.). п. 8.
5. Чан Маргарет. *Концентрации гемоглобина для диагностики анемии и оценки тяжести.* Женева: Всемирная организация здравоохранения (2011 г.).

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

ПУТИ СОКРАЩЕНИЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ДАННОМ ЭТАПЕ

Р.И. Гуломова

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Аннотация: Кесарево сечение (КС) - одна из самых распространенных операций в мире, частота которой не имеет тенденции к снижению. В данной статье освещены особенности операции кесарева сечения на современном этапе.

Ключевые слова: операция, кесарево сечение, медицина, женщина.

WAYS TO SHORTEN CAESAREAN SECTION AT THIS STAGE

Abstract: Caesarean section (CS) is one of the most common operations in the world, the frequency of which has no tendency to decrease. This article highlights the features of cesarean section surgery at the present stage.

Keywords: surgery, cesarean section, medicine, woman.

Новые данные в отчете “Оптимизация использования КС” подчеркивают ранее выявленную “глобальную акушерскую дилемму”: все женщины должны иметь доступ к основным и безопасным операциям, но тревожное количество ненужных КС должно быть прекращено, поскольку они не приводят к улучшению здоровья и наносят вред женщинам и их детям.

Цель исследования: определить основные показания и обоснованность кесарева сечения при плановых и экстренных процедурах в акушерском учреждении третьего уровня и определить пути сокращения сроков оперативного родоразрешения.

Методы исследования: ретроспективный анализ родов после кесарева сечения.

Обнаружение. Основным показанием к кесареву сечению при плановых и экстренных процедурах является наличие рубца на матке (46%). Отказ от самостоятельного родоразрешения у пациенток с рубцом на матке в 16% случаев является показанием к абдоминальному

родоразрешению у пациенток с одним рубцом на матке. Согласно статистике ВОЗ, количество операций кесарева сечения в мире за 15 лет выросло почти вдвое: с 12% в 2000 году до 21% в 2015 году. Одним из факторов является увеличение возраста женщин, рожаящих впервые. В то же время повышается и риск экстрагенитальных заболеваний. Другим фактором является распространение ЭКО, при котором часто развивается двойня, что также может потребовать применения кесарева сечения. В последнее время женщины хотят быстро родить и избежать боли, слез и снижения либидо. Есть еще один аспект - право женщины распоряжаться своим телом, однако запретить кесарево сечение без показаний невозможно, но мы не должны подвергать риску женщин и детей. Резервом для сокращения кесарева сечения является проведение разъяснительной работы с пациентами о преимуществах родов через родовые пути как для женщин, так и для новорожденных, а также повышение осведомленности медицинского персонала и пациентов. Внедрение классификации Робсона позволяет проанализировать частоту кесарева сечения по группам в динамике и найти пути ее снижения в акушерском стационаре 3-х уровней. Высокий процент абдоминальных родов имеет решение за счет снижения процента кесаревых сечений из-за родов у беременных женщин с тяжелой преэклампсией, рубцом на матке и тазовым предлежанием плода. Таким образом, установлено, что частота операции кесарева сечения по сравнению с последним годом увеличилась на 1,6% (с 36,1% до 37,7%), при этом частота плановых и экстренных операций встречается с одинаковой частотой. Достоверно чаще операция кесарева сечения проведена в возрасте 26-35 лет (58,8%). Средний возраст 31,6 год. Показаниями для экстренного родоразрешения явились: угрожающее состояние плода (11%), рубец на матке и угроза разрыва по нему (14%), преэклампсия тяжелой степени (11%), слабость родовой деятельности и безэффективность (8%), клинический узкий таз (7%), ПОНРП (4%), В свою очередь для планового родоразрешения: рубец на матке + ОАА (32%), клинически узкий таз (6%), тазовое предлежание плода (5%), миопия высокой степени (3%), расхождение лонного сочленения (2%). После первого абдоминального родоразрешения от 30 до 60 % женщин планируют в будущем беременность. Поэтому у этой категории пациенток основным вопросом является оценка состояния рубца на матке. Исследователи подчёркивают, что послеродовой эндометрит является основной причиной формирования неполноценного рубца на матке после кесарева сечения. Отличительной особенностью современного оперативного акушерства является увеличение числа повторных кесаревых сечений, показанием к которым более чем в 70% наблюдений является несостоятельный рубец на матке. Несмотря на кажущуюся техническую простоту кесарева сечения, эту операцию относят к разряду сложных оперативных вмешательств. Многоцентровые рандомизированные исследования показали, что роды через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке по сравнению с повторным плановым кесаревым сечением привели к меньшей кровопотере, меньшему развитию инфекционного

процесса и короткому восстановительному периоду. Несмотря на известные риски (0,5—1% разрывов матки), роды через естественные родовые пути после кесарева сечения остаются привлекательным вариантом для многих пациенток и приводит к успешным результатам в высоком проценте случаев. Естественные роды у 25—70% беременных с кесаревым сечением в анамнезе имеют благоприятный исход как для матери, так и для плода. Безусловно не рекомендуются влагалищные роды после кесарева сечения пациенткам, ранее перенесшим разрыв матки или масштабную операцию на матке в связи с формированием неполноценного рубца. В свою очередь, в некоторых исследованиях к основным ультразвуковым признакам формирования неполноценного рубца на матке относятся следующие: наличие локальных вдавлений, втяжений или утолщений в области рубца; белесоватый цвет ткани рубца, который свидетельствует о выраженном преобладании соединительнотканного компонента, а втяжения — об истончении миометрия в результате неполноценной регенерации; крупное уплотнение ткани в сочетании с эконегативностью окружающей ткани как результат перифокальных изменений в области шва за счет отека и ускоренной пролиферации (прогностически неблагоприятный вариант); более крупные эконегативные включения в области рубца и в окружающей ткани, а также локальное истончение рубца между маткой и мочевым пузырем (прогностически неблагоприятный вариант); наличие «ниши» со стороны полости матки, резкое истончение миометрия в зоне рубца до 2—3 мм (критические значения) или отсутствие миометрия в зоне рубца — полная несостоятельность рубца; локальное изменение структуры миометрия в области рубца или диффузное изменение миометрия передней стенки матки в виде множественных включений пониженной эхогенности с нечеткими контурами (участки микроабсцедирования); локальное расстройство кровообращения в области рубца — отсутствие диастолического компонента кровотока (очаговый некроз) или резкое снижение кровоснабжения всей передней стенки матки. Одним из важных факторов, влияющих на течение раннего и позднего послеоперационного периодов и дальнейших результатов, является методика выполнения операции кесарева сечения. В то время как операция «кесарево сечение» является довольно распространенной процедурой во всем мире, существует мало информации для обоснования наиболее подходящей хирургической техники. Из вышеизложенного следует, что беременная женщина с рубцом на матке подвергается повышенному риску развития осложнений, как при повторном кесаревом сечении, так и при родах через естественные родовые пути. Поэтому необходимо пересмотреть относительные показания к кесареву сечению, разработать алгоритм дифференцированного выбора техники оперативного родоразрешения в зависимости от осложнений беременности и родов, экстрагенитальных заболеваний. Усовершенствовать принципы отбора беременных с рубцом на матке для естественного родоразрешения с учетом не

только экстрагенитальных заболеваний, акушерских осложнений у беременных с рубцом, но и методики выполнения предыдущего кесарева сечения.

Список литературы:

1 Протокол диагностики и лечения МЗ РК «Кесарево сечение» от № 10 от «04» июля 2014 года.

2 World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: WorldHealthOrganization; 2015 (WHO/RHR/15.02).

3 Interpretation of Caesarean Section Classifications. Marcus J Rijken, KwakuAsah-Opoку, published from 24.01.2019.

4 Мишель Одэн. Кесарево сечение. Безопасный выход или угроза будущему. Научно-исследовательская литература. - М.: 2013 -187 с.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАННЕГО ТОКСИКОЗА У ЖИТЕЛЬНИЦ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Ю.К.Джаббарова¹, С.Абдиева².

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт

²Ферганский медицинский институт общественного здоровья,

По данным литературы у 35% беременных рвота беременных отрицательно влияет на качество жизни, работоспособность и семейные взаимоотношения. Цель. Изучить возможные факторы риска развития тяжелой рвоты беременных. Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 80 историй болезней беременных с ранним токсикозом, поступивших в Ферганский областной перинатальный центр. Использован клинико-статистический метод исследования. Результаты исследования. Основной контингент составили беременные с рвотой беременных (РБ) средней степени - 72,5%, тяжелая степень диагностирована у 15,0%, легкая - у 12,5%. Беременные были преимущественно в возрасте до 25 лет (46,3%), в возрасте от 25 до 30 лет- 31,2% и старше 30 лет-22,5%. Беременные с тяжелой рвотой достоверно чаще были в возрасте 20-24 года (66,7%, $p<0,05$). Частота РБ не зависела от паритета и была одинаковой как при 1-ой (35%), 2-ой –(28,8%), так и при 3-ей беременности (27,5%) ($p>0,05$). По социальному статусу подавляющее большинство составили домохозяйки (68,8%, $p<0,05$), служащих было 28,7%, учащихся - 2,5%. В отделение поступали женщины в основном в сроки гестации 7-8 недель (37,5%) и 5-6 недель (35,0%), что достоверно чаще больше показателей других сроков ($p<0,05$). Клинически РБ сопровождалась артериальной гипотонией

(86,3%) и угрозой прерывания (36,3%). Среди соматической патологии диагностирован эндемический зоб (60,0%), ЖДА (28,8%), заболевания ЖКТ (5,0%). Указание на перенесенную вирусную инфекцию COVID-19 имелось лишь у 1,3% беременных. Выводы. К группе риска развития РБ тяжелой степени можно отнести первобеременных в возрасте 20-24 лет, домохозяек, поступавших запоздало в сроки гестации 7-8 недель, что свидетельствовало об отсутствии у них знаний и/или несоблюдении режима питания, сна и отдыха - основных мер профилактики развития раннего токсикоза беременных. В целях улучшения лечебной тактики представляет научный и практический интерес оценить состояние иммунной системы при рвоте беременных, что является объектом наших дальнейших исследований.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ
УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

С.Т.Джумаева¹, Муминова Н.Х¹.

¹Центр развития повышения квалификации медицинских работников Филиал Навои

Актуальность: Качество жизни женщин репродуктивного периода имеет ряд своих особенностей и гинекологические заболевания имеют немаловажную роль в его становлении.

Женщины репродуктивного возраста с эндометриозом (ЭН) часто обращаются в специалисту по поводу тазовой боли (34%), бесплодии (37%) и с нарушением менструального цикла и эта патология является частой причиной бесплодие.

Целью настоящего: исследования явилось анализ анамнестических данных и диагностических тестов пациенток репродуктивного периода с ЭН.

Материал и методы исследования: 38 женщин репродуктивного возраста с эндометриозом различного генеза, у которых возраст колебался от 19 до 39 лет, составляя, в среднем, $26,6 \pm 1,6$ года. Из них 22 (57,9%) служащими, 16 (42,1%) – домохозяйками. Менархе у больных: 10-12 лет – 5 (13,1%), 13-15 лет – 11 (23,7%), 16-18 лет – 22 (57,9%). Нормопонирующий цикл у 9 (23,7%), антепонирующий – у 12 (31,6%), постпонирующий – у 17 (44,7%) пациенток. Менструальный цикл был циклическим у 9, ациклическим у 29. Нарушения менструального цикла по типу олигоопсоменореи 6, гиперполименорея- 19, нормальные кровопотеря во время цикла у 13. На первичное бесплодие в анамнезе указывали 22 беременных с продолжительностью, в среднем, от 1 до 3,5 лет, на вторичное 8. Характерной особенностью анамнеза больных с ЭН были спонтанное прерывание более 2/3 всех беременностей в первом

триместре (67,8%), половина из них – до 8 недель беременности. Второй пик увеличения частоты самопроизвольных выкидышей был 13-20 недель, неразвивающаяся беременность (10,5%). Диагноз ЭН выставляли по данным УЗИ (38), МРТ (13) и на основании жалоб и клиники (тазовая боль, диспаренунция, нарушения цикла). Из методов исследования всем 38 пациенткам включали определение содержания в сыворотке крови ФСГ, ЛГ, эстрадиола (Е), прогестерона (Pg), АМГ, ингибин_В методом ИХЛА на 5-8-й день менструального цикла, при ациклическом в любой день.

Результаты исследования: Из инструментальных исследований для диагностики проводили УЗИ органов малого таза: в яичниках были обнаружены узелковые включения в 3 х случаях с одной стороны, в двух -с обеих сторон размерами 2х3-3,5см, часто округлое образование появлялся сбоку от матки или позади нее, а также структура яичников и окружающих тканей была неоднородной. В остальных 29 случаях при аденомиозе: в 19 случаях утолщение и ассиметричность матки с нечеткой границей эндометрия и различного размера образований узелкового типа, в 10 -в маточных стенках были образования размерами от 1,5-5мм, с нечеткими контурами эндометрия. Из гормонов: особых различий в показателях ФСГ и ЛГ ($6,2 \pm 0,3$ и $8,4 \pm 0,5$ mlU/ml) не было, а вот Е и Pg ($55,29 \pm 2,3^*$ и $172,5 \pm 10,4^*$ пг/мл) был не достоверно низким, в сравнении с группой контроля. Показатели ингибин-В и АМГ также особо не отличались от данных здоовых женщин.

Обсуждения результатов: Анализируя данные обследованных женщин с ЭН мы хотели перечислить методы исследования по мере их значимости и необходимости для постановки точного диагноза: сбор анамнеза, с выяснением наследственных заболеваний, характерные жалобы пациентки, объективный осмотр, УЗИ, исследования гормонов в крови и для точной верификации или дифдиагностики ЭН рекомендуем МРТ. Показатели гормонов свидетельствуют в основном о органическом поражения матки и других органов женской половой сферы и ни всегда дают изменения в гормональном статусе.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

FETOPLASENTAL YETISHMOVCHILIKNING ASOSIY SABABLARI

D.M.Jo`rayeva

Surhondaryo viloyati, Termiz tumani “Gulnigor shifo-med”

Fetoplasental yetishmovchilik (FPY) turli kasalliklar va akusherlik asoratlari tufayli platsenta va homila tomonidan turli xil buzilishlar yuzaga keladigan simptomlar majmuasidir. Bu simptomakompleks hozirgi kunda juda dolzarb hisoblanadi, chunki aniq bitta sababi yo`q va topilgan sabalar ham nisbiydir.

Fetoplastik etishmovchilik akusherlik amaliyotida juda keng tarqalgan. Statistika ma'lumotlariga ko'ra, bu patologiya 50-70% hollarda kam, gestosis rivojlanadi - 30-33%, onaning infeksiyalari-ekstragenital kasalliklar (davolash, jarrohlik, va hokazo) bilan homilador ayollarda ko'proq 60% - 20-40%. FPY turli sabablar ta'sirida rivojlanishi mumkin. Yo'ldoshning shakllanishi va faoliyatining buzilishi, homilador ayolning yurak va qon tomir tizimining kasalliklari (yurak nuqsonlari, qon aylanishining etishmovchiligi, arterial gipertenziya va gipotenziya), buyraklar, jigar, o'pka, qon patologiyasi, surunkali infeksiya bo'lishi mumkin. , neyroendokrin tizim kasalliklari (qandli diabet, qalqonsimon bezning hipova giperfunktsiyasi, gipotalamus va buyrak usti bezlari patologiyasi) va boshqa bir qator patologik sharoitlar. Anemiyadagi FPI onaning qonida ham, yo'ldoshning o'zida ham temir darajasining pasayishi bilan bog'liq bo'lib, bu nafas olish fermentlarining faolligini va homilaga temir tashilishini inhibe qilishga olib keladi. Qandli diabetda metabolizm buziladi, gormonal buzilishlar va immunitet holatidagi o'zgarishlar aniqlanadi. Qon tomirlarining sklerotik kasalligi platsentaga arterial qon oqimining pasayishiga olib keladi.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В
ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Д.Я.Зарипова

Бухарский государственный медицинский институт

Ключевые слова: *перименопауза, остеопороз, ФСГ, эстрадиол, кальций.*

Резюме: В данной статье представлены результаты исследования, проведенного с целью выявления наиболее частого осложнения остеопороза в перименопаузе. При этом с использованием самых современных методов диагностики данного заболевания дается информация о раннем выявлении заболевания, диагностических маркерах данной патологии.

**ПЕРИМENOПАЗУА ДАВРИДА ОСТЕОПОРОЗ РИВОЖЛАНИШИНИ БАШОРАТ
БЕЛГИЛАРИ**

Зарипова Д.Я.

Бухоро Давлат Тиббиёт Институти

Таянч сўзлар: *перименопауза, остеопороз, ФСГ, эстрадиол, кальций.*

Резюме: Ушбу мақолада перименопауза даврида бугунги кунда кўплаб учровчи остеопороз асоратини аниқлаш бўйича бажарилган тадқиқот натижалари келтирилган. Бунда ушбу касалликни ташхислашнинг энг замонавий усулларидан фойдаланилган ҳолда касалликни

эрта муддатларда аниқлаш, ушбу патологиянинг ташхис маркерлари ҳақида маълумотлар берилган.

PREDICTORS OF THE DEVELOPMENT OF OSTEOPOROSIS IN WOMEN IN THE PERIMENOPAUSAL PERIOD

D.Ya.Zaripova

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

Key words: *perimenopause, osteoporosis, FSH, estradiol, calcium.*

Summary: This article presents the results of a study conducted to identify the most common osteoporosis complication in the perimenopause period. In this case, using the most modern methods of diagnosis of this disease, information is given about early detection of the disease, diagnostic markers of this pathology.

Введение: Переход в перименопаузальный период – это ступень в жизни женщины, когда на фоне возрастных изменений во всем организме инволюционные процессы доминируют в репродуктивной системе. По критериям ВОЗ среди женщин старше 50 лет остеопороз выявлен у трети всего женского населения [1,2,6,9]. Они могут потерять до 1/2 губчатой и 1/3 части компактной кости. Перименопаузальный остеопороз возникает в результате повышенной резорбции костной ткани и уровня кальция, снижения уровня стероидных гормонов и всасывания кальция в кишечнике в данном периоде. Распространенность остеопороза выше у женщин, чем у мужчин из-за повышенной костной резорбцией, что результаты секреции эстрогена уменьшается во время менопаузы [3,4,8,11]. Ведущим патогенетическим механизмом в этом процессе является дефицит стероидных половых гормонов, что приводит к ускорению процессов костного метаболизма со смещением равновесия в сторону процесса резорбции. У женщин в постменопаузе ускорение резорбции кости начинается примерно на 2–3% резорбции кости каждый год сразу после менопаузы, а костная масса уменьшается экспоненциально [5,7,10]. Чтобы предотвратить и лечить остеопороз и вызываемые им переломы, важно определить наиболее активный период резорбции кости и высокий риск остеопороза. Решение данной проблемы имеет значение для практической гинекологии.

Материалы и методы исследования: Для выполнения поставленной цели и задачи настоящего диссертационного исследования были изучены 121 женщин с факторами риска на развитие остеопороза в перименопаузальном периоде за 2019-2021 годы. Все женщины обследованы в Бухарском филиале РНЦЭМП и перинатальном центре Бухарской области. На первом этапе нами выбран объект исследования и запланирован объем клинических и лабораторных исследований, соблюдая принципы доказательной медицины. На втором этапе исследований проводили клинические, клинико-инструментальные, лабораторные исследования

по определению и оценке показателей содержания кальция, щелочной фосфатазы, половых гормонов, минеральной плотности костной ткани денситометрическим методом у женщин в перименопаузальном периоде. На третьем этапе полученные материалы в ходе исследований были проанализированы, систематизированы и были подвергнуты статистической обработке с помощью традиционных методов вариационной статистики. Статистическая обработка полученных данных проводилась с расчетом следующих параметров: среднее арифметическое (M), ошибка среднего арифметического (t), среднее квадратичное отклонение, доверительный интервал. При сравнительной оценке средних величин и степени достоверности различий между выборками использовали критерий Стьюдента. Различия между показателями считали достоверными, если степень вероятности $p < 0,05$. При организации и проведении исследований использовали принцип доказательной медицины.

Результаты исследования: На следующем этапе исследований было проведено изучение биохимических маркеров и параметров денситометрии у женщин в перименопаузальном периоде. Полученные результаты показывают, что биохимические маркеры (щелочная фосфатаза, кальций), эстрадиол и денситометрические параметры у обследованных отличались от референтных разнонаправленно (табл. 1.).

Таблица-1. Динамика параметров биохимических маркеров и денситометрии у пациентов исследуемых групп. N = 121.

Показатели	Референтные значения	Показатели, n=121
Щелочная фосфатаза, ед/л	240	231,13±2,71*↓
Кальций, мг/дл	2,0-3,0	1,95±0,03*↓
Эстрадиол, нмоль/л	0,05-0,7	0,43±0,04↔
T-score	0,1-1,0	1,25±0,06*↑

Как видно из табл.1, содержание щелочной фосфатазы в крови у женщин в перименопаузальном периоде было сниженным по отношению к референтным значениям - соответственно 231,13±2,71 ед/л против 240 ед/л ($P < 0,05$). Также отличали и достоверное снижение кальция в крови у обследованных до 1,95±0,03 мг/дл против нижней границы референтных значений - 2,0 мг/дл ($P < 0,05$). Если количество эстрадиола было на границе нормальных референтных значений, что денситометрический параметр – T - score было достоверно повышенным по отношению к нормативу - соответственно 1,25±0,06 ед. против 1,0 ед. ($P < 0,05$). Анализ результатов исследования показывает, что параметры биохимических параметров (щелочная фосфатаза, кальций) крови обратно пропорционально

денситометрическому параметру (T-score) у женщин в перименопаузальном периоде. Данный факт указывает, что данные параметры можно использовать как прогностический признак оценки состояния организма данной категории обследованных пациенток. Далее эти же параметры были анализированы и оценены по группам исследования (табл. 2).

Таблица-2 Динамика параметров биохимических маркеров и денситометрии до и после лечения у женщин перименопаузального периода.

Показатели	Референтные значения	Группы исследования		
		1 гр., n=41	2 гр.,n=40	3 гр.,n=40
Щелочная фосфатаза, ед/л	240	241,53±2,46	226,39±2,69*↓	225,47±2,97*↓
Кальций, мг/дл	2,0-3,0	2,05±0,03	1,98±0,04*↓	1,82±0,02*↓
Эстрадиол, нмоль/л	0,05-0,7	0,54±0,05	0,40±0,04*↓	0,34±0,04*↓
T-score	0,1-1,0	0,34±0,02	1,18±0,06*↑	2,22±0,10*↑

*достоверность $P < 0,01$.

Как было сказано выше, по гематологическим параметрам достоверных отличий между сравнительными группами не отмечено, а по содержанию биохимических параметров, эстрадиолу и денситометрическому параметру - T-score- отмечали отличия между 1 - группой и двумя остальными (2 - и 3 - группы). Содержание щелочной фосфатазы у женщин 1 - группы были на границе референтных значений и не отличались от них - соответственно 241,53±2,46 ед/л против 240 ед/л ($P > 0,05$). В других группах исследования концентрация данного параметра было достоверно сниженными, не только по отношению к референтных значений, но и 1 - группы - соответственно до 226,39±2,69 ед/л и 225,47±2,97 ед/л против 241,53±2,46 ед/л и 240 ед/л ($P < 0,05$). Такие же изменения наблюдали и по содержанию кальция в крови - в 1 - группе 2,05±0,03 мг/дл и нижняя граница норматива 2,0 мг/дл, а во 2 группе это значение было сниженным до 1,98±0,04 мг/дл, а в 3 - группе еще более сниженным (1,82±0,02 мг/дл), достоверно отличаясь не только от 1 - группе и норматива, но и 2-группы ($P < 0,05$). Практически такую же тенденцию изменений наблюдали и по содержанию эстрадиола к крови обследованных женщин, где содержание эстрадиола соответственно по группам было - 0,54±0,05 нмоль/л; 0,4±0,04 нмоль/л и 0,34±0,04 нмоль/л против референтного значения - 0,05 - 0,7 нмоль/л. Обратную картину наблюдали и по денситометрическому параметру T-score, где данные разительно отличались между собой по группам исследования - соответственно по группам 0,34±0,02 ед.; 1,18±0,06 ед. и 2,22±0,10 ед. Видно, что показатели 3 - группы исследования подверглись наибольшему изменению, соответственно они нуждались адекватной корректирующей терапии.

Известно, что остеолитический процесс наступает тогда, когда сбалансированная связь между костеобразованием и резорбцией нарушается. Механизм увеличения резорбции кости, уменьшения ее образования может быть связан с количественным преобладанием функциональных остеокластов над остеобластами. Следовательно, выявление ранних признаков остеопороза на основе денситометрии позволит предотвратить резорбцию кости. Проведенные денситометрические исследования показали различные показатели T-критерия у здоровых (контрольная группа, n=15) и больных женщин в перименопаузальном периоде. Установлено, что у здоровых и больных женщин получали отличающиеся между собой параметры - соответственно до -0,1 (норма) и от -0,8 до -2,9 (остеопения и остеопороз) - $p < 0,001$. Таким образом, денситометрический анализ пяточной кости обследованных женщин до лечения показывает снижение минеральной плотности кости в основной группе, в отличие от контрольной группы, где показатели были в пределах нормы. Мы считаем, что у женщин данной категории с выраженным остеопорозом проведение остеотропного лечения необходимо начинать своевременно, имея ввиду индивидуальные особенности пациенток, только после стабилизации денситометрических показателей, оптической плотности сыворотки крови и ее структурного строения можно утверждать что, терапия оказывает положительное влияние на качество жизни обследуемых женщин в перименопаузальном периоде. Кроме того, был проведен анализ заключений денситометрических исследований у данного контингента больных. Результаты исследований приведены на рис. 1.

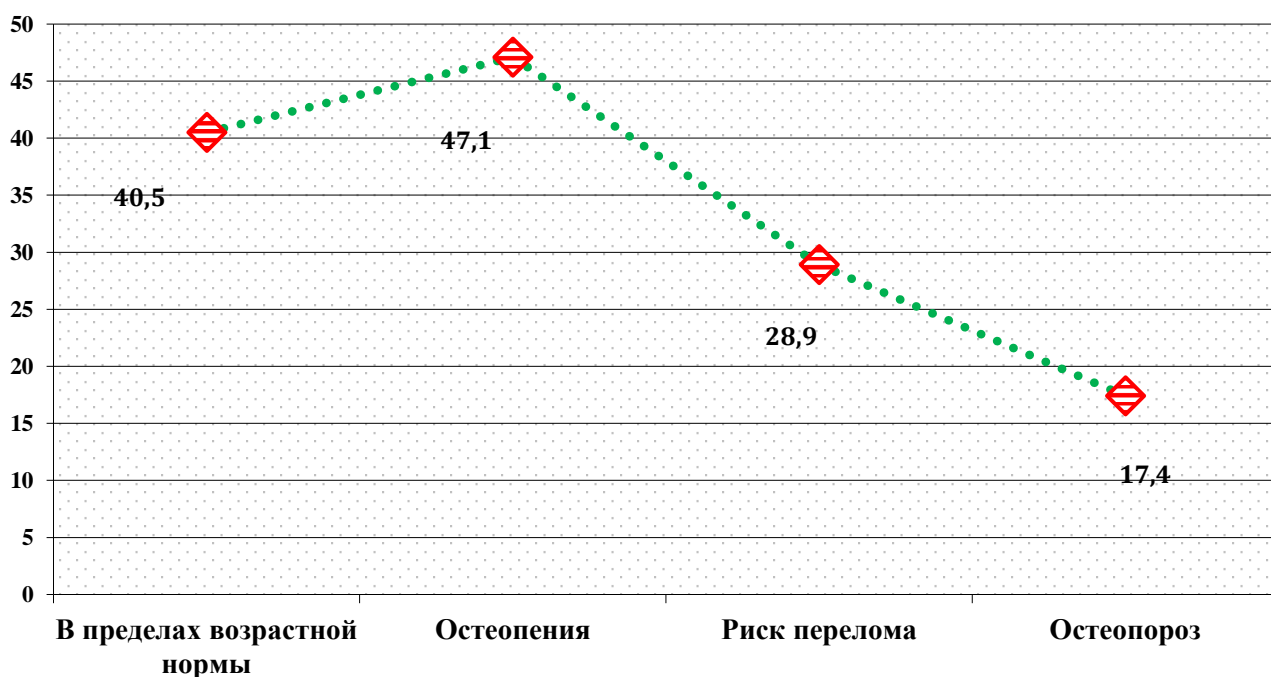


Рис.-1 Показатели денситометрических исследований костей у женщин в перименопаузальном периоде

Установлено, что у большинства обследованных больных ($40,5 \pm 4,5\%$, $n=49$) показатели были в пределах возрастной нормы, то есть минеральная плотность костной ткани пяточной кости были без существенных изменений.

У остальных пациентов были определены остеопения (снижение минеральной плотности костной ткани костей) в пяточной кости ($47,1 \pm 4,5\%$, $n=57$), риск перелома - от 4% до 90% ($28,9 \pm 4,1\%$, $n=35$) и остеопороз - резкое снижение минеральной плотности костной ткани костей пяточной кости ($17,4 \pm 3,4\%$, $n=21$). Таким образом, у женщин в перименопаузальном периоде при денситометрических исследованиях и их интерпретации показателей было отмечено признаки остеопении, увеличилась риск аатравматических переломов и развитии остеопороза у 17,4-47,1% обследованных нами женщин. Количественные показатели денситометрических исследований и их параметры приведены в нижеследующей таблице 3.

Таблица-3. *Усредненные показатели денситометрических исследований плотности костей у женщин исследуемых групп. $n=121$.*

Денситометрические показатели		Пяточная кость
BMD, г/см ³		0,71±0,01
BMC, г		25,77±1,20
Площадь, см ²		32,61±1,35
T-score	Единица	- 2,04
	Риск перелома, %	28,0±4,0
Z-score	Единица	- 1,43
	Риск перелома, %	23,0±4,6

Анализ приведенных данных по пяточной кости показывает, что практически все денситометрические показатели были близки между собой и достоверно не отличались ($P>0,05$). Это касалось всех параметров: BMD, BMC, площадь костной поверхности, T-score и Z-score. При сравнении с параметрами T-критерия (величина стандартных отклонений T-критерия до - 0,1 - норма, от - 1,0 до - 2,5 - остеопения; - 2,5 и выше - остеопороз) установлено, что все полученные результаты по T-score (соответственно - 2,04) и Z-score (соответственно - 1,43) были в зоне остеопении, что указывает, о том что у женщин в перименопаузальном периоде развивается снижение минеральной плотности костной ткани, которое обязательно нужно учитывать при оценке состояния здоровья данной категории и возраста женщин.

Нужно подчеркнуть, что основные отличия между показателями пяточной кости были по относительному показателю риска перелома. Риск перелома пяточной кости в 2,4 (по T-score) и 1,6 (по Z-score) раза было больше ($P < 0,001$). Анализ биохимических, гормональных и денситометрических параметров показал, что у женщин с остеопенией и остеопорозом данные показатели меняются разнонаправленно по отношению к данным обследованных с нормопенией (табл. 4.). Установлено, что параметры магния, кальция и эстрадиола были существенно сниженными у женщин с остеопенией и остеопорозом по отношению к показателям женщин с нормопенией. Кроме того, отмечаем, что содержание щелочной фосфатазы денситометрический показатель – T-критерий, наоборот были относительно повышенными.

Таблица-4. Показатели биохимических, гормональных и денситометрических параметров у женщин в перименопаузальном периоде. $n = 68$.

Группы	Магний, ммоль/л	Кальций, ммоль/л	ЩФ, ммоль/л	Эстрадиол, ммоль/л	Денситометрия- T-критерий
Нормопения, n=14	0,96	2,7	202,0	46,9	0,73
Остеопения, n=28	0,83	2,1	210,7	41,0	1,62
Остеопороз, n=16	0,71	1,9	229,3	34,2	2,97

Примечание: ЩФ – щелочная фосфатаза

Анализ показателей эстрадиола, в крови обследованных женщин до и после лечения показали, что они изменялись разнонаправленно. Показатели гормонального профиля 1-группы даны в табл.5.

Таблица-5. Сравнительные данные гормонального статуса - эстрадиола у пациенток 1-группы до и после лечения, $n = 41$.

Показатели	1-группа, n=41	
	До лечения	После лечения
Эстрадиол, пмоль/л	42,4±3,4	64,9±3,4*↑
Прогестерон, нмоль/л	1,2±0,2	1,8±0,2*↑
ФСГ, нмоль/л	65,4±3,2	44,6±3,4*↓

*Примечание: * достоверное отличие до и после лечения; ↑↓- направленность изменений показателей; ↔ отсутствие достоверных отличий.*

При оценке гормонального профиля женщин в перименопаузальном периоде, по данным определения содержания эстрадиола у больных, получавших оральную, инъекционную и трансдермальную гормональную терапию.

Таблица-6. Сравнительные данные гормонального статуса - эстрадиола у пациенток 2-группы до и после лечения, n = 40.

Показатели	2-группа, n=40	
	До лечения	После лечения
Эстрадиол, пмоль/л	46,4±3,8	64,6±5,2*↑
Прогестерон, нмоль/л	1,3±0,2	1,7±0,2 ↔
ФСГ, нмоль/л	66,3±3,6	48,2±3,4*↓

Так, в 1-группе концентрация эстрадиола увеличилась с 42,4±3,4 пмоль/л на 22,5 пмоль/л (p<0,01), Во 2-группе концентрация эстрадиола увеличилась на 18,2 пмоль/л (p<0,01). В 3-группе концентрация эстрадиола увеличилась на 16,5 пмоль/л (p<0,01). Данные факты подтверждают, что все вышеуказанные формы препаратов практически одинаково эффективны при лечении климактерических расстройств у женщин.

Таблица-7. Сравнительные данные гормонального статуса - эстрадиола у пациенток 3-группы до и после лечения, n = 40.

Показатели	3-группа, n=40	
	До лечения	После лечения
Эстрадиол, пмоль/л	44,4±3,4	60,9±3,4*↑
Прогестерон, нмоль/л	1,2±0,2	1,6±0,2 ↔
ФСГ, нмоль/л	65,4±3,2	49,6±3,4*↓

Обсуждение. Таким образом, изучение и анализ биохимических маркеров (щелочная фосфатаза, кальций, эстрадиол) и денситометрического параметра (T-score) у женщин в перименопаузальном периоде показали, что эти параметры существенно отличаются не только по отношению к референтным значениям, но и между группами исследования. Достоверно снижение щелочной фосфатазы, кальция и эстрадиола в крови, а также достоверное повышение денситометрического показателя по отношению к референтным значениям указывают на их прогностическую значимость для определения высокого риска формирования патологии костной ткани- остеопении и остеопороза у женщин в перименопаузальном периоде. Существенное снижение данных параметров у женщин в перименопаузальном периоде, которые были отнесены к 3 - группе нуждаются в профилактическом лечении, при отсутствие которого предпатологическое состояние может переходит в патологическое состояние, существенно усугубив качество жизни данной категории женщин. Таким образом, практически все денситометрические показатели (BMD, ВМС, площадь костной поверхности, T-score и Z-score) костной ткани пяточной кости у обследованных женщин в перименопаузальном периоде между

собой достоверно не отличались. Установлено, что все результаты по T-score и Z-score были в зоне остеопении и этот факт нужно учитывать при оценке состояния здоровья женщин в перименопаузальном периоде. Риск перелома обнаруженный по анализу пяточной кости составил 2,4 и 1,6 по показателям ультразвуковой остеоденситометрии может являться прогнозирующим маркером снижения минеральной плотности костей с клиническим проявлением остеопении и остеопороза.

Заключение: Исходя из вышеизложенного можно утверждать что, уровень кальция, ЩФ, магния, эстрадиола, прогестерона и ФСГ могут являться предикторами остеопороза у женщин в перименопаузальном периоде, при помощи которых можно предупредить данную патологию.

Использованная литература:

1. Ашурова Н. Г., Рахматуллаева М. М., Наврузова Н. О. Роль кольпоскопии в ранней диагностике заболеваний шейки матки //Альманах молодой науки. – 2018. – №. 4. – С. 21-23.
2. Дедов И.И., Л.Я. Рожинская, Ж.Е. Белая. Роль и место бифосфонатов в профилактике и лечении остеопороза. Журнал Остеопороз и остеопатии. №1/2005.
3. Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И. Роль Алеандроновой кислоты (Осталон) в лечении перименопаузального остеопороза. Доктор ахборотномаси 2019; 4(3) Стр- 23-27.
4. Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ашурова Н.Г. Влияние магний дефицитного состояния и дисбаланса стероидных гормонов в жизнедеятельности организма женщины. Тиббиётда янги кун. №4.2019 стр.45-49.
5. Мухамедова М. М., Ганиева Ш. Ш. Характеристика биохимических показателей крови у больных с острым коронарным синдромом, перенесших коронавирусную инфекцию //Амалий ва тиббиёт фанлари илмий журнали– 2022. – Т. 1. – №. 7. – С. 28-32.
6. Российская ассоциация по остеопорозу. Клинические рекомендации. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Под ред. Беневоленской.2008. стр.59-63.
7. Султонова Нигора Азамовна. Ранняя диагностика недостаточности плаценты у женщин с репродуктивными потерями в республике Узбекистана. Новый день медицины // 2020 .4 (34).- С.-366-368.
8. Brown J.P., Delmas P.D. Arlot M, Meunier P.J. Active bone turnover of the corticoendosteal envelope in perimenopausal osteoporosis. J.ClinEndocrinol 2007;64:954-959.
9. Bone H.G., Hosking D., Devogelaer J.P. et al. Ten years`s experience with aleandronate for osteoporosis in postmenopausal women. N.Engl.J.Med 2004;350:1189-99.

10. Nurkhanova N.O. Assessment of the risk of endometrial hyperplasia in the perimenopausal period. / International Journal of Advanced Research in Engineering and Applied Sciences, 2022. Vol. 11. No. 6. P. 8-15. <https://garph.co.uk/IJAREAS/June2022/2.pdf>
11. Rodan G., Rezska A., Golub E. et al. Bone safety of long-term bisphosphonate treatment. Curr Med Res Opin 2004;20:1291-300.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА
У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ**

Д.Я.Зарипова¹, Д.И.Туксанова¹.

¹Бухарский государственный медицинский институт

Ключевые слова: *ожирение, климакс, гормональный дисбаланс.*

Резюме: Ожирение на сегодняшний день является эпидемией, которая захватывает весь мир. Некоторые учёные связывают его с гормональным дисбалансом, а другие с гиподинамией и неправильным питанием. На наш взгляд данная проблема поли этиологично. В некоторых исследованиях имеются данные о разных осложнениях ожирения в климактерическом периоде, чтобы внести свой вклад в разрешении данной патологии мы решили провести своё исследование, которое изложено в данной статье.

СЕМИЗЛИК МАВЖУД АЁЛЛАРДА КЛИМАКСНИ ТАШХИСЛАШ ЖИХАТЛАРИ

Д.Я.Зарипова¹, Д.И.Туксанова¹.

Таянч сўзлар: *семизлик, климакс, гормонал мувозанатнинг бузилиши.*

Резюме: Бугунги кунда семизлик муаммоси эпидемия бўлиб, у кундан кунга бутун дунёни эгаллаб олмоқда. Айрим олимлар уни гормонал мувозанатнинг бузилиши билан қолганлари эса, гиподинамия ва ноўғри овқатланиш билан боғлашади. Бизнинг назаримизда ушбу муаммо поли этиологик бўлиб ҳисобланади. Айрим тадқиқотларда семизликнинг ҳар хил турларида климакс даврида турли хилдаги асоратлар ривожланиши ҳақида маълумотлар мавжуд, ушбу муаммони ечимини топишга ўз ҳиссамизни қўшиши мақсадида биз ўзимизнинг тадқиқотимизни ўтказишга қарор қилдик, ушбу мақолада унинг натижаларини баён этамиз.

DIAGNOSTIC ASPECTS OF CLIMACTERIC SYNDROME IN WOMEN WITH OBESITY

D.Ya.Zaripova¹, D.I.Tuksanova¹.

¹Bukhara State Medical Institute

Key words: *obesity, climacterium, hormonal dysbalance.*

Summary: Obesity today is an epidemic that captures the whole world. Some scientists associate it with hormonal imbalance, while others with physical inactivity and malnutrition. In our opinion, this problem is polyetiological. In some studies, there are data on various complications of obesity in the menopause, in order to contribute to the resolution of this pathology, we decided to conduct our own study, which is described in this article.

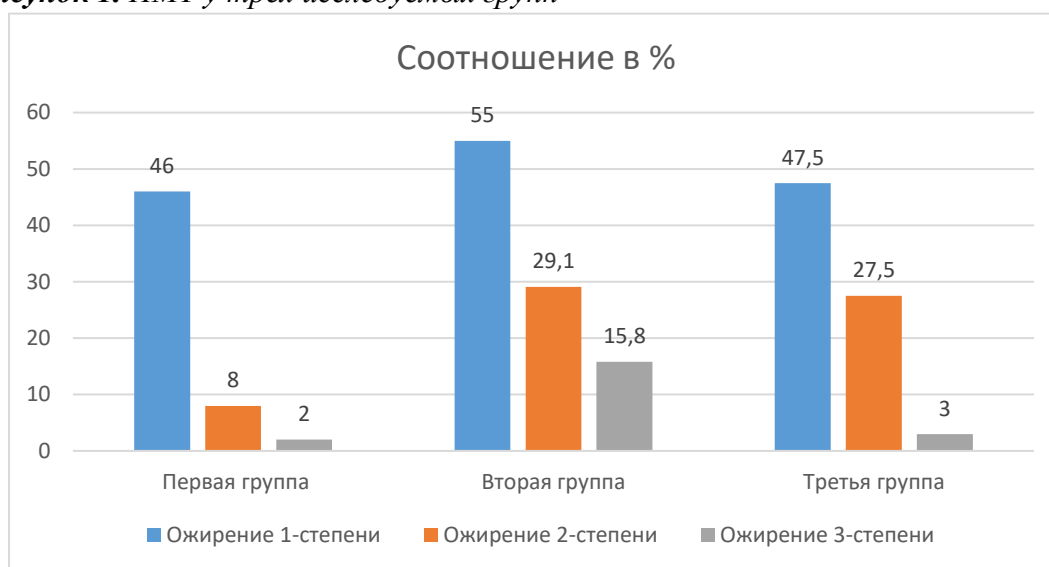
Введение: Проблема лишнего веса становится одной из актуальнейших проблем современного общества. В виду замены человеческой нагрузки на автоматизированные системы которые ведут к гиподинамии, неправильное питание, стресс основа для нарушения метаболизма [1,3,9]. Жировую клетку следует рассматривать как отдельную систему, по мере нарастания она все больше нарастается кровеносными сосудами и становится почти автономной, нарушая этим гемодинамику близлежащих органов [2,4,7]. В климактерическом периоде из-за гормонального нарушения следует череда многих метаболических нарушений [6,10]. В данный период жизни женщины больше жалуются на нарастание массы тела, а иногда на ожирение. Выделяют гиноидный и андройдный тип ожирения [5,8]. Они отличаются местами скопления жирового отложения на теле. Но это не единственное их отличие, у женщин с различными отложениями жировой прослойки предрасположены к различным осложнениям.

Материалы и методы исследование. Материалами для данного исследования послужили 250 женщин в климактерическом периоде. Они были разделены на 3 группы, но у всех у них были проявления климакса. 1-группа 50 женщин которые не имели ожирение, 2-группа 120 женщин с гиноидным и 80 с андройдным типом ожирения. Всем пациентам были проведены измерение ИМТ, антропометрическое исследование. У них были проведены анкетирование, оценены их привычки, связанные с бытом. Тяжесть климактерического синдрома была оценена по шкале Купермана в модификации Е.В.Уваровой. Симптомы оценивались как легкие, средней тяжести и очень тяжелые. У всех пациенток до проведения исследования были взяты письменные согласия. Статистический анализ был проведен с помощью пакета Statistica, по методу Фишера-Стьюдента. Достоверность результата был правильным, когда он показывал $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение: На первом этапе исследования мы исключили пациенток, которые не соответствуют нашим критериям. Критериями включения были: перименопаузальный период, ожирение 1,2,3 степени, симптомы климакса, присутствие осложнений климактерического синдрома. Критериями исключения послужили: репродуктивный период, наличие менструального цикла, нормальный или дефицит веса. ИМТ было измерено путем деления роста в сантиметрах (см) на массу тела в килограммах (кг). При анкетировании были учтены привычки питания, уровень активности, вид деятельности которым занимались пациентки. Всем пациенткам проведены некоторые гормональные исследования,

связанные с нарушением метаболизма. В их число входило уровень Т3, Т4, ТТГ, инсулин, эстрадиол, ФСГ, прогестерон. Измеряли весь липидный спектр: ЛПНП, ЛПВП, общий холестерин. А также витамин Д3 в крови, ИЛ-8, ФНО- α . В первой контрольной группе при измерении ИМТ мы определили избыточный вес только у 28 пациенток, а у остальных 22 был нормальный вес в среднем ИМТ в группе составил 24,3. Во второй группе у 66 пациенток определено, ожирение 1-степени, у 35 ожирение 2-степени, у 19 ожирение 3-степени. В третьей группе данный показатель было определено ожирение 1-степени у 38 пациенток, ожирение 2-степени у 22, ожирение 3-степени у 20 из них. Данные указаны на рисунке 1.

Рисунок 1. ИМТ у трех исследуемых групп



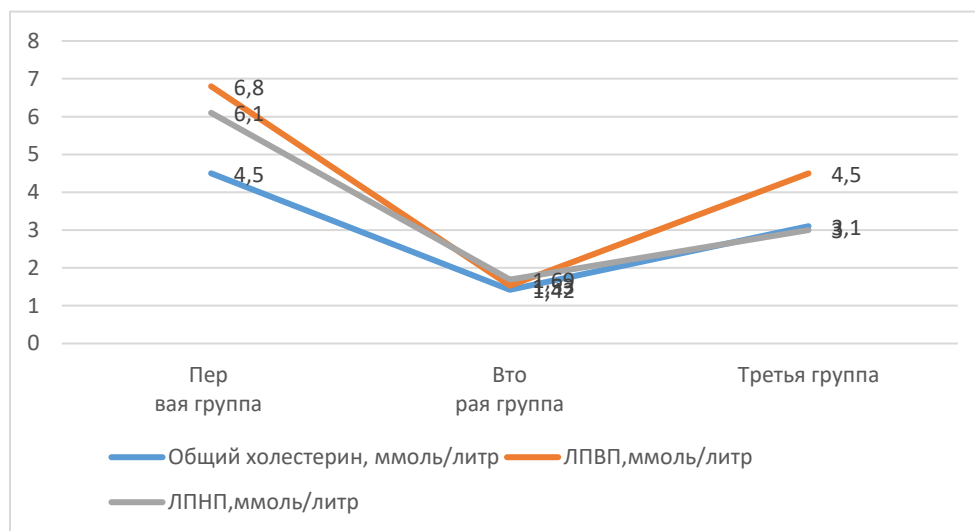
По ходу анкетирования было констатировано что, физическим трудом занимались в первой группе 29 женщин, во второй у 43, в третьей 15 женщин. Продуктами быстрого приготовления питались каждый день 5 человек в первой, 19 во второй, 10 в третьей группе. 2 раза в неделю позволяли питаться 12 пациенток в первой, 39 во второй, 21 в третьей группе. 1 раз в неделю у 9 пациенток в первой, у 20 во второй группе, у 8 в третьей группе. При гормональном исследовании уровень Т3 не различался от референтного значения в первой группе ($6,2 \pm 0,03$). Во второй группе он был на уровне $4,9 \pm 0,01$, в третьей $5,3 \pm 0,02$ нмоль/л. Уровень Т4 в первой был в норме, как и уровень ТТГ. Данные показатели были ниже нормы во второй группы Т4 91 нмоль/л, ТТГ 2,1 мЕд/л. В третьей группе Т4 54,9 нмоль/л, ТТГ 4,3 мЕд/л. Уровень инсулина на тошак в среднем составил в первой группе 5,2 нмоль/л. Во второй группе 5,8 нмоль/л, в третьей группе 5,6 нмоль/л. При измерении эстрадиола в крови в первой группе 0,05 нмоль/л, 0,04 нмоль/л, в третьей группе 0,035 нмоль/л. ФСГ 76,4 МЕ/л, в первой, 89,2 МЕ/л во второй, 84,3 МЕ/л, в третьей группе. Прогестерон в первой группе 1,2 нм/л, во второй 0,81 нм/л, в третьей 0,95 нм/л. Данные указаны на таблице 1.

Таблица 1. Уровень гормонов в исследуемых группах.

Группы	Т3 нмоль/л	Т4 нмоль/л	ТТГ мЕд/л	ФСГ	Инсулин	ФСГ МЕ/л	Прогестерон нм/л	Эстрадиол нмоль/л
Первая группа	6,2	128,9	1,9	76,4	5,2	76,4	1,2	0,05
Вторая группа	4,9	91	2,1	89,2	5,8	89,2	0,81	0,04
Третья группа	5,3	54,9	4,3	84,3	5,6	84,3	0,95	0,035

Примечание: * - достоверность результатов $p < 0.001$

При измерении показателей липидного спектра было определено следующее. Уровень общего холестерина в первой группе 4,5 ммоль/литр, 6,8 ммоль/литр во второй, 6,1 ммоль/литр в третьей группе. ЛПВП в первой группе 1,42 ммоль/литр, во второй 1,53 ммоль/литр, в третьей 1,69 ммоль/литр. ЛПНП в первой группе 3,1 ммоль/литр, 4,5 ммоль/литр во второй, 5,42 ммоль/литр в третьей группе. Как видно из вышеуказанных данных видно, что во второй и третьей группах



липидный спектр был повышен по отношению к норме. Уровень липидов иллюстрированы в рисунке 2.

Рисунок-2. Уровень липидов в крови в трех исследуемых группах.

Дефицит витамина Д3 наблюдали в той или иной мере во всех трех группах, в первой 18,1 нг/мл, во второй 10,9 нг/мл, в третьей группе он составил 14,8 нг/мл. В трех группах при исследовании витамин Д3 был в дефиците. Что касается результатов интерлейкинов в крови (ИЛ), значение ИЛ-8, составил в трех группах, в первой 79,4+3,4 пг/мл, 80,5 пг/мл и 81,3 пг/мл соответственно А уровень ФНО- α в первой группе 79,4+3,4, во второй 79,7+4,1 пг/мл, в третьей

80,2±4,1 пг/мл. В двух группах при анализе ИЛ-8 и ФНО- α было повышено, а в контрольной группе он оставался в пределах нормы.

Заключение: В заключении можно утверждать, что климактерический синдром у женщин с ожирением протекает тяжелее и приводит к множественным осложнениям. Вышеуказанные изменения в липидном и гормональном профиле коррелируют между собой. Исход климакса зависит от изменений в данных системах которые требуют незамедлительной коррекции.

Использованная Литература:

1. Дедов И.И., Рожинская Л.Я., Белая Ж.Е. Роль и место бифосфонатов в профилактике и лечении остеопороза. Журнал Остеопороз и остеопения №1/2005.стр 20-30.
2. Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ашурова Н.Г. Влияние магний дефицитного состояния и дисбаланса стероидных гормонов жизнедеятельности организма женщины. Тиббиётда янги кун. 2019 3-27. Стр. 14-17
3. Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И. Роль Алеандроновой кислоты (Осталон) в лечении перименопаузального остеопороза. Доктор ахборотномаси 2019; 4(3) Стр- 23-27.
4. Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И., Солиева Н.К. Эффективность трансдермальной заместительной гормональной терапии в профилактике сердечнососудистой патологии в перименопаузальном периоде. Новости дерматологии и венерологии 2020 ; 1-12. Стр 18-21.
5. Манзурина Н.В. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин с ожирением в менопаузе. Вестник репродуктивного здоровья 2009 стр-76-80.
6. Сандакова Е.А., Елькин В.Д., Коберник М.Ю. Пермский медицинский журнал. «Предикторы патологического течения климактерия» 2014 год. Том XXXI №3 стр -122, 126.
7. Султонова Н.А. Роль патологии эндометрия при репродуктивных потерях в ранних сроках беременности. Тиббиётда янги кун№4 (34) 2020 392-395 стр.
8. Sussman M, Trocio J, Best C, et al.Prevalence of menopausal symptoms among id-life women: findings from electronic medical records. BMC Women`s Health. 2015; 15:58.{ PMC free article }
9. Pauline M. Maki, Susan G. Kornstein, HadineJoffe, Joyce T. Bromberger et al. Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: Summary and Recommendations. Journal of women`s health. Volume 28, Number 2, 2019. Mary Ann Liebert, Inc
10. F.Pimenta, M.M. Ramos, C.C. Silva, P.A.Costa. Self-regulation model applied to menopause a mixed-methods study. Climacteric. The Journal of adult women`s health and medicine. Volume 22, №4; P 57-63. 06 February 2019.

**PROBLEMS RELATED TO ENDOMETRIOSIS AND ENDOMETRIOSIS AND OVARY
SINDROM IN WOMEN OF REPROGUCTIVE PERIOD OF THE UZBEK POPULATION**

K.Sh.Zakhidova¹, C.T.Djumaeva¹, N.M.Mirzayeva¹.

¹Center for the Development of Advanced Training of Medical Workers

Annotation: As medical practice Combined pathologies in the gynecological practice of a doctor are common, such as endometrioid disease and PCOS in the general population of 12-25%. With such combined gynecological diseases the quality of life of the woman herself decreases sharp the frequency of infertile couples increases, and the cases of such clinical symptoms as pelvic pain, dysparunia and menstrual irregularities increase.

The shows, over a long period of time of research and study of the polycystic ovary syndrome, a sharp increase in the number of patients was revealed, which seriously affects the health of not only women, but also the development of this disease in the next generation. The problem with polyendocrine syndrome lies in its complications, such as anovulation, multiple metabolic disorders, irregular menstrual cycle, which together lead to infertility. Many authors believe that women with polycystic ovary disease have a high risk of impairment to glucose susceptibility and the development of type II diabetes.

Key words: *endometriosis, hyperandrogenism, reproductive age, ovarian sclerocystic disease, uzbek population, type 2 diabetes mellitus*

Research objective: To establish a connection between hyperandrogenism of various origins and other endocrinopathies.

Material and methods: We conducted a survey of patients who applied to the Republican Reproductive Center for the period 2019-2020. about awareness of polycystic ovary syndrome. It was found that 80% of women and girls are informed about this syndrome. 50% are familiar with the factors that affect the development of the syndrome, out of 50% - 20% indicated a violation of the hormonal background of women, 30% of the respondents indicated heredity. We can also say that most of the respondents are aware of the ultrasound method - 80%. The interviewed girls know that with polycystic ovary syndrome, fertility is impaired during reproductive age, and that one of the characteristic features is the absence of the menstrual cycle (100%). Also, the results of the questionnaire showed that the main methods of prevention are to visit a doctor - gynecologist (55%), the rest - endocrinologist (45%).

Conclusions: Thus, polycystic ovary syndrome refers to a hormonal pathological process that occurs due to a violation of the hypothalamic regulation of ovarian function. This is expressed in the form of the emergence of multiple neoplasms in the form of cysts on the gonads of the female body.

With the development of a pathological process on the surface of the ovaries, multifollicularity occurs, characterized by the appearance of follicles, which contain fluid and immature eggs. This change leads to infertility. However, with proper treatment, a woman can fully conceive, bear and give birth to a healthy child. You also need to know that polycystic ovary disease is not a disease, but appears as a clinical syndrome that occurs for various reasons. Thus, PCOS syndrome refers to a hormonal pathological process that occurs due to a violation of the hypothalamic regulation of ovarian function. This is expressed in the form of the emergence of multiple neoplasms in the form of cysts on the gonads of the female body. With the development of a pathological process on the surface of the ovaries, multifollicularity occurs, characterized by the appearance of follicles, which contain fluid and immature eggs. This change leads to infertility.

Conclusion: However, with proper treatment, a woman can fully conceive, bear and give birth to a healthy child. You also need to know that polycystic ovary disease is not a disease, but appears as a clinical syndrome that occurs for various reasons.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЎЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

MANIFESTATION OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROM AT REPROGUCTIVE AGE
UZBEK POPULATION

K.Sh.Zakhidova¹, G.N.Raximova².

¹*Applicant for the Department of Endocrinology*

²*Tashkent institute for advanced training of doctors*

Annotation: As medical practice shows, over a long period of time of research and study of the polycystic ovary syndrome, a sharp increase in the number of patients was revealed, which seriously affects the health of not only women, but also the development of this disease in the next generation. The problem with polyendocrine syndrome lies in its complications, such as anovulation, multiple metabolic disorders, irregular menstrual cycle, which together lead to infertility. Many authors believe that women with polycystic ovary disease have a high risk of impairment to glucose susceptibility and the development of type II diabetes. This is due to an increase in the hormone testosterone, which is the main male hormone, and as we know, in healthy women of reproductive age, its concentration is a small amount of 0.13 - 3.09 pg / ml.

Key words: *hyperandrogenism, reproductive age, ovarian sclerocystic disease, type 2 diabetes mellitus.*

Research objective: To establish a connection between hyperandrogenism of various origins and other endocrinopathies

Material and methods: We conducted a survey of patients who applied to the Republican Reproductive Center for the period 2019-2020. about awareness of polycystic ovary syndrome. It was found that 80% of women and girls are informed about this syndrome. 50% are familiar with the factors that affect the development of the syndrome, out of 50% - 20% indicated a violation of the hormonal background of women, 30% of the respondents indicated heredity. We can also say that most of the respondents are aware of the ultrasound method - 80%. The interviewed girls know that with polycystic ovary syndrome, fertility is impaired during reproductive age, and that one of the characteristic features is the absence of the menstrual cycle (100%). Also, the results of the questionnaire showed that the main methods of prevention are to visit a doctor - gynecologist (60%), the rest - endocrinologist (40%).

Conclusions: Thus, polycystic ovary syndrome refers to a hormonal pathological process occurs due to a violation of the hypothalamic regulation of ovarian function. This is expressed in the form of the emergence of multiple neoplasms in the form of cysts on the gonads of the female body. With the development of a pathological process on the surface of the ovaries, multifollicularity occurs, characterized by the appearance of follicles, which contain fluid and immature eggs. This change leads to infertility. However, with proper treatment, a woman can fully conceive, bear and give birth to a healthy child. You also need to know that polycystic ovary disease is not a disease, but appears as a clinical syndrome that occurs for various reasons. Thus, PCOS syndrome refers to a hormonal pathological process that occurs due to a violation of the hypothalamic regulation of ovarian function. This is expressed in the form of the emergence of multiple neoplasms in the form of cysts on the gonads of the female body. With the development of a pathological process on the surface of the ovaries, multifollicularity occurs, characterized by the appearance of follicles, which contain fluid and immature eggs. This change leads to infertility. However, with proper treatment, a woman can fully conceive, bear and give birth to a healthy child. You also need to know that polycystic ovary disease is not a disease, but appears as a clinical syndrome that occurs for various reasons.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

HOMILA MAKROSOMIYASIDA AKUSHERLIK VA PERINATAL JIHATLAR

F.I.Zakirova¹, N.E.Abdullayeva¹.

¹*Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti*

Dolzarbliigi: So'nggi yillarda butun dunyoda yangi tug'ilgan chaqaloqlar o'rtasida tana vazni yuqori bo'lgan (makrosomiya) - "yirik homilalar"ning tug'ilishi ortib bormoqda. Hamma tug'ilgan chaqaloqlarning 5-10%i 4000gr dan ortiq vaznda tug'iladi. Makrosomiyaning ijtimoiy ahamiyati homiladorlik va tug'ruqda asoratlarning o'sib borishi bilan belgilanadi. Adabiyotlarda yangi akusherlik

texnologiyalarini amaliyotda joriy etish bo'yicha mavjud bo'lgan ma'lumotlar va yig'ilgan ma'lumotlarning bir-biriga nomuvofiqligi bu muammoni zamonaviy darajada o'rganish zarurligini taqozo etmoqda.

Maqsad: *Xozirgi zamonaviy sharoitda makrosomiyaning klinik ahamiyatini ochib berish.*

Materiallar va tadqiqot usullari: Samarqand davlat tibbiyot universitetining 1-son ko'p tarmoqli klinikasida 2022 yil davomida 400 nafar homilador ayolning makrosomiya bilan tug'ilgan chaqaloqlarning holatini klinik va anamnestik ma'lumotlari, homiladorlik davri va tug`ruq jarayonining uziga xos xususiyatlarining retrospektiv tahlilari o'tkazildi.

Natijalar va uning muhokamasi: SamDTU ko'p tarmoqli klinikasi akusherlik bo'limining 2022 yildagi ishlari tahliliga ko'ra, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda makrosomiya bilan kasallanish 10% dan 12% gacha oshishi tendentsiyasi kuzatildi. Bemorlarning yoshi 18 yoshdan 35 yoshgacha bo'lgan va o'rtacha $27 \pm 1,3$ yoshni tashkil etgan. Bemorlarning somatik tarixini tahlil qilganda, ko'pincha semiz ayollarda makrosomiya bilan og'rikan yangi tug'ilgan chaqaloqlar aniqlandi. Kuzatishlar tahlili shuni ko'rsatdiki, makrosomiya birinchi tug`uvchi va qayta tug`uvchi ayollarda bo'lganlar soni mos ravishda 38% va 62% ni tashkil etdi. Yirik bolalarni dunyoga keltirgan homilador ayollar orasida uy bekalari 2 baravar ko'p, bu harakatsiz turmush tarzi bilan bog'liq. Yirik homilaga ega bo'lgan homilador ayollarda jadal umumiy vazn ortishi kuzatildi, bu ma'lum darajada ovqatlanishga bog'liq. Homilasi 4000 gr dan ortiq bo'lgan ayollarning 19% vaznning 15 kg va undan ko'p ortishi kuzatildi. 20 kg va undan ortiq vazn ortishi ayollarning 6,75% qayd etildi. Homiladorlik davrida kuzatilgan ayollarda 12 tasida mehnat faolligining zaifligi, 32 tasida vaqtdan oldin qog`onoq suvlarinig ketishi, 4 tasida vaqti o`tib ketgan homiladorlik qayd etildi. 372 (93%) ayolda tug'ish konservativ usulda tabiiy tug'ish yo`li orqali, 28 ayolda (7%) kesar kesish operatsiyasi orqali amalga oshirildi. Shu bilan birga tug'ruq paytida 12 ayolda chaqaloq boshining tos suyagi o'lchamiga nomutanosibligi kuzatildi, buning sabablari: tug'ilishning noto'g'ri biomexanizmi mavjudligi va chanoq bo'shlig'i o'lchamidagi anomaliyalar (hamma tomonlama toraygan tos suyagi - 1,75% va yassi tos - 3%)dir. Tug'ruqdan keyingi qon ketish holatlari 12% ni tashkil etdi. Katta vazn bilan tug'ilgan o'g'il bolalar qizlarga qaraganda ko`proq. Perinatal davrda 35 ta yangi tug'ilgan chaqaloqda sefalogramatoma kuzatilgan, Apgar shkalasi buyicha 40 ta chaqaloqlarda 7 va undan past ball aniqlandi, 2 tasida intrakranial qon ketishi, 1 tasida elka distosiyasi qayd etilgan.

Xulosa: 1) Samarqand davlat tibbiyot universiteti klinikasi ma'lumotlariga ko'ra, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning makrosomiya bilan tug'ilish chastotasi 12% ni tashkil qiladi, bu JSST ma'lumotlariga mos keladi. 2) Yirik homila rivojlanishi onaning konstitutsiyaviy xususiyatlariga, tug`ruq paritetiga, ayollarning ijtimoiy mavqeiga bog'liqligi aniqlandi. 3) Makrosomiya ko'proq semiz ayollar tug`rug`ida kuzatiladi. 4) O'g'il bolalar qizlarga qaraganda katta massa bilan tug'iladi.

**ТУХУМДОНЛАР ПОЛИКИСТОЗЛИ ФЕРТИЛ ЕШДАГИ АЕЛЛАРДА ЎЗБЕК
ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГОРМОНАЛ КЎРСАТКИЧЛАРНИНГ ФЕНОТИПИГА КЎРА
ФАРҚЛАРИ**

К.Ш.Зохидова¹, Г.Н.Рахимова¹.

¹*Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази*

Таянч сўзлар: *тухумдонлар поликистоз, узбекская популяция, бепуштлик, фенотип, гормонлар, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон.*

Тухумдонлар поликистоз (ТПК)- фертил ёшдаги аёллар орасида энг кўп тарқалган ва бепуштлик структурасида 20–22 % ни ташкил қилади.

Тадқиқотнинг мақсади: ТПКли аёлларда гормонал кўрсаткичларини фенотипига қараб ўрганиш. 150 та фертил ёшдаги аёллардан 120 таси ТПКбилан, 30 таси соғлом ва уларга -ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон 4 та фенотипига қараб ўрганилди. 4 хил фенотипдаги аёлларнинг гормонларида А,В,Д ва С гуруҳларида ЛГ ва ФСГ сезиларли кўп миқдорда эди, ва буларнинг ҳаммасида стероид гормонларининг кўрсаткичлари паст чиққан. Хулоса шуки, ўзбек аёллар популяциясида ТПК да ҳар доим гиперандрогения бўлмаслиги ва улар фенотипга қараб фарқланиши аниқланди.

**ИЗУЧЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА
УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ФЕНОТИПА**

К.Ш.Зохидова¹, Г.Н.Рахимова¹

¹*Центр развития повышения квалификации медицинских работников*

Поликистоз яичников(ПКЯ) является одной из актуальных проблем как в эндокринологии, так и в гинекологии и составляет 20–22 % всех бесплодных браков. Целью исследования явилась изучение гормонального статуса женщин с ПКЯ в зависимости от фенотипа. Были изучены гормональный статус 150 женщин фертильного возраста, из них 120 с ПКЯ, 30-здоровые и всем им проверили гормоны ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон и в зависимости от их фенотипа которых разделили на 4 группы. Результаты гормонов выявили что, между 4 мя группами с ПКЯ разница между ЛГ и ФСГ было достоверно заметно между группами А,В,Д и С, а также между стероидами там где были высокие гонадотропные показатели они снижались.

STUDY OF THE HORMONAL STATUS IN WOMEN OF CHILDBEARING AGE OF THE UZBEK POPULATION WITH POLYCYSTIC OVARIES DEPENDING ON THE PHENOTYPE

K.Sh. Zahidova¹, G.N.Rakhimova¹.

¹Center for the Development of Advanced Training of Medical Workers

Summary: Polycystic ovaries (PCOS) is one of the most pressing problems in both endocrinology and gynecology and accounts for 20–22% of all infertile marriages.

The purpose of the study: The aim of the study was to study the hormonal status of women with PCOS depending on the phenotype. The hormonal status of 150 women of fertile age was studied, of which 120 were with PCOS, 30 were healthy, and all of them were tested for the hormones FSH, LH, estradiol, progesterone, testosterone, and, depending on their phenotype, were divided into 4 groups. Hormone results revealed that, between the 4 groups with PCOS, the difference between LH and FSH was significantly noticeable between groups A, B, D and C, as well as between steroids where there were high gonadotropic indicators, they decreased.

Агар тарихга назар солсак, тухумдонлар поликистозли (ТПК)- фертил ёшдаги аёллар орасида энг кўп тарқалган ва ўзининг гетерогенлиги ва этиологиясининг ноаниқлиги билан мураккаб эндокринопатиялар турига киради. Турли илмий манбаларда келтирилишича, ТПКнинг тарқалиши 53% ни, бепуштлик структурасида эса мазкур патология 5–6-ўринни эгаллайди ва 20–22 % ни ташкил килади (3,4).

ТПКни этиопатогенези ва ташхисоти ўрганиш ва таҳлил қилиш учун фертил ёшидаги 150та аёлларни текширдик, булардан 120таси ТПК бўлган ва 30 таси соғлом аёллар эди. Андрогенга мойиллиги бўлган касалликларини ўрганиш Жамиятиг (AES) ва АҚШнинг Саломатликни ўрганиш бўйича миллий институти (МН) ва ESHRE/ASRMнинг охириги қарорларига кўра ТПКни клиник кўринишларига караб, 4 та фенотипга ажратдик: фенотип А (гиперандрогения, сурункали ановуляция, тухумдонларнинг поликистозли (ТП)морфологияси)-37та, фенотип В (гиперандрогения ва сурункали ановуляция)-42та, фенотип С (гиперандрогения ва ТПК)-19та; фенотип D (сурункали ановуляция ва ТПК)-22та.

Шахсий изланишларнинг натижалари: ТПК бор аёлларни анамнезини соғлом аёлларники билан таккослаш учун: хайз цикли, бошидан кечирган соматик, гинекологик касалликларини иккала гуруҳда солиштирма тахлилимиздан, ТПК ли аёллар анамнезида ациклик кечиши 101(84,1%), аменорея э46 (38,3%) ни ташкил этди. Олигоопсоменорея 39(32,5%)да, альгодисменорея 27,5% да, соғлом аёллар гуруҳида эса бу бузилишлар сезиларли даражада кам кузатилди (3,3% ёки умуман кузатилмаган). Иккала гуруҳнинг генератив функциясини тахлили бўйича бирламчи бепуштлик- 83(69,1%), иккиламчиси 28(23,3%) ва 9 (7,5%) си аёллар ҳали жинсий ҳаёт билан яшамагани қайд қилинди. 101 (92,5%) та аёлдан 73

(60,8%)си ёрдамчи репродуктив технологиялар билан даволанишган ва улардан 32 таси бир неча марта уринишган ва бунинг асосий сабаби мутахассислар ЕРТ амалиётларини бажараетган вақтда ТПК га эътиборни камроқ қаратганлари ёки ҳомиладорлик бўлганда уни 1-триместрида эътиборсиз қолдиришган. Иккиламчи бепуштлиқ билан даволанган ТПКли аёлларнинг 23 тасида қуйидаги асоратлар содир бўлган: ҳомиланинг ўз-ўзидан ўсмай қолиши асосан 1-триместрда- 13 (11,7%)да , 39 (%) тасида уз-узидан ҳомиланинг кўпинча 2-3 мартадан тушиши кузатилган.

Иккала гуруҳни таққослаш натижаларида ТПКли аёлларнинг бошидан ўтказган касаллари соғлом аёлларникига қараганда 5-6 -10 марта кўп учраши ва бу мультифакторли патология бўлиб, уни ташҳиси ва тактикасини ишлаб чиқишда барча омилларни ҳисобга олиб ва лаборатор текширувларни тўлақонли ўтказиш ва чуқур таҳлил қилиш тавсия этамиз.

Акушерлик ва гинекологик анамнезлари жинсий аъзоларнинг инфекция билан зарарлангани, эндометриоз ва бачадон миомасининг тугунли формаси соғлом гуруҳдаги аёлларникига нисбатан ҳам 3-10 мартага кўп учраган (55,8%;38,3%;15,8;га 16,7% ва 3,3%га қарши). Бу касалликларни инобатга олган ҳолда ҳомиладорликкача даволаш ва гормонал бузилишларини коррекциялаш ТПК билан ҳомиладор бўлган аёлларнинг кўшма ёки ёндош касалликларни даволаш уларда ҳомиладор бўлиш , бўлгандан кейин асоратларини кам учрашига ёрдам бериши мумкин. Яна бу патологияда аёллар яшаш сифатларинг пасайиб кетиши, депрессия ва хавотирга тушиб қолишлари эса турли юрак-томир ва асаб касалликлар юзага келиши еки кучайишига сабаб булган. Бунга асосий сабаблар уларда кузатилган кўптуклилик, акне, себорея каби косметик дефектлар ва айниқса бу кўриниш юзда кўл ва оёқ соҳаларида кўп учраган. Биз аёллардаги гормонал бузилишларни текшириш учун лаборатор кўрсаткичлардан тропли гормонлар- ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактин, стероидлардан- эркин тестостерон (Т), тестостерон, эстрадиол, прогестерон, дигидроэпиандростендион, 17-ОНларни қон зардобиди нормал хайзнинг 3-5 кунлари, ациклик хайзда эса биринчи мурожаат қилганда наҳорга оч қоринга текширилди. ТПК да инсулинрезистентликка сезгирлиги юқори эканлиги ҳисобга олинган ҳолда НОМА-IR, инсулин, глюкоза, гликирланган гемоглабин ва, тана вазнининг индекси (ТВИ) ва семизликнинг 1-2-3-чи даражаларида, умумий холестерин, липопротеинларнинг юқори (ЛПВП)ва паст зичлиги (ЛПНП), триглицеридлар(ТГ) текширилди ва барча кўрсаткичлар таққослаш учун соғлом аёлларда ҳам текширилди.

Анамнезига эътибор берганимизда, ТПК бўлган аёлларнинг шикоятларига: гиперандрогениянинг илк белгилари қачон бошлангани, (Ферриман- Галвей шкаласи буйича), хайз циклининг бузилиш тарихи (менархеданми еки қанча вақтдан бери), агар аёлларда бепуштлиқ қайд қилинганда, муддати, бирламчи ёки иккиламчилигини аниқладик. Гиперандрогения белгиларининг намоён бўлиши- акне, гирсутизм- юзда, кўкрак безларининг учларида, қориннинг оқ чизиғида, сонларнинг ички юзасида, қуюқ ва тўқ рангдаги майин туклар

ва ёеки дағал тукларнинг бўлиши ҳисобга олинди. (жадвал-1). Ўзбек популяциясида ТПКСли беморларнинг гормонал фенотипига кўра кўрсаткичлари.

Ингибин В – аёлларнинг фолликуляр захирасини кўрсаткичи ҳисобланади ва унинг кўрсаткичлари асосий гуруҳда ($66,4 \pm 2,2^{**}$; $68,4 \pm 3,2^{**}$; $63,2 \pm 5,2^{**}$ пг/мл), шунингдек пролактин (ПРЛ) ($200,3 \pm 14,4$; $356,29 \pm 42^*$ $403,4 \pm 51,4^*$; $299,4 \pm 42,35^*$ $293,1 \pm 76,4^*$ мкМЕ/мл), соғлом аёлларники билан ($56,2 \pm 3,4$; $200,3 \pm 14,4$) билан деярли фарқ топилмади.

Эстрадиол А,В,Д фенотипли гуруҳларда кузатув гуруҳиникига ($55,29 \pm 2,3^*$; $56,2 \pm 1,11$; $54,1 \pm 2,4^*$ пг/мл) ва С фенотипдаги аёлларникига ($172,5 \pm 10,4^*$ пг/мл) нисбатан сезиларли паст кўрсаткичларга эга чиқди, прогестерон эса айнан С фенотипдагига гуруҳдаги аёлларникида караганда $7,2 \pm 0,3^*$ нмоль/л кўрсаткичли ва бошқа гуруҳдаги кўрсаткичларга нисбатан сезиларли паст чиқди. С гуруҳдаги аёлларда Рg кўрсаткичининг нормага яқин чиқишининг сабаби, уларда хайз циклининг бузилишида кузатилмагани ва овуляцияси сақланганлиги сабабидир ва бу кўрсаткич $299,4 \pm 42,3^*$ нмоль/л соғлом аёлларда эса $56,3 \pm 1,31$ нмоль/л ни ташкил қилди. Тестостерон гормони А,В,С гуруҳларда ($5,2 \pm 0,3^*$; $5,1 \pm 0,4^*$; $4,2 \pm 0,3^*$), Д ва кузатув ($1,2 \pm 0,7^*$ ва кузатув ($0,4 \pm 0,04$) гуруҳиникига нисбатан юқори кўрсаткичларни кўрсатди ва бу натижалар тестостерон миқдори фенотипга нисбатан ўзгариши тасдиқланди. ТПКдаги ЛГ гонадотроп гормоннинг ($16,9 \pm 0,4^*$; $16,5 \pm 0,7^*$; $15,6 \pm 0,5^*$) юқори кўрсаткичлари тестостеронни ошишига, бунинг натижасида эса эстроген ва прогестерон гормонининг пасайиши кузатилган.

17-ОП ($0,6 \pm 0,05^*$; $0,55 \pm 0,06^*$; $0,67 \pm 0,07^*$; $0,4 \pm 0,07^*$ нг/мл) ва ДГЭА ($247,2 \pm 13,4^*$; $223,4 \pm 17,3^*$; $246,2 \pm 19,4^*$; $203,4 \pm 11,2^*$ мкг/дл) барча 4 та гуруҳда ва кузатув гуруҳиникида ($0,5 \pm 0,4$ нг/мл ва $208,3 \pm 11,2$ мкг/дл) ҳам референс қийматларга мос келади ($88,9-427$) ва сезиларли ўзгаришлар кузатилмади.

17-ОП ва ДГЭА бўйича олинган натижаларни соғлом аёлларники ва референс қийматлари билан фарқ қилмаслиги ва бизнинг тадқиқотларимиз учун кузатувга олинган ТПКли аёлларда гиперандрогениянинг адrenal (буйрак усти безлари) генези тасдиқланмади.

Муҳокама: Шундай қилиб, тадқиқотларимиздан ТПК бор ўзбек аёлларида гормонлардан олган натижаларимиз касалликни фенотипига қараб фаркланиши, айниқса гонадотроп ва стероидларда гуруҳлараро ва кузатув гуруҳларига нисбатан сезиларли фаркланиши ва бизнинг натижаларимиз бир қатор бошқа тадқиқот натижалари билан бир ўхшашликлари қайд қилинди. Гормонларнинг натижалари шуни кўрсатдики, ТПКда хар доим ҳам тестостерон эркин фракцияси юқори бўлмаслиги аниқланди ва бу фенотипга қараб А,В,С гуруҳларида Д ва кузатув гуруҳларига нисбатан юқори эканлиги аниқланди.

«Гиперандрогенияси йўқ» Д фенотипдаги тестостероннинг бу фенотипнинг гирсутизм кўрсаткичи ҳам, акненинг деярли йўқлиги билан биргаликда келади ва алоҳида изоҳларга ўрин

қолдирмайди. Гиперандрогения фолликулаларнинг атрезияси, тека-хужайраларнинг стромаси, ок қобигининг гиперплазиясига олиб келиши мумкин.

Аҳамиятлиси ГА ингибин В билан мусбат корреляцияга эгаллиги ва ФСГ гормонни пасайишига сабаб бўлади.

Ўзбек популяциясида ТПК ва соғлом аёлларнинг гормонал фонининг солиштирма натижалари (Жадвал 1)

Кўрсаткич	Соғлом аёллар N=30	Тўлиқ Фенотип А N=37	Ановулят Фенотип В N=42	Овулятор Фенотип С N=19	Ноандроген Фенотип D N=22	P<
ЛГ, mIU/ml	8,4 ± 0,4	16,9 ± 0,4*	16,5 ± 0,7*	8,4 ± 0,5*	15,6 ± 0,5*	**P>0,05
ФСГ mIU/ml	6,2 ± 0,3	5,10 ± 0,3**	4,5 ± 0,4*	6,2 ± 0,4**	4,3 ± 0,4*	**P>0,05
АМГ нг/мл	8,4 ± 0,3	9,4 ± 0,4**	8,5 ± 0,4*	9,4 ± 0,6**	6,47±0,3	**P>0,01
ПРЛ мкМЕ/мл	200,3± 14,4	356,29±42*	403,4±51,4*	299,4 ±42,35*	293,1±76,4*	*P<0,01
Е2 пг/мл	132,3± 9,5	55,29± 2,3*	56,2 ± 1,11*	172,5±10,4*	54,1 ±2,4*	*P<0,001
Т нг/мл	0,4± 0,04	5,2 ± 0,3*	5,1± 0,4*	4,2 ± 0,3*	1,2 ±0,7*	*P<0,001
Т (св)пг/мл	2,3 ± 0,2	5,8 ± 0,15*	6,3 ± 0,3*	4,34 ± 0,2*	2,24 ±0,3**	**P<0,05
17 ОН нг/мл	0,5±0,4	0,6 ±0,05*	0,55 ±0,06*	0,67 ± 0,07*	0,4 ±0,07*	*P>0,05
Ингибин В пг/мл	56,2 ± 3,4	66,4±2,2**	68,4± 3,2**	64,5 ± 4,3**	63,2 ±5,2**	**P>0,05
Прогестерон нмоль/л	56,3± 1,3	13,4 ± 0,2*	16,3 ± 5,4*	54,2 ± 5,4**	7,2 ± 0,3*	**P>0,05
ДГЭАс мкг/дл	208,3± 11,2	247,2±13,4*	223,4± 17,3*	246,2±19,4*	203,4±11,2*	*P>0,05
ЛГ/ФСГ нисбати	1,34	3,12*	3,66*	1,39**	3,63**	*P<0,05 **P>0,05

Абашова Е.И ва ҳаммуаллифлар(2) 2019 йилдаги тадқиқотларида репродуктив ёшдаги аёлларда нормогонадотроп ановуляцияда ТПКли аёлларда фенотипларига қараб ўрганишган. Бунда олимлар ТПКни 3та гуруҳ фенотипига, яъни А,В,Дга бўлиб текширишади.

Хулоса шуки, ТПК да фенотипларига қараб ёндошиш касалликни даволашда, унинг профилактикаси борасида ва репродуктив ёшдаги аёлларнинг яшаш сифатини яхшилашда ёрдам

беради. Бизнинг ТПКли аёлларимизда ЛГ гормони А,В,Д гуруҳларида С, яъни «овулятор» хисбатан юқори кўрсаткичларни кўрстади. Бунда 40% аёллардагина ЛГнинг ошиши кузатилди, овуляторли гуруҳда 2 марта кам эди. ФСГнинг кўрсаткичи А,В,Д фенотипидагилар С гуруҳниқига нисбатан паст кўрсаткичларни берди ва охири гуруҳда овулятор цикл сақланган эди. Атиканов А.О. ва муаллифдошлар 2017 йда (1), ТПКда ЛГнинг кўрсаткичлари ҳамиша юқори бўлишини кузатганлар, бундай ЛГнинг юқори кўрсаткичи тухумдонлар стромасини стимуляциясига олиб келади ва натижада тухумдонлар ва буйрак усти безларининг этишмовчилигига, натижада андрогенизация ва эстрогенизацияга олиб келиши, натижасида тестостерон, ДГЭА-С ошиши, эстрадиол ва прогестероннинг пасайиши билан характерланади. Буларнинг барчаси ановулятор хайз циклини шаклланишига, келгусида қон кетиши ва турли даражадаги гиперплазияни ривожланишига сабаб булади.

Парамонова О.В ва ҳаммуаллифлар (5) 2012йилда гормонларни текшириб, ЛГнинг базал даражаси нормадагига нисбатан 70%гача юқорилиги, ФСГнинг базал кўрсаткичлари 30%гача паст эканлигини аниқлашган. ТПКнинг ёркин белгиси бўлиб, ЛГ и ФСГ га нисбати хисобланади. Соғлом аёлларда $ЛГ/ФСГ = 1-1,5$ га, ТПКда эса- $ЛГ/ФСГ > 2,5$ га тенгдир. Фолликуляр захирани кўрсатадиган Ингибин В ва бошқа гормонлар пролактин, АМГ кўрсаткичлари иккала гуруҳда деярли сезиларли фарқи йўқлиги аниқланди.

Хулосалар: Тадқиқотларимиз хотимасида шуни таъкидлаш жоизки, ТПК нинг аниқ ечимини ҳанузгача топилмагани, кўплаб саволларга жавоблар очиклигича қолиши ва бу олиб бориладиган тадқиқотларимиз учун туртки бўлиб хизмат қилади. Шундай қилиб, ТПК нинг ташҳиси учун энг мақсадга мувофиқ, Роттердам консенсус ташҳисини қўллаш (6,7), чунки бунда ТПКда ташҳисот ва унинг анъанавий критериялари учун бир томондан, иккинчи томондан эса- патологиянинг барча клиник кўринишларини намоён бўлишини ўз ичига олади.

Фойдаланилган адабит:

1. Атыканов А.О., Джанузакоев Н.Т., Батырханов Ш.К. « Клинико-диагностическая характеристика синдрома поликистозных яичников у женщин репродуктивного возраста». // Вестник КРСУ. - 2017. Том 17. № 7.
2. Абашова Е.И., Шалина М.А., Мишарина Е.В., Ткаченко Н.Н., Булгакова О.Л. «Клинические особенности фенотипов синдрома поликистозных яичников у женщин с нормогонадотропной ановуляцией в репродуктивном возрасте». // Журнал. – 2019г. « Акушерство и женских болезней».- Том.-68.- Выпуск.-3.
3. Дурманова А.К., Отарбаев Н.К. «Антимюллеров гормон как показатель репродуктивного здоровья женщин с синдромом поликистозных яичников». //«Терапевтический архив».- 2016г.-6

4. Калугина А.А., Бобров К.Ю. «Синдром поликистозных яичников: современные представления и роль в проблеме бесплодия». //Журнал.- «Проблемы репродукции».- 2015г.- 2.
5. Парамонова О.В., Коренская Е.Г., Трофименко А.С., Зборовская И.А. « Современные взгляды на методы диагностики и лечения синдрома поликистозных яичников». // Журнал. « Медицинский алманах».-2012 г. - № 5.
6. Шилин Д.Е. // «Международный диагностический консенсус и современная идеология терапии CONSILIUM-MEDICUM ». -2004г.- Том.-6. - № 9.
7. ESHRE Rotterdam/ASRM- Sponsored PCOS Consensus Workshop Group Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and longterm health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS) // Hum. Reprod. – 2004.- Vol.- 19.- P 41-47.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ SARS-CoV-2**

Р.А.Ибадов¹, Х.П.Алимова¹, Б.К.Аллаеров¹, Р.М.Тастанова¹.

*¹Республиканская специализированная инфекционная больница Зангиота-1, Ташкент,
Узбекистан*

Цель исследования: провести сравнительный анализ эффективности лечения беременных с ФПН на фоне COVID-19.

Материал исследования. В основную группу были включены 80 последовательных беременных за период с 1 августа по 15 сентября 2021 года, ведение которых осуществлялось по оптимизированным алгоритмам. Группу сравнения составили также 80 беременных, статистически сопоставимых с основной группой больных по исходным критериям отбора. (период с 1 июня по 31 июля 2021 года). В большинстве случаев, как в группе сравнения (82,5%; 66 из 80), так и в основной группе (77,5%; 62 из 80) возраст беременных составил от 18 до 30 лет. По срокам гестации, также в большинстве случаев беременные были на третьем триместре, а именно в сроках от 32 до 36 недель беременности – 65,0% (52 из 80) в группе сравнения и 70,0% (56 из 80) в основной группе. Более 3 беременностей в анамнезе имели 35,0% (28 из 80) женщин в группе сравнения и 37,5% (30 из 80) – в основной группе исследования. При этом, у большинства женщин роды в анамнезе наступили в первый раз – 42,5% (34 из 80) в группе сравнения и 37,5% (30 из 80) в основной группе. Ключевую роль в выборе акушерской тактики и

общих принципов интенсивной терапии, помимо диагностирования тяжести пневмонии, имела доплерометрия плода с определением тяжести нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.

Результаты. У всех пациенток была диагностирована ФПН и все они были родоразрешены в течение 5-10 суток пребывания в стационаре, что способствовало получению высоких показателей частоты преждевременных родов. Доля кесарева сечения был высоким (77,5%; 124 из 160) в связи с диагностированием дистресса плода и тяжелого клинического состояния матери. Индукция родов выполнена в 76,25% (122 из 160) случаев. В сравнительном аспекте в основной группе были получены статистически значимо более низкие показатели доли случаев с кесаревым сечением и индукцией родов. Сокращена частота кесарева сечения с 85,0% (68 из 80) в группе сравнения до 70,0% (56 из 80) в основной группе ($p=0.023$). Частота применения кесарева сечения составила 100% при тяжелых и крайне тяжелых течениях COVID-19, и 61,7% (36 из 94) при среднетяжелом течении ($p<0.001$). Случаи самостоятельных родов наблюдались только лишь при среднетяжелом течении COVID-19. Все новорожденные дали отрицательный результат на SARS-CoV-2 через 24 часа и 48 часов по мазкам из носоглотки и зева. Средние сроки лечения беременных с ФПН на фоне COVID-19 составили $26,4\pm 3,4$ суток в группе сравнения и $18,1\pm 2,2$ суток – в основной группе ($p=0.042$). Показатель общей материнской летальности снижен с 7,5% (6 из 80) в группе сравнения до 1,25% (1 из 80) в основной группе (4.126, $p=0.043$). Таким образом при ФПН на фоне пневмонии COVID-19 благоприятный исход наблюдался в 95,6% (153 из 160) случаев. Всего живорожденных было 148 (92,5%) детей. Перинатальная летальность снижена с 12,5% (10 из 80) в группе сравнения до 2,5% (2 из 80) в основной группе ($p=0.013$).

Заключение. В сравнительном аспекте оптимизация акушерской тактики ведения беременных с ФПН на фоне COVID-19 позволила снизить частоту кесарева сечения с 85,0% до 70,0% ($p=0.023$), общую материнскую летальность с 7,5% до 1,25% ($p=0.043$), перинатальную летальность с 12,5% до 2,5% ($p=0.013$), средние сроки лечения сократились с $26,4\pm 3,4$ до $18,1\pm 2,2$ суток ($p=0.042$).

ПОЛИКИСТОЗНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЯИЧНИКОВ

З.Ж.Ибрагимова

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Аннотация: Поликистоз яичников характеризуется двусторонним увеличением яичников с многочисленными фолликулярными кистами. При наличии олигоменореи, скудных менструаций используется клинический термин "синдром Штейна-Левенталя". Человек бесплоден из-за отсутствия овуляции. Морфологически яичники напоминают маленький белый шарик, наполненный плотно упакованными шариками.

Ключевые слова: ЭКО- экстракорпоральное оплодотворение, ГнРГ- гонадотропин-рилизинг,

Результаты и обсуждения: Пораженные яичники, которые часто называют устричными, имеют гладкую, жемчужно-белую поверхность, но на них не видно поверхностных рубцов, поскольку овуляции не происходит. Состояние объясняется большим количеством заполненных жидкостью фолликулярных кист и атрофических вторичных фолликулов, которые находятся под необычно толстой tunica albuginea. Патогенез неясен, но, по-видимому, связан с дефектом в регуляции биосинтеза андрогенов, что приводит к выработке чрезмерного андрогенов, которые преобразуются в эстрогены. Процесс отбора фолликулов, которые подвергаются созреванию также, по-видимому, нарушен. У человека наблюдается ановуляторный цикл, характеризующийся только эстрогенной стимуляцией эндометрия из-за ингибирования выработки прогестерона. Ингибирование выработки прогестерона вызвано неспособностью Граафова фолликула превратиться в прогестерон-продуцирующий лютеиновую оболочку. Лечение выбора - гормональное, чтобы стабилизировать и восстановить соотношение эстрогена и прогестерона, но в некоторых случаях необходимо хирургическое вмешательство. В яичнике делается клиновидный разрез, чтобы обнажить кору, что позволяет яйцеклеткам после гормонального лечения покинуть яичник без физических ограничений, созданных предшествующей утолщенной tunica albuginea.

Зрелые преовуляторные ооциты собираются из Граафова фолликула с помощью лапароскопической или ультразвуковой чрескожной аспирации или трансвагинальной аспирации. Перед оплодотворением ооциты предварительно инкубируются в специализированной среде с добавлением сыворотки крови в течение времени определяемое стадией их зрелости. Собранную сперму помещают в специальную среду. Затем ооциты добавляют в среду, содержащую собранную сперму, для оплодотворения. Через 12-16 часов

ооциты исследуют с помощью микроскопа дифференциального интерференционного контраста для определения наличия женских и мужских пронуклеусов, что свидетельствует об успешном оплодотворении. На этом этапе оплодотворенный ооцит может быть заморожен для последующего проведения ЭКО. Как правило, 80% зрелых ооцитов, культивируемых *in vitro*, оплодотворяются. На этом этапе мбрион переносится в специальную среду для роста на 24-48 часов, где ему дают возможность развиваться в течение 24-48 часов. 48 часов, где ему дают возможность вырасти до стадии от четырех до шести клеток. Затем несколько эмбрионов переносят в матку через влагалище и цервикальный канал на третий или четвертый день после первоначальной аспирации ооцита. Перед переносом эмбрионов матка подготавливается к приему эмбрионов путем введения соответствующих гормонов.

Список литературы:

1. Histology: a text and atlas: with correlated cell and molecular biology/Michael H. Ross, Wojciech Pawlina.—6th ed.
2. BRS. "Histology" 8th edition Leslie P. Gartner.
3. Подрезова А.В. Причины возникновения и морфологическое проявление поликистоза яичника // *forcipe*. 2021. № 51.
4. Ибрагимова З.Ж. Онкологик касалликларда лимфа тугунларида морфофункционал ўзгаришлар *Международный научный журнал // Научный импульс// 2022 г. №5 (100), часть 1.*

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО
СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ НАЧАВШЕМСЯ
РАННЕМ ВЫКИДЫШЕ.**

О.Ю.Иванова¹, Н.А.Пономарева¹, А.А.Цуканова¹, П.А.Кеня¹.

¹Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия.

Ключевые слова: невынашивание беременности, отслойка хориона, эластические свойства сосудов, эндотелиальная дисфункция, «АнгиоСкан-01».

Резюме. Проведено комплексное исследование для оценки анатомо-физиологических свойств сосудов и эндотелиальной дисфункции с применением «Ангиоскан-01».

Введение. Эндотелиальная дисфункция и нарушение эластических свойств сосудов матери на ранних сроках беременности лежат в основе патологии имплантации плодного яйца и формирования первичной плаценты [1].

Методы. Для выявления характерных особенностей состояния сосудистой стенки при физиологическом течении беременности (87 пациенток) и начавшемся раннем выкидыше (63 пациентки) проведено комплексное общепринятое акушерское обследование. Оценка эластических свойств сосудов и состояния эндотелия осуществлялась аппаратом «АнгиоСкан-01». Статистическая обработка результатов проводилась в Microsoft Excel 10.

Результаты. При неосложненном течении беременности фотоплетизмо-графические кривые, характеризующие эластические свойства сосудов, были представлены нормальным типом кривой (ТК) в большей половине случаев (ТК С - 65,2%). Патологический ТК А и ТК В отмечен только в 34,8% случаев. У пациенток с осложненным течением ранних сроков беременности преобладает патологический ТК (ТК А и ТК В регистрировали в 70,2 % случаев). Нормальный ТК С встречался в 29,8%, что в 2 раза реже по сравнению с контрольной группой. У них так же отмечены статистически значимые изменения гемодинамических параметров в виде повышения центрального систолического давления (Spa) до $126 \pm 3,0$ мм.рт.ст., увеличение длины сердечного цикла (PD) до 959 ± 98 мс и скорости распространения пульсовой волны (PWV) до $12 \pm 4,3$ м/с по сравнению с контрольной группой (Spa $109 \pm 2,0$ мм.рт.ст, PD 741 ± 93 мс, PWV $3,0 \pm 5,2$ м/с). Более выраженные изменения в сравниваемых группах диагностировали при оценке структурно-функциональных свойств крупных и мелких сосудов. У пациенток с осложненным течением беременности отмечено повышение резистентности и жесткости артерий крупного диаметра: Si (индекс жесткости) соответствует $9,2 \pm 1,6$ м/с Alp (индекс аугментации) $7,8 \pm 8,4\%$, dTrp (разница между временными интервалами прямой и отражённой волны) $100 \pm 4,0$ мс, Ri (индекс отражения) $38,7 \pm 6,6\%$. Эти показатели статистически достоверно отличались при сравнении с контрольной группой (Si $7,2 \pm 0,8$ м/с, Alp $-12,4 \pm 6,5\%$, dTrp $106 \pm 4,0$ мс, Ri $25,6 \pm 7,8\%$). У пациенток основной группы статистически достоверно изменены показатели, отражающие нарушения функции эндотелия сосудов, которые проявляются в виде увеличения индекса стресса до $212 \pm 37,3$ (к.гр. $187 \pm 9,4$) снижения индекса окклюзии по амплитуде $1,0 \pm 3,8$ (к.гр. $2,44 \pm 3,76$) и индекса окклюзии по фазе $5,32 \pm 2,16$ (к.гр. $10,9 \pm 4,2$).

Заключение. Структурно-функциональное состояние сосудистой стенки при начавшемся раннем выкидыше характеризуется снижением эластичности, повышением резистентности и формированием эндотелиальной дисфункции.

Список литературы:

- 1) Бакалейко В.В. Изучение эндотелиальной функции у женщин с угрожающим выкидышем до 12 недель / В.В. Бакалейко // Известия Росс. Воен.-мед. акад. – № 3.-2018. – С.51-53.

PREGNANCY AND ANEMIA

N.R.Isaqova¹, M.Sodiqova¹.

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Anemia of pregnancy is a series of anemia conditions that occur during pregnancy, complicate its course, and usually disappear quickly after birth or termination. Since the prevalence of anemia in pregnant women is much higher than in non-pregnant women, it is logical to assume that most of these anemias are related to pregnancy itself. The most common consequences of anemia in pregnancy are miscarriages, premature births, intrauterine growth retardation, and an increased risk of low birth weight newborns.

The development of anemia in the 1st and 2nd trimesters of pregnancy is associated with a doubling of the risk of premature birth. Many researchers believe that iron reserves in the fetus do not depend on the iron content of the mother's body. The transfer of iron from the mother through the placenta is regulated by the needs of the fetus, even against the concentration gradient, and mainly occurs in the 3rd trimester of pregnancy. Therefore, the development of iron deficiency is possible only in premature babies. This adverse effect of anemia in pregnancy is usually associated with a hemoglobin level < 90 g/l. If the hemoglobin level is 90-110 g/l in the second half of pregnancy, the prognosis for the woman and the child is favorable.

At the same time, Hb concentration exceeding 120 g/l in this period of pregnancy is fraught with a high risk of complications (in particular, preeclampsia). Any pregnancy leads to an increase in plasma volume, which is on average 1250 ml. This is approximately 1.5 times the plasma volume in non-pregnant women. This condition is one of the main reasons for the relative decrease in Hb level in pregnant women. To date, the lower limit of normal concentration of Hb in pregnant women is 110 g/l, Hb from 90 to 110 g/l - grade 1 anemia, from 70 to 90 g/l - grade 2 anemia, < 70g/l. According to WHO, anemia is detected in 35-75% of pregnant women in the world every year. In local obstetric practice, the prevalence of iron deficiency in pregnant women is considered high. Anemia in pregnancy is multifactorial, and iron deficiency is an important but not the only cause of anemia in pregnancy. The most common types of anemia during pregnancy include iron deficiency anemia and folate deficiency anemia, less often aplastic, megaloblastic, hemolytic anemia and thalassemia. Factors predisposing to the development of iron deficiency anemia in pregnant women, for example, frequent repeated bleeding with the placenta; the patient's mother has anemia during pregnancy and early childbirth, as well as seasonality and corresponding changes in the composition of food (vitamin deficiency in the winter-spring period). Inflammatory anemia - in recent years, the number of women suffering from urogenital

infections (colpitis, cervicitis, bacterial vaginosis, pyelonephritis, etc.) is increasing, which often occur secretly. At the same time, about 30% of pregnant women with urogenital infections approach delivery in anemic state, despite repeated correction with iron preparations. This anemia is defined as "hypochromic anemia without iron deficiency" in which body iron stores are normal or high. Prevention of iron deficiency during pregnancy planning is the main foundation of prevention of this disease in pregnant women. Primary prevention of iron deficiency anemia in pregnant women is aimed at reducing the prevalence of iron deficiency during pregnancy and preventing its negative effects on the woman and the fetus. To prevent anemia in pregnant women, iron preparations are prescribed to patients during preparation before pregnancy, taking into account the initial hemoglobin level.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

THYROID DISEASE AND PREGNANCY

N.R.Isaqova¹, F.A.Turg'unboyev¹,

¹Ferghana medical institute of public health

In recent years, the prevalence of thyroid diseases in pregnant women is growing, which undoubtedly determines the state of physical and mental health of the younger generation. The constantly deteriorating environmental and radiation situation contributes to an increase in the incidence of thyroid diseases. The main function of thyroid hormones in adults is to maintain the basic metabolism in the human body. And at the stage of intrauterine development - the differentiation of tissues, primarily the nervous, cardiovascular and musculoskeletal systems. Under the influence of these hormones, the development of brain structures occurs, the formation and maintenance of intelligence throughout life. With their lack, the development of the nervous system and bone growth slows down. The size of the thyroid gland during pregnancy normally increases in each woman by an average of 16% due to a more intense blood supply to the thyroid tissue and an increase in its mass.

Changes in the thyroid gland in women occur already from the first weeks of pregnancy, mainly in the 1st half, i.e. during the period when the fetus does not yet have its own gland, and its development depends entirely on the production of mother's thyroid hormones. Endemic diffuse goiter is a disease that occurs in some geographical areas with insufficient iodine content in the environment and is characterized by an increase in the thyroid gland. Goiter develops as a response to prolonged iodine deficiency. Patients are concerned about general weakness, increased fatigue, headaches, and discomfort

in the region of the heart. Iodine deficiency causes a violation of the reproductive function in women: the number of miscarriages, stillbirths increases, and infant mortality increases.

The course of pregnancy and childbirth in women with endemic goiter is accompanied by a frequency of complications such as preeclampsia (7.2%), chronic intrauterine hypoxia of the fetus (34%), discoordination of labor (31%), fetoplacental insufficiency (18%), the threat of abortion (18%) and others. Insufficient iodine intake during pregnancy has a negative effect on the fetal thyroid gland and, in the future, the activity of the thyroid gland of the fetus depends entirely on the intake of iodine from the mother's body, and sometimes leads to the development of goiter. The most effective method recommended by the World Health Organization and other international organizations is mass iodine prophylaxis, which consists in the use of edible iodized salt.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

HOMILADORLIK VA ANEMIYA

N.R.Isaqova¹, S.X.Temirova¹,

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Homiladorlik anemiyasi - bu homiladorlik davrida yuzaga keladigan, uning kechishini murakkablashtiradigan va odatda tug'ilgandan keyin yoki tugatilgandan so'ng tezda yo'q bo'lib ketadigan bir qator anemiya holatlari. Homilador ayollarda kamqonlikning tarqalishi homilador bo'lmagan ayollarga qaraganda ancha yuqori bo'lganligi sababli, bu anemiyalarning aksariyati homiladorlikning o'zi bilan bog'liq deb taxmin qilish mantiqan to'g'ri. Homiladorlikda kamqonlikning eng ko'p uchraydigan oqibatlari abortlar, erta tug'ilishlar, intrauterin o'sishning kechikishi va kam vaznli yangi tug'ilgan chaqaloqlarning tug'ilish xavfining oshishi hisoblanadi. Homiladorlikning 1 va 2 trimestrlarida kamqonlikning rivojlanishi erta tug'ilish xavfining ikki baravar oshishi bilan bog'liq. Ko'pgina tadqiqotchilar homilada temir zahiralari onaning tanasidagi temir tarkibiga bog'liq emasligiga ishonishadi. Temirning onadan platsenta orqali o'tishi homilaning ehtiyojlari bilan tartibga solinadi, hatto konsentratsiya gradientiga qarshi va asosan homiladorlikning 3-trimestrida sodir bo'ladi. Shuning uchun temir tanqisligi rivojlanishi faqat erta tug'ilgan chaqaloqlarda mumkin. Homiladorlikdagi anemiyaning bu salbiy ta'siri odatda gemoglobin darajasi < 90 g/l bilan bog'liq. Homiladorlikning ikkinchi yarmida gemoglobin darajasi 90-110 g/l bo'lsa, ayol va bola uchun prognoz qulaydir. Shu bilan birga, homiladorlikning ushbu davrida Hb konsentratsiyasining 120 g/l dan oshishi asoratlarning yuqori xavfi (xususan, preeklampsi) bilan to'la. Har qanday homiladorlik plazma hajmining oshishiga olib keladi, bu o'rtacha 1250 ml ni tashkil qiladi. Bu homilador bo'lmagan ayollardagi plazma hajmidan taxminan 1,5 baravar ko'pdir. Bu holat homilador ayollarda Hb darajasining nisbatan pasayishining

asosiy sabablaridan biridir. Bugungi kunga kelib, homilador ayollarda Hb ning normal kontsentratsiyasining pastki chegarasi 110 g/l, Hb 90 dan 110 g/l gacha - 1 daraja anemiya, 70 dan 90 g/l gacha - 2 daraja anemiya, < 70g/l. JSST ma'lumotlariga ko'ra, har yili dunyoda homilador ayollarning 35-75 foizida kamqonlik aniqlanadi. Mahalliy akusherlik amaliyotida homilador ayollarda temir tanqisligining tarqalishi yuqori deb hisoblanadi.

Homiladorlikdagi kamqonlik ko'p omilli bo'lib, temir tanqisligi homiladorlik davrida kamqonlikning muhim, ammo yagona sababi emas. Homiladorlik davrida anemiyaning eng keng tarqalgan turlariga temir tanqisligi anemiyasi va folat tanqisligi anemiyasi kiradi, kamroq tez-tez aplastik, megaloblastik, gemolitik anemiya va talassemiya. Homilador ayollarda temir tanqisligi anemiyasi rivojlanishiga moyil bo'lgan omillar, masalan, platsenta bilan tez-tez takrorlanadigan qon ketish; bemorning onasida homiladorlik paytida va erta tug'ilish paytida mavjud bo'lgan anemiya, shuningdek mavsumiylik va oziq-ovqat tarkibidagi tegishli o'zgarishlar (qish-bahor davrida vitamin etishmasligi) mavjud. Yallig'lanish anemiyasi - so'nggi yillarda urogenital infeksiyalar (kolpit, servitsit, bakterial vaginoz, pielonefrit va boshqalar) bilan og'rigan ayollar soni ortib bormoqda, ular ko'pincha yashirin tarzda yuzaga keladi. Shu bilan birga, urogenital infeksiyalari bo'lgan homilador ayollarning taxminan 30 foizi temir preparatlari bilan qayta-qayta tuzatishga qaramay, kamqonlik holatida tug'ilishga yaqinlashadi. Ushbu kamqonlik tanadagi temir zahiralari normal yoki ko'p bo'lgan "temir tanqisligisiz gipoxromli anemiya" deb ta'riflanadi. Homiladorlikni rejalashtirishda temir tanqisligining oldini olish homilador ayollarda ushbu kasallik profilaktikasining asosiy poydevori hisoblanadi. Homilador ayollarda temir tanqisligi anemiyasining birlamchi profilaktikasi homiladorlik davrida temir tanqisligi tarqalishini kamaytirish va uning ayol va homilaga salbiy ta'sirini oldini olishga qaratilgan. Homilador ayollarda anemiyaning oldini olish uchun homiladorlikdan oldin tayyorgarlik paytida, dastlabki gemoglobin darajasini hisobga olgan holda, bemorlarga temir preparatlari buyuriladi.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ ПРИ БЕСПЛОДИИ (РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ
СЛУЧАЕВ)**

С.С.Искаков¹, С.Куаныш¹, Г.К.Жантурсынова¹.

¹НАО «Медицинский университет Астана» Астана, Казахстан

Ключевые слова: *Миома матки, бесплодие, миомэктомия, анемия, хроническая тазовая боль.*

Миома матки (лейомиома)- моноклональная доброкачественная опухоль из гладкомышечных волокон матки. Одно из наиболее распространенного гинекологического

заболевания, которое встречается у 35-40% женщин старше 35 лет, после 40 лет она диагностируется в 60-70% случаев. Миома матки может достигать гигантских размеров - больше 20 недель беременности. При миоме матки клиническая картина отличается широким разнообразием и зависит от возраста пациентки, длительности заболевания, локализации и величины опухоли - симптоматически может проявляться обильными аномальными маточными кровотечениями, анемии, хроническим болевым синдромом, синдромом сдавления - что часто встречается при значительном увеличении миомы матки в размерах.

Влияние миомы матки на фертильность - механизм влияния интрамуральной миомы: деформация полости матки, увеличение расстояния для сперматозоидов, сдавление/окклюзия устьев маточных труб, сосудистые изменения, влияние на ритмичные сокращения миометрия, ухудшение имплантации, нарушение созревания эндометрия, негативный эффект связан с размером и количеством узлов, а также их типом. Показания к лечению бессимптомной миомы матки при бесплодии: клинически незначимые миомы, малые множественные миомы, миома средних размеров, множественная миома со средним размером доминирующего узла, миома больших размеров, субмукозная миома, субсерозная миома на ножке

Цель исследования - продемонстрировать возможности хирургического лечения миомы матки в целях подготовки к ВРТ при больших (гигантских) миомах матки.

Методы исследования - клинические случаи оперативного лечения миомы матки при подготовке к ВРТ.

Материалы исследования: Описание случая №1 Пациент М, 1987г. *Жалобы* на обильные менструации, слабость, головокружение, отсутствие беременности в течение 12 лет. Жалобы беспокоят периодически в течение 8 месяцев. Последний месяц кровянистые выделения из половых путей усилились. При обследовании с целью планирования ЭКО было диагностирована миома матки больших размеров.

Из анамнеза жизни: Операция в 2011г. по поводу кисты правого яичника, аднексэктомия справа. В 2012г. по поводу кисты левого яичника, кистэктомия слева. В 2015г произведена хирургическая стерилизация путем перевязки левой маточной трубы. Гемотрансфузия в феврале 2022г 1 доз эр.взвеси по поводу тяжелой анемии, Нб-56г/л.

Гинекологический анамнез: Менструальная функция: менструации с 13 лет, по 30 дней, регулярные, умеренные. Последние 8 месяцев менструация нерегулярная, обильная, болезненная. П.М: с 01.05.2022г. по 08.05.2022 г. Паритет: беременности 0, Выкидыш 0, Аборт 0, Родов 0.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. На зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая, конической формы эпителий цел. Выделение мажущие кровянистые. Per speculum: шейка матки кзади, длиной 2,5

см., наружный зев сомкнут. Тело матки отклонена кпереди, увеличена до 20 недель, плотной консистенции, контуры бугристая, ограничена подвижность, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды заняты плотной тканью.

Предварительный диагноз: Миома матки больших размеров (гигантская). FIGO IV-VII. Киста яичника слева (эндометриома?). Первичное бесплодие. Адгезивный процесс в малом тазу. Анемия легкой степени.

Лабораторно-диагностические исследования: ОАК от 20.05.22г.: тромбоциты 258 /л., лейкоциты в крови 6 /л, гемоглобин 118 г/л, СОЭ (анализатор) 16 мм/ч. Биохимический анализ крови от 20.05.2022г.: мочевины 2,3 ммоль/л, АСаТ 10 МЕ/л, АЛаТ 7МЕ/л, глюкоза - 5,28 ммоль/л. Коагулограмма от 20.05.2022г.: фибриноген 4,36 г/л, международное нормализованное отношение- 1,13, тромбиновое время анализатор-17,6сек, АЧТВ-37,8 сек.

ОАМ от 20.05.2022г.: относительная плотность мочи 1010, прозрачная, цвет мочи соломенно - желтый, эпителиальные клетки 5-7 в п/зр, белок в моче 0 г/л, лейкоциты в моче (анализатор) 4-5 лейкоцитов в мкл. УЗИ ОМТ от 14.04.2022г. Заключение: Миома матки больших размеров. Эндометриоидная киста левого яичника. Низкий овариальный резерв. Спаечный процесс органов малого таза. С целью реализации генеративных планов проведено удаление миоматозных узлов, удаление кисты слева, адгезиолизис.

Ход операции: Органы малого таза поддаются визуализации: к ране предлежит эндометриома размером около 16см, исходящая из левых придатков, стенки которого интимно спаяны с боковой стенкой матки и дну. Левая маточная труба отечная инфильтрирована. Тело матки увеличено до 18 недель, за счет отдельного миоматозного узла IV типа. Правые придатки (маточная труба и яичник) отсутствуют. Брюшная полость отгорожена марлевыми салфетками. При попытке вывести кисту произошло опорожнение - шоколадное содержимое. Капсула вылушена, визуализируются перегородки, стенки плотные. Ткань яичника прослеживается - сохранена, с кистами желтого тела. Вылущены. Оставшаяся ткань яичника ушита непрерывным викрилом швом. Проверка на проходимость левой маточной трубы - непроходима. Матка с трудом выведена в рану, вскрыта по задней стенке, лейомиоматозный узел мягко-эластичной консистенции IV тип по FIGO размером около 12 см, вылушен. Ложе ушито трехрядными непрерывными викриловыми швами. Сигмовидная кишка отсепарована, целостность не нарушена. Маточная труба слева длиной до 10 см, инфильтрирована, фимбриии свободные. Во время операции отмечалась повышенная кровоточивость. Введен препарат тренакса 1 гр. в/в в течение 15 минут. Выведена через правую боковую контрапертуру. Передняя брюшная стенка ушита послойно. На кожу наложен непрерывный субэпидермальный шов – полипропиленом.

Послеоперационный диагноз: Эндометриома левого яичника больших размеров. Миома матки больших размеров IV типа по FIGO. Адгезивный процесс брюшной полости. Бесплодие 1, смешанного генеза. Нижнесрединная лапаротомия. Миомэктомия. Кистэктомия слева. Адгезиолизис. Дренирование малого таза. Случай №2. Пациент К, 1984г. миома матки диагностирована в 2014 г., наблюдалась у врача гинеколога по месту жительства при подготовке супружеской пары к ЭКО. На УЗИ ОМТ диагностирована от 11.05.2022г, заключение: По передней стенке в нижней трети рубец 6*2мм, интерстициальный узел Д-40-50мм, по правой боковой стенке субсерозный узел Д-49*54мм, по задней стенке в средней трети интерстициальный узел Д-56*62мм. Миома матки. Рубец на матке. Кистозно-измененный правый яичник.

Анамнез: Миома матки с 2014 года - состоит на Д учете у врача гинеколога. Страдает хроническая анемия средней степени тяжести с 2010 года. В 2005г кесарево сечение, в 2014г, 2018г.- тубэктомии по поводу внематочная беременность. Менструальная функция: mensis с 13 лет, по 3-5 дней, через каждые 28-30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. ПМ: 21.05.2022г. Паритет: беременности-3, Роды-1 (2005г.-Оперативные роды), Аборт, выкидыш-0. внемат-2.

Гинекологический статус: шейка матки кзади, длиной 2,5см., наружный зев сомкнут. Тело матки кпереди, увеличена до 11-12 недель, контуры бугристая, плотной консистенции, подвижность ограничена, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, из-за узлов миомы матки. Своды укорочены.

Предварительный диагноз: Миома матки больших размеров по FIGO IV-Vтип, больших размеров. Вторичное женское бесплодие трубно-перитонеального генеза. Рубец на матке. Хроническая анемия средней степени тяжести. Ожирение 2 степени.

Лабораторно-диагностические исследования: ОАК от 08.06.2022г.: Нв- 87г/л, лейкоциты- 5,8x10⁹/л, Эритроциты- 4,79*10¹², СОЭ- 15мм/ч. Тромб- 468x10⁹/л, гематокрит - 31,50%. ОАМ от 08.06.2022г.: уд.вес- 1015, белок- отр., лейкоциты-0 в п/зр., плоский эпителий- 0 в п/зр. Коагулограмма от 08.06.2022г.: фибриноген- 2,99 г/л, ПТИ- 9,9%, МНО- 1,06, АЧТВ- 30,3сек, ПВ-12,1сек. ТВ-14,7сек. Биохимический анализ крови от 08.06.2022г.: билирубин общ- 7,15 мкмоль/л, глюкоза- 5,24 ммоль/л, креатинин- 69,20mmol/L, мочевины- 4,36mmol/l, АЛТ- 9,95U/l. АСТ- 12,01 U/l, общ.белок- 69,3г/л., железо- 12,00 мкмоль/л. ОАК от 16.06.2022г.: гематокрит - 24.8 %; тромбоциты - 418 /л; эритроциты - 3.84/л; лейкоциты - 12.5 /л; гемоглобин - 79 г/л ; СОЭ - 24 мм/ч. УЗИ органов малого таза от 11.05.2022 г. Заключение: По передней стенке в нижней трети рубец 6*2мм, интерстициальный узел Д-40-50мм, по правой боковой стенке субсерозный узел Д-

49*54мм, по задней стенке в средней трети интерстициальный узел Д-56*62мм. Миома матки. Рубец на матке. Кистозноизмененный правый яичник.

Ход операции: Органы малого таза поддаются визуализации: тело матки увеличено до 20 недель, с трудом выведен в рану. Пальпируется миоматозный узел по передне-боковой стенке справа IV-V тип по FIGO размером около 12см, по 2 - 2,5см в количестве III-VII типа, по задней стенке матки размером около 10см IV-V типа плотной консистенции. Маточные трубы с обеих сторон отсутствуют. Правый яичник без изменений, слева с наличием кисты размером около 3см. Брюшная полость отгорожена марлевыми салфетками. Матка вскрыта по задней стенке, миоматозный узел вылуцен с трудом без входа в полость матки. Ложе узла ушито в три этажа викрилом. С целью гемостаза наложены дополнительно гемостатические швы кетгутотом. Миоматозный узел V-VI типа по передне - боковой стенке слева также после вскрытия стенки матки вылуцен. Ложе ушито в три этажа викриловыми швами. Дополнительно кетгутотые гемостатические швы. Поочередно удалены миоматозные узлы VI-VII типа. Ложе ушиты викриловыми швами двурядными. Яичник слева размером 4x24,5см, бледно-розового цвета с наличием кисты, которая вылуцена. ткань яичника восстановлена викрилом швом, прослеживается фолликулярный аппарат. Справа яичник не изменен.

Послеоперационный диагноз: Миома матки больших размеров VI-VII типов по FIGO. Киста левого яичника. Адгезивный процесс брюшной полости. Лапаротомия. Миомэктомия. Цистэктомия. Дренирование малого таза. Кровопотеря 400 мл.

Результаты: Послеоперационный период протекал гладко. Выписана на 5 день после операции. При осмотре в после операционном периоде через 1 месяц отсутствие тазовой боли, которые беспокоили до операции, нормализации менструации в виде уменьшение количество теряемой крови, отсутствие болевого синдрома. Проходят у репродуктолога предгравидарную подготовку.

Заключение. Приведенные случаи продемонстрируют хирургические возможности подготовки к ВРТ при больших размеров миомы матки в сочетании с патологией яичников.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

BOLALARDA LAPAROSKOPIK OPERATSIYALARNING O‘ZIGA XOSLIGI

M.S.Isroilov¹, X.Meliboev¹, D.Solieva¹.

¹Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Annotatsiya: Laparoskopiya bolalar abdominal xirurgiyasida shubhali hollarda diaqnozni oydinlashtirish uchun eng optimal diaqnostik usullardan biri bo‘lib qoldi. Ushbu usul qisqa muddatda yuqori aniqlik bilan aksariyat diaqnostik muammolarni yechishga imkoniyat bermoqda.

Kalit so‘zi: *Bolalar, laparoskopiya, kam invaziv, amaliyot, qulaylik.*

So‘ngi yillarda bolalar xirurgik statsionarlarida laparoskopiya tobora kengroq qo‘llanilib borilmoqda. Yangi xirurgik texnologiyalar va yangi laparoskopik jihozlarning amaliyotga joriy qilinishi har qanday yoshli bolalarda, shu jumladan chaqaloqlarda ham turli xastaliklar va norasoliklarni laparoskopik yo‘l bilan bartaraf etish imkonini bermoqda. O‘zbekiston Respublikasi bolalar xirurgiyasida laparoskopiyaning keng qo‘llanilishida va klinik amaliyotga teran kirib kelishida 2005 yilning 25 dekabrda Respublika Bolalar kam invaziv endovizual xirurgiya ilmiy-amaliy Markazining tashkil etilishi katta ahamiyatga ega bo‘ldi (Direktor- t.f.d., prof. Sh.T.Salimov).

Ushbu markaz nafaqat respublikamizda, balki Markaziy Osiyo hududlarida bolalarda kam invaziv endovizual xirurgiya amaliyotlari va nazariya borasidagi yagona bo‘lib, har yili o‘nlab yetuk mutaxassislarni yetkazib bermoqda. Bugungi kunda Farg‘ona viloyat bolalar ko‘p tarmoqli tibbiyot markazi bolalar xirurgiya bo‘limida ham 300 dan ortiq kam invaziv endovizual operatsiyalar muvaffaqiyatli o‘tkazilgan. So‘nggi yillarda operativ laparoskopiya jadallik bilan taraqqiy etib bormoqda. Bolalar jarrohlari mavjud operativ texnologiyalarni bolalar amaliyotiga moslashtiribgina qolmasdan, balki o‘zlarining xirurgik texnologiyalarini ishlab chiqib klinik amaliyotga joriy etib bormoqdalar.

Bugungi kunda ushbu texnologiyalarni mukammal egallagan t.f.d., prof. B.Z Abdusamatov, t.f.n., dos E.A Berdiev, I.P Pirnazarovlar tomonidan bitishmali kasalliklar, o‘tkir appenditsit, ichak invaginatsiyasi, ginekologik kasalliklar, birlamchi peretonit, exinokokkozlar, Mekkel divertikuli, varikotsele, kriptorxizm, kalkulyozli xolesistit va yaxshi sifatli o‘smalarni laparoskopik usulda bartaraf qilish muvaffaqiyatli amalga oshirilmoqda. So‘nggi yillarda laparoskopik operatsiyalarga ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalarga biroz o‘zgartirishlar kiritilgan. Bugungi kunda ularning quyidagilarigina mutlaq qarshi ko‘rsatmalar deb hisoblanmoqda: 1) Bemor ahvolidagi o‘ta og‘irligi, yurak-qon tomir va nafas yetishmasligida. 2) Korreksiyalab bo‘lmaydigan koagulopatiyalarda. 3) Qorin oldi devoridagi tarqoq yiringli yallig‘lanishli jarayonlarda.

Quyidagi hollar nisbiy qarshi ko‘rsatmalardir:

1. Qorin bo‘shlig‘idagi total bitishmalar.
2. Ichak qovuzloqlarini haddan tashqari kengayib ketishi.
3. Yurak og‘ir tug‘ma nuqsonlarida.

Laparoskopik operatsiyalarning o‘ziga xosligi: -bolalarda laparoskopik-gernioplastika operatsiyasida urug‘ tizimchasi elementlari zararlanishi hamda kam jarohatliligi bilan samaraliligi, -laparoskopik kesim bilan bir vaqtda ikki tomonlama laparoskopik-gernioplastikaning bajarilish imkoniyati borligi

-interoperatsion asoratlarni kamligi, operatsiyadan keyingi davrning silliq kechishi, -operatsiyadan keyingi asoratlar sonini kamligi, -bemorlarning yotish kunini kamligi, tez jismoniy mehnat qobiliyatini tiklash imkoniyati borligi, -Kosmetika jihatidan afzalligi, -Og‘riqni juda kam sezishi.

Xulosa: Yaqin kelajakda bolalar xirurgiyasi amaliyotlarining katta qismi endovizual xirurgiya yo‘li bilan bajariladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

- 1.Salimov Sh.T.,Abdusamatov B.Z va boshqalar. Bolalar kam invaziv endovizual xirurgiyasi.2012 y. 15-183 betlar.
2. .Salimov Sh.T., Abdusamatov B.Z., Vaxidov./Videolaparoskopiya kak vybor metoda lecheniya pri exinokokkoze pecheni u detey.//5-nauch-prakt konfer po detskoy xirurgii Belorusskiy gos.med.universitet.Minsk 2010;20-21 maya S 370-372.
- 3.PulatovA.T. Exinokokkoz v detskom vozraste.M:Meditsina. 2004;S.-224

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ
ФУНКЦИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ**

(аналитический обзор).

**NEW POSSIBILITIES IN THE CORRECTION OF MENSTRUAL FUNCTION
DISTURBANCES DURING DIFFERENT TIMES OF A WOMAN'S LIFE**

**АЁЛ ҲАЁТИНИНГ ТУРЛИ ДАВРЛАРИДА ҲАЙЗ ЦИКЛИ ФУНКЦИЯСИ
БУЗИШЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЯНГИ ИМКОНИЯТЛАР**

Ф.Д.Каримова¹, А.С.Ходжаева¹, Д.М.Тиллабаева¹, Д.Л.Джураева¹.

*¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра
Акушерства и гинекологии. Узбекистан, Ташкент*

Резюме: В статье приведены аналитические данные литературных источников за последние 5 лет по различным методам лечения нарушений менструальной функции у девочек-подростков и молодых женщин. Подробно описан альтернативный метод лечения указанных нарушений – антигомтоксическая терапия, отмечены возможные патогенетические механизмы действия антигомтоксических препаратов. Приведены убедительные доказательства терапевтической эффективности и безопасности данного метода лечения. Данные аналитического обзора свидетельствуют о важности углубленного изучения указанной проблемы с целью разработки новых тактических подходов к ведению данного контингента пациенток.

Summary: The article presents analytical data from the literature over the past 5 years on various methods of treating menstrual disorders in adolescent girls and young women. An alternative method of treating these disorders - antihomotoxic therapy - is described in detail, possible pathogenetic mechanisms of action of antihomotoxic drugs are noted. Convincing evidence of the therapeutic efficacy and safety of this treatment method is presented. The data of the analytical review indicate the importance of an in-depth study of this problem in order to develop new tactical approaches to the management of this group of patients.

Хулоса: Мақолада сўнги 5 йил ичида ўсмир кизлар ва ёш аёлларда ҳайз кўриш бузилишини даволашнинг турли усуллари бўйича адабиётлардан таҳлилий маълумотлар келтирилган. Ушбу касалликларни даволашнинг муқобил усули - антигомтоксик терапия - батафсил тавсифланган, антигомтоксик дориларнинг мумкин бўлган патогенетик таъсир механизмлари қайд этилган. Ушбу даволаш усулининг терапевтик самарадорлиги ва хавфсизлигининг ишончли далиллари келтирилган. Таҳлилий таҳлил маълумотлари беморларнинг ушбу гуруҳини бошқаришда янги тактик ёндашувларни ишлаб чиқиш учун ушбу муаммони чуқур ўрганиш муҳимлигини кўрсатади.

Ключевые слова. *Нарушения менструальной функции, дисменорея, девочки-подростки, женщины фертильного возраста, методы лечения, антигомтоксическая терапия, препараты антигомтоксической терапии.*

Keywords: *Menstrual dysfunction, dysmenorrhea, adolescent girls, women of childbearing age, methods of treatment, antihomotoxic therapy, antihomotoxic therapy drugs.*

Калит сузлар: *Ҳайз циклининг бузилишлари, усмир – кизлар, дисменорея, фертил ёшдаги аёллар, антигомтоксик даволаш воситалари.*

Нарушения менструальной функции у девочек-подростков является основным клиническим показателем патологии репродуктивной системы пубертатного периода. Раннее выявление и эффективное лечение указанных нарушений с адекватной компенсацией нейрогуморальных нарушений будут действенной профилактикой репродуктивных нарушений в будущем. Исследования Е.В.Уваровой и соавт. (2019), Ю.А. Гуркина и соавт (2020) согласно которым патология репродуктивной системы у девочки-подростка составляет до 50%, подтверждают актуальность проблемы. Авторы подчеркивают, что пубертатный период является точкой воздействия на регуляцию звеньев женской репродуктивной системы и дает возможность модулировать здоровье будущих поколений. Отсутствие адекватной коррекции нарушений менструального цикла в пубертатном периоде является крайне неблагоприятным фактором формирования гинекологической эндокринной патологии в репродуктивном периоде и требует наблюдения и коррекции. Именно в этой связи поиск новых возможностей и альтернативных подходов к лечению указанных нарушений приобретает особую актуальность. Но адекватная

коррекция нарушений менструального цикла является не простой задачей, поскольку большинство препаратов, применяемых с этой целью, гормоны - негативно влияют на метаболические процессы, усугубляя расстройства жирового и углеводного обмена, вызывают гиперкоагуляцию, являются иммунодепрессантами, а это, в свою очередь, ведет к недостаточной или неадекватной реакции организма на гормонотерапию. Уместно отметить заботу на государственном уровне нашей республики о здоровье девочек-подростков и женщин фертильного возраста. Выступая в открытом диалоге с народом перед праздником Навруз 18 марта 2022 года, Президент Ш.М.Мирзиёев большое внимание уделил перспективам развития медицины в Узбекистане. Он отметил, что большое внимание будет уделено народной медицине, растительные вещества будут внесены в стандарты лечения. Было подчеркнуто, что современная и народная (альтернативная) медицина не конкуренты, а партнёры. В связи с этим, актуальность поиска альтернативных методов лечения нарушений женской репродуктивной системы неоспорима. Многочисленность предлагаемых методов терапии репродуктивных нарушений у девочек-подростков свидетельствует об их несовершенстве или об отсутствии дифференцированных показаний к их применению. Поиск оптимальных методов лечения данной категории больных в период формирования репродуктивной системы с учетом вышесказанного приводит врача к биологической терапии, в частности, к антигомтоксической терапии.

На современном уровне развития медицинской науки возможно активизировать и поддерживать иммунные силы самого организма, применяя не только аллопатическую медицину, но и - в альтернативу ей - физио/фитотерапию и биологические антигомтоксические средства. Эти виды терапии особенно показаны в детском возрасте, так как молодой организм в большей степени поддается подобному воздействию, если им еще не назначались антибиотики, гормоны и прочие аллопатические препараты [57]. Именно поэтому в настоящее время возрос интерес к применению биологической терапии, как составной части современной клинической медицины, а именно к ее разновидности - гомотоксикологии [2, 8, 19, 24]. Гомотоксикология, являясь разделом альтернативной медицины, сочетающим в себе аллопатию и гомеопатию, основной принцип которой - лечение, направленное на очищение организма (эфферентная терапия)- совокупность лечебных методов, направленных на удаление (выведение) из организма ядовитых, балластных или потенциально опасных веществ экзогенного или эндогенного происхождения. По представлению основателя гомотоксикологии Ханс-Хайнриха Реккевега, организм наличие ряда веществ воспринимает как естественное состояние и поэтому не приводит к нарушению равновесия в системе. Токсичные же вещества (гомотоксины), попадая в организм, вызывают существенные по выраженности и длительности ответные защитные реакции, определяемые Реккевегом как болезнь - гестозы, хронические воспалительные заболевания органов малого таза и др. [5,12,18]. Основной принцип гомотоксикологии - активация собственных защитных сил

организма для возникновения или усиления процессов связывания и детоксикации. Средствами достижения поставленных целей являются антигомотоксические препараты. Антигомотоксическая терапия обладает неоспоримым преимуществом перед другими направлениями в гомеопатии - близость ее теоретических постулатов многим современным представлениям о патогенезе акушерской и гинекологической патологии, что позволяет органично включать антигомотоксическую терапию в систему существующих методов лечения. Антигомотоксическая терапия (АГТ) приводит к восстановлению нарушенных регуляторных процессов в организме, активации функции дезинтоксикации, стимуляции собственных иммунных сил с помощью индукции антиотоксических активных ферментов. Патогенетическими точками приложения антигомотоксических лекарственных средств является защитная система организма [3, 10, 29,31], состоящая из пяти подсистем: 1. Ретикулоэндотелиальная система клеток (моноциты и макрофаги), рассеянных по всему организму и выполняющих барьерную, фагоцитарную функцию и функцию обмена веществ; 2. Гипофизарно-надпочечниковая система (аденогипофиз и кора надпочечников), регулирующая уровень воспалительного ответа на внедренный биологический, или химический агент; 3. Нервно-рефлекторная система, регулирующая процессы ЦНС (раздражение, возбуждения); 4. Дезинтоксикационная - гепатоциты, осуществляющие депонирование и обезвреживание различных токсичных для организма веществ; 5. Дезинтоксикационная система мезенхимальной соединительной ткани (депонирование токсинов, реакции «антиген-антитело», лимфоцитарные и макрофагальные реакции, образование иммунокомпетентных клеток). Это звенья единой динамической системы, подверженной постоянным изменениям, и связанную многочисленными иерархическими (прямыми и обратными) связями друг другом. АГТ терапия относится к методам лечения, реализующим свое действие через вышеописанные регулирующие системы. В состав любого АГТ препарата входят компоненты, синергично активирующие все указанные патогенетические точки приложения, что обеспечивает высокую терапевтическую эффективность - восстанавливают гомеостаз регулирующих систем и опосредованно через них стимулируют метаболизм и выведение экзогенных и эндогенных гомотоксинов, а также тормозят образование эндогенных гомотоксинов в организме. К АГТпрепаратам чрезвычайно чувствительны клеточные и субклеточные структуры и отдельные ферменты [1,7,11,15,28,31]. Таким образом, современный научный взгляд позволяет рассматривать комплексное гомеопатическое средство как энергетическое поле, действующее с учетом преимущественно водного состава живой материи и обеспечивающего более устойчивую фазу при применении антигомотоксической терапии [16,25,33]. Некоторые авторы рекомендуют антигомотоксический препарат Убихинон композитум с целью оптимизации терапевтического эффекта при эндометриозе, наряду с гестагенами, [21,29,32]. Данные исследователей о применении препаратов АГТ - Траумель С, Гинекохель, Лим фомиозот, Эхинацея-композитум в

комплексном лечении дисплазии шейки матки свидетельствуют о высокой эффективности, оптимальных сроках выздоровления и улучшении качества жизни пациенток [6,9,18]. Описаны возможности успешного использования препаратов Гинекохель, Траумель С, Мукоза композитум, Церебрум композитум для лечения воспалительных заболеваний женских половых органов, дисфункциональных маточных кровотечений, бесплодия, эндометриоза, болевого синдрома в работах Е.Ф. Кира и соавт (2019). Авторами исследований предлагается использовать комплексные антигомтоксические препараты (Траумель С, Пульсатиллаинъель, Пульсатилла композитум, Мукоза композитум) с целью лечения послеродовой гипогалактии и для лечения процессов нарушения адаптации новорожденного (Л.И. Ильенко и соавт 2019). В последние годы в литературе появились данные, подтвержденные клиническими испытаниями, об эффективности антигомтоксических препаратов в лечении разнообразной гинекологической патологии, в том числе у детей и подростков [11, 16, 21, 30]. На целесообразность и необходимость использования препаратов данной группы при урогенитальной и эндокринной патологии в подростковом и репродуктивном возрасте, указывает Ю.П. Вдовиченко (2019), имея 5-летний опыт применения антигомтоксических препаратов. Последние данные литературы достоверно свидетельствуют об этом. Применение АГТ препаратов Гинекохель и Траумель С при лечении вульвовагинитов у детей и подростков приводит к успешной санации влагалища, поскольку эффективность терапии обусловлена активизацией собственных защитных функций организма [12, 24, 33, 34]. Эффективность применения таких АГТ препаратов (Коэнзим композитум, Траумель С) в лечении хронических сальпингоофоритов показана в работах И.М. Ивановой и соавт. (2019), свидетельствующие о более высокой эффективности антигомтоксического лечения, по сравнению с традиционной терапией и возможно их удачное дополнение и даже конкуренция с традиционным комплексом медикаментозных средств, которое позволяет уменьшить количество препаратов, и в среднем ускорить выздоровление на 7-10 дней. Положительное воздействие препарата Траумель на репродуктивную систему при хронических сальпингоофоритах показано также в исследовании Али Химейри Ахмеда Абдуллы Али (2019). Комплексная терапия с использованием антигомтоксического препарата Эхинацея композитум оказывает положительное влияние на клинико-иммунологические показатели у женщин с грибково-вирусной генитальной патологией [118]. В.Н. Кузьминым (2019) в качестве противовирусной терапии у беременных с цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВ) использовался АГТ препарат энгистол, обладающий иммуномодулирующим свойством. Препараты антигомтоксического действия позволяют, по мнению В.В. Подольского, В.Л. Дроновой (2019), более эффективно санировать урогенитальный тракт пациенток в предоперационный подготовительный период, за счет повышения клеточного и гуморального иммунитета, что позволяет избежать послеоперационных осложнений. АГТ хорошо зарекомендовала себя и в лечении нарушений менструального цикла. С конца XX века (90е годы)

в гинекологической клинике университета Гейдельберг (Германия) для терапии гормональных расстройств и нарушений менструального цикла активно используются антигомотоксические препараты в виде монотерапии длительное время (6 месяцев), что дает возможность лечить дисменорею и нормализовать менструальный цикл (80%) без применения гормональных препаратов. Кроме того, авторы отмечают хорошую переносимость и отсутствие побочных реакций при их применении [10, 13, 28]. Также в литературе встречаются данные о положительном применении препарата Овариум композитум в лечении нарушений менструального цикла у молодых девушек 16-18 лет [11,19,21]. В. Ройс, М. Вайзер (2019) изучили высокую терапевтическую эффективность и переносимость АГТ препарата Гормель в лечении нарушений менструального цикла, дисменореи, гормональной дисфункции. Длительность курса монотерапии составила максимально 5 мес. У четверти пациенток (25%) в результате терапии произошло полное выздоровление, у 60% было достигнуто существенное улучшение симптоматики, лишь в 3% случаев терапия оказалась безуспешной. В.Ф. Коколина, Л.И. Ильенко (2019) в качестве противорецидивной и регулирующей терапии назначали пациенткам с маточными кровотечениями в пубертатном периоде комплексные АГТ средства (Гормель, Траумель). Нормализация менструального цикла, по данным наблюдений за 205 девочками в течение 2 лет, отмечена в 98% случаев. На фоне использования препаратов, помимо остановки кровотечения, у 72% девочек отмечались и другие положительные эффекты: улучшение общего состояния, снижение заболеваемости ОРВИ или более легкое их течение. По мнению В.Ф. Коколиной, Л.И. Ильенко, необходимость использования такой терапии продиктована: - комплексом нарушений (отягощенный преморбидный фон), развивающихся в организме юных пациенток с маточными кровотечениями (анемизация, астенизация, нарушение гемостаза); - незрелостью ГГЯС репродуктивной системы у девочек с маточными кровотечениями в пубертатный период по сравнению со здоровыми пациентками этого возраста. С целью нормализации менструального цикла в период проведения реабилитации после маточного кровотечения, О.Ю. Кучумова (2019) также применяла такие препараты, как Овариум композитум, Гормель, Гинекохель, Тонзилла композитум в комплексе лечебно- профилактических мероприятий в течение 3 мес., что позволило существенно снизить частоту рецидивов маточных кровотечений у подростков и добиться нормализации менструального цикла у 60% пациенток. По данным И.К. Цаболовой (2018), применение антигомотоксических препаратов с целью регуляции менструального цикла при маточных кровотечениях у девочек-подростков сопровождалось достоверным повышением уровнем стероидного гормона - эстрадиола. Из 15 наблюдаемых автором девочек у 13 (86,7%) установлена положительная динамика заболевания. Таким образом, учитывая вышеизложенное, следует сделать вывод, что проблема терапии нарушений менструального цикла по-прежнему актуальна, и выбор наиболее оптимального метода терапии,

индивидуального для каждого пациента, следует проводить с использованием максимально доступного набора медикаментов. Антигомотоксические препараты на современном этапе являются альтернативой среди имеющихся в арсенале врача лекарственных средств и включены в стандарты лечения нарушений менструальной функции. В связи с чем дальнейшее углубленное изучение терапевтических возможностей АГТ, особенно в лечении патологии пубертатного периода, в частности, дисменореи, несомненно, целесообразно как в научном, так и в практическом отношении.

Гормель состав: Calcium carbonicum 10g| Кальций карбоникум; Cyclomen purpurascens 5g|Цикломен пурпурасценз; Sepia officinalis 5g|Сепия официналис; Acidum nitricum 5g|Ацидум нитрикум; Coniza canadensis5g|Кониза канаденсис; Viburnum opulus5g |Вибурнум опулюс; Pulsatilla5g|Пульсатилла. До еды 20-30 кап 2 р/д 3-5-6 мес.

Список литературы:

1. Богданова Е. А. Современные профилактические и терапевтические технологии в клинике детской гинекологии // Гинекология. – 2019. – Том 2, №1. – С. 5-7.
2. Боголюбов В. М., Зубкова С. М. Пути оптимизации параметров физиотерапевтических воздействий // Вопр. курорт. физиотерап. и леч. физкультуры. - 2019. - №2. – С. 3-6.
3. Вихляева Е. А. Руководство по эндокринной гинекологии: 3-е изд., стер. - М.: МИА, 2018. - 768 с.
4. Вовк И. Б., Абабкова Г. Н. Современные подходы к назначению гормональной терапии у девушек-подростков с аменореями // Репродуктивное здоровье женщины. - 2020. - №1. - С. 11-16.
5. Гарден А. С. Детская и подростковая гинекология. Пер. с англ. - М.: Медицина, 2019. - 440 с.
- 6.Гуркин Ю. А. Ювенильная гинекология. - СПб., 2019. -Ч.1. - С. 17-24. -Ч.2. - С. 33-41.
- 7.Гуркин Ю. А. Гинекология подростков: Рук-во для врачей. - СПб: Фоллиант, 2019. - С. 180-189.
- 8.Гуркин Ю.А. Репродуктивное здоровье девочек-подростков - основа демографического возрождения России // Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии: Материалы и тезисы докл. III Всерос. науч.-практ. конф. - СПб.,2019. 6-9.
- 9.Дедов И. И., Семичева Т. В., Петеркова В. А. Половые развитие детей: норма и патология. -М., 2020. - 232 с.
10. Делигеороглу Э., Догадин С. А., Манчук В. Г. Эндокринная система организма и вредные факторы внешней среды. - М., 2019. - С. 75.
- 11.Йен С. К., Джаффе Р. Б. Репродуктивная эндокринология: В 2 т.: Пер. с англ. - М.: Медицина, 2019. - Т.1. - С. 432.
- 12.Коколина В. Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков: Рук-во для врачей. 2-е изд. - М.: МИА, 2013. - 287 с.

13. Пасман Н. М., Снисаренко Е. А., Теплицкая А. Л. и др. Дифференцированный подход к терапии дисфункциональных маточных кровотечений у подростков // Гинекология. - 2019. – Том 5, №6. - С. 244-247.
14. Подзолкова Н. М., Глазкова О. Л. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. - М.: ГОЭТАР, 2020. - 448 с.
15. Прилепская В. Н., Мехвитинова Е. А. Дисменорея: алгоритм лечения // Гинекология. - 2019 - №2. - С. 33-35.
16. Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология. - М.: Медицинское информационное агенство, 2020. - 591 с.
17. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития // Под. ред. В. И. Кулакова, Е. В. Уваровой. - М., 2012. - С. 71-73.
18. Уварова Е. В. Репродуктивное здоровье девочек подросткового возраста // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. - М., 2020. - №5. - С. 8-9.
19. Уварова Е. В., Гайнова И. Г. Клиника, диагностика и лечение дисменореи у девушек // РМЖ. - 2020. –Том 1, №18. - С. 5-10.
20. Flanagan P.J., McGrath M.M., Meyer E.C. et al. Adolescent development and transitions to motherhood // Pediatrics. -2019. - Vol. 96 (2). - P. 273-277.
21. Furstenberg F.F. When will teenage childbearing become a problem? The implications of western experience for developing countries // Stud. Fam. Plann. - 2020. -Vol. 29 (2). - P. 246-253.
22. Gougeon A., Ecochard R., Thalabard J. C. Age-related changes of the population of human ovarian follicles: increase in the disappearance rate of non-growing and early-growing follicles in aging women // Biol. Reprod. –2020. – Vol.50, №3. – P. 653-663.
23. Groome N. P., Illingworth P. J., O'brien M. Measurement of dimeric inhibin B throughout the human menstrual cycle // J. Clin. Endocrinol. Metab. –2020. – Vol.81, №4. - P. 1401-1405.
24. Hansen L. M., Batzer F. R., Gutmann J. N. Evaluating ovarian reserve: follicle stimulating hormone and oestradiol variability during cycle days 2-5 // Hum. Reprod. – 2021. – Vol.11, №3. – P. 486-489.
25. Kalra S. P., Kalra P. S. Nutritional infertility: the role of the interconnected hypothalamic neuropeptide Y-galanin-opioid network // Front. Neuroendocrinol. – 2020. – Vol.18. – P. 371-401.
26. Laml T., Schulz-Lobmeyr I., Obruca A. Premature ovarian failure: etiology and prospects // Gynecol. Endocrinol. – 2019. – Vol.14, №4. – P. 292-302.
27. Loucks A. B. Effects of exercise training on the menstrual cycle: existence and mechanisms // Med. Sci. Sports. Exerc. – 2020. – Vol. 22. – P. 275-280.
28. Marcus M. D., Loucks T. L., Berga S. L. Psychological correlates of functional hypothalamic amenorrhea // Fertil. Steril. – 2019. – Vol. 76. – P. 310-316.

29. Master-hunter T., Heiman D. Amenorrhea: evaluation and treatment // American family physician. – 2021. – Vol. 73, № 8. – P. 1374-1372.
30. Matsumoto J., Hata T. Re-evaluation of secondary amenorrheic patients one year after initial diagnosis: a prospective study // Nippon Med. Sch. – 2020. – Vol. 71, №1. – P. 63-68.
31. Nappi R. E., Facchinetti F. Psychoneuroendocrine correlates of secondary amenorrhea // Arch. Womens Ment. Health. – 2020. – Vol. 6. – P. 83-89.
32. Perkins R. B., Hall J. E., Martin K. A. Aetiology, previous menstrual function and patterns of neuroendocrine disturbance as prognostic indicators in hypothalamic amenorrhea // Hum. Reprod. – 2020. – Vol. 16. – P. 2198-2205.
33. Trimarchi C. P., Russo P. Cyclic estrogen-progestin hormone therapy as a new therapeutic approach in the treatment of functional alterations of the hypothalamus-pituitary-ovary axis: case reports // Endocr. Res. – 2021. – Vol. 28. – P. 155-160.
34. Berge S. L., Loucke T. L. The diagnosis and treatment of stress-induced anovulation // Minerva ginecol. – 2020. - Vol.57. - P. 45-54.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ
ПЛАЦЕНТЫ В ОБЛАСТИ РУБЦА НА МАТКЕ.**

Ф.Дж.Каримова¹, С.А.Мирходжаева¹, Г.К.Рахматова¹.

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Узбекистан, г.Ташкент.

В течение последнего десятилетия, отмечается рост частоты кесарева сечения. Расширение показаний к оперативному родоразрешению привело к увеличению числа женщин с рубцом на матке, поэтому изучение течения беременности при локализации плаценты в области рубца на матке, особенностей формирования фето-плацентарного комплекса является одной из ведущих проблем в современной перинатологии.

Целью данного исследования явилось: изучение течения беременности при локализации плаценты в области рубца на матке.

Материалы и методы: Обследовано 107 женщин, имевших в анамнезе оперативное родоразрешение, в работе приведены данные о течении беременности и ее исходе у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения в возрастной группе от 24 до 38 лет. Средний возраст составил 29,8±1,14 лет. Для обследования беременных были использованы общеклинические,

лабораторные и инструментальные методы (ультразвуковое сканирование, кардиотокография, доплерометрическое определение кровотока в системе мать-плацента-плод).

При ультразвуковом исследовании оценивались фетометрические показатели, их соответствие сроку беременности; также проводилась оценка состояния плаценты (локализация, толщина, степень зрелости). Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар при рождении, измерение морфометрических показателей. Тип плаценты определяется при помощи гистоморфологических методов исследования.

Результаты исследования - при проведенном исследовании было выявлено, что у женщин, имеющих рубец на матке, плацента чаще локализуется в области рубца — у 63 (58,8%) женщин, расположение плаценты вне рубца встречалось реже — у 44 (41,2%). Низкая нидация плодного яйца наблюдалась у 18 (16,8%) женщин. Благодаря миграции плаценты к концу беременности низкая плацентация сохранилась лишь у трех (2,8%) беременных. Скорость миграции плаценты зависела от локализации плаценты и от срока беременности. Если в первой половине беременности скорость миграции плаценты практически не зависела от ее локализации, то во второй половине, при расположении на задней стенке, плацента мигрировала быстрее и к доношенному сроку низкая плацентация отмечалась лишь в случаях расположения плаценты по рубцу. Такие осложнения беременности, как угроза прерывания и несостоятельность рубца на матке чаще встречались при локализации плаценты по рубцу. Клиника угрозы прерывания беременности наблюдалась у 49 (45,8%) беременной, причем, угроза прерывания достоверно чаще встречались при локализации плаценты по передней стенке — в 72 (67,3%) случаях, тогда как при ее расположении на задней стенке лишь у 35 (32,7%) женщин. Рубец на матке был несостоятельным у 22 женщин (20,5%), у 16 женщин (72,7%) плацента была расположена в области рубца и лишь у 6 женщин (27,3%) вне его. 21 женщина была досрочно родоразрешена (19,6%), показаниями для этого в большинстве случаев (у 14 женщин — 66,7%) послужила угроза разрыва матки по рубцу; в 5 случаях (23,8%) — тяжёлая преэклампсия и в 2 случаях (9,5%) — неубедительное состояние плода. Родилось 104 живых ребенка, из них 18 (17,3%) недоношенных. Средняя масса тела составила 3064,24 г и колебалась от 1420,0 до 4200 г, а средняя длина новорожденных составила 50.5 см (колебания от 40 до 54 см). По результатам гистоморфологического исследования было выявлено, что в подавляющем большинстве случаев отмечался деструктивный тип строения — в 54 (51%) случаях, в 26 (24%) — компенсаторный, в 15 (14%) — нормальный, в 12 (11%) — воспалительный. Частота формирования хронической фето-плацентарной недостаточности (ХФПН) составила 16,8% (18 случаев), причем в 2 случаях (11,1%) ХФПН была первичной. Также отмечено, что прием во время беременности препаратов, улучшающих маточно-плацентарный кровоток ведет к снижению частоты формирования фето-

плацентарной недостаточности с 44% в группе женщин, не получавших во время беременности данные препараты, до 16% в группе женщин, принимавших их.

Заключение. Таким образом, при локализации плаценты в области рубца на матке возрастает частота таких осложнений как угроза прерывания беременности и несостоятельность рубца на матке. Поэтому требуется тщательная предгравидарная подготовка с оценкой состоятельности рубца на матке до беременности, динамического наблюдения за его состоянием во время беременности и профилактического приема препаратов, улучшающих маточно-плацентарный кровоток. Это позволит улучшить перинатальные исходы у женщин, имеющих рубец на матке.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ТЕРАПИИ
И ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА.**

Ф.Д.Каримова¹, Ч.М.Хужамбердиев².

¹*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников*

²*Ферганский Институт Общественного здоровья*

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), регистрируемые у 60–65% женщин репродуктивного возраста, чрезвычайно неблагоприятно влияют на репродуктивную функцию женщин, обуславливая у них развитие синдрома хронической тазовой боли – у 24%, бесплодия – у 40%, невынашивания беременности – у 45%, эктопической беременности – у 3% пациенток [1–3].

Наиболее частой причиной развития органической непроходимости маточных труб, приводящей к трубно-перитонеальному варианту бесплодия (ТПБ), являются инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Так, возбудитель урогенитального хламидиоза *Chlamydia trachomatis*, с одной стороны, вызывает воспалительный процесс в самих маточных трубах, в 47,3% случаев обуславливая бесплодие ассоциированного с ХЭ, выявляется и трубно-перитонеальный фактор бесплодия [3]. По данным В.И. Краснопольского [1], спектр генитальной инфекции, выявленной при ПЦР-диагностике отделяемого из цервикального канала и полости матки у пациенток с ХЭ, включает: хламидиоз – у 14,9%, генитальный герпес – у 33,6%, уреаплазмоз – у 37,8%, микоплазмоз – у 11,6%, цитомегаловирусную инфекцию (ЦМВ) – у 18,9% больных. Учитывая современные особенности течения ХЭ с преобладанием стертых форм заболевания, в последнее время все чаще основным клиническим признаком ХЭ считают

нарушение репродуктивной функции в виде бесплодия, включая неэффективность экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) [4, 6].

На сегодняшний день установлено, что длительность персистенции повреждающего микробного агента в эндометрии является основным фактором, определяющим степень повреждения ткани и выраженность функциональных нарушений эндометрия. Нарушение механизмов локальной резистентности способствует персистенции микробных агентов в эндометрии, инициируя хроническое течение воспалительного процесса. Таким образом, причинами хронического течения воспалительного процесса в эндометрии являются: -отсутствие своевременной диагностики и лечения; -длительная персистенция инфекционного агента; -длительная стимуляция иммунных клеток; • незавершенность заключительной фазы воспаления; -эволюция микробных факторов с преобладанием доли вирусной и условно-патогенной микрофлоры; -хронический эндоцервицит; -нарушения тканевого гомеостаза; -повышенная регенерация ткани. Важно подчеркнуть, что около 33% случаев ХЭ у пациенток с ТПБ имеют хламидийную природу [1, 4, 5], тогда как при хроническом воспалении в эндометрии преобладают представители условно-патогенной микрофлоры – мико- и уреоплазмы, стрепто- и энтерококки, энтеро- и коринебактерии и их сочетания [2, 6]. Важной особенностью течения ХЭ в современных условиях является устойчивая тенденция процесса к стертому и малосимптомному течению, в связи с чем эта патология остается недиагностированной длительное время, что способствует распространению воспалительного процесса на маточные трубы [1–4]. Развитие хронического сальпингофорита сопровождается замещением слизистой оболочки маточных труб, а иногда и их мышечного слоя, соединительной тканью, что вызывает стенозирование определенных участков труб с формированием мешотчатых образований (гидросальпинксов) и необратимому нарушению их функции [3]. Кроме того, длительные морфологические и функциональные изменения слизистых оболочек матки и маточных труб обуславливают наличие патологической афферентации в структуры центральной нервной системы, регулирующие деятельность гипоталамогипофизарно-яичникового комплекса. В результате что приводит к их окклюзии вследствие деструкции фимбрий и формирования гидросальпинкса, а с другой – способствует развитию воспалительной реакции вокруг труб, что сопровождается уменьшением их подвижности, препятствующим нормальному захвату и продвижению яйцеклетки. Опасность хламидиоза как причины бесплодия заключается в его бессимптомном течении у 2/3 бесплодных супружеских пар, что указывает лишь на временное равновесие между *Chlamydia trachomatis* и хозяином в условиях, ограничивающих, но не препятствующих размножению патогенного внутриклеточного микроорганизма. Возбудитель гонореи *Neisseria gonorrhoeae* вызывает развитие слипчивого процесса и способствует

формированию спаек в малом тазу. Влияние микоплазменной и уреоплазменной инфекции на проходимость маточных труб связано с их способностью адсорбироваться на сперматозоидах и достигать с их помощью верхних отделов репродуктивного тракта женщин. Прикрепляясь к клеткам мерцательного эпителия маточных труб, эти микроорганизмы оказывают на него токсическое действие и вызывают сужение или полную облитерацию труб, вследствие чего значительно нарушается продвижение яйцеклетки в полость матки и возникают предпосылки к развитию внематочной беременности. Кроме того, адсорбируясь на сперматозоидах, микоплазмы и уреоплазмы уменьшают их подвижность и ингибируют их способность к пенетрации в яйцеклетку [3, 4]. Роль вирусной инфекции в развитии ТПБ вторична и опосредована через ослабление местного иммунитета с последующей активацией интеркуррентной бактериальной инфекции [1]. По некоторым данным [1–4, 6], наиболее разнообразная оппортунистическая бактериальная и вирусная микрофлора при ТПБ выявляется в цервикальном канале, в меньшей степени – в эндометрии и перитонеальной жидкости, а вирусная и бактериальная моноинфекции преобладают при преимущественном поражении яичников.

Перитонеальное бесплодие характеризуется наличием морфологических изменений стенок маточных труб, из которых наибольшее диагностическое значение имеют чередование участков склероза с очагами диффузной лимфогистиоцитарной инфильтрации, разобщение хода мышечных волокон, редукция капилляров и варикозное расширение венул в сочетании с васкулитом и артериосклерозом остальных сосудов, дистрофия нервных волокон, деформация просвета трубы за счет образования микрокист и дивертикулов с их обызвествлением в эндосальпинксе. Важно отметить, что у женщин с ТПБ, помимо нарушения проходимости маточных труб и наличия спаечного процесса в малом тазу, определенную роль в развитии infertility играют часто выявляемое у них снижение гормональной функции яичников и овариального резерва, а также нарушение рецептивности эндометрия вследствие формирования у таких пациенток хронического эндометрита (ХЭ) [3, 6]. По данным разных авторов [5, 8], частота ХЭ у женщин с бесплодием колеблется от 12,3 до 60,4%, являясь единственной причиной бесплодия в 18,8% случаях. Лонгидаза обладает способностью не только деполимезировать матрикс соединительной ткани в фиброзно-гранулематозных образованиях, но и подавлять обратную (регуляторную) реакцию, направленную на синтез компонентов соединительной ткани. Лонгидаза ослабляет течение острой фазы воспаления, регулирует синтез медиаторов воспаления (интерлейкина-1 и фактора некроза опухоли α), повышает резистентность организма к инфекции и гуморальный иммунный ответ. Кроме того, Лонгидаза легко комбинируется с антибиотиками, антигистаминными, глюкокортикостероидными, цитостатическими,

противовирусными и противогрибковыми препаратами, повышает биодоступность лекарственных средств.

Лонгидаза в терапевтических дозах останавливает рост соединительной ткани, вызывает регресс патологической, измененной по составу и структуре фиброзной ткани, не повреждая нормальную соединительную ткань [7, 8]. С целью повышения эффективности противовоспалительной терапии ТПБ и профилактики формирования рубцовых изменений эндометрия, приводящих к формированию вторичного бесплодия и неэффективности программ по ЭКО, представляется целесообразным включение препарата лонгидаза в комплексную терапию данной патологии [7]. Специфический механизм действия Лонгидазы заключается в адресном воздействии на вторичные внутриматочные соединительнотканые изменения, формирующиеся вследствие длительной персистенции инфекционного агента с последующей активацией процессов фиброобразования и нарушением кровоснабжения ткани на фоне снижения параметров общего и местного иммунитета.

Комплексное лечение 27 больных с ТПБ включало применение Лонгидазы в дозе 3000 МЕ (в 2 мл 0,5% раствора новокаина) в инъекциях внутримышечно, от 5 до 10 введений на курс (в зависимости от тяжести заболевания) с интервалом между ними 2–3 дня или в суппозиториях по 3000 МЕ (вагинально или ректально), от 10 до 20 введений на курс с перерывами в 2–3 дня. Побочных эффектов на фоне применения препарата по указанным схемам и дозировкам не отмечено. После первого курса комплексной терапии отмечались устойчивая положительная динамика, выражающаяся в значительном уменьшении пальпируемой плотности трубных тканей, отсутствие новых участков уплотнений, уменьшение болезненности и тянущих резких болей при пальпации и при физических нагрузках. Терапевтическая эффективность составила 93,3%. Комплексная терапия ТПБ методом фонофореза и ультрафонофореза с Лонгидазой 3000 МЕ (при разведении в 2–5 мл геля для ультразвуковой изменений в этой системе наблюдается вторичное снижение эндокринной функции яичников, что, как по замкнутому кругу, ведет к нарушению процесса овуляции и бесплодию [6]. Терапевтические маршруты пациентов с ТПБ могут осуществляться консервативными и оперативными путями, каждый из которых включает в себя несколько этапов, проводимых последовательно или в сочетании друг с другом. Консервативное лечение ТПБ предусматривает проведение комплексного лечения, включающего противовоспалительную, антибактериальную, иммуномодулирующую, антифиброзирующую терапию [4–7].

Противовоспалительную комплексную терапию проводят при обнаружении ИППП и/или морфологически верифицированном диагнозе ХЭ с целью полной элиминации выявленных

возбудителей. Применение протеолитических ферментов в условиях хронического воспаления при ТПБ облегчает проникновение антибактериальных препаратов в ткань и активирует их действие в очаге воспаления, а также подавляет патологический рост соединительной ткани [7]. Совершенно очевидно, что для лечения патологических состояний, сопровождающихся ростом соединительной ткани, целесообразно комплексное воздействие как на сформировавшийся фиброзный процесс с целью его рассасывания, так и на воспалительные реакции, стимулирующие его формирование. Оптимизация методов терапии подобной патологии, направленная как на предупреждение формирования патологического рубцевания, так и на своевременную коррекцию процессов метаболизма соединительной ткани на высоте развития патологического процесса, является актуальной и выполнимой задачей [7, 8]. В клинической практике до настоящего времени отсутствовали достаточно эффективные патогенетические средства воздействия на гранулематозно-фиброзные, рубцовые, спаечные и анкилозирующие процессы. Гиалуроновая кислота оказывает универсальное воздействие на гранулематозно-фиброзные процессы, в частности на стабилизацию фермента гиалуронидазы и подавление синтеза макрофагами фибробластстимулирующих факторов (монокинов) при высоком их содержании в организме. Создание инновационного препарата Лонгидаза, обладающего высокой гиалуронидазной (протеолитической) активностью пролонгированного действия, а также, хелатирующим, антиоксидантным и противовоспалительным свойствами, значительно расширило границы терапевтических мероприятий в этой области. терапия) также высоко эффективна. Воздействие осуществляли малым ультразвуковым излучателем (1 см²) с частотой ультразвука 1 МГц, интенсивностью 0,2–0,4 Вт см², в непрерывном режиме, время воздействия 5–7 мин, курс 10–12 процедур ежедневно или через день. Параллельно с терапией ТПБ проводили лечение выявленной сопутствующей гинекологической патологии – миомы матки, эндометриоза, поликистозных яичников – согласно установленным стандартам. Проведение полного комплекса мероприятий по профилактике развития и рецидива спаечного процесса у женщин с ТПБ способствует анатомическому восстановлению проходимости маточных труб и нормализует взаимоотношения в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, нарушенные под влиянием воспалительного процесса в органах малого таза, что приводит к нормализации циклической продукции гонадотропинов (ЛГ и ФСГ) с восстановлением фаз менструального цикла и последующему наступлению беременности в течение 3–5 мес после завершения всех этапов ранней реабилитационной программы.

Таким образом, можно с уверенностью утверждать, что ТБП является одной из самых трудных патологий в плане восстановления генеративной функции у женщин, в связи с чем требует как ранней диагностики, так и поэтапной продолжительной реабилитации. Лучшим

способом сохранения репродуктивной функции является профилактика развития ТПБ, заключающаяся в предупреждении и эффективном комплексном лечении воспалительных заболеваний органов малого таза с применением высокоэффективной антифиброзирующей терапии препаратом Лонгидаза.

Литература:

1. Корсак В.С., Забелкина О.А., Исакова А.А. Исследование эндометрия у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием на этапе подготовки к ЭКО. Проблемы репродукции. 2005; 39–42.
2. Клинышкова Т.В. Трубно-перитонеальное бесплодие на фоне восходящей хламидийной инфекции. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2007; 2: 35–7.
3. Зайнетдинова Л.Ф. Оценка функции яичников у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием. *Вестник Южно-Уральского государственного университета*. 2009; 2: 97–100.
4. Забелкина О.И. Состояние эндометрия и результат ЭКО у больных с трубно-перитонеальным бесплодием: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2005.
5. Орехова Э.М., Кончугова Т.В., Лукьянова Т.В., Змазова В.Г., Коновалова Т.А., Стенько А.Г. и др. *Применение препарата Лонгидаза 3000МЕ, при заболеваниях, сопровождающихся патологией соединительной ткани*. Пособие для врачей. М.: ИПО «У Никитских ворот»; 2008: 18–20.
6. Снарская Е.С. Саркоидоз кожи: клиника, диагностика, лечение. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2011; 3: 36–44.
7. Krasnopol'skiy V.I., Serova O.F., Tumanova V.A. Effect of infections on the reproductive system of women. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa*. 2004; 5: 26–9. (in Russian)
8. Medvedev B.I., Zaynetdinova L.F. Report immunological protection in women with tubal-peritoneal infertility on the background of herpes infection. In: Proceedings of the IV Congress of obstetricians and gynecologists Russia. Moscow, 30 Sept – 2 Oct, 2008. http://www.mediexpo.ru/fileadmin/user_upload/content/

**ЭНДОКРИННО- ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ
БЕРЕМЕННОСТИ.**

З.С.Кадиров^{1.}, З.Ю.Халимова^{2.},

¹*Бухарский областной эндокринологический диспансер*

²*РСНПМЦ Эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова.*

Ключевые слова: *привычная невынашивание беременности, цитокины, дидрогестерон.*

Резюме. В течение последних десятилетий с возникновением новых методических возможностей в иммунологии, проблеме иммунологических взаимоотношений мать-плод уделяется самое пристальное внимание. В литературе обсуждались многочисленные теории иммунологической толерантности при беременности, но этот вопрос окончательно не решен. В данном обзоре предоставлены современные представления роли иммунной системы при привычном невынашивании беременности а также методы лечения путем применения гормональной терапии дидрогестероном.

ОДАТИЙ ҲОМИЛА ТАШЛАШНИНГ ЭНДОКРИН-ИММУНОЛОГИК АСПЕКТЛАРИ.

З.С.Кадиров^{1.}, З.Ю.Халимова^{2.}

¹*Бухоро вилоят эндокринология диспансери*

²*Ё.Х. Тўракулов номидаги РИЭИАТМ*

Таянч сўзлар: *одатий ҳомила ташлаш, цитокинлар, дидрогестерон.*

Резюме: Сўнгги ўн йилликларда иммунологияда янги услубий имкониятлар пайдо бўлиши билан онанинг ҳомилага нисбаттан иммунологик муносабати муаммосига энг катта эътибор қаратилмоқда. Адабиётларда ҳомиладорлик даврида иммунологик турғунликнинг кўплаб назариялари муҳокама қилинган, аммо бу масала охиригача аниқ ўрганилмаган. Ушбу шарҳда одатий ҳомила ташлашда иммун тизимининг ўрни, шунингдек дидрогестерон билан гормонотерапиядан фойдаланган ҳолда даволаш усуллари ҳақида замонавий ғоялар тақдим этилган.

Калит сўзлар: *odatiy abort, sitokinlar, didrogesteron.*

ENDOCRINE AND IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF RECURRENT PREGNANCY LOSS.

Z.S.Kadirova^{1.}, Z.Yu.Khalimova^{2.}

¹*Bukhara Regional Dispensary*

²*Deputy Director for Research of Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology named after Y.Kh. Turakulov*

Key words: *recurrent miscarriage, cytokines, dydrogesterone.*

Summary: Over the past decades, with the emergence of new methodological possibilities in immunology, the problem of immunological mother-fetus relationships has received the closest attention. Numerous theories of immunological tolerance during pregnancy have been discussed in the literature, but this issue has not been definitively resolved. This review provides modern ideas about the role of the immune system in recurrent miscarriage, as well as treatment methods using hormonal therapy with dydrogesterone.

Сегодня хорошо известно, что материнская иммунная система не игнорирует плод, но она распознает антигены развивающегося эмбриона и реагирует на них. Следовательно, установление соответствующей материнской толерантности к эмбриону имеет решающее значение для обеспечения имплантации и успешной беременности. Точные механизмы, управляющие физиологией толерантности на границе плода и матери, остаются плохо изученными.

Имплантация эмбриона — многоступенчатый процесс, который требует взаимодействия между двумя организмами и состоит из трех последовательных фаз: оппозиции, адгезии и инвазии. Это становится возможным благодаря наличию феномена, именуемого «окном имплантации», которое характеризуется морфологическими и биохимическими изменениями в эндометрии, такими как трансформация плазматических мембран и наличие некоторых специфических адгезивных молекул: хемокинов, цитокинов, факторов роста и инвазивных протеаз. Весь этот процесс осуществляется паракринным/ аутокринным путем и регулируется гормонами эндокринной системы. [20,30]

Невынашивание беременности (НБ) является не только медицинской, но и социальной проблемой акушерства. Частота НБ составляет от 10 до 25% от всех диагностированных беременностей, а привычное невынашивание от 0,5 до 1%. [27] Невынашивание беременности - это самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель, считая с первого дня последней менструации. Прерывание беременности в сроки от зачатия до 22 недель называют самопроизвольным абортом (выкидышем). Прерывание беременности в сроке 22-37 недель называют преждевременными родами. Привычный выкидыш (или привычное невынашивание беременности) – рассматривается как самопроизвольное прерывание беременности два и более раза подряд. [11]

Этиология невынашивания чрезвычайно разнообразна и зависит от многих факторов. В настоящее время нет исчерпывающей классификации причин невынашивания беременности. По-видимому, это обусловлено тем, что трудно свести в единую систему все многообразие причин, ведущих к прерыванию беременности. В последние годы Европейское общество репродукции и эмбриологии (ESHRE), Американское общество репродуктивной медицины (ASRM), Немецкое / Австрийское / Швейцарское общество акушерства и гинекологии (DGGG / OEGGG / SGGG) и

Королевский колледж акушеров. и гинекологов (RCOG) разработали рекомендации по диагностике и лечению пациентов с привычной потерей беременности.[14,15,25]Все рекомендации определяют несколько установленных факторов риска ПНБ они следующие: 1) генетические; 2) эндокринные; 3) иммунологические (аутоиммунные, аллоиммунные); 4) инфекционные; 5) тромбофилические; 6) патология матки (пороки развития, генитальный инфантилизм, гипоплазия матки, истмиоцервикальная недостаточность, внутриматочные синехии). [11] Выяснение причин привычной потери беременности является чрезвычайно важным с практической точки зрения. Зная причины и понимая патогенез прерывания беременности, можно более успешно проводить патогенетическое лечение, в противном случае оно становится симптоматическим и часто неэффективным.

На разных сроках беременности существуют свои критические периоды, для которых характерны различные этиологические факторы развития привычного невынашивания [1,2,6,11]. Знание этих периодов позволяет врачу с высокой долей вероятности заподозрить наличие той или иной патологии. Прерывание беременности до 5-6 недель чаще всего обусловлено генетическими и иммунологическими нарушениями: аномалиями кариотипа эмбриона, степенью совместимости антигенов родителей по системе гистосовместимости (HLA), индивидуальным повышением в организме матери уровня НК и провоспалительных цитокинов [11,10,9] Прерывание беременности на сроке 7-9 недель в основном связано с гормональными нарушениями: недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ) любого генеза, гиперандрогенией (надпочечниковой, яичниковой, смешанной), сенсбилизацией к гормонам (появление антител к ХГ (хорионический гонадотропин человека), прогестерону).

Около 10% женщин с НБ имеют антитела к эндогенному прогестерону. Следовательно, назначение им прогестерона не может помочь сохранить беременность, и у данной категории больных целесообразно предпочесть применение аналогов прогестерона, в частности дидрогестерона. При прерывании беременности в 10-16 недель на первый план выступают такие причины, как различные аутоиммунные нарушения, в том числе антифосфолипидный синдром (АФС) и тромбофилические нарушения иного генеза (наследственная тромбофилия, избыток гомоцистеина и др.) [3,4,7,10] За прерывание беременности после 16 недель чаще всего ответственны такие патологические процессы, как инфекция, истмиоцервикальная недостаточность, тромбофилические нарушения, которые ведут к развитию плацентарной недостаточности и тяжелым осложнениям беременности (отслойке плаценты, задержке внутриутробного развития плода, гестозам и др.) [1,22].

Что касается иммунологических нарушений, пациенты с привычным невынашиванием беременности (ПНБ) в настоящее время проходят скрининг только на антифосфолипидный синдром, как рекомендовано всеми руководящими принципами, хотя после

стандартизированной диагностики, включающей все упомянутые факторы риска, 50% случаев ПНБ по-прежнему остаются неуловимыми. Однако многие авторы указывают на значимую роль неадекватного ответа иммунной системы организма женщины на беременность [4]. Причиной невынашиваний в этом случае считают нарушения иммунных процессов позволяющих нормальному течению механизмов оплодотворения, имплантации, плацентации, инвазии трофобласта и дальнейшее развитие беременности [24]. В литературе различают ауто- и аллоиммунные причины ПНБ. Если рассмотреть аутоиммунные механизмы ПНБ в этом случае в орган матери вырабатывается аутоантитела которые направлены против собственных клеток и тканей. При аллоиммунных реакциях иммунная система матери вырабатывающие антитела направлены против тканей плода. К наиболее распространенным аутоиммунным нарушениям, вызывающим ПНБ относят наличие в сыворотке крови антифосфолипидных, анти тиреоидных, антинуклеарных антител, а также антитела к двуспиральной ДНК и хорионическому гонадотропину человека. К аллоиммунным нарушениям относят также наличие у супругов повышенного (более трёх) числа общих антигенов главного комплекса гистосовместимости. К тому же, при исследованиях женщин с ПНБ с аллоиммунными нарушениями выявили эмбриотоксические антитела в эндометрии и сыворотке крови матери. [19,12]. Учитывая распространённость и актуальность данной проблемы, международными экспертами введено новое понятие – Привычное Невынашивание Беременности Иммунологической Этиологии (Recurrent Spontaneous Abortion of Immunological Origin-RSAI). Предполагают, что одной из этиологий ПНБИЭ являются дисбаланс провоспалительных цитокинов [13]. В 1980 году были открыты различные популяции Т-клеток и толерантность материнского организма к плоду объясняли соотношением Т-хелперов первого и второго типов (Тх-1 и Тх-2). Тх-1 типа характеризуются продукцией провоспалительных цитокинов таких как интерферон – гамма (ИФН- γ), интерферон – альфа (ИФН- α), фактор некроза опухоли – альфа (ФНО- α), интерлейкин-1 (ИЛ-1), ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-12 и преимущественно клеточными реакциями иммунитета. Тх-2 типа характеризуется продукцией противовоспалительных цитокинов: ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-9 и ИЛ-10, трансформирующего фактора роста – бета (ТРФ- β) и индукцией гуморального иммунного ответа. Предполагают, что доминирование Тх-2 типа иммунного ответа поддерживает нормальное развитие плода и течение беременности, в то время как переход от преимущественно гуморального (Тх-2) к преимущественно клеточному иммунному ответу (Тх-1) ведет к преждевременному прерыванию беременности. Исследовано, что у женщин с ПНБИЭ в периферической крови отмечаются значительно более высокие соотношения Тх-1 и Тх-2, ИФН- γ -/ ИЛ-4, ФНО- α / ИЛ-4 и ФНО- α /ИЛ-10 в CD4 Т-хелперах 1-го типа по сравнению с контрольной группой. Как показывают наблюдение Winger et al. существенное повышение экспрессии цитокинов Т-хелперов 1-го типа в этих активированных клетках может лежать в основе

иммунной этиологии невынашиваний [26]. В последние годы важную роль в обеспечении выживания плода в материнском организме отдаётся Т-регуляторным лимфоцитам (Т-рег), которые вносят особый вклад в поддержание иммунологической толерантности к плодово-плацентарному комплексу на протяжении беременности. Т-рег подавляют активность Т-хелперов как 1, так и 2 типа против аллоантигенов плода. Число циркулирующих в крови Т-рег увеличивается в первом триместре, достигая максимума во втором триместре и снижается после родов до изначального уровня, характерного для небеременных женщин. В случае привычного невынашивания содержание Т-рег в децидуальной оболочке и периферической крови снижается до уровня, наблюдаемого у небеременных женщин. Т-рег относят к одному из 4 основных классов Т-хелперов, который, вместе с Т-хелперами 1, 2, 17 типа, отличается от других классов своей ролью в обеспечении иммунологической толерантности организма [12,16,17]. Известно, что Т-рег осуществляют иммунорегуляцию за счет продукции важнейших иммунорегуляторных цитокинов, таких как ТРФ-β и ИЛ-10. Установлено, что ТРФ-β может трансформировать Т-х в Т-рег *in vitro*. Снижение экспрессии ТРФ-β на поверхности Т-рег приводит к активации иммунной системы материнского организма против плодово-плацентарного комплекса и нарушает процессы имплантации, плацентации, инвазии трофобласта и дальнейшее прогрессирование беременности [18].

Т-рег лимфоциты в свою очередь экспрессируют на своей поверхности транскрипционный фактор forkhead box transcription factor (Foxp3) который контролирует развитие и дифференцировку Т-рег. Индукция Foxp3 гена в нормальных наивных Т-клетках преобразует их в Т-рег подобные клетки, осуществляющие свои супрессивные функции как *in vivo*, так и *in vitro*. Снижение уровня Foxp3 в эндометрии приводит к снижению дифференцировки Т-рег, что нарушает имплантацию плодного яйца [24].

В течение беременности большинство материнских лимфоцитов, находящихся в полости матки, являются натуральными киллерами (НК-клетками). Материнские НК-клетки взаимодействуют с клетками трофобласта плода, которые экспрессируют антигены тканевой совместимости HLA-G и HLA-C аллели от обоих родителей. Иммуноглобулиноподобные рецепторы клеток-киллеров (КИР-рецепторы) являются молекулами, находящимися на поверхности НК-клеток и регулируют их функцию. КИР-рецепторы, взаимодействуют с HLA-C лигандами клеток трофобласта, что блокирует клеточную цитотоксичность против клеток трофобласта. Специфические комбинации материнского КИР генотипа и фенотипов отцовских HLA-C генотипов широко распространены у женщин с ПНБ. Многие исследования свидетельствуют о том, что у женщин с имплантационными потерями НК-клетки экспрессируют более низкие уровни КИР-рецепторов, чем в контрольной группе. Обратная регуляция этих ингибиторных рецепторов может определять их неспособность распознавать соответствующие

HLA- лиганды и, как результат, повышать цитотоксичность НК-клеток против клеток трофобласта [29].

Лечение ПНБ имеет патогенетические подходы. Согласно данным последних лет, важную роль в предупреждении самопроизвольных аборт и поддержании беременности на ранних сроках играет прогестерон и его воздействие на рецепторы прогестерона в эндометрии. На ранних сроках гестации прогестерон, продуцируемый желтым телом, играет роль в подготовке эндометрия к имплантации, а позднее в поддержании роста и развития эмбриона. В связи с этим, препараты прогестерона широко используются в терапии невынашивания беременности. На сегодняшний день активно изучается роль прогестерона в терапии невынашивания беременности во втором и третьем триместрах беременности. Прогестерон оказывает влияние не только на миометрий и амниотическую мембрану, но и на состояние шейки матки, контролируя её созревание. Существует мнение, что применение препаратов прогестерона и его аналогов является одним из перспективных методов сохранения беременности у женщин, имеющих как гормональные, так и иммунологические проблемы невынашивания [5]. Результаты международного исследования по предотвращению невынашивания беременности (PROMIS-Prevention of Miscarriage Study, 2005) доказали, что применение перорального дидрогестерона на ранних сроках беременности улучшает исходы беременности у женщин с ПНБ [28]. Эти данные подтверждаются результатами других исследований, доказавших более высокую эффективность препаратов дидрогестерона, по сравнению с препаратами микронизированного прогестерона, у женщин с доказанной клинически и с помощью УЗИ ретрохориальной гематомой [8]. Дидрогестерон (6-дегидро-9 β , 10 α -прогестерон, Дюфастон) представляет собой синтетический прогестоген с прогестагенными характеристиками, аналогичными прогестерону. В ряде исследований было продемонстрировано, что в присутствии дидрогестерона или прогестерона моноядерные клетки периферической крови женщин с ПНБ в анамнезе продуцируют значительно более низкие уровни провоспалительных цитокинов Тх-1 ИФН- γ и ФНО- α и повышение уровней противовоспалительных цитокинов Тх-2 Ил-4 и Ил-6. Мы также сообщили о заметном снижении соотношения цитокинов Тх-1 / Тх-2, вызванном ди-дрогестероном, что указывает на снижение Тх-1 и более благоприятного течения беременности. [21]

Таким образом, в заключении следует отметить, что проблема репродуктивных потерь остаётся до конца нерешенной, несмотря на внедрение современных методов её диагностики и лечения. При лечении ПНБ специалисты ограничены в количестве попыток, и это накладывает величайшую ответственность на врача при проведении диагностики и выборе тактики лечения. Очень важно осознавать, что каждая прервавшаяся беременность наносит женщине не только психологическую травму, но и отрицательно сказывается на состоянии репродуктивной системы в целом за счет последствий самого прерывания беременности, а также выполнения инвазивных

процедур. Развитие молекулярной иммунологии и трансплантационной биологии в области акушерства и гинекологии способствует формированию новых взглядов на эту проблему. В арсенале средств иммунотерапии ПНБ в будущем могут быть факторы роста цитокинов, антицитокиновые антитела, растворимые рецепторы цитокинов и антилимфоцитарные антитела. Во многом реализация такого лечения зависит от выявления и изучения инициализирующих антигенов, запускающих каскад иммунных реакций, приводящих к прерыванию беременности.

Литература:

1. Баранов, В.С. Геном человека и гены «предрасположенности» (введение в предиктивную медицину) / В.С. Баранов, Е.В. Баранова, Т.Э. Иващенко и др. - СПб.: Интермедицина, 2000. - 272с.
2. Беспалова О.Н. и др. Генетические факторы предрасположенности к привычному невынашиванию беременности ранних сроков / // Журн. акушерства и жен. болезней.- 2001.- №2.- С. 8-13.
3. Макацария А.Д. и др Антифосфолипидный синдром в акушерской практике / . - М.: Руссо, 2000. - 344 с.
4. Макацария, А.Д. Тромбофилические состояния в акушерской практике / А.Д. Макацария, В.О. Би-цадзе. - М., Russo, 2001.
5. Межевитинова, Е.А. Прогестагены в контрацепции / Е.А.Межевитинова// Гинекология. – 2001. – №2. – С.20-23.
6. Михайлова, Ю.В. Патогенетические аспекты потери беременности ранних сроков / Ю.В. Михайлова, И.А. Салов, Н.Ф. Хворостухина // Вестн. Рос. ун-та дружбы народов. - 2009. - № 7. - С.48-52.
7. Насонов Е.Л. Антифосфолипидный синдром.-М.: Литера, 2004. - 440 с.
8. Пелинеску-Ончул, Д. Применение дидпрогестерона в лечении субхорионической гематомы //Гинекология.– 2008. – №2. – Том 10. –С. 63–67.
9. Серова Л.Д. и др.: Система HLA в медико-генетическом консультировании женщин с привычным невынашиванием и бесплодием неясного генеза / Пособие для врачей.- М., 1997. - 314 с
10. Сидельникова, В.М. Гемостаз и беременность /В.М. Сидельникова, П.А. Кирющенко. - М.: ТриадаХ, 2004. - 208 с.
11. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности. - М.: Триада-Х, 2002.- 304 с.
12. Annacker O. et al. On the ontogeny and physiology of regulatory T cells //Immunological reviews. – 2001. – Т. 182. – №. 1. – С. 5-17.
13. Beaman K. D. et al. Immune etiology of recurrent pregnancy loss and its diagnosis //American Journal of Reproductive Immunology. – 2012. – Т. 67. – №. 4. – С. 319-325.

14. Eshre Guideline Group on RPL et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss //Human reproduction open. – 2018. – T. 2018. – №. 2. – C. hoy004.
15. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertil Steril. 2012 Nov; 98(5):1103-11.
16. Fontenot J. D. et al. Developmental regulation of Foxp3 expression during ontogeny //The Journal of experimental medicine. – 2005. – T. 202. – №. 7. – C. 901-906.
17. Fontenot J. D., Gavin M. A., Rudensky A. Y. Foxp3 programs the development and function of CD4+ CD25+ regulatory T cells //Nature immunology. – 2003. – T. 4. – №. 4. – C. 330-336.
18. Hirahara K. et al. The majority of human peripheral blood CD4+ CD25highFoxp3+ regulatory T cells bear functional skin-homing receptors //The Journal of Immunology. – 2006. – T. 177. – №. 7. – C. 4488-4494.
19. Leber A., Teles A., Zenclussen A. C. Regulatory T cells and their role in pregnancy //American journal of reproductive immunology. – 2010. – T. 63. – №. 6. – C. 445-459.
20. Radović-Janošević D. et al. Decidual natural killer cells in recurrent spontaneous abortions //Vojnosanitetski preglod. – 2011. – T. 68. – №. 1. – C. 41-45.
21. Raghupathy R. et al. Modulation of cytokine production by dydrogesterone in lymphocytes from women with recurrent miscarriage //BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. – 2005. – T. 112. – №. 8. – C. 1096-1101.
22. Rey E. et al. Thrombophilic disorders and fetal loss: a meta-analysis //The Lancet. – 2003. – T. 361. – №. 9361. – C. 901-908. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists The investigation and treatment of couples with recurrent first-trimester and second-trimester miscarriage. RcoG Green Top. Guidel. 2011;17:1–17.
23. Sasaki Y. et al. Decidual and peripheral blood CD4+ CD25+ regulatory T cells in early pregnancy subjects and spontaneous abortion cases //MHR: Basic science of reproductive medicine. – 2004. – T. 10. – №. 5. – C. 347-353.
24. Sasaki Y. et al. Decidual and peripheral blood CD4+ CD25+ regulatory T cells in early pregnancy subjects and spontaneous abortion cases //MHR: Basic science of reproductive medicine. – 2004. – T. 10. – №. 5. – C. 347-353.
25. Toth B. et al. Recurrent miscarriage: diagnostic and therapeutic procedures. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry Number 015/050) //Geburtshilfe und Frauenheilkunde. – 2018. – T. 78. – №. 04. – C. 364-381.
26. Vassiliadis S. et al. Serum levels of pro-and anti-inflammatory cytokines in non-pregnant women, during pregnancy, labour and abortion //Mediators of inflammation. – 1998. – T. 7. – №. 2. – C. 69-72.

27. Walch K., Hefler L., Nagele F. Oral dydrogesterone treatment during the first trimester of pregnancy: the prevention of miscarriage study (PROMIS). A double-blind, prospectively randomized, placebo-controlled, parallel group trial //The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2005. – Т. 18. – №. 4. – С. 265-269.
28. Wang W. J. et al. Increased prevalence of T helper 17 (Th17) cells in peripheral blood and decidua in unexplained recurrent spontaneous abortion patients //Journal of reproductive immunology. – 2010. – Т. 84. – №. 2. – С. 164-170.
29. WEETMAN A. P. The immunology of pregnancy //Thyroid. – 1999. – Т. 9. – №. 7. – С. 643-646.
30. Winger E. E. et al. Elevated preconception CD56+ 16+ and/or Th1: Th2 levels predict benefit from IVIG therapy in subfertile women undergoing IVF //American Journal of Reproductive Immunology. – 2011. – Т. 66. – №. 5. – С. 394-403.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ В АКУШЕРСТВЕ**

А.Л.Кахарова

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Ключевые слова: Синдром выгорания, деформации личности, профилактика, профессиональная деформация, дисфункциональный.

Введение: Каждая профессия предъявляет свои требования к человеку, но, пожалуй, только труд медика накладывает столь высокие и специфические обязанности на своих служащих, требует от них высокой ответственности за свои действия. Связано это с тем, что медицинским работникам люди вверяют самое дорогое — здоровье и жизнь — свою и своих близких, и поэтому ждут от них полной самоотдачи, то есть приложении всех сил и знаний, причем знаний, отражающих последние достижения науки.

На современном этапе развития системы здравоохранения большое внимание уделяется проблемам медицинской профессии. В последние годы большое внимание уделяется изучению различных профессиональных рисков, в том числе деятельности среднего медицинского персонала. Сегодня медсестра играет важную роль в улучшении качества жизни пациента. То есть она может быть активным участником профилактических и диагностических направлений

здравоохранения и действовать самостоятельно в составе целой команды. Следовательно, нам необходимо усилить внимание к здоровью медсестер и их психическому состоянию. Синдром выгорания был впервые описан в 1974 году американским психологом Фрейдбергером для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений. В настоящее время термин «выгорание» принято употреблять в связи с профессиями, связанными с оказанием помощи человеку, испытывающему негативные переживания, оказавшемуся в критической ситуации. Синдром эмоционального выгорания определяется как чувство эмоционального и физического истощения вместе с чувством расстройств и неудачи (Maslach, Schaufeli, Marek, 1993). Одним из частых негативных проявлений у представителей названных профессий является феномен «эмоционального выгорания» или, в другой редакции, синдром эмоционального выгорания. Данный синдром возникает в ситуациях интенсивного профессионального общения под влиянием множества внешних и внутренних факторов (Н.Г. Фрейдбергер, С. Maslach, Т.В. Форманюк, А.К. Маркова, В.В. Бойко, Н.Е. Водопьянова, Н.В. Гришина, В.Е. Орел, Т.Н. Ронгинская и др.) и проявляется как «приглушение» эмоций, исчезновение остроты чувств и переживаний, увеличение числа конфликтов с партнёрами по общению, равнодушие и отгороженность от переживаний другого человека, потеря ощущения ценности жизни, утрата веры в собственные силы и др. Эмоциональное выгорание В.В. Бойко определяет, как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на психотравмирующие воздействия. Само по себе выгорание, В.В. Бойко считает конструктивным, а дисфункциональными - его следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами. Тогда же эмоциональное выгорание приводит к профессиональной деформации личности. У медсестер наибольший «удельный вес» выгорания приходится на период трудового стажа - пять и более лет, то есть данный процесс у среднего медицинского персонала развернут во времени. Однако, средний показатель общего уровня «эмоционального выгорания» у опытных сестер превышает аналогичный у воспитателей-стажниц, что свидетельствует о более быстрой выработке механизмов психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций у контрольных групп, по сравнению с экспериментальными, у которых «сгорание» происходит на протяжении всего трудового пути. Одним из первых отечественных исследователей, который вплотную занялся проблемой выгорания, является В.В. Бойко. По его мнению, эмоциональное выгорание приобретает в жизнедеятельности человека. Этим «выгорание» отличается от различных форм эмоциональной ригидности, которая, определяется органическими причинами - свойствами нервной системы, степенью подвижности эмоции, психосоматическими нарушениями. Профессиональная деятельность медицинских работников

связана с неизбежными эмоциональными и нравственными перегрузками. Это является одним из источников профессионального стресса и основой возникновения профессиональных личностных деформаций - таких как синдром эмоционального выгорания специалиста. Анализ зарубежной литературы показывает, что в настоящее время не существует единого понимания сущности эмоционального выгорания и его' Журнал «Интернаука» № 22 (198), 2021 г. 75 структуры. Многие определения противоречат друг другу. Некоторые исследователи считают, что выгорание возникает лишь в профессиях типа «субъектсубъект». Другие считают, что выгорание может встречаться и в других профессиях, или вообще в не профессиональной сфере. В настоящее время общепринятым и наиболее употребляемым является определение выгорания, данное С. Maslach и S. Jackson, которые определили выгорание как синдром эмоционального истощения, деперсонализации и уменьшения личностных достижений, возникающее у индивидов, работающих с людьми. Большинство авторов, рассматривая процесс выгорания, отмечают, что он начинается с напряжения, которое является результатом противоречия между ожиданиями, намерениями, идеалами индивида и противоречиями повседневной реальности. Результатом такого дисбаланса являются стрессы, которые постепенно развиваются и могут осознаваться индивидом, либо долгое время оставаться неосознанными. Данными исследователями было убедительно доказано, что в профессиональной деятельности изменение личности происходит наиболее интенсивно, в связи с этим, мало изученным является феномен профессиональной деформации личности, под которой мы понимаем заострение качеств профессионала и перенесение стереотипов поведения, общения во внепрофессиональную область, которые осложняют взаимодействия человека с другими людьми и препятствуют его дальнейшему росту. Свенцицкий А.Л. отмечает, что «проблема «профессиональной деформации» почти совершенно не изучена, хотя представляет значительный интерес и в теоретическом и в прикладном плане. Одна из важнейших задач... состоит в формировании гармонично развитой личности, а не однобокого профессионала. Но что бы эффективно решать эту задачу, необходимы компетентные реакции со стороны психологов, а их можно дать, лишь тщательно изучив феномен «профессиональной деформации»Новиков Б.Д. рассматривает профессиональную деформацию как отклонение от нормы типичной для профессионала, как девиантность. Он пишет: «При характеристике генезиса правомерного поступка индивида, мы обратили внимание, что в самой общей форме он может быть представлен в виде следующей цепочки взаимосвязанных элементов: потребности -интересы - возможности — объекты - цели - средства - решение - поведение -результат. Та же последовательность ведёт к противоположному поступку, однако, сами названные элементы - все или некоторые из них - изменены неблагоприятным образом. «Профессиональная деформация - это резкое заострение качеств личности работника, огрубление и перенесение во вне профессиональных стереотипов

поведения, мышления, общения, приводящие к осложнениям во взаимодействии человека с другими людьми и делающие его поведение неадекватным обстановке». В настоящее время нет единого взгляда на структуру синдрома «эмоционального выгорания», но, несмотря на различия в подходах к его изучению, можно отметить, что он предопределяет собой личностную деформацию. Таким образом, синдром эмоционального выгорания характеризуется выраженным сочетанием симптомов нарушения в психической, соматической и социальной сферах жизни.

Список литературы:

1. Безносков С.П. Профессиональная деформация личности / Безносков С.П.— СПб: Речь.-2004.
2. Водопьянова Н.Е. Синдром эмоционального выгорания в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. - СПб.: Издательство СПбГУ, 2000. - С. 443-463.
3. Девличарова Р.Ю., Засыпкина Е.В. Фактор выгорания сестринского персонала в условиях рисков - Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) 2015. Том 5. № 4, С. 293-295.
4. Королева Е.Г., Синдром эмоционального выгорания Журнал ГрГМУ № 3, 2007, С. 108-111.
5. Тихонова И.В. Социально-психологическая специфика диагностики и коррекции профессио

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г.Фергана

10.03.2023г.

EKSPERIMENTAL STRESSDA NEYROMOTOR TIZIMNING INDIVIDUAL-METABOLIK TAVSIFI VA UNING KORREKSIYA KILISH YO'LLARINI BAXOLASH

D.S.Kosimova

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti

So'nggi dalillar shuni ko'rsatadiki, stressni boshdan kechirish sog'lom FA darajasiga erishish uchun asosiy to'siq bo'lishi mumkin. McEwan [17, 18]. Mashq qilishning ruhiy salomatlik natijalariga ma'lum ta'siriga qaramay, fikr-mulohazaga kamroq e'tibor qaratildi. McEwan [19, 20]. Depressiya va PA o'rtasidagi yaxshi o'rnatilgan teskari munosabat stress va PA uchun shunga o'xshash tendentsiya mavjudligini ko'rsatadi. McEwan .[21, 22]. Kalamushlarning bosh miyasida bo'ladigan Stress gomeostaz yoki farovonlikka haqiqiy yoki idrok etilgan tahdid sifatida belgilanishi mumkin va tabiatan psixologik yoki jismoniy bo'lishi mumkin. Xavfli stimullar markaziy asab tizimiga (MAT) qo'shiladi va xatti-harakatlar va fiziologik reaksiyalarni o'zgartirish uchun quyi oqim effektorlarini jalb qiladi va shu bilan shaxsga kutilayotgan zararni kamaytiradi. Xususan, simpato-adrenomedulyar (SAM) tizimi va gipotalamus-gipofiz-adrenal (GGA) o'qi faollashadi, natijada quyida muhokama qilinganidek, darhol simpato-adrenomedulyar (SAM) va barqaror gipotalamus-gipofiz-adrenal (HPA) fiziologik va xatti-

harakatlarga javob beradi. (Batafsil ko'rib chiqish uchun qarang: (Ulrich-Lai and Herman, 2009 va Ulrich-Lai and Ryan, 2014).

Bularning barchasi bilan bog'liq holda, Kalamush va boshqa sutemizuvchilarning ovqat hazm qilish traktida kommensal mikroblarning keng jamoalari yashashi (Dethlefsen va boshqalar, 2006). Darhaqiqat, ichak mikrobiotasi insondan 10 bara ko'pdir va umuman olganda, inson genomiga 100 baravar ko'p genlarni o'z ichiga oladi (Xuper va Gordon, 2001). Tez rivojlanayotgan tadqiqot tashkiloti hozirgi vaqtda ichak mikrobial ekologiyasi, kasallik'lanish va inson tomonidan o'rganilayotgan o'zaro bog'liqlikka olingan (Caesar va boshq. 2010; Tremaroli va Bäckhed 2012).

Uzoq muddatli simulyatsiya qilingan va haqiqiy vaznsizlik sharoitida mushaklar faolligining pasayishi mushaklarda ham, orqa miyada ham morfologik va funktsional o'zgarishlarga olib keladi, bu gipostatik vosita sindromining asosini tashkil qiladi. Funktsional yukning normal sharoitlariga moslashishning dastlabki bosqichlarida orqa miya morfologiyasi hali ham yaxshi tushunilmagan. Ushbu ishning maqsadi orqa oyoq-qo'llarini 2 soatdan 6 soatgacha kunlik qo'llab-quvvatlashdan keyin kalamushlarda va orqa oyoq-qo'llarini bog'lab ko'ygan xolda (oq ayol va oq erkak kalamushlarda) ularning xarakatini solishtirish edi. va motor neyron tanalarining o'lchamlaridagi o'zgarishlarni solishtirish edi. 7 kunlik tushirishdan keyin bir hafta o'qish. Tajribalar 180 ± 200 g og'irlikdagi yetuk erkak va ayol oq kalamushlarida o'tkazildi, uch guruhga bo'lingan: "Nazorat" "Aktiv" "Passiv" guruhlar " bo'linib Rotarot usuli bo'yicha (Moray-Xolton bo'yicha orqa oyoq-qo'llarning antiortostatik osilishi 14 kun); ga bo'lindi. Bundan tashqari oq ayol va erkak kalamushlarni suvda oyog'ida tosh bog'lab guruhlarga bo'ldik. "Readaptation 14 kun"2 soatdan 6 soatgacha (14 kunlik tajribadan so'ng, kalamushlar tezda 14 kun va 21 kun davomida sink kurkumin glitsin saqlovchi preparat normal sharoitida og'iz orqali shpis yordamida, ikki uch hafta ichida berildi). 21 kunlik guruhidagi kalamushlarda umumiy maydon va oq ayol va oq erkak kalamushlarda moddalar bilan band bo'lgan maydonlarning o'rtacha qiymatlari kamaydi. Neyro motor qo'zg'alishdagi stress bilan chalingan kalamushlar 14 kunlik dori ichganiga nisbatan 21 kunlik dori ichgan kalamushlarning chidamliligi yuqori bo'ldi. "Qayta moslashgan 14 kun" kalamushlarida oq erkak va oq ayol kalamushlar moddalarning umumiy maydoni va maydonlari 14 kundan keyin "oq erkak" kalamushlardagi kabi saqlanib qoldi va "katta" va "o'rta" motoneyronlar tanasining o'lchamlari o'sish tomon siljidi. Shunday qilib, kalamushlarda 14 kunlik oldin orqa oyoq-qo'llarini bog'lash natijasida, xarakati susaygan o'qishdan so'ng, qalinlashuvi hajmi pasaygan va katta va o'rta motorli neyronlarning tanalari kattalashgan. Tadqiqot Davlat topshirig'i doirasida amalga oshirildi. Kalamushlar o'sish davri faol davom etayotgan yangi hayot sharoitlariga moslashish jarayonlari va dasturlashtirilgan miya kamolot jarayonlarining davom etishi bilan tavsiflanadi. Xayvonlarda ensefalopatiya modellari bo'yicha keng qamrovli morfologik va fiziologik tadqiqotlar o'tkazildi, bu esa ensefalopatiyalar patogenezinining ilgari noma'lum mexanizmlarini (xususan, ingibitor GABAergik tizimning ishtiroki - neyronlar, retseptorlar

va tashuvchilar) aniqlashga imkon berdi. , ular ontogenezning barcha bosqichlarida turlicha namoyon bo'ladi. Bunday buzilishlar yo'naltiruvchi-izlanish faoliyati, tashvish darajasi, o'rganish qobiliyati, xotira jarayonlari va gormonal stress reaktivligining sezilarli o'zgarishi bilan birga keldi. Aniqlangan strukturaviy va xulq-atvor anomaliyalarini farmakologik tuzatish sifatida neyroprotektiv va endotelioprotektiv xususiyatlarni ko'rsatadigan mahalliy preparatlar sink kurkumin glitsin saqllovchi preparat ishlatilgan. Ushbu fundamental natijalar preklinik va klinik tadqiqotlar uchun yangi istiqbollarni ochadi. Immunitet hujayralari o'sish omillarining etishmasligini neyrotrofinlar va buning natijasida atrofiyasi oldini olish maksadida tavsiya etildi.

Adabiyotlar ro'yxati:

1. 19(5): 356–377; Sele G. Qanday qilib olim bo'lish mumkin. Ed. M.N. Kondrashava, I.S. Chorola. Moskva: Taraqqiyot, 1987; 368; Kalinchenko S.Yu., Vorslov L.O., Tyuzikov I.A., Tishova Yu.A.
2. (Raxal A., Kumar A., Singx V., Yadav B., Tivari R., Chakraborti S. Oksidlanish stressi. Prooksidantlar va antioksidantlar. *Interplay Biomed Res* 2014; 7: 612–664; Gralas-Delamarche A, Debre F, Vinsent S, Sillard J. Jismoniy harakatsizlik, insulin qarshiligi va oksidlovchi-yallig'lanish halqasi. *Free Radical Res* 2014; 48(1): 93–108 7. Kim Yu.V., Bysova T.V.
3. 612–664; Gralas-Delamarche A, Debre F, Vinsent S, Sillard J. Jismoniy harakatsizlik, insulin qarshiligi va oksidlovchi-yallig'lanish halqasi. *Free Radical Res* 2014; 48(1): 93–108 7. Kim Yu.V., Bysova T.V.
4. Cunningham-Rundles S., McNeeley D.F., Moon A. Mechanisms of nutrient modulation of the immune response. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2005;115:1119–1129. doi: 10.1016/j.jaci.2005.04.036. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Field C.J., Johnson I.R., Schley P.D. Nutrients and their role in host resistance to infection. *J. Leukoc. Biol.* 2002;71:16–32. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Vallee B.L., Falchuk K.H. The biochemical basis of zinc physiology. *Physiol. Rev.* 1993;73:79–118. doi: 10.2466/pr0.1993.73.1.79. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Coleman J.E. Zinc proteins: Enzymes, storage proteins, transcription factors, and replication protein. *Annu. Rev. Biochem.* 1992;61:897–946. doi: 10.1146/annurev.bi.61.070192.004341. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Klug A., Schwabe J.W. Protein motifs 5. Zinc fingers. *FASEB J.* 1995;9:597–604. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
9. Taylor C.G., Giesbrecht J.A. Dietary zinc deficiency and expression of T lymphocyte signal transduction proteins. *Can. J. Physiol. Pharmacol.* 2000;78:823–828. doi: 10.1139/y00-052. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
10. Hess S.Y., Peerson J.M., King J.C., Brown K.H. Use of serum zinc concentration as an indicator of population zinc status. *Food Nutr. Bull.* 2007;28:S403–S429. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
11. King J.C. Zinc: An essential but elusive nutrient. *Am. J. Clin. Nutr.* 2011:679–684. doi: 10.3945/ajcn.110.005744. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

12. Zhou J.R., Canar M.M., Erdman J.W. Bone zinc is poorly released in young, growing rats fed marginally zinc-restricted diet. *J. Nutr.* 1993;123:1383–1388. [PubMed] [Google Scholar]
13. Prasad A.S. Zinc deficiency in women, infants and children. *J. Am. Coll. Nutr.* 1996;15:113–120. [PubMed] [Google Scholar]
14. Hambidge M. Human zinc deficiency. *J. Nutr.* 2000;130:1344–1349. [PubMed] [Google Scholar]
15. ДС Косимова. О моделях экспериментального развития СД2. Современные инновации, 2020;4 (38) [13-14].
16. Haslett RJ, Reid RJ, Rengel Z(2001) Мобильность цинка в пшенице: поглощение и распределение цинка, нанесенного на листья или корни . Энн Бот 87 : 379–386. [Академия Google]
17. Шривастава А.К., Сингх С. (2005) Диагностика нехватки питательных веществ в цитрусовых садах гуминовой тропической Индии . J Plant Nutr 29 : 1061–1076. [Академия Google]
18. Лопес-Вальдивия Л.М., Фернандес М.Д., Обрадор А., Альварес Дж.М. (2002) Преобразование цинка в кислой почве и эффективность цинка на кукурузе путем добавления шести органических комплексов цинка . J Agric Food Chem 50 : 1455–1460. [PubMed] [Академия Google].

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ
ПРИ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ**

М.З.Курбаниязова¹, Г.Н.Бекбаулиева¹, П.Дж.Шакирова².

¹*Ургенчский филиал ТМА*

²*Ташкентская Медицинская Академия*

Ключевые слова: *синдром гиперстимуляции яичников, соматический и гинекологический анамнез, бесплодие.*

Резюме. Проведенное исследование установило, что повышение концентрации эстрадиола после введения ХГЧ можно использовать как предиктор развития синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ). Терапия с использованием каберголина эффективно предупреждает СГЯ, а использование двойного триггера овуляции достоверно нивелирует его развития по сравнению моностимуляции с ХГЧ.

**OVULYATSIYA STIMULYATSIDA TUXUMDONLAR GIPERSTIMULYATSIYASI
SINDROMI PROFILAKTIKASI**

M.Z.Qurbaniyazova¹, G.N.Bekbauliyeva¹, P.J.Shakirova².

¹*Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali*

²*Toshkent tibbiyot akademiyasi*

Tayanch so'zlar: tuxumdonlar hiperstimulyatsiyasi sindromi, somatic va ginekologik anamnez, bepushtlik.

Resyume: Tekshiruvlar natijalari shuni ko'rsatib berdiki, odam horionik gonadotropinini qo'llagach estradiolning oshishini tuxumdonlar giperstimulyatsiyasi sindromi prediktori sifatida qo'llashimiz mumkin (TGS). Tuxumdon giperstimulyatsiyasiga yuqori havf guruxi bor ayollarda ovulyatsiya kunidan boshlab 4 kun davomida kabergolini qo'llash, va ovulyatsiya triggeri sifatida oHG bilan dekapeptilni qo'llash, faqat oHG ni trigger sifatida qo'llashdan ko'ra TGS ni oldini oladi.

PREVENTION OF OVARIAN HYPERSTIMULATION SYNDROME FOR STIMULATION OF OVULATION

M.Z.Kurbaniyazova¹, G.N.Bekbauliyeva¹, P.J.Shakirova².

¹*Urgench branch of TMA, Urgench, Uzbekistan*

²*Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan*

Keywords: *ovarian hyperstimulation syndrome, somatic and gynecological history, infertility*

Summary. The study found that an increase in the concentration of estradiol after the administration of hCG can be used as a predictor of the development of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS). Therapy with cabergoline effectively prevents OHSS, and the use of a double ovulation trigger significantly eliminates its development compared to monostimulation with hCG.

Актуальность. Все большее количество женщин с бесплодием прибегают к использованию возможностей вспомогательных репродуктивных технологий (1). Однако, не каждая супружеская пара могут прибегнуть к услугам вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) из-за финансовой дороговизны. В связи с этим в настоящее время актуальным остается по прежнему вопрос стимуляции овуляции. Проводя индукцию овуляции, мы добиваемся, собственно, гиперстимуляции, поэтому в зарубежной научной литературе укрепился термин «контролируемая гиперстимуляция яичников», отражающий как цель проводимого лечения, так и присутствие ятрогенного воздействия (2,3,5).

Важнейшим пусковым фактором развития ранней формы синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ) считается назначение овуляторной дозы ХГЧ. В связи с этим, замена триггера овуляции и меры профилактики развития СГЯ в центре внимания исследователей. Однако несмотря на то, что в современной репродуктологии имеется широкий арсенал терапевтических средств, используемых для индукции овуляции и стимуляции функции яичников нету единого подхода, обеспечивающего предупреждения развития СГЯ. Следовательно поиск мер и путей профилактики развития СГЯ является актуальной проблемой гинекологии (1,4,6).

Цель исследования: разработать меры профилактики развития СГЯ легкой степени при контролируемой стимуляции овуляции для восстановления естественной фертильности без использования вспомогательных репродуктивных систем.

Материалы и методы исследования. Отобранные для исследования пациентки основной группы были разделены на три группы с учетом введенного триггера овуляции:

I группа (n=22), где триггером овуляции являлся ХГЧ 10 000 МЕ и Метформин 1000 в сутки II группа (n=17), где триггером овуляции являлся агонист ГнРГ декапептил в дозе 0,2 мг и ХГЧ в дозе 5000 МЕ; III группа (n=13), где триггером являлся ХГЧ в дозе 10 000 МЕ (группа сравнения). IV группа контрольная группа – 20 женщин, естественным овуляторным циклом

Результаты и их Обсуждение: Все пациентки, вошедшие в исследование, были сопоставимы по возрасту и индексу массы тела. Средний возраст 30,4±3,5 лет, в IV группе (контрольной) – 30,3 лет (p>0,05). ИМТ в исследуемой группе составил - 22,8 кг/см, в контрольной – 23,2 кг/см. Анализ структуры и частоты встречаемости соматических заболеваний у пациенток, включенных в исследование, показал, что большая часть пациенток перенесла детские инфекции. В структуре сбора анамнеза заболеваемости ведущее место по распространенности принадлежит патология щитовидной железы и алергоанамнез. Заболевания эндокринной системы: так каждая третья исследуемая женщина страдала диффузным зобом и АИТ. Патологии мочевыделительной системы имела каждая четвертая женщина исследуемых групп. TORCH инфекция: Ig G определяли 60-70% пациентов выявляли вирус простого герпеса 1 и 2 типов, краснуха и цитомегаловирусная инфекция. Все перечисленные заболевания находились в стадии ремиссии или медикаментозной компенсации в период проведения мероприятий, направленных на достижение беременности. Анализ характера менструального цикла у пациенток основной группы показал, что медиана возраста менархе у женщин I группы составил 12,7±2,7 лет, II группы 13,0±2,3 лет и III группы 12,9±2,5 лет (табл. 3.3). По продолжительности менструального цикла, в контрольной группе преобладал нормопонирующий цикл (регулярный цикл повторяющийся каждые 21-35 дней) у 89,3%, в основной чаще регистрировался постпонирующий цикл у 58,6% пациенток. По количеству теряемой крови умеренное/обильное/скудные. У женщин I группы у 62% случаев были скудными, у 3% обильные а в остальных случаях были умеренными. Анализ анамнеза генитального профиля показал, что у пациенток с бесплодием гинекологический анамнез отягощен. Преобладают инфекции, передаваемые половым путем. Их доля составила в I группе - 31,8%, во II группе - 25,8% и 25,9% в III группе. Доля пациенток с диагностированным СПКЯ в I группе составила 18,7%, во II группе – 19,4 %, в III группе – 18,5 %. Основными жалобами при обращении за медицинской помощью было бесплодие, причем преобладало первичное бесплодие. Так, I бесплодием обратились 69,9% женщин из I группы, 58,7% из второй группы и

61,5% из III группы женщин. При изучении акушерского анамнеза женщин со вторичным бесплодием выявлено, что подавляющей большинстве части женщин беременность закончилась выкидышами (чаще это было неразвивающейся беременностью) (55,6%, 50,0% и 40,0% соответственно группам) и у каждой четвертой женщины I и III группы и у 12,5% II группы преждевременными родами. Срочные роды произошли у 11,1% женщин I группы, у 25,0% II группы и у 40,0% III группы. У большинства пациенток был опыт стимуляции, причем клостельбегитом без триггера овуляции 2 раза (по 5 дней в течении 2-х менструальных циклов) и один раз с триггером по традиционной методике.

Результаты исследования показали, что СГЯ во всех трех исследуемых группах имел место, составляя 12,5%, 9,7% и 11,1% соответственно группам, то есть каждая десятая женщина имела риск развития СГЯ при применения традиционного метода стимуляции овуляции. Нами были определены базальные уровни гормонов в плазме крови и устранения гормонального дисбаланса. Таким образом, при анализе особенностей соматического, гинекологического, репродуктивного и эндокринного статуса, а также овариального резерва пациенток исследуемых групп не было выявлено значимых межгрупповых различий. После проведения патогенетической гормональной терапии у пациенток наблюдалась положительная динамика УЗ-данных, гормональных параметров и нормализация менструальной функции. Однако несмотря на это у изучаемых женщин достоверных изменений в овуляции фолликулов не наблюдалось. Анализ овариального ответа на проводимую стимуляцию триггерами, показал, что число фолликулов диаметром ≤ 17 мм у женщин I группы составил в среднем $3,2 \pm 3,4$, у пациенток II группы - $3,7 \pm 3,8$ и III группы $3,6 \pm 3,5$. Между тем, гормональный ответ на триггеры был не одинаков. Так, если в группе, где была наряду с ХГЧ каберголин (I группа) и во II группе, уровень эстрадиола оставалась в пределах нормы, тогда как в III группе, в 2 раза был выше нормы. Концентрация прогестерона в день введения триггера овуляции во всех группах не превышала норму, что позволяет говорить об отсутствии преждевременной лютеинизации фолликулов. Нами проанализирована фолликулометрия, где у 77,2% женщин в группе I, у 64,7% женщин в группе II, и 38,4% женщин в группе сравнения произошла овуляция фолликула. При дальнейшем наблюдении за пациентками, у которых произошла овуляция выявлена, что из их числа беременность наступила у 13 (76,5%) женщин в группе I, у 5 (41,5%) женщин в группе II, и 3 (60,0%) женщин в группе сравнения. Обращает внимание, несмотря на высокую частоту овуляции у женщин в группе II (триггер декапептил) по сравнению со III группой женщин частота наступления беременности ниже. Видимо это связано, с тем, что период полувыведения эндогенного ЛГ составляет около 2 часов, видимо это приводит к быстрому снижению концентрации после пика и последствие от введения аГнРГ (декапептила) минимальное. Вместе с тем, такой триггер предпочтителен при риске развития СГЯ, когда нежелательно

длительное стимулирующее действие на яичники ХГ. В ходе исследования обнаружено статистически значимое различие по частоте развития СГЯ легкой степени. Так, у женщин в I группе и II группы синдром гиперстимуляции яичников не развивался, тогда как у 7 (53,8 %) овулировавшей женщины III группы отмечен СГЯ легкой степени.

Таким образом, достоверное повышение концентрации эстрадиола после введения ХГЧ можно использовать как предиктор развития СГЯ. Резюмируя исследование можно сказать, что терапия с использованием каберголина эффективно предупреждает СГЯ, а использование двойного триггера овуляции достоверно нивелирует его развития по сравнению моностимуляции с ХГЧ.

Заключение. Таким образом, по результатам проведенного исследования сделаны следующие выводы:

1. Повышение концентрации эстрадиола после введения ХГЧ можно использовать как предиктор развития СГЯ.
2. Терапия с использованием каберголина эффективно предупреждает СГЯ, а использование двойного триггера овуляции достоверно нивелирует его развития по сравнению моностимуляции с ХГЧ.

Литература:

1. Стимуляция овуляции и канцерогенез эндометрия: Том 9, № 2, 2022. – С. 73 – 81
2. Gomez R, Soares SR, Busso C, Garzia-Velasco JA, Simon C, Pellicer A. Physiology and pathology of ovarian hyperstimulation syndrome: a systematic review and metaanalysis. *Fertil Steril* 2011;95:188–196.
3. Sunderam S., Kissin D.M., Crawford S.B., et al. Assisted reproductive technology surveillance — United States, 2011 // *MMWR Surveill Summ*. 2014. Vol. 63, N 10. P. 1–28
4. Askarova, Z.Z., Saparbayeva, N.R., Kurbaniyazova, M.Z. and Aliyeva, D.A., 2021. Value of Hysteroscopy and Genetic Research of Women with Abnormal Uterine Bleeding in Perimenopause. *Eur J Mol Clin Med*, 8(1), pp.409-416.
5. Zafarjanovna, Kurbaniyazova Madina, and Bekbauliyeva Gulistan Niyetbayevna. "Optimization of ovulation induction methods in infertile women with pcos." In *Euro-Asia Conferences*, vol. 1, no. 1, pp. 158-162. 2021.
6. Zafarjanovna, Kurbaniyazova Madina, Bekbauliyeva Gulistan Niyetbayevna, and Duschanova Zaynab Atabayevna. "Optimization of Ovulation Induction in Clomifene Resistant Patient with Infertility." *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research* 39.2 (2021): 31257-31259.

ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

А.С.Лебедев

Курский государственный медицинский университет Г.Курск, РФ

Ключевые слова: кесарево сечение, рубец на матке, тазовое предлежание плода

POSSIBILITIES OF REDUCING THE FREQUENCY OF CESAREAN SECTION

A.S.Lebedev

Keywords: *caesarean section, scar on the uterus, pelvic presentation of the fetus*

Постоянное увеличение частоты кесарева сечения берет свое начало с 80-х годов прошлого столетия, когда она возросла в 3—4 раза. Целесообразность расширения показаний к КС аргументируется тремя целями: снижением перинатальной смертности, детского, а по мнению некоторых акушеров, и материнского травматизма. Последний аргумент недостаточно убедителен. Оправдались ли наши надежды? Если частота КС более чем за 30 лет увеличилась почти в 10 раз, то перинатальная смертность снизилась только в 2 раза (1980 г. — 17,6‰; 2016 г. — 7,9‰). Снижение перинатальной смертности, особенно в последние годы, происходит в основном за счет снижения частоты ранней неонатальной гибели новорожденных. В этом, безусловно, заслуга неонатологов, которые в настоящее время выхаживают глубоконедоношенных детей, даже с экстремально низкой массой тела.

Очевидным итогом чрезмерного увлечения КС стало снижение акушерского профессионализма и квалификации акушеров в искусстве ведения родов. Пациентки, у которых была выявлена выраженная хроническая внутриутробная или острая гипоксия плода не могут быть резервом для снижения частоты. В группе с аномалиями р.д. возможно найти резерв для снижения частоты оперативного родоразрешения. Использование более эффективных препаратов и методов для родовозбуждения, родостимуляции, подготовки родовых путей к родам и лечения дискоординации. подхода к программированному родоразрешению по различным акушерским и соматическим показаниям Абсолютное лидерство в структуре оперативного родоразрешения сохраняет группа женщин с рубцом на матке, но здесь большая роль отводится женским консультациям, не надо с раннего срока настраивать беременных на оперативные роды. Стабильной остается частота операции в группах пациенток с тазовым предлежанием плода и преждевременными родами. решение о методе родоразрешения в данной акушерской ситуации принимает женщина. Беременные активно пользуются этим правом, что не позволяет акушерам-гинекологам, даже при наличии условий консервативного родоразрешения, выбрать тактику вагинальных родов. Одним из путей снижения абдоминальных родов в данных

группах мы считаем освоение и выполнение практики наружного акушерского поворота плода на головку.

Необходимо учитывать, что далеко не все экстрагенитальные заболевания являются показанием к оперативному родоразрешению

1. Информационное письмо резолюции IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя» (12-15.10.2007)
2. Чеченина А.А., Полукаров А.Н., Фадеева А.Е., Чеченин Г.И. г. Новокузнецк. Поиск резервов снижения частоты операции кесарева сечения. 2019
3. Савельева Г.М., Караганова Е.Я. Принципы ведения осложненных родов. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2012;11(1):68-75.
4. Рудзевич А.Ю., Кукарская И.И., Фильгус Т.А. Оценка частоты кесарева сечения по классификации Робсона. Современ. пробл. науки и образования. 2017; 6.
5. Ларкин Н.А., Логутова Л.С., Семихова Т.Г. Кесарево сечение: медицинские, социальные и морально-этические проблемы. Российский вестник акушера-гинеколога. 2019;19(4):

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**СОҒЛОМ АВЛОДНИ ШАКИЛЛАНТИРИШДА ПРЕНАТАЛ ДАВИРНИНГ ВА
РЕПРОДУКТИВ САВОДҲОНЛИКНИ АҲАМИЯТИ**

С.М.Мадаминов

Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Аннотация: Баркамол авлодни шакиллантириш учун давлат ва жамият тарафидан қиланаётган барча сайхарақатларни аксарият қисми фарзанд тўғилгандан кейн унинг саломатлигини ва тарбиясини назорат қилиш ва бу сифатларни талаб даражасига олиб чиқишга қаратилган. Лекин баркамол авлодни келтириб чиқаришда Оилаларда соғлом фарзанд туғилиши, ҳам Оиланинг ва жамиятнинг бахтли ва мустақкам бўлишида, асосий омиллардан ҳисобланади. Шунинг учун келажакда мустақкам баркамол ва бахтли Оилаларни келтириб чиқариш жамиятнинг, ва давлатнинг асосий вазифаларидан ҳисобланади. Оилада ногирон тўғилган фарзандни бир умирга саломатлигини асраш ва унинг ижтимоий иқтисодий таминлаш ва маънавий тарбиалаш ўта муҳим лекин, уша фарзанднинг аввало соғлом туғилишига эришиш ва бунинг учун барча мавжуд имкониятлардан фойдаланиш биринчи даражали вазифа булиши керак.

Калит сўзлар: Баркамол авлод, хомладорлик давирлари, репродуктив ҳуқуқ ва репродуктив саломатлик, Оила муаммолари, тўғма касалликлар, аҳолининг репродуктив ҳуқуқини билиш даражаслари.

Ҳар бир давлатнинг, ҳар бир жамиятнинг баркамол ва барқарор бўлиши, ҳалқнинг бахту-фаровонлиги биринчи навбатда унинг асосий бўғини бўлган Оилага боғлиқ. Мухтарам президентимиз “Оила кичик бир ватан, Оила тинч булса, бахтли булса ватан тинч булади “деган сўзлари буни исботидур”.

Шунининг учун ҳам ҳар бир давлат ўзини кадриятлари, манавияти ва моддий бойликларидан келиб чиқан ҳолда Оила институтини мустаҳкамлашга, барқарорлашга ҳамда ҳар томонлама химоя қилишга ҳаракат қилади. Бу соҳада Ўзбекистонда ҳам куплаб илмий амалий ишлар амалга оширилмоқда. Хусусан “Оила – жамият ва давлат химоясида” конституциявий принципни тарғиб этиб ва жамиятга сингдириш ишларини олиб борилиши; Вазирлар Маҳкамаси ҳузуруда “Оила” илмий – амалий тадқиқот маркази ташкил этилиши, Президентимиз ташаббуслари билан Республикамизда “Бўлғуси келин – куёвлар инновацион мактабини” ташкил этилиши. Ва Республка фуқораоларни репродуктив ҳуқуқ ва саломатликларига қаратилган қонун ва қарорлар бунга яқол мисол бўла олади.(4 – 5)

Оилани мустаҳкамлаш орқали жамиятни ва давлатни баркамол қилишга қаратилган чора – тадбирлани ўрганиш ва муҳокама қилиш шуни кўрсатдики бундай чора – тадбирларни аксарият қисми Оилани тарбиясига ҳамда Оила азоларни манавиятини юксалтирига қаратилган ҳатто Оилада содир этиладигон ҳуқуқбузарликларга алоҳида аҳамият берилиб бундайларга қуриладигон чора тадбирлар ҳам ишлаб чиқилган (8). Шунингдек Оила муамоларининг сабабларини ҳамда уларни олдини олиш чора тадбирларини ҳалқни онгига сингдириш механизмлари ҳам талайгина. Афсуски бугунги кунда Оилани бахт мезонини аниқлайдигон биринчи масала Оилада соғлом фарзанд дунёга келишига қаратилган репродуктив саломатлик чора тадбирлар ва амалий ишлар ҳали ўз йечимини тўла топган эмас. Туғри Оила азоларини талим тарбияси, маданияти, узаро меҳир оқибатлари ушбу Оилани бахту – камолини аниқлайди, лекин ушбу Оилада бирорта қасалик билан туғулган фарзанд дунёга келса ушбу Оила учун катта бахтсизлик эканини ҳам ҳақиқат.

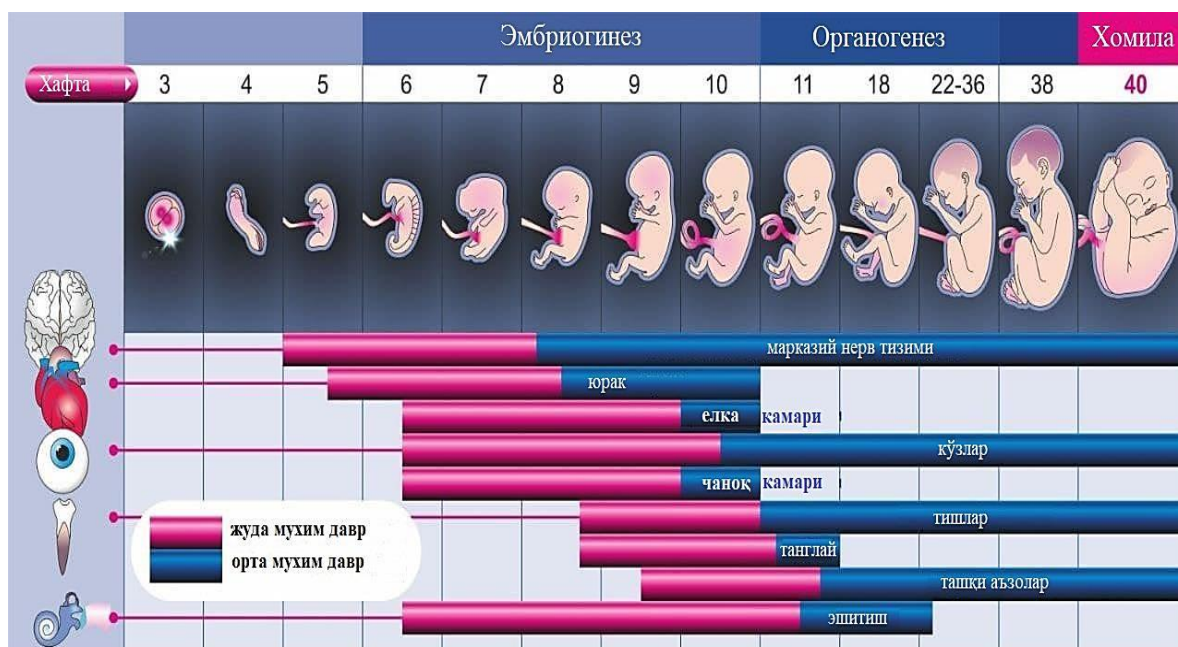
Ушбу сабадан биз кейнги 10 йил ичида туғма касалликлар ва ирсий касалликлар билан туғулган чақалоқлар сони ва сабабларини урганиб керакли хуллоса ва тавсиялар беришга қарор қилдик

Бу соҳада тарихга назар ота – боболаримиздан қолган угулларда бўлғуси келин – куйовларни ҳамда уларни насл – насабларига катта аҳамият берилганлигини кўраимиз. Бу борада Амир Темурнинг “ўғилларим, набираларим ва яқинларимни уйлантирмоқ ташвишида келин изламоққа эътибор бердим. Бу ишни давлат юмушлари билан тенг кўрдим. Келин бўлмишнинг

насл – насабни, уни пуштини суриштирдим. Келин бўлиш насл – насаби, одоб – ахлоқи, соғлиги ва бақуватлиги билан барча қусурлардан холи булсагина эл – юртга катта туй – томоша бериб, келин тушурдим” деган сузлари яқол мисол бўла олади (1). Хуллас ота – боболаримиз Оила саломатлигига катта ахамият беришган ва бу жараёни ўша пайтаги ягона имконият яни насл танлаш орқали амалга оширишиб келишган.

Бугунги кунга келиб илим – фан ҳамда техник воситалар жуда ривожланиб кетди. Илгари туғулажак фарзандни ўғил ёки қизлигини ҳамда касаллик билан туғулишини мумқунлиги фақат у туғулганда билинган бўлса, хозир эмбриология фани ривожлангани туфайли туғулажак фарзандни биринчи хафтаданок аниқлаб ўни ривожланиш жараёнининг 9-ой давомида мунтазам равишда назорат қилиб бориш имкониятига эгамиз. Яни болани соғломлаштириш чора тадбирларини у туғулмай туриб бошлаш зарур. Куйдаги жадвалда хомилани ривожланиш давирлари ва унинг хавлик даражалари келтирилган.

Демак шундай имкониятлардан фойдаланиб у ёки бу туғма касаликларни ўз вақтида мумкин қадар эртароқ аниқлаб, ўз вақтида ва керакли чора – тадбирлар кўриш туфайли соғлом фарзанд туғилишига эришишимизга имконият мавжуд. Чунки ногирон туғулган фарзандни кейн бир умир даволаш доимий парваришлаб, тарбиялаш орқали ўша Оилани бахтли ва мустаҳкам қила олмаймиз. Акс холда хомилдорликни бошиданок туғри турмуш тарзи, туғри овқатланиш, шунингдек хомилдор аёлни руҳий жисмоний зўриқишлардан авайлаб уларни Оилаларидаги нотинчлик ночорлик ва бошқа муаммолардан асраш орқали хар бир Оилада соғлом фарзанд



туғилишига эришиш соғлом орқалигина , бахтли авлодни келтириб чиқаришимиз мумкин! Республикамининг айрим худудларида олиб борилган илмий – тадқиқотларимиз ҳамда Оила муаммоларига бағишланган анжуманларда келтирилган малумотлар шуни кўрсатдики Республикамизда нотинч ночор ва муаммоли Оилалар кўрсаткичи хали юқори бўлиб уларни (1-

жадвал) келиб чиқиш сабаблари урганилганида: спритли ичимликларга руж қуйш 30,4%, мумтазам Оилавий жанжал 44,3%, ва моддий етишмовчилик 10% ни ташкил этган (3). Фарғона вилоятида 2010 – 2011 ва 2019 – 2020 йиллардаги туғма касаликлар сони ва уларнинг динамикаси куйдаги жадвалда келтирилган.

№	Шахар ва туманлар	12 ойлик			
		2019 й		2020 й	
		абс	%	абс	%
1	Фарғона ш	30	0,5	20	0,3
2	Қуқон ш	12	0,2	6	0,1
3	Қувасой ш	6	0,3	7	0,3
4	Марғилон ш	14	0,3	22	0,3
5	Олтиариқ т	6	0,1	2	0,03
6	Қўштепа т	9	0,2	9	0,1
7	Боғдод т	13	0,2	12	0,2
8	Бувайда т	20	0,4	23	0,3
9	Бешариқ т	14	0,3	10	0,1
10	Данғара т	5	0,1	7	0,1
11	Қува т	17	0,3	10	0,1
12	Учкуприқ т	9	0,2	5	0,08
13	Риштон т	6	0,1	9	0,1
14	Сух т	1	0,0	3	0,1
15	Тошлоқ т	13	0,3	16	0,3
16	Узбекистон т	11	0,2	10	0,1
17	Фарғона т.	10	0,2	10	0,1
18	Фурқат т	7	0,2	7	0,2
19	Ёзёвон т	10	0,4	8	0,2
	Жами:	213	0,2	196	0,2

(1-жадвал 2019 - 2020 йил июл ойи ва 12 ой давомида нуқсонли тузилган чақалоқлар тўғрисида маълумот.

№	Шахар ва туманлар	12 ойлик			
		2010		2011	
		абс	%	абс	%
1	Кукон	27	0,4	29	0,4
2	Кувасой	14	0,3	6	0,3
3	Олтиарик	8	0,3	7	0,3
4	Куштепа	5	0,5	9	0,5
5	Богдод	24	0,3	15	0,3
6	Бувайда	24	0,4	23	0,4
7	Бешарик	14	0,5	9	0,5
8	Учкуприк	20	0,3	27	0,3
9	Дангара	20	0,3	24	0,3
10	Кува	16	0,4	19	0,4
11	Тошлок	12	0,5	7	0,5
12	Сох	5	0,2	0	0,2
13	Риштон	18	0,4	15	0,4
14	Фаргона т	14	0	9	0
15	Узбекистон	21	0,3	29	0,3
16	Фуркат	6	0,2	9	0,2
17	Ёзёвон	5	0,3	8	0,3
18	Фаргона ш	16	0,3	16	0,3
19	Маргилон	25	0,4	15	0,4
	Жами:	294	0,4	276	0,4

(2-жадвал 22010 - 2011 йил Декабр ойи ва 12 ой давомида нуқсонли туғилган чақалоқлар тўғрисида маълумот).

Жадвалдан куришиб турибдики Оилаларда турли туғма касалликлар билан туғулиш холлари талайгина булиб улардан нерв тизими ва юрак – қонтомир касалликлари биринчи ўринда экан. Муаммони иккинчи томони шундан иборатки Республикамизда туғма ва ирсий касалликлар билан туғулишини олдини олишга йуналтирилган кўпгина чора тадбирлар мавжудлигига қарамай, аҳолининг репродуктив саломатлиги ва репродуктив ҳуқуқини билиш даражаси ўта пастлигича қолмоқда. Кейинги йилларда олиб борилган илмий – амалий тадқиқотларга кура 16 – 19 ёшидаги аҳолининг шу соҳадаги билим даражаси атиги 14 – 16%ни ташкил қилган булиб улар ҳам ушбу ҳуқуқларидан тўла ва мунтазам равишда фойдаланаолмасликлари маълум бўлди (7).

Тавсия:

1) Республика олийгоҳларида ва ўрта махсус таълим муассасаларида юқориги курслар учун ўқув режаларига 10 соатлик репродуктив саломатлик в репродуктив ҳуқуқ дарси киритилиб бу дарсларни тажрибали гинеколог ва ҳуқуқшуноз тмонидан олиб борилиши керак.

2) Хомиладор аёлларга тиббий ва ҳуқуқий ёрдам курсатиш учун ҳар бир маҳалаларда гинеколог – юрист маслаҳати хоналарини ташкил этиш орқали, хомиладор аёлларни психо-эмоционал, моддий ва социал муаммоларини ўз вақтида қонуний химоя қилиб бориш керак.

3) Хомиладор аёлларга айниқса биринчи уч ойлик даврида психо-эмоционал, моддий йва рухий ҳамда бошқа муаммолар-босимлар келтириб чиқарган шахсларга нисбатан жазо чораларини кучайтириш керак.

Адабиётлар:

1) Амир Темур “Темур тузуклари” Тошкент Навруз 1992йил 45 бет.

2) Ўзбекистон Республикаси Конституцияси т. 2009йил 13 бет.

3) Навоий вилояти “Оила” илмий – амалий тадқиқот маркази хисоботидан 2009 йил

4) Ўзбекистон Републикаси президентининг 2018йил 27 июнидаги “Ўзбекистон Республикасида Оила институтини мустахкамлаш концепцияси тасдиқлаш тўғрисидаги 3808 сонли қарори” www.lex.uz

5) Ўзбекистон Республикаси президентининг 2017йил 17 февралдаги 2017 – 2021 йилларга мўлжалланган ҳаракатлар стратегияси тўғрисидаги ПҚ 4749 сонли фармони www.lex.uz

6) Акрамова Ф.А “Оила сиёсати Оила муаммоларининг хориж тажрибалари” “Оила институтининг ижтимоӣ тарақиётдаги урни ва Оила мустахкамлигини таъминлаш оминлари” мазусидаги Республика онлайн илмий – амалий анжумани материаллар тўплами . Наманган 2020, 8 бет.

7) Хужаева М.А “Уровень знаний о законах “репродуктивного здоровья среди населения”. Оила институтининг ижтимоӣ тарақиётдаги урни ва Оила мустахкамлигини таъминлаш оминлари” мазусидаги Республика онлайн илмий – амалий анжумани материаллар тўплами . Наманган 2020, 64 бет.

8) Шеров М.Б “Оилада ҳуқуқий тенгликни таъминлаш ва ҳуқуқий маданиятни шакиллантиришнинг тарихий ва замонавий асослари” ; “Оила институтининг ижтимоӣ тарақиётдаги урни ва Оила мустахкамлигини таъминлаш оминлари” мазусидаги Республика онлайн илмий – амалий анжумани материаллар тўплами . Наманган 2020 йил, 40 бет.

**ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ И
АДЕНОМИОЗЕ
(статья обзорная)**

Н.Х.Мадолимова^{1.}, Д.Д.Саиджалилова^{1.}, М.С.Саидмуродова^{1.}

¹Ташкентская медицинская академия

Резюме: Эндометриоз и аденомиоз вызывают не только такие симптомы, как дисменорея, хроническая тазовая боль и бесплодие, но в последнее время они также стали причиной ряда акушерских осложнений. Связь между эндометриозом, аденомиозом и неблагоприятными исходами беременности развиваются как новая тема в этой области репродуктивной медицины за последние несколько лет. Этот обзор направлен на подробное обобщение последних данных о частоте акушерских осложнений, связанных с эндометриозом или аденомиозом, и обсудить возможные лежащие в основе патофизиологические механизмы.

Ключевые слова: *эндометриоз, аденомиоз, беременность, акушерские осложнения.*

**PROGRESS OF PREGNANCY AND OUTCOME OF DELIVERY
FOR ENDOMETRIOSIS AND ADENOMYOSIS**

N.KH.Madolimova^{1.}, D.D. Saidjalilova^{1.}, M.S.Saidmurodova^{1.}

¹Tashkent medical academy

Endometriosis and adenomyosis not only cause symptoms such as dysmenorrhea, chronic pelvic pain and infertility, but have also recently been implicated in a range of obstetric complications. The association between endometriosis and adenomyosis and adverse pregnancy outcomes has been developing as a new topic in the field of reproductive medicine over the past few years.

Keywords: *endometriosis, adenomyosis, pregnancy, obstetric complications.*

**ЭНДОМЕТРИОЗ ВА АДЕНОМИОЗДА ХОМИЛАДОРЛИК ВА ТУҒРУҚ КЕЧИШИ
ВА НАТИЖАСИ**

Н.Х.Мадолимова^{1.}, Д.Д.Саиджалилова^{1.}, М.С.Саидмуродова^{1.}

¹Тошкент тиббиёт академияси

Резюме: Эндометриоз ва аденомиоз нафақат дисменорея, сурункали чаноқ соҳасидаги оғриқлар, бепуштлиқ каби симптомлари чақиради, балки сўнги вақтларда улар бир қатор акушерлик асоратларига ҳам сабаб бўлмоқда. Эндометриоз, аденомиоз ва хомилдорлик асоратлари ўртасидаги ўзаро боғлиқлик репродуктив тиббиёт соҳасида янги мавзу сифатида ривожланмоқда. Ушбу мақола эндометриоз ва аденомиоз билан боғлиқ акушерлик асоратлари учраш частотаси ҳақидаги сўнги маълумоларни кенг ёритишга йўналтирилган.

Калит сўзлар: *эндометриоз, аденомиоз, ҳомиладорлик, акушерлик асоратлари.*

В нескольких исследованиях сообщалось, что Эндометриоз и аденомиоз вызывают не только такие симптомы, как дисменорея, хроническая тазовая боль и бесплодие, но в последнее время они также стали причиной ряда акушерских осложнений после успешного зачатия. Связь между эндометриоз, аденомиоз и неблагоприятные исходы беременности развиваются как новая тема в этой области репродуктивной медицины за последние несколько лет [9,10]. Этот обзор направлен на подробное обобщение последних данных о частота акушерских осложнений, связанных с эндометриозом или аденомиозом, и обсудить возможные лежащие в основе патофизиологические механизмы. Данная обзорная статья резюмирует недавние выводы об ассоциации между эндометриозом и аденомиозом и акушерскими осложнениям [12].

Акушерские осложнения, связанные с эндометриозом В последнее десятилетие многочисленные исследования отметили увеличение в частоте самых разнообразных акушерских осложнений, в том числе преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО), преждевременные роды, неправильное расположение плаценты, синдром ограничения роста плода (СОРП) и преэклампсии (ПЭ) у пациентов с эндометриозом [4,5]. Эти осложнения широко варьируются и зависят от пациента характеристики, такие как степень тяжести эндометриоза и частота использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) зачать. В 2017 году Зулло и др. опубликовали метаанализ из 24 исследований, в которых приняли участие 1,9 миллиона женщин и сравнивали акушерские осложнения у беременных с эндометриозом к контрольной [11]. Они показали что случаи аномального расположенного плаценты, СОРП и кесарева сечения были выше у беременных с эндометриозом, но не было обнаружено увеличения частота гипертонических изменений беременности (ГИБ) или ПЭ. Однако метаанализ не проанализировал частота использования ВРТ или подтипы эндометриоза. В 2018 г. Lalani и др. провели метаанализ 33 исследований в том числе 3,28 млн женщин, которые были разделены на те, кто зачали естественным путем, и те, кто использовал ВРТ [8]. Метаанализ показал, что частота встречаемости преждевременные роды и неправильное положение плаценты были выше у беременных с эндометриозом в как естественное зачатие, так и группы ВРТ. Заболеваемость СОРП была выше только при естественном зачатии группы, и частота ГИБ не различалась между группы.

Аденомиоз и акушерские осложнения По сравнению с данными, полученными в результате многочисленных исследований по эндометриозу мало что известно о связь между аденомиозом и акушерством осложнения, только шесть исследований опубликованы на английском языке на сегодняшний день. Первое исследование аденомиоза и акушерские осложнения были опубликованы сравнительно недавно, в 2006 г. Juang и др. сравнили 104 женщины, которые давали преждевременные роды в контрольной группе из 208 женщин при

срочных родах и обнаружил, что аденомиоз группа имела более высокий риск ПРПО и преждевременных родов [9]. В последствии Mochimaru et al. Провел ретроспективное сравнительное исследование 36 беременных с аденомиозом и 144 без болезни и обнаружили, что аденомиоз у беременных увеличился частота преждевременных родов, ПРПО, СОРП, неправильное предлежание плода, кесарево сечение и послеродовой период кровотечения (ПРК) [11]. Потому что многие беременные с аденомиозом пожилые, часто применяют ВРТ, и часто бывают первородящими, мы провели клинический случай исследование с контрольной группой, подобранной по этим трем факторам. Аденомиоз у беременных не только увеличивает частота преждевременных родов, СОРП и кесарева сечения раздел, но также частота поздних спонтанных аборт, неправильное расположение плаценты и ГИБ [1, 2].

Таким образом, аденомиоз во время беременности не показан только для увеличения частоты преждевременных родов, СОРП, и неправильное расположение плаценты (как продемонстрировано у беременных с эндометриозом), но также для увеличения показателей других акушерских такие осложнения, как поздний самопроизвольный аборт, ГИБ, и неправильное предлежание плаценты . Поскольку некоторые предыдущие сообщения об эндометриозе не исключили аденомиоз, интерпретация этих данных должна включать соображение, что аденомиоз мог быть мешающий фактор, увеличивающий акушерские осложнения в этих исследованиях [5].

Будущие перспективы менеджмента беременных с аденомиозом Как обсуждалось выше, частота ГИБ выше у беременным женщинам с аденомиозом, которым необходимо управляться как группа с высоким риском развития ГИБ. Хотя дальнейшее расследование необходимо, оно возможно, что профилактический прием аспирина в низких дозах может быть полезным для предотвращения развития ПЭ у беременные с аденомиозом. Недавние исследования показано, что хирургическое удаление очагов аденомиоза улучшает клинические признаки, связанные с аденомиозом, в том числе бесплодие, дисменорея и гиперменорея [6,7]. С другой стороны, частота разрыва матки во время беременности или приросшая плацента требует внимания при лечении беременных после операции. Учитывая эти серьезные акушерские осложнения, это остается неясным, способствует ли повышение рождаемости удаление аденомиоза поможет сохранить здоровье потомство или нет. Более того, многочисленные отчеты посвящены частота разрыва матки после энуклеации аденомиоз [7,8], но процедура может помочь уменьшить акушерские риски, связанные с аденомиозом, такие как самопроизвольный аборт, преждевременные роды, ГИБ и плацента previa, так ли положительный эффект энуклеации аденомиоз перевешивает побочные эффекты процедуры это чрезвычайно интересный вопрос, заслуживающий дальнейшего учиться. В любом случае беременным с аденомиозом с

осторожностью следует обращаться в случаях беременности с высоким риском, при внимательном рассмотрении возможности развития различные осложнения беременности.

Выводы: Недавние исследования показали, что беременные женщины с эндометриозом или аденомиозом чаще присутствуют при большом количестве осложнений беременности, что может привести к плохим перинатальным исходам. Беременные женщины с эндометриозом или аденомиозом требуют еще более тщательного перинатального ведения, чем считалось ранее. Необходимы дальнейшие исследования выяснить патофизиологические механизмы того, как эти болезненные состояния пагубно влияют на течение беременности. Более того, с клинической точки зрения, оптимальные стратегии ведения беременных с эндометриоз или аденомиоз необходимы для достижения лучшие перинатальные исходы.

Литература:

1. Hornung D, Ryan IP, Chao VA, Vigne JL, Schriock ED, Taylor RN. Immunolocalization and regulation of the chemokine RANTES in human endothelial and endometriosis tissues and cells. *J Clin Endocr Metab.* 1997; 82: 1621–1628.
2. Kyama CM, Overbergh L, Mihalyi A, et al. Endometrial and peritoneal expression of aromatase, cytokines, and adhesion factors in women with endometriosis. *Fertil Steril.* 2008; 89: 301–310.
3. Carrarelli P, Yen CF, Funghi L, et al. Expression of Inflammatory and Neurogenic Mediators in Adenomyosis: A Pathogenetic Role. *Reprod Sci.* 2017; 24: 369–375.
4. Petraglia F, Arcuri F, de Ziegler D, Chapron C. Inflammation: a link between endometriosis and preterm birth. *Fertil Steril.* 2012; 98.
5. Giudice LC. Endometriosis. *New Engl J Med.* 2010; 362: 2389–2398.
6. Benagiano G, Brosens I. History of adenomyosis. *Best Pract Res Cl Ob.* 2006; 20: 449–463.
7. Templeman C, Marshall SF, Ursin G, et al. Adenomyosis and endometriosis in the California Teachers Study. *Fertil Steril.* 2008; 90: 415–424.
8. Leyendecker G, Kunz G, Kissler S, Wildt L. Adenomyosis and reproduction. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 2006; 20: 523–546.
9. Hughes EG, Fedorkow DM, Collins JA. A quantitative overview of controlled trials in endometriosis-associated infertility. *Fertil Steril.* 1993; 59: 963–970.
10. Akande VA, Hunt LP, Cahill DJ, Jenkins JM. Differences in time to natural conception between women with unexplained infertility and infertile women with minor endometriosis. *Hum Reprod.* 2004; 19: 96–103.
11. Maubon A, Faury A, Kapella M, Pouquet M, Piver P. Uterine junctional zone at magnetic resonance imaging: a predictor of in vitro fertilization implantation failure. *J Obstet Gynaecol Res.* 2010; 36: 611–618.

12. Vercellini P, Consonni D, Dridi D, Bracco B, Frattaruolo MP, Somigliana E. Uterine adenomyosis and in vitro fertilization outcome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2014; 29: 964–977.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г.Фергана

10.03.2023г.

IMPACT OF ADENOMYOSIS TO PREGNANCY AND PERINATAL OUTCOMES

N.Kh.Madolimova¹, D.D.Saidjalilova¹, D.A.Ayupova¹.

¹*Tashkent medical academy*

Relevance: Several studies have examined the correlation between endometriosis and severe pregnancy and perinatal outcomes. However, the role adenomyosis as a risk factor for adverse perinatal outcomes in women with endometriosis has not yet been identified.

Objective: to assess the potential impact of adenomyosis on pregnancy outcomes by retrospective study of pregnancies complicated by adenomyosis.

Methods. We conducted a retrospective case-control study. The study included 49 pregnancies complicated by adenomyosis. The control group (n = 245) consisted of pregnant women without adenomyosis and was comparable in frequency to cases of adenomyosis in age, parity and need for assisted reproductive technologies for this conception. The incidence of obstetric complications and outcomes of labor and delivery were studied newborns.

Results. Patients in the adenomyosis group were significantly more likely to have miscarriage in the second trimester of pregnancy (12.2% compared to 1.2%, ratio odds (OR): 11.2, 95% confidence interval (95% RR): 2.2–71.2), preeclampsia (18.3). % vs. 1.2%, OR: 21.0, 95% RR: 4.8-124.5), placenta previa (14.2% vs. 3.2%, OR: 4.9, 95% RR: 1.4–16.3) and premature delivery (24.4% vs. 9.3%, OR: 3.1, 95% RR: 1.2-7.2) vs. controls group.

Conclusion. Adenomyosis has been associated not only with an increased incidence preterm birth, as previously reported, but also with an increased risk of miscarriage during second trimester of pregnancy, pre-eclampsia and malposition of the placenta, which could lead to adverse perinatal outcomes.

Key words: *adenomyosis; obstetric complication; perinatal outcome, pregnancy.*

**ВЛИЯНИЕ АСОЦИАЛЬНОЙ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕВИАНТНОГО
ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ**

Т.А.Майборода

Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России

Ставрополь, Россия

Ключевые слова: *асоциальная семья, девиантное поведение, подростки.*

Резюме: в статье обобщены материалы о сущности и основных характеристиках асоциальной семьи, описаны особенности связи параметров асоциальной семьи и девиантного поведения подростков, представлены результаты проведенного эмпирического исследования, целью которого являлось выявление качеств личности подростков из асоциальных семей, которые влияют на их девиантное поведение.

**ASOTSIAL OILANING O'SMIRLARNING DEVIANT XATTI-HARAKATLARINI
SHAKLLANTIRISHGA TA'SIRI**

Т.А.Майборода

Rossiya Sog'liqni saqlash vazirligining Stavropol davlat tibbiyot universiteti

Stavropol, Rossiya

Таянч сўзлар: *asotsial oila, deviant xatti-harakatlar, o'smirlar.*

Резюме: Мақоллада asotsial oilaning mohiyati va asosiy xususiyatlari to'g'risidagi materiallar umumlashtiriladi, asotsial oila parametrlari va o'spirinlarning deviant xatti-harakatlari o'rtasidagi bog'liqlik xususiyatlari tavsiflanadi, empirik tadqiqotlar natijalari keltirilgan, ularning maqsadi asotsial oilalardan bo'lgan o'spirinlarning shaxsiy xususiyatlarini aniqlash edi.ularning deviant xatti-harakatlariga ta'sir qiladi.

**THE INFLUENCE OF AN ANTISOCIAL FAMILY ON THE FORMATION OF DEVIANT
BEHAVIOR OF ADOLESCENTS**

Т.А.Майборода

Stavropol State Medical University of the Ministry of Health of Russia

Stavropol, Russia

Keywords: *antisocial family, deviant behavior, teenagers.*

Summary: The article summarizes the materials on the essence and main characteristics of the antisocial family, describes the features of the relationship between the parameters of the antisocial family and the deviant behavior of adolescents, presents the results of an empirical study aimed at

identifying the personality qualities of adolescents from antisocial families that affect their deviant behavior.

Семья является первой социальной средой ребенка, которая влияет на развитие его личности и выступает первым источником формирования его социальных идеалов, образцов поведения и духовной культуры. Именно в семье ребёнок приобретает опыт социальных контактов и взаимодействия в целом, овладевает навыками межличностного общения и поведения. Семья является значимым фактором, влияющим на формирование у ребенка характера, его полоролевой идентификации, поведенческих стереотипов, адекватности самооценки, системы ценностей и др. Девиантология как наука связывает отклонения в поведении ребенка, прежде всего, с особенностями его семейного воспитания, типом внутрисемейных отношений, социально-психологической характеристикой семьи ребенка [2]. В подростковом возрасте у ребенка происходят преобразования во всех сферах его жизнедеятельности, это период «номативного кризиса», в процессе которого наблюдаются максимальные диспропорции в уровнях и темпах развития ребенка, усиление внутренних конфликтов при высоком уровне социальной активности, появляющееся чувство взрослости и чувство половой идентичности [1].

Девиантное поведение подростков – это отклонение от социальной нормы поведения, которое выражается в разных видах девиации – поступках и действиях субъекта или социальной группы, не соответствующих нормам. На формирование и проявление девиантного поведения подростков оказывает влияние асоциальный тип семьи (неблагоприятный тип семьи с аморальным микроклиматом и негативным воздействием на развитие личности ребенка). Аспекты влияния асоциальных семей включают в себя [3, 4]:

– родительское программирование (каждый человек еще в детстве бессознательно строит жизненный сценарий своего будущего с учетом примера своих родителей); жизненные обстоятельства (в асоциальных семьях для ребенка складываются, как правило, неблагоприятные жизненные обстоятельства, когда его родители злоупотребляют спиртными напитками, наркотическими средствами, прибегают к физическому и психологическому насилию по отношению к своим детям, ребенок наблюдает нервозность и ложь в отношениях между членами семьи, отсутствие общей культуры и духовных запросов и т.д.); условия жизни (вопросы бытового благоустройства, питания, режима и др., которыми в асоциальных семьях, как правило, пренебрегают). Психологическим механизмом влияния асоциальной семьи на ценностные представления подростка выступает негативное отношение родителей к детям, которое в силу ограниченности опыта ребенка ведет его к соответствующим искаженным односторонним выводам и обобщениям о взаимоотношениях между людьми, формирует состояние неуверенности ребенка в себе и способствует формированию у него межличностного недоверия.

Такие представления в дальнейшем проявляются в девиантном поведении подростка. Целью проведенного нами эмпирического исследования являлось выявление качеств личности подростков из асоциальных семей, которые влияют на их девиантное поведение. В качестве методов исследования нами использовались теоретический анализ психологической литературы по изучаемой теме и психодиагностический метод исследования (тестирование), основанный на проведении констатирующего эксперимента. В исследовании применялись следующие методики: тест «Шкала поиска острых ощущений» (М. Цукерман), направленный на исследование уровня потребностей в ощущениях различного рода; тест «Шкала доверия» (М. Розенберг), предназначенный для экспресс-диагностики уровня доверия к людям; тест «Диагностика враждебности» (Кука-Медлей), предназначенный для определения показателей цинизма, агрессивности и враждебности. Методы математико-статистической обработки включали вычисление средних значений, нахождение процентного распределения, корреляционный анализ (IBM SPSS 22.0).

В эмпирическом исследовании участвовали 15 несовершеннолетних подростков из асоциальных семей в возрасте 12-15 лет. По результатам анализа уровня потребностей в ощущениях, по данным теста шкалы поиска острых ощущений, нами установлено, что у большинства подростков отсутствует «низкий уровень», и преобладает показатель – «высокий уровень». В частности, это отмечено у 65%. Показатель «средний уровень» – отмечен лишь у 35% несовершеннолетних подростков. Полученные данные, на наш взгляд, свидетельствуют о том, что у большинства подростков (65%) наблюдается высокий уровень потребности в ощущениях, при котором возможно наличие бесконтрольных влечений, «щекочущих» нервы.

По результатам исследования уровня доверия, полученным по данным теста «Шкала доверия» М. Розенберга, отметим, что у подростков «высокий показатель доверия» отсутствует и преобладает «низкий показатель». В частности, это отмечено у 55%. Показатель «средний уровень доверия» отмечен у 45% подростков.

Полученные данные, на наш взгляд, свидетельствуют о том, что у подростков из асоциальных семей доброжелательное отношение к людям намного ниже, чем должно быть в норме, общение и адаптация в обществе такому подростку дается сложнее.

По результатам диагностики уровня враждебности, цинизма, агрессивности с помощью теста «Диагностика враждебности» нами установлено, что у большинства подростков отсутствует «низкий уровень», и преобладают показатели – «высокий», «средний с тенденцией к высокому». В частности, это отмечено у 50% и 30% подростков соответственно. Показатель «средний с тенденцией к низкому» отмечен лишь у 20% подростков.

Полученные данные, на наш взгляд, свидетельствуют о том, что у подростков проявляется склонность к агрессивному устранению и разрушению препятствий, преодолению того, что

противодействует личности. Указанная особенность может проявляться в активном обострении конфликтных ситуаций, гневных реакциях, угрозах или стремлением к применению физической силы. Также им характерно недоверие к способности некоторых людей совершать высоконравственные и альтруистические поступки, сомнения в достаточном высоком уровне их компетентности, несколько повышенная склонность объяснять причины поведения окружающих наличием у них преимущественно отрицательных черт характера или корыстных намерений.

Проведенный нами корреляционный анализ (коэффициента корреляции Спирмена) позволяет утверждать, что существуют связи между следующими параметрами:

- обратная связь между потребностью в ощущениях и уровнем доверия ($p=0.001$);
- прямая связь между потребностью в ощущениях и враждебностью, цинизмом, агрессивностью ($p=0.000$);
- обратная связь между уровнем доверия и враждебностью, цинизмом, агрессивностью ($p=0.029$).

Содержательно можно отметить, что девиантные подростки из асоциальных семей при высокой потребности в эмоциональных переживаниях обладают одновременно с этим низким уровнем доверия к людям и к себе. Они проявляют свои стремления к этим эмоциональным переживаниям в виде вербальных и физических паттернов агрессивного поведения; при этом враждебность и агрессивность определяются низким уровнем доверия к себе и людям. Полученные результаты диагностики в целом свидетельствуют о том, что у подростков из асоциальных семей преобладают высокие показатели таких свойств, как наличие влечения бесконтрольного поиска острых ощущений, низкое доброжелательное отношение к людям, склонности к агрессивному устранению и разрушению препятствий, преодолению того, что противодействует развитию их личности.

Рекомендации по работе с неблагополучными семьями и девиантным поведением подростков связаны с выбором способа действий, направленным на снижение девиантности в поведении. К направлениям работы относится работа с родителями, которая заключается в проведении ранней профилактической работы с целью профилактики семейного благополучия, и психокоррекционная программа помощи неблагополучным семьям.

Использованная литература:

1. Баженова О.В. Детская и подростковая релаксационная терапия. Практикум. М.: Генезис, 2016. 288 с.
2. Ковальчук М.А., Тарханова И.Ю. Девиантное поведение. Профилактика, коррекция, реабилитация. М.: Владос-Пресс, КДУ, 2013. 121с.

3. Конева О.Б. Неблагополучная семья и девиантное поведение: социально-психологические признаки // Вестник Челябинского государственного университета. 2009. – 140 с.

4. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2006. – 352 с.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**BURUN POLIPLARINING TURLARI VA ULARDAGI MORFOFUNKSIONAL
O'ZGARISHLAR**

J.T.Mamasaidov^{1.}, B.T.Siddiqov^{2.}

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

²Farg'ona viloyati Sog'liqni saqlash boshqarmasi

Bizning zamonamizdagi ko'plab olimlar burun poliplarini alohida kasallik sifatida emas, balki burun yo'llari va paranasal sinuslarning shilliq qavatida bir qator patologik o'zgarishlar bilan kechadigan sindrom sifatida ko'rishadi. Burun poliplari - burun yo'llari va paranasal sinuslarning shilliq qavatining o'sishi, organning shishi.

Gistologik tuzilishga qarab poliplarning quyidagi turlari ajratiladi:

- shish, eozinofil ("allergik");
- fibro-yallig'lanish (neytrofil);
- bezli;
- stromal atipiya bilan.

G.Z. Piskunov etiologik jihatiga qarab, poliplarning shakllanishiga olib kelishi mumkin bo'lgan ko'plab omillarni hisobga olgan holda, o'zining quyidagicha tasnifni kiritdi:

- burun yo'llari orqali paranazal sinuslarga havo harakatining fiziologik jarayonining buzilishidan kelib chiqadigan poliplar;
- surunkali yiringli rinit yoki rinosinusit fonida rivojlanadigan patologiya;
- qo'ziqorin polipozi;
- araxidon kislotasi metabolizmining buzilishi tufayli o'sadigan poliplar;
- kistik fibroz va yoki Kartagener sindromi bilan bog'liq polipoz.

Olimlar burun poliplarning kelib chiqish sabablarini bir nechta asosiy nazariyalar orqali bog'laydilar:

Eozinofil yallig'lanish - g'oya shundan iboratki, burun shilliq qavatining mexanik yoki allergik shikastlanishi fonida bu hududga ko'p miqdorda eozinofillar yuboriladi. Bu hujayralar aseptik

yallig'lanishning rivojlanishi uchun javobgardir, bu esa zararlangan hujayralarning bo'linish jarayonlarini buzishda "tetik" hisoblanadi. Natijada hujayralar tez-tez bo'linib, burun poliplarni hosil bo'ladi.

Araxidon kislotasi sintezining buzilishi - ushbu nazariya orqali araxidon kislotasining noto'g'ri metabolizmi mahsulotlarining yallig'lanishga qarshi faolligini ko'rsatadi. Ular eozinofillarning burun sohasiga massiv migratsiyasini keltirib chiqaradi, epiteliya hujayralarining bo'linishini rag'batlantiradi.

Surunkali bakterial yallig'lanish - burunda uzoq vaqt qoladigan bakteriyalar epiteliya hujayralariga zarar yetkazadi. Surunkali yallig'lanish o'chog'i shakllanadi, bu burun yo'llari va paranasal sinuslar ichidagi to'qimalarning ko'payishiga olib keladi.

Qo'ziqorin nazariyasi - ushbu farazga ko'ra, polipozning sababi burun shilliq qavatiga kirib boradigan qo'ziqorinlarning faolligidir.

Genetik nazariya - kasallikning asosi polipozga irsiy moyillik sababdir.

Ushbu nazariyalarga qo'shimcha ravishda, bronxial astma, steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarga allergiya, burunning travmatik shikastlanishlari va antropometrik o'zgarishlar kabi omillar burun poliplarni rivojlanish xavfiga ta'siri haqida dalillar mavjud.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЎЗАРБ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**BURUN POLIPLARI PAYDO BO'LISHIDAGI ASOSIY SABABLAR VA UNDAGI
MORFOFUNKSIONAL O'ZGARISHLAR**

J.T.Mamasaidov^{1.}, B.T.Siddiqov^{2.}

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

²Farg'ona viloyati Sog'liqni saqlash boshqarmasi

Burun poliplari kata yoshli insonlar orasida ham, bolalar orasida ham juda keng tarqalgan patologiya hisoblanadi. - Poliplar sinuslarda boshlangan va og'iz bo'shlig'iga yetib boradigan, havo yo'llarini to'sib qo'yadigan yaxshi o'smalardir. Bu kasallik darhol paydo bo'lmaydi - simptomlar faqat bir muncha vaqt o'tgach, burundagi poliplarning o'zlari ta'sirchan hajmga ega bo'lib, noqulaylik tug'dira boshlaganda paydo bo'la boshlaydi. Burun poliplari ko'pincha shilliq qavatning tirnash xususiyati natijasida hosil bo'ladi, bu juda uzoq vaqt davomida sodir bo'ladi.

Lokalizatsiyaga qarab, burundagi poliplarning ikki turi ajratiladi:

Ko'pincha bolalarda paydo bo'ladigan antrochoanal - maksiller sinusning shilliq qavatida lokalizatsiya qilingan.

Bolalarda ham, kattalarda ham paydo bo'lishi mumkin bo'lgan etmoid - etmoid labirintni qoplaydigan burun shilliq qavatidan paydo bo'ladi. Ular burun septumining ikkala tomonida darhol rivojlanadi.

Burundagi poliplarning paydo bo'lishidagi asosiy sabablarga quyidagilarni keltirishimiz mumkin:

- tez-tez yuqumli yoki shamollash tufayli yuzaga kelishi mumkin, ular burun oqishi bilan birga keladi.
- paranasal sinuslarning surunkali yallig'lanishi, bu sinusit yoki frontal sinusit bo'lishi mumkin.
- burun septumining egriligi, burun yo'llarining torligi va bu, o'z navbatida, nafas olish jarayonining buzilishiga va burun shilliq qavatining ko'payishiga olib keladi.
- genetik moyillik.
- immunitet tizimining allergiyasi yoki patologik reaksiyasi.

Kasallik davom etayotganligi va tananing infeksiyaga qarshi kurashishi kerakligi sababli, zaiflashgan shilliq qavat o'sishni boshlaydi va shu bilan yallig'lanish jarayoniga qarshi kurashish uchun uning maydonini ko'paytirishga harakat qiladi. Agar ushbu bosqichda bemor shifokorga murojaat qilmasa, unda shilliq qavatning o'sishi jarayoni asta-sekin o'sib boradi. Bu jarayon sinuslarda sodir bo'ladi, ularning har biri cheklangan hajmga ega. Shuning uchun, ma'lum bir vaqtning o'zida kengaygan (giperplastik) shilliq qavat sinusda o'zi uchun joy topa olmaydi va ikkinchisining tabiiy ochilishi orqali sinusdan tashqariga chiqadi, ya'ni. burun bo'shlig'iga o'sib boradi.

Yana bir narsani eslatib o'tishimiz kerakki burun poliplari yoki aslida polipoz rinosinusit. Bunday holda, boshqa omillardan (infeksiya, yallig'lanish va boshqalar) qat'i nazar, shilliq qavat o'sib boradi va poliplarga aylanadi. Nima uchun bu sodir bo'ldi, javob berish juda qiyin. Birlamchi poliplarning kelib chiqishi haqida ko'plab nazariyalar mavjud, ammo ularning hech biri to'liq izoh bermaydi. Ammo burun bo'shlig'i tuzilmalarining anatomik buzilishlarining mavjudligi: burun septumining egriligi, gipertrofik rinit, burun yo'llarining torayishi va sabab bo'ladi

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Л.М.Мамиева¹, С.А.Матякубова².

¹Хорезмский областной перинатальный центр

²Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

Ключевые слова: *преждевременные роды, факторы риска.*

Актуальность. Согласно номенклатуре ВОЗ, к ПР относится прерывание беременности с 22-й по 37-ю неделю. По данным отечественных и зарубежных исследований перинатальная

смертность до 24 гестационных недель достигает почти 100%, тогда как после 32-й недели ее частота резко снижается, достигая минимальных значений. На современном этапе отсутствует специфическое лечение ПР. Это связано с многофакторной природой их развития, что свидетельствует о том, что данная проблема не может быть решена назначением одного препарата или вмешательства [9, 14]. В связи с чем, своевременно выявленные факторы риска ПР могут служить одним из путей к снижению частоты данной патологии.

Цель исследования: изучить факторы риска развития ПР у беременных, проживающих в Хорезмской области.

Материалы и методы исследования: для определения частоты преждевременных родов, анализа анамнеза, течения и исхода беременности и родов, состояния новорожденного в зависимости от срока гестации нами проведен ретроспективный анализ. Анализ включал 6162 историй родов, из которых 2269 историй преждевременных родов женщин, находившихся в Хорезмском перинатальном центре (Хорезм) в 2022 гг. Ретроспективный анализ историй родов показал, что ПР составили 36,8%.

Результаты исследование: анализ полученных результатов показал, что на развитие ПР оказывали влияние имело хроническая соматическая патология и сочетание нескольких нозологий, таких как хронический тонзиллит ($F=17,3$; $P<0,01$), хронический пиелонефрит ($F=14,6$; $P<0,01$). В структуре заболеваний у женщин с ПР по сравнению с контролем чаще встречалась варикозная болезнь ($F=8,4$; $P<0,01$). Сахарным диабетом и ожирением страдали незначительное число пациенток, но у женщин с ПР эти заболевания наблюдались чаще. Изучив ретроспективно послеродовой период, анамнез осложнений предыдущих беременностей, родов и аборт у женщин, мы пришли к заключению о наличии ВЗОМТ у женщин. Так, у женщин с ПР отмечался более высокий показатель эндометрита по сравнению с контролем ($F=25,43$; $P<0,001$). Среди факторов развития ПР важную роль играет Б/В-инфекция ($F=24,7$; $P<0,001$). Так же анализ показал, что у женщин с ПР частыми факторами были ОРИ ($F=10,6$; $P<0,001$), преэклампсия ($F=22,3$; $P<0,01$), ФПН ($F=17,8$; $P<0,001$). Примечательно влияние многоплодия на развитие ПР, которое составило $F=18,1$; $P<0,05$. На развитие ПР значительное влияние оказывало состояние репродуктивной функции: наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей ($F=11,8$; $P<0,05$), неразвивающейся беременности ($F=10,6$; $P<0,05$), преждевременных родов ($F=26,3$; $P<0,001$), перинатальных потерь ($F=5,5$; $P<0,01$). Анализ структуры гинекологических заболеваний позволил выделить наиболее значимые заболевания в развитии ПР, это были – эндометрит ($OR=1,9$; $RR=2,0$) и истинико-цервикальная недостаточность ($OR=8,4$; $RR=7,3$). Наследственная отягощенность также имеет высокий шанс и риск развития ПР, который в 13,1 и в 10 раз выше чем у женщин без наследственной отягощенности. Наиболее высокий процент

риска развития ПР отмечается среди женщин с сочетанной патологией (свыше 14 раз), у которых одновременно встречаются факторы аутоиммунного, воспалительного и генетического генеза.

Заключение: на основании полученных данных установлены прогностические и клинические факторы, которые непосредственно влияют на развитие ПР как по отдельным признакам, так и в сочетании. Разработанная прогностическая матрица с учетом анамнестических и клинических признаков развития ПР может служить для ранней диагностики и проведению своевременной терапии.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

СИМПТОМЫ И ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

М.И.Муминова¹, Ф.А.Мадаминов².

¹Central Asian Medical University

²Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Аннотация: Особо важное место среди групп риска заражения CoVID-19 занимает группа беременных. В медицине известно, что, несмотря на то, что беременность является физиологическим процессом, изменениям подвергается ряд органов и систем беременных, в том числе иммунная система. В настоящее время результаты диспансерного наблюдения за беременными, инфицированными CoVID-19, недостаточны. Фактором риска развития осложнений беременности является отягощенный акушерский анамнез. То есть гестоз, наблюдавшийся при предшествующей беременности, повышение артериального давления, кровотечения, нарушения свертываемости крови, процессы преждевременных родов, прерывание беременности, различные хирургические операции также входят в число факторов риска. Такие беременные относятся к группе риска и требуют особого медицинского внимания. Изменения, связанные с беременностью, затрагивают весь организм. Сердечно-сосудистая система не исключение.

Ключевые слова: *хронические заболевания, гипертонический синдром, гестоз, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, ожирение.*

HOMILADORLIK DAVRIDA COVID-19 BELGILARI VA KO'RINISHLARI

M.I.Mo'minova¹. F.A.Madaminov².

¹Central Asian Medical University

²Fargona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Annotatsiya: CoVID-19 bilan kasallanish xavf guruhlari orasida homilador ayollar guruhi aloxida muhim o'rin egallaydi. Tibbiyotda ma'lumki, homiladorlik bu fiziologik jarayonlar bo'lishiga qaramay, himalodaor ayollarning bir qator a'zo va tizimlarining, shu jumladan, immun tizimning

o'zgarishi bilan jarayonlar kechadi. Ushbu holatlar homiladorlik vaqtida infeksiyalarga nisbatan sezuvchanlik sezilarli darajada oshadi. Xozirgi kunda CoVID-19 bilan zararlangan homilador ayollarni kuzatuvlari yakuniy xulosa natijalari yetarli emas. Homiladorlik davrida asoratlarning rivojlanishi xavf omili – og'irlashgan akusherlik anamnezidir. Ya'ni avvalgi homiladorlikda kuzatilgan preeklampsiya, arterial bosimning oshishi, qon ketishi, qon ivishining buzilishi, muddatdan ilgari tug'ruq jarayonlari, homiladorlikning to'xtab qolishi, turli jarrohlik amaliyotlarni o'tkazilganligi ham xavf omillari turiga kiritilgan. Bunday homilador ayolalar xavf guruhiga kiradi va alohida tibbiy e'tiborni talab qiladi. Homiladorlik bilan bog'liq o'zgarishlar butun organizmga ta'sir qiladi. Shunigdek yurak qon-tomir tizimi ham bundan mustasno emas.

Kalit so'zlar: *surunkali kasalliklar, gipertenziv sindrom, preeklampsiya, bronxial astma, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari, semizlik.*

Homiladorlik davrida ayol tanasi immunitet va kardiopulmoner tizimlarda bir qator fiziologik o'zgarishlarga to'qnash keladi. Bu esa kelgusida xomilador ayolni turli kasalliklarga qarshi himoyasiz qilib qo'yadi. Ayniqsa, respirator virusli infeksiyalarga moyillik yuqori darajada kechadi. Xozirgi davra pandemiya davrida CoVID-19 bilan kasallangan xomilador ayyolarni kuzatuv natijalari, olib borilgan nazorat kuzatuvlari yetarli darajada xulosaga olinmagan. Biroq, AQSh va Rossiyada davlatlarida olib borilgan ayrim kuzatuvlar hamda ularning natijalari xulosa chiqarishga sharoit yaratadi. Turli ekstragenital kasalliklari mavjud bo'lgan homilador xotin-qizlar yuqori xavf guruhiga kirishi aniqlangan. Bular yurak-qon tomir, nafas a'zolari kasalliklari (zotiljam, bronxial astma? tutqanoq, semizlik), diabet, arterial gipertoniya, surunkali yallig'lanish kasalliklari hisoblanadi. Ushbu kasalliklar bilan bir qatorda homiladorlik vaqtida immun tizimi holatlarining, gemoztaz (qon ivuvchanligi)ning buzilishi, xavfli o'smalarning aniqlanishi butun organizmning zo'riqishiga olib keladi, ayniqsa, qon hajmining oshishiga, nafas ko'rsatkichlarining pasayishiga va turli asoratlar rivojlanishiga olib keladi.

Agar xomilador ayollar xavf ostida bo'lsa, koronavirus davrida homiladorlik ayniqsa xavflidir. Bunday holda, immunitetning buzilishi va birga keladigan qo'shiloq kasalliklar mavjudligi sababli aholi bilan solishtirganda infeksiyaning og'irroq kechish ehtimoli ortishi kuzatilgan. Xomilador ayollarda kechadigan turli jarayonlar qatorida infeksiyon kasalliklar o'rganilayotganiga qaramay, xavf omillari aniqlangan. Bu omillarga quyidagilar kirishi aniqlangan: homiladorlikdan oldin arteriya va tomirlardagi qon pititlarini anamnestic ko'rsatkichlari, antifosfolipid sindromining aniqlangan tashxisi - organizmda hujayra membranasiga antikorlar hosil bo'ladigan holatlar, trombofilik kasalliklarning irsiy shakllari - genetik xususiyatlar tufayli qon ivishining kuchayishi, tasdiqlangan kasalliklar, bunda immun tizimi o'z tanasining hujayralariga qarshi "ishlaydi", har qanday turdagi qandli diabet kasalliklari, semizlik, metabolik sindrom - bu buzilgan glyukoza tasnifi, ortiqcha vazn va bir qator endokrin kasalliklarni o'z ichiga olgan patologik komplekslar majmui, surunkali kurs bilan tavsiflangan o'pka kasalliklari (bronxial astma, surunkali bronxit va boshqalar), yordamchi reproduktiv usullardan foydalanish

natijasida yuzaga kelgan homiladorlik, tanadagi onkologik jarayonlar xisoblanadi. Koronavirus infeksiyasi bilan bog‘liq cheklovlar bo‘lishi tabiiy jarayon xisoblanadi. Ammo dam olish, jismoniy faoliyat va turmush tarzini to‘g‘ri tashkil etish (ijtimoiy masofa, gigiena va himoya tartiblari) bilan bu qiyinchiliklarni yengish mumkin. Homila koronavirus infeksiyasining bevosita nishoni emas. Virus homilaga teratogen ta‘sir ko‘rsatmaydi. Platsenta to‘siq homila uchun ishonchli to‘siq bo‘lgani sababli xomila sog‘lom tug‘ilishi mumkin. Ko‘p narsa xomilador ayolning jismoniy holati va koronavirus infeksiyasining og‘irlik darajasiga bog‘liq. Odatda tug‘ruq yengil o‘tadi, ya‘ni bolalar kasallik alomatlarisiz tug‘iladi. Eng muhimi – ularni o‘z vaqtida tibbiy muhitga ajratish.

Homiladorlik davrida CoVID-19 kasalligi turli yo‘llar bilan yuqishi mumkin. Homiladorlik davrida koronavirus belgilari ko‘p jihatdan "oddiy" bemorlar kabi klinik ko‘rinishga o‘xshab ketadi. Ya‘ni xamilador ayollarda hid sezish jarayonini pasat daraja bo‘lishi yoki uning to‘liq darajada yo‘qolishi, tana haroratining ko‘tarilishi, yo‘tal bo‘lishi (asosan quruq), tana o‘zida og‘riqni va kuchli zaiflikni sezishi kuzatiladi. Barcha virusli respirator infeksiyalarda bo‘lgani kabi, og‘ir burun oqishi kuzatiladi. Ammo, homilador ayollarda keskin tibbiy jarayon kuzatilishi mumkin ya‘ni homiladorlik davrida CoVID-19 to‘satdan yomon xolatlariga olib borishi kuzatilgan, kasallik ilgari xomiladorlik paydo bo‘lish jarayoniga nisbatan barqaror va yengil kechgan bo‘lsa ham. Shuning sababli xomilador ayollar o‘z-o‘zidan mustaqil ravishda dori vositalarini iste‘mool qilish mumkin emasligi taqiqlangan. Faqat shifokorgina onaning homiladorlik vaqtida CoVID-19 ning ta‘sirli jarayonlarini aniqlagan vaqtda va jiddiy asoratlarni oldini olish uchun o‘z vaqtida tibbiy profilaktika choralari ko‘rishi mumkin. Yer yuzida inson xayotida yuz beradigan turli tashvish va asabiy holatlarni tushungan xolda, ta‘kidlash kerakki, homiladorlikni kechishiga xavf soluvchi asosiy omillardan biri – stress ya‘ni (ruhiy zo‘riqish) dir. Turli asoslantirilmagan yangiliklarni o‘qishdan bosh tortish, gigienik tartiblarga amal qilish tartibi xomilador ayollarni xomilasini yuqumli virusdan himoyalaydi. - Xomiladorlik jarayonlarini Xitoylik tibbiyot olimlari xomila rivojlanishini kuzatishganida ayollarning homiladorlik vaqtida CoVID-19 bilan kasallangan xomilali ayollar chaqaloqlarida yangi koronavirus alomatlarini aniqlashmagan bu esa ijobiy natijalar bilan xulosa qilingan. Ushbu tibbiy natijalar kasallarning ma‘lumotlari “Frontiers in Pediatrics”jurnalida chop etilgan. Maqolada to‘rtta holat qayd etilgan bo‘lsa xam, homiladorlardan bolalariga virus o‘tmasligi ehtimoli ko‘rsatib o‘tilgan.

Xozirda jahon tibbiyotida akusherlik va epidemiologiya yo‘nalishlarida infertsiya koronavirusning homiladorlikka qanday ta‘sir qilishini o‘rganish davom etmoqda. Bu jarayonlarda homilador ayollardagi bu muayyan qiyinchiliklar bilan bog‘liq, Bugungi kun uchun quyidagi ma‘lumotlar mavjudligini qayd etib o‘tish joiz. Xitoylik olimlar homiladorlik paytida CoVID-19 ning oqibatlari erta tug‘ilish xavfini oshirishi mumkinligini aniqladilar. Boshqa tadqiqotchilar homiladorlik davrida ijobiy CoVID-19 va homila rivojlanishining kechikishi va distress sindromi (bachadondagi chaqaloq uchun kislorod etishmasligi) o‘rtasidagi bog‘liqlikni aniqladilar.

Homiladorlik paytida CoVID-19 homilaga qanday ta'sir qilishini tahlil qilish uchun kuzatishlar davom etmoqda. Hozirgi vaqtda ushbu virus yangi tug'ilgan chaqaloqlarda trombositlar kamayishiga va jigar disfunktsiyasiga olib kelishi mumkinligi haqida xabarlar mavjud. Biroq, bu ma'lumot qo'shimcha tekshirishni talab qiladi xozirda aniqlanmagan deb izox berish mumkin.

Homiladorlik vaqtida CoVID-19 ayniqsa xavf ostida bo'lgan xomilador bemorlarda qiyin kechishi aniqlanganligini xisobga olsak, aynan shu toifaga o'z vaqtida emlash jarayoni tavsiya etilgan. Xomiladorlikning 22 haftalik vaqtdan boshlab emlashga ruxsat berilgan, ya' qaysi vaksina turi tadbiiq etilishi mumkin degan savol tug'lishi mumkin, bunday jarayonlarda homiladorlikning 22 xaftasidan boshlab, homilador uchun vaksina Sputnik V tavsiya qilish mumkin. Hayvonlar ustida o'tkazilgan eksperimental klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki vaksinaning ayol va uning naslining tanasiga salbiy ta'sirini aniqlamadi. Jahon tibbiyotida, shuningdek, emlash paytida o'zlari bilmagan homilador ayollarning organizmiga anti-covid immunitetli dorilarning ta'siri haqida ma'lumotlar ko'rsatib o'tilgan lekin bu jarayonlarning salbiy natijalari qayd etilmagan. Ya'ni xulosaga kelish mumkinki emlash jarayonida, homiladorlik davrida emlash kutilgan foyda bersagina hamda xavflardan ustun bo'lganda amalga oshiriladi. Shuningdek homiladorlikda CoVID kasalligini xafini keltirishi mumkin bo'lgan turli kasalliklarni qayd etish mumkinki, homiladorlikning kechki gestozlariga (toksikozlariga) shish (istisqo), nefropatiya, preeklampsiya va eklampsiyadan iborat ya'ni ba'zi olimlar boshqa simptomlari bo'lmagan arterial gipertenziya holatini ham kechki gestozlar qatoriga kiritadi. Lekin arterial gipertenziya holati ko'pincha homiladorlik paytida qaytalangan xafaqonlik kasali va surunkali nefritning belgisi sifatida namoyon bo'lishi mumkin. Shu nuqtayi nazardan, arterial gipertenziya holatini kechki gestozlarning bir simptomli shakli, deb baholash qiyin.

Homilador nefropatiyasi badandagi shishlar, qon bosimining oshishi va siydikdagi oqsil miqdoriga qarab uch darajaga bo'linadi. I darajasi – shish I–II darajali, A/B 150/90 mm simob ustuni atrofida, II darajasi – siydikdagi oqsil miqdori 1 g/l gacha. Shish II–III darajali, A/B 170/100 mm simob ustunigacha, siydikdagi oqsil miqdori 3 g/l gacha, III darajasi – shish III–IV darajali, A/B 170/100 dan baland, kuchli abuminuriya, oqsil miqdori 3 g/l dan ortiq hisoblanishi fanda qayd etilgan ko'rsatkich hisoblanadi. Nefropatiya faqat statsionarda davolanadi. Har bir homilador ayolda nefropatiya belgilari hatto uncha yaqqol ko'rinmaganda ham, uni tug'ruq kompleksining homiladorlik patologiyasi bo'limiga jo'natish zarur hisoblanadi. Homiladorlik nefropatiyasi o'z vaqtida davolanmasa, tegishli davolash muhofaza tartibiga rioya qilinmasa, kechki gestozlarning preeklampsiya bosqichiga o'tishi xavfi tug'iladi. Preeklampsiya – nefropatiya simptomlariga (shish, albuminuriya, arterial qon bosimining ko'tarilishi) qo'shimcha boshning qattiq og'rishi, ko'rish funksiyasining buzilishi (ko'z tinishi, ko'z oldining qorong'ilashuvi, ko'z oldida doirachalar paydo bo'lishi), to'sh osti (epigastral) sohasida qattiq og'riq bo'lishi bilan ifodalanadi. Bosh og'rig'i va ko'rish funksiyasining buzilishi markaziy asab tizimi (MNS) faoliyatining hamda miyada qon aylanish jarayonining buzilishi miya ichki bosimining oshishi,

miyada istisqo (shish) sodir bo'lishining oqibatidir. Bular natijasida ko'zning to'rpardasi o'zgarishlar (shish, qon quyilish va to'rparda qon tomirlari to'qimadan ajralishi) paydo bo'lishi ko'rish funksiyasidagi o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Preeklampsiyada qon 218 tomirlar, buyraklar, jigar funksiyalari va modda almashinuvining buzilishi nefropatiyaga nisbatan ancha kuchayadi. To'qimalarda kislorod tanqisligi ko'payadi. Homiladorlik jarayonlarini og'ir xolatlarda kechishini o'tkazuvchi surunkali kasalliklarni qayd etib o'tib mumkin, bronxial astma, qandli diabet, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari, arterial gipertenziya, onkologik kasalliklar, semizlik, surunkali buyrak kasalligi, jigar kasalligi bu surunkali kasalliklar qo'shimcha ravishda tibbiy xushyorlikni talab qiladi.

CoVID-19 bu yangi infeksiya va hali ko'p narsalarni ko'rish kerak bo'lgan tibbiy o'choq hisoblanadi, bu infeksiyon qobiq erkaklar va ayollarning reproduktiv salohiyatiga qanday ta'sir qiladi, homiladorlik jarayonini qanday o'zgartiradi va homila va homilador ayol uchun qanday xavfli tomonlarini aniqlash. Biroq, bugungi kunda o'zingizni va atrof-muhitingizni himoya qilish mumkinligi ma'lum. Buning uchun yarim asrdan ko'proq vaqt davomida muvaffaqiyatli qo'llanilayotgan texnologiyalar asosida zamonaviy CoVID-19 vaksinalari yaratildi. Agar biron sababga ko'ra emlash mumkin bo'lmasa, epidemiyaga qarshi qoidalarga rioya qilish infeksiya xavfini kamaytirishga, shuningdek ratsional yondashuvlar va to'g'ri tanlangan akusherlik va umumterapevtik taktika ona va bolaning hayoti va sog'ligini saqlashda yordam beradi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Ya.N.Allayorov «Akusherlik va ginekologiya» «O'zbekiston milliy ensiklopediyasi» Davlat ilmiy nashriyoti Toshkent – 2013
2. Valitov E.A., Mo'minova.M.I.,Juraev.B.N. «The Role and Objectives of Telemedicine During the fight gainst the Covid-19 pandemic» <https://www.fjsti.uz/blog/397/ilmiy-konferensiyalar>
3. The negative effects of vitamin E. Muminova M.I, Ruzmatova Kh.K. International scientific conference of the Tashkent Medical Academy
4. М.И.Муминова Основные Патологические Признаки, Особенности И Симптомы Covid-19 При Беременности Tashkent International Scientific Forum
5. <https://www.huggies.ru>

**THE MAIN REASONS FOR THE APPEARANCE OF NASAL POLYPS AND THEIR
MORPHOFUNCTIONAL CHANGES**

J.T.Mamasaidov^{1.}, B.T.Siddikov^{2.}

¹Fergana Public Health Medical Institute

²Health Department of Fergana region

Nasal polyps are a very common pathology among both adults and children. Polyps are benign tumors that begin in the sinuses and reach the oral cavity, blocking the airways. This disease does not appear immediately - symptoms begin to appear only after some time, when the polyps in the nose themselves have an impressive size and begin to cause discomfort. Nasal polyps are often formed as a result of irritation of the mucous membrane, which occurs over a long period of time.

Depending on the localization, two types of nasal polyps are distinguished:

Antrochoanal, which often occurs in children, is localized in the mucous membrane of the maxillary sinus.

Ethmoid, which can appear in both children and adults, arises from the mucous membrane of the nose that covers the ethmoid labyrinth. They develop immediately on both sides of the nasal septum.

The following are the main reasons for the appearance of polyps in the nose:

- can often be caused by an infection or a cold, which is accompanied by a runny nose.
- chronic inflammation of paranasal sinuses, it can be sinusitis or frontal sinusitis.
- the curvature of the nasal septum, the narrowing of the nasal passages, and this, in turn, leads to a violation of the breathing process and an increase in the mucous membrane of the nose.
- genetic predisposition.
- allergic or pathological reaction of the immune system.

As the disease continues and the body has to fight the infection, the weakened mucous membrane begins to grow, thereby trying to increase its area to fight the inflammatory process. If the patient does not consult a doctor at this stage, then the process of growth of the mucous membrane will gradually increase. This process takes place in the sinuses, each of which has a limited volume. Therefore, at a certain time, the expanded (hyperplastic) mucous membrane cannot find a place for itself in the sinus and exits the sinus through the natural opening of the latter, i.e. grows into the nasal cavity.

Another thing we should mention is nasal polyps, or actually polyposis rhinosinusitis. In this case, regardless of other factors (infection, inflammation, etc.), the mucous membrane grows and turns into polyps. Why this happened is very difficult to answer. There are many theories about the origin of primary polyps, but none of them provide a complete explanation. But the presence of anatomical

disorders of the structures of the nasal cavity: curvature of the nasal septum, hypertrophic rhinitis, narrowing of the nasal passages and causes.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

TYPES OF NASAL POLYPS AND THEIR MORPHOFUNCTIONAL CHANGES

J.T.Mamasaidov¹, B.T.Siddikov².

¹*Fergana Public Health Medical Institute*

²*Health Department of Fergana region*

Many scientists of our time do not see nasal polyps as a separate disease, but as a syndrome with a number of pathological changes in the mucous membrane of the nasal passages and paranasal sinuses. Nasal polyps are growths of the mucous membrane of the nasal passages and paranasal sinuses, swelling of the organ.

Depending on the histological structure, the following types of polyps are distinguished:

- edema, eosinophilic ("allergic");
- fibro-inflammation (neutrophil);
- glandular;
- with stromal atypia.

G.Z. Piskunov, taking into account many factors that can lead to the formation of polyps depending on the etiological aspect, introduced his classification as follows:

- polyps caused by a violation of the physiological process of air movement through the nasal passages to the paranasal sinuses;
- pathology that develops against the background of chronic purulent rhinitis or rhinosinusitis;
- fungal polyposis;
- polyps that grow due to disorders of arachidonic acid metabolism;
- polyposis associated with cystic fibrosis and/or Kartagener's syndrome.

Scientists link the causes of nasal polyps through several main theories:

Eosinophilic inflammation - the idea is that against the background of mechanical or allergic damage to the nasal mucosa, a large number of eosinophils are sent to this area. These cells are responsible for the development of aseptic inflammation, which is a "trigger" in disrupting the division processes of damaged cells. As a result, cells often divide and nasal polyps are formed.

Impaired arachidonic acid synthesis - through this theory, the products of arachidonic acid's incorrect metabolism show anti-inflammatory activity. They cause a massive migration of eosinophils to the nasal area, stimulate the division of epithelial cells.

Chronic bacterial inflammation - bacteria that remain in the nose for a long time damage the epithelial cells. A focus of chronic inflammation is formed, which leads to an increase in tissues inside the nasal passages and paranasal sinuses.

Fungal theory - according to this hypothesis, the cause of polyposis is the activity of fungi that penetrate the mucous membrane of the nose.

Genetic theory - the basis of the disease is the hereditary predisposition to polyposis. In addition to these theories, there is evidence that factors such as bronchial asthma, allergy to nonsteroidal anti-inflammatory drugs, traumatic injuries of the nose, and anthropometric changes affect the risk.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЎЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

AYOLLARDA UROGENITAL KANDIDOZNI DAVOLASHNI MUKAMMALLASHTIRISH

Sh.Sh.Matsapoyev

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Kalit so'zlar: *Urogenital kandidoz, retsdiv, mikroflora, ultratovushli kavitatsiya, infeksiya, antibiotik, antimikotik.*

Maqsad: Urogenital kandidozni aralash etiologiyali va retsdivlangan ko'rinishida kelgan reproduktiv yoshdagi bemor ayollarda ultratovushli kavitasianing ahamiyatini o'rganish.

Kirish: Urogenital kandidozning asosiy belgilari oraliqda kuchli qichishish va yonish, disparuniya va siyish paytida yonishdir. Qichishish, qoida tariqasida, doimiy bo'lib, uyqu buzilishi va ayolning hissiy holatini keltirib chiqaradi. Bunday bemorlarda vaginal oqindi ko'p bo'ladi. Tekshiruvda o'tkir yallig'lanish belgilari aniqlanadi: yorqin shirali giperemiya, tashqi jinsiy a'zolar va qin devorlarining shishishi, vulvadagi teri va shilliq pardalardagi chiziqli yoriqlar, qin va perianal mintaqaning orqa komissurasi, ko'plab ekskoriatsiyalarga olib keladi. Tashqi jinsiy a'zolarida ko'pincha oq yoki sarg'ish-oq rangdagi "maydalangan" konsistensiyani ko'rish mumkin. Vaginal oqindi ko'p miqdorda, sutli rangga ega va "qoralangan" xususiyatga ega. Shu bilan birga, vaginal oqindi pH darajasi normal diapazonda (3,8-4,5), aminotest salbiy. Surunkali urogenital kandidoz kasallikning ikki oydan ortiq davom etishi bilan tavsiflanadi, jarayonning ikki shakli ajralib turadi: doimiy, kasallik belgilari doimiy ravishda saqlanib turadi, davolanishdan keyin biroz kamayadi va takrorlanadi, bunda. yiliga 4 yoki undan ko'p

takrorlanadi. Bugungi kunda eng dolzarb muammolardan biri surunkali takroriy urogenital kandidoz chastotasining oshishi hisoblanadi.

Tanani takroriy genital kandidozning rivojlanishiga moyil bo'lgan bir qancha omillar ma'lum va patologik jarayonning doimiy takrorlanishiga olib keladigan biron bir sababni aniqlash juda kam uchraydi. Kasallik tez-tez uchraydi va davolash qiyinroq ekanligi isbotlangan:

- endokrin kasalliklar bilan: qalqonsimon bezning patologiyasi, nazoratsiz yoki yetarli darajada nazorat qilinmagan qand kasalligi; ikkinchi holatda, turli bezlarning siri ko'p miqdorda glyukozani o'z ichiga oladi, bu Candida jinsining zamburug'lari uchun oziqlantiruvchi vositadir; bundan tashqari, bunday bemorlarda organizmning fagotsitar faolligi va o'ziga xos bo'lmagan qarshiligi pasayadi;

- keng spektrli antibiotiklarni buyurishda patogen va saprofit flora bostiriladi, shartli patogen mikroorganizmlarning soni va virulentligi ortadi; 54,8% hollarda surunkali UGK bilan og'rigan ayollar kasallikning boshlanishini jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar uchun antibiotik terapiyasi bilan bog'laydilar;

homiladorlik davrida: estrogen va progesteron darajasining oshishi tufayli epiteliositlarning yopishqoq xususiyatlarining oshishi qayd etiladi; giperestrogenemiya vaginal epiteliya hujayralarining ko'payishiga va ulardagi glikogen miqdorining ko'payishiga yordam beradi, uning parchalanishi paytida glyukoza hosil bo'ladi - zamburug'lar uchun ozuqa muhiti; vaginal shilliq qavatning bo'shashishi, sirt hujayralarining keratinizatsiyasining pasayishi zamburug'larning shilliq qavatning chuqur qatlamlariga kirib borishiga yordam beradi, bu esa patologik jarayonning uzoq muddatli davom etishiga olib keladi.

Usullar: Urogenital kandidozning zamonaviy diagnostikasi patologik jarayonning klinik ko'rinishlariga va mikrobiologik, immunologik, biokimyoviy va molekulyar biologik usullar bilan taqdim etilgan laboratoriya ma'lumotlariga asoslandi. Mikrobiologik usulning eng qulay bosqichi shilliq qavatlarning patologik materialini yorug'lik-optik darajada (aniqlik 5-87%) sitologik tekshirish bo'lib, maxsus laboratoriya sharoitlarini talab qilmaydi. Mahalliy va bo'yalgan materialning immersion mikroskopiyasi indikativ (metilen ko'k) va differentsial diagnostik (Gram, Ziehl-Nielsen, Romanovskiy-Giemsma bo'yicha) bo'yoqlar bilan amalga oshirildi. O'tkir jarayonda hujayra shakllari ustunlik qiladi, surunkali jarayonda psevdomitseliyning to'planishi, kandidoz blastosporlar bilan tavsiflanadi. Shilliq qavatlarning yallig'lanish jarayonining rivojlanishi va tabiatini tekshirish uchun kolposkopiya usuli qo'llaniladi. To'qimalarda zamburug'larni aniqlash uchun biopsiya namunalari Xochkins, McManus, Bogolepov-Weigert, Gomory-Grokkot, Shabadash bo'yicha bo'yaladi; muzlatilgan bo'limlar - gematoksilin-eozin bilan yoki Xmelnitskiy modifikatsiyasida Braun-Brenne bo'yicha. Buyuk Britaniyadagi urogenital klinikalarda "to'g'ridan-to'g'ri ekish" va "yopishqoq lenta" usullari qo'llaniladi, ularning sezgirligi mahalliydan oshadi va mos ravishda 12 va 65% ni tashkil qiladi. C.albicansning o'zgaruvchan shakllarini aniqlash uchun gipertonik ozuqa muhitidan foydalanish katta ahamiyatga ega. O'sish jarayonida psevdomitseliy zanjirsimon psevdokonidiyalar hosil qiladi, uning lateral shoxlarida

blastosporlar kurtaklanadi, ular o'ziga xos tarzda glomelurlar va psevdomitselliy hosil qiladi. Ma'lumki, Candida jinsining turli xil achitqiga o'xshash zamburug'lari ma'lum antimikotiklar uchun teng bo'lmagan tropizmni namoyon qiladi. Shuning uchun qo'zg'atuvchining turi darajasida aniq etiologik diagnostika antifungal preparatlarni tanlashda, qo'llash usullarida, shuningdek, kombinatsiyalangan o'ziga xos terapiyani qo'llashda katta amaliy ahamiyatga ega.

Natijalar: 35 (90%) bemorda davolashdan keyingi natijalarni tahlil qilish asosida qin devorlarining to'liq tuzalish qayd etildi. 4 (10%) nafar bemor amaliyotni to'liq olmaganligi sababli kasallikning qaytalanishi va asoratlanishi kuzatildi. Miks infeksiyali 20 (50%) ta bemorlarda 6 oy mobaynida ultratovush kavitatsiya o'tkazilganli sababli retsidivlar va asoratlar kuzatilmadi.

Xulosa va munozara: Ultratovush kavitatsiya yosh ayollarda reproduktiv funktsiyani saqlab, davolash samaradorligini oshiradi. Ultratovush kavitatsiya antiseptik preparatning ta'sirlangan hududda bir tekis taqsimlanishini va sezilarli invaziya bilan yetarli chuqurlikda tarqalishini ta'minlash, chuqur sanitariya ishlarini olib borish imkonini beradi, epitelizatsiya vaqtini 1,5 barobarga qisqartiradi, epitelizatsiya fazalarini ham qisqartiradi. Chandiq to'qima hosil bo'lmaydi va jinsiy a'zolari anatomik va funktsional yaxlitligini saqlab qoladi.

Zamonaviy diagnostika usullaridan foydalangan holda o'tkazilgan klinik tadqiqot past chastotali ultratovush kavitatsiya bilan birgalikda standart davo bilan birgalikda qo'llanilganda urogenital kandidozning retsidivlanishini kamaytirishda yuqori samaradorligini tasdiqladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Воронова О. А., Зильберг Н. В., Кузнецова Ю. Н., Евстигнеева Н. П. Алгоритм выбора терапии больших урогенитальным кандидозом. // Успехи современного естествознания. 2015. № 2. С. 21 – 25.
2. Кудряшова И.Б., Рекстина В.В. Диагностика инвазивных кандидозов: научные исследования и практическое применение. // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2017. № 12-1. С. 8 – 14.
3. Свердлов Е.С. Заболевания шейки матки: алгоритмы диагностики и технологии лечения. Монография. – Иркутск, 2010.
4. Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И. Опыт применения препарата "эксагин" в терапии урогенитального кандидоза // Успехи медицинской микологии. - 2017. - Т. 17. - С. 112-114.
5. Алиева П.М., Магомедова А.М., Мугутдинова А.С. Влияние фунгицидных препаратов на микрофлору кишечника у больных урогенитальным кандидозом // Вопросы устойчивого развития общества. - 2020. - № 4-1. - С. 123-130.
6. Лямин А. В ., Боткин Е . А., Жестков А. В . Проблемы в медицине, связанные с бактериальными плёнками. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2012; (4): 268–275.

7. Шендеров Б. А. Метабиотики-новая технология профилактики заболеваний, связанных с микробиологическим дисбалансом человека. Вестник восстановительной медицины. 2017; 80 (4): 40–49.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

NOSPETSIFIK VULVOVAGINIT: DAVOLASHGA YANGICHA YONDASHUV

Sh.B.Matqurbonova

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Kalit soʻzlar: *Vulvovaginit, mikroflora, ultratovushli kavitatsiya, infeksiya, antibiotik, antiseptik.*

Resume: Vulvovaginit bilan har qanday yoshdagi ayollar jabr koʻradi. Koʻpgina terapevtik usullarning samarasizligi va retsidivlanishning yuqori foizi tufayli ushbu kasallikni davolash oson ish emas. Ushbu maqolada muallif etiologiyaning asosiy jihatlarini, vulvovaginit patogenezida immun tizimining ishtirokini, turli klinik shakllarni, vagina va vulva shilliq qavatining infeksiyalarini tashxislash va davolash masalalarini koʻrib chiqadi.

Maqsad: Nospetsifik vulvovaginitning aralash etiologiyali va retsidivlangan koʻrinishida kelgan reproduktiv yoshdagi bemor ayollarda ultratovushli kavitasiyaning antiseptik preparat bilan kombinatsiyalangan taʼsiri samaradorligini oʻrganish.

Kirish. Vulvovaginit - bu vulva va qinning bir vaqtning oʻzida shikastlanishi. Vulvovaginit pastki genital traktning eng keng tarqalgan kasalliklaridan biri boʻlib, turli yoshdagi ayollarda uchraydi. Soʻnggi paytlarda ushbu kasallik quyidagi sabablarga koʻra keng tarqalgan: Opportunistik patogenlar rolining oshishi; koʻpchilik antibiotiklarga dori qarshiligining rivojlanishi; immunologik reaktivlikning oʻzgarishi; oʻz-oʻzini davolashning koʻpayishi. Soʻnggi yillarda antibiotiklarning oʻta keng va baʼzan nazoratsiz qoʻllanilishi tufayli ularning koʻpchiligida dorilarga chidamlilik rivojlanadi, bu yalligʻlanish jarayonlari boʻlgan bemorlarni davolashda katta qiyinchiliklar tugʻdiradi.

Vulvovaginit oʻsmir va balogʻatga yetgan qizlar, shuningdek, postmenopauzal ayollarda juda keng tarqalgan. Bolalik davrida kasallik rivojlanishi anatomik faktorlarga (anusning qinga yaqinligi), vaginal shilliq qavatning xususiyatlari (ingichka shilliq qavat), vaginal sekretiyaning ishqoriy reaksiyasi va gigiena qoidalariga rioya qilmaslik bilan bogʻliq. Allergiya omilining rolini ham taʼkidlash kerak. Postmenopauzal ayollarda vaginal shilliq qavat yupqalashadi, vaginal mikroflora oʻzgaradi va estrogen yetishmovchiligi va vagina, bachadon boʻyni va vulvaning tanasi va toʻqimalarida umumiy involutiv oʻzgarishlar tufayli vaginal-servikal ekotizimning himoya xususiyatlari sezilarli darajada kamayadi.

Sog'lom ayol hayotining reproduktiv davrida vaginal mikroflora tashqi omillar ta'sirida o'zgarishi mumkin bo'lgan o'ziga xos muvozanatli muhitni hosil qiladi, lekin o'z-o'zini tozalash mexanizmi tufayli normal holatga qaytadi. Vaginal muhitning kislota-baz holati 3,8-4,5 oralig'ida o'zgarib turadi. U hayz davrida, homiladorlik davrida o'zgarishi mumkin va ayolning jinsiy faolligiga bog'liq. Reproduktiv yoshda sog'lom ayollarning vaginasining bakterial florasida ko'plab mikroorganizmlar, shu jumladan aerob va anaerob, gramm-musbat va gramm-manfiy bakteriyalar mavjud. *Lactobacillus* spp. va *Corynebacterium* spp. *Streptococcus* spp., *Bacteroides* spp., *Staphylococcus* spp. kabi boshqa bakteriyalarga nisbatan ustunlik qiladi va *Peptostreptococcus* spp. *Lactobacillus* va *Corynebacterium* jinsi bakteriyalari glikogendan sut va sirka kislotasini ishlab chiqaradi va shu bilan qinning kislotali muhitini saqlab turadi, kolonizatsiyaga chidamliligini ta'minlaydi va vaginaga kiritilgan patogen floraning rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Agar kolonizatsiyaga chidamlilik buzilgan bo'lsa, shartli patogen bakteriyalar o'zi vulvovaginitga olib kelishi mumkin. Hozirgi vaqtda qinning yuqumli kasalliklari kamdan-kam hollarda bitta patogen tomonidan qo'zg'atiladi. Har xil turdagi vulvovaginit, servitsit, uretrit bilan shifoxonaga kelgan ginekologik bemorlarning 80% gacha ayollarda aralash bakterial-zamburug'li-trikomonal infeksiyasi mavjud. Shartli patogen floraning ta'sirlanishi bilan vulvovaginit 10% ga etadi va vulvovaginal kandidozni hisobga olgan holda - 40% yoki undan ko'p.

Ma'lumki, aralash infeksiyadan kelib chiqqan kasalliklar uzoq davom etadi va klinik jihatdan og'irroq kechadi, tez-tez takrorlanadi va ularning fonida turli xil asoratlar yuzaga keladi. Bundan tashqari, aralash infeksiyani davolash qiyinroq, ayniqsa jarayon surunkali bo'lsa, keying yillarda kasallikni antibiotiklarsiz davolanishga erishish qiyin bo'lmoqda. Shu munosabat bilan, aralash etiologiyali vulvovaginitni davolashda keng ta'sir doirasiga ega (antimikotik va antibakterial) kompleks preparatlardan foydalanish kerak.

Usullar: Vulvovaginitni tashxislash odatda qiyin emas. Kasallikning boshlanishiga hissa qo'shadigan og'ir umumiy kasalliklar, genital organlarning yallig'lanish jarayonlari (adneksit), tuxumdonlarning disfunktsiyasi va boshqa patologik holatlarning belgilarining mavjudligi tashxisni sezilarli darajada osonlashtiradi. Vulvada qichishishning tipik shikoyatlariga, jinsiy yo'ldan patologik oqindi paydo bo'lishiga katta e'tibor berilishi kerak va hokazo. Vulvani tekshirishda va qinni ko'zgular yordami bilan tekshirishda vulvovaginitning rivojlanish ehtimoli haqidagi taxmin tasdiqlanadi. Yallig'lanish jarayonining etiologiyasini aniqlash uchun ular vaginadan olingan sekretsiyalarni bakteriologik tekshirishga murojaat qilishadi. Nonspesifik infeksiyalar (stafilokokklar, streptokokklar, *Proteus*, *Escherichia coli* va boshqalar) patogenlarini ekishda ularning antibiotiklarga sezgiriligini aniqlash kerak. Vulvovaginitni davolash ko'plab terapevtik usullarning samaradorligi yo'qligi sababli qiyin ishdir.

Natijalar: 36 (90%) bemorda davolashdan keyingi natijalarni tahlil qilish asosida qin devorlarining to'liq epitelizatsiyasi qayd etildi. 4 nafar bemor amaliyotni to'liq olmaganligi sababli to'liq bo'lmagan epitelizatsiya ko'rinishidagi asoratlar kuzatildi.

Munozara: Ultratovush kavitatsiya yosh ayollarda reproduktiv funktsiyani saqlab, davolash samaradorligini oshiradi. Ultratovush kavitatsiya antiseptik preparatning ta'sirlangan hududda bir tekis taqsimlanishini va sezilarli invaziya bilan yetarli chuqurlikda tarqalishini ta'minlash, chuqur sanitariya ishlarini olib borish imkonini beradi, epitelizatsiya vaqtini 1,5 barobarga qisqartiradi, epitelizatsiya fazalarini qisqartiradi. Chandiq to'qima hosil bo'lmaydi va jinsiy a'zolari anatomik va funktsional yaxlitligini saqlaydi.

Xulosa: Zamonaviy diagnostika usullaridan foydalangan holda o'tkazilgan klinik tadqiqot mahalliy ultratovush kavitatsiya bilan birgalikda antiseptik preparat qo'llanilganda nonspesifik vulvovaginitda yuqori samaradorligi tasdiqladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Аравийский Р.А., Климко Н.Н., Васильева Н.В. Диагностика микозов, С.-Петербург, 2004. 186 с.
2. Гинекология от пубертата до менопаузы: Практическое руководство для врачей/Под редакцией Э.К.Айламазяна. М.: МЕДпресс-информ, 2006, 2-е издание, дополненное. 496 с.
3. Кубанова А.А., Потекаев Н.С., Потекаев Н.Н. Руководство по практической микологии. М., 2001. 198 с.
4. Муравьева В.В., Анкирская А.С. Особенности микроэкологии влагалища при бактериальном вагинозе и вагинальном кандидозе // Акушерство и гинекология. 1996. № 6. С. 27–30.
5. Бруа М.Л. Место комбинированных антибиотиков местного действия в лечении грибковых и смешанных вагинитов // Качество жизни. Медицина. 2004. № 3. С. 72–73.
6. Esim Buyukbayrak E., Kars B., Karsidag A.Y. et al. Diagnosis of vulvovaginitis: comparison of clinical and microbiological diagnosis // Arch. Gynecol. Obstet. 2010. Vol. 282. № 5. P. 515–519.
7. Nyirjesy P., Leigh R.D., Mathew L. et al. Chronic vulvovaginitis in women older than 50 years: analysis of a prospective database // J. Low Genit. Tract Dis. 2012. Vol. 16. № 1. P. 24–29.

**CLINICAL SIGNS AND METHODS OF EARLY DETECTION OF MALIGNANT TUMOR
DISEASES**

M.N.Makhmudova¹, U.Kh.Melimatova¹.

¹Fergana Medical Institute of Public Health

Annotation: A malignant tumor is a neoplasm whose cells undergo serious changes that lead to a complete loss of the ability to control their division and differentiation (the degree of cell development).

Key words: *clinical diagnostic, modern methods, early detection, malignant tumor diseases.*

Oncology, or as it is also called cancer, is a group of tumors that grow from skin cells and mucous membranes. Another name, sarcoma, refers to malignant tumors of muscles, bone tissue, and adipose tissue. These tumors tend to metastasize and get used to normal organ tissues, so surgical intervention does not always contribute to a positive result. It is best when the tumor can be detected at an early stage of its development, but such a diagnosis is somewhat difficult. For such detection of oncology at an early stage of development, you need to know the signs of cancer, and at the slightest suspicion, you need to urgently consult an oncologist. According to the degree of differentiation, high-, medium-, low- and undifferentiated tumors are distinguished. Sometimes, due to the low level of cell differentiation, the tumor can become so atypical and unrecognizable that it becomes completely impossible to determine the source from which it originated. Even histological examination does not always make it possible to determine the source tissue of such a tumor. The clinical manifestations of a malignant tumor are quite diverse. Such neoplasms are prone to focal growth and to germination into surrounding tissues and organs. They have extremely rapid and aggressive growth, and are also capable of provoking the formation of metastases, sprouting into blood and lymphatic vessels.

So what is the main difference between a benign tumor and a malignant one? There are several important differences that determine the nature of the tumor. Each person has these signs individually, but the general picture is as follows: at first there is rapid fatigue, weakness. The weight of a person decreases sharply for no apparent reason. There are thickenings and tumors, subcutaneous nodules. This especially applies to the area of the mammary glands, inguinal areas and armpits. Blood or pus, sometimes mucus, may appear in the urine and stool. Wounds do not heal for a long time, coughing may not go away for a long time, the timbre of the voice changes. Body temperature ranges from 37 degrees to 38 degrees Celsius, such a temperature fluctuation lasts from two weeks to several months, sometimes up to several years. Oncological diseases are very insidious, so the first stages of the disease can be asymptomatic. Everyone can make the right conclusion for themselves that it is much easier to prevent

the disease, to nullify it, than to treat an already neglected form of oncology later. To prevent oncological diseases at an early stage of development, you need to contact our medical center, where, thanks to modern equipment and new diagnostic methods, the correct diagnosis will be made in a timely manner, which means that treatment of this difficult disease will begin on time. Diagnosis at an early stage will significantly increase a person's chances of full recovery. It is not superfluous to find out the causes of oncological diseases. There is no exact formulation of the causes of oncological diseases, but there are two versions of the origin and causes of oncology. The first of them is genetic. Hereditary information is disrupted in DNA cells. The second one is viral. The virus is activated, which leads to a violation of the genetic apparatus of the cell. Both of these versions suggest that the disease appears due to a violation of genetic information that occurs under the influence of external factors. A person, without knowing it, can be a carrier of this disease, the impact of external and internal factors only triggers the process of degeneration of the body's cells. Some of these factors are known, these are carcinogens: radiation, ultraviolet radiation, worst thing is that this disease can appear at any age, no one is immune from it. The course of oncological diseases is divided conditionally into several stages:

- 1 - stage is characterized by the division of atypical cells that have appeared.
 - 2 - stage, a tumor is formed and appears.
 - 3 - stage is characterized by the appearance of metastases in other organs.
 - 4 - stage is characterized by the appearance of relapses, destruction of other organs and tissues.
- Unfortunately, treatment at this stage is almost impossible.

The symptoms of cancer depend on the structure and nature of tumor growth, as well as on all diseases that a person has. The symptoms can be influenced by the age, gender, and way of life of the patient. But there are the most striking symptoms that indicate the presence of the disease. The first symptom is the appearance of a tumor. It can be benign, and has nothing to do with cancer. However, by contacting an oncologist, you should undergo a detailed examination and diagnosis. The tumor may be painless, but only a specialist doctor can determine its nature and danger to health and life. People who have a long smoking history may have a cough. Sometimes this indicates processes in the respiratory tract, but if, despite treatment, the cough does not go away for two or more weeks and, moreover, is accompanied by the presence of blood veins in the sputum – most likely, we can talk about suspected lung cancer. The appearance of bleeding indicates violations in the human body, it can be various diseases, but often such bleeding is a sure symptom of a malignant tumor. Contacting a doctor in any of these cases is mandatory! Much attention should be paid to moles. The mole is a benign tumor, and by itself it does not pose a danger. But this tumor can turn into a malignant one – melanoma. Pay attention to the following points:

1. The mole has a smooth and even surface.
2. The edges of the birthmark should be smooth, in melanoma, they are usually notched.

3. The color of melanoma can be any: black, pink, white, red and with a blue tint.

4. Melanomas can bleed, cause itching and have a crust. The treatment of malignant tumors is very difficult — it requires a special individual approach and the use of aggressive therapies. They often recur. In the presence of metastases in distant organs, the prognosis is usually unfavorable. Malignant tumors, first of all, are manifested by a systemic reaction of the body. This happens because malignant neoplasms cause cancer intoxication (poisoning), which can be so severe, up to cancerous cachexia (exhaustion). This happens for two reasons: firstly, rapidly multiplying tumor cells need nutrients, which they actively consume, while healthy body tissues begin, literally, to "starve". The second reason is the collapse of the tumor, due to the lack of its blood supply, because the blood vessels simply do not have time to grow at the same pace with the development of pathological cells. Decay products simply poison the human body. All these factors, of course, deplete the body, cause inflammatory processes in the body. Hence the symptoms of a malignant tumor: weakness, lethargy, general malaise, fever, body temperature. Due to a decrease in immunity, the patient becomes more vulnerable to various infections. There are also stages of malignant tumors that characterize the degree of development of the process and give doctors an idea of possible methods of treating such a patient and prognoses. Such indicative symptoms may occur quite rarely, but you need to know them. When each of the above symptoms appears, you need to contact the oncologist of the polyclinic at your place of residence or at the diagnostic center. Upon confirmation of the diagnosis, surgical treatment is indicated in any specialized oncological institution (polyclinic, hospital). You also need to contact a specialist if there are suspicious spots on the body that do not disappear for a long time. Postponing a visit to an oncologist is not worth it, a timely diagnosis. It should be remembered that if a person has cancer, there is no need to despair. Although the disease is still considered practically incurable, it is successfully treatable in the early stages of the disease. Our medicine, which is armed with new technologies and methods, is able to cure patients at the second and third stages of cancer. The fourth stage of the course of the disease is considered the most severe, this is the stage of an extremely neglected case of the disease. But nowadays there are many examples of the treatment of oncopathology. The main thing is to be an optimist, even ancient doctors said that a good mood helps in the cure of any disease. Timely access to a specialist doctor, correct diagnosis and effective treatment will definitely save your life!

References:

1. Crosby D. et al. Early detection of cancer //Science. – 2022. – T. 375. – №. 6586. – C. eaay9040.
2. Usmonova Gulizora Bakhtiyorovna «Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences»(07.01.2023. page49-51.) Dependence of anthropometric indicators on nutrition in children. Ferghana Medical Institute of Public Health Uzbekistan, Fergana

3. Egamberdieva Gulnora Nematovna "Eurasian journal of medical and natural sciences" (January 2023. Page 65) Medical and social aspects of reproductive health of children aged 8 to 15 years. Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
4. Ключарева С. В. и др. Современные методы диагностики и лечения папиллом человека в целях профилактики их озлокачествления //Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2007. – №. 4. – С. 66-71.
5. Farhodjonova N. F. Modernization And Globalization As Historical Stages Of Human Integration //Теория и практика современной науки. – 2018. – №. 3. – С. 16-19.
6. Etzioni R. et al. The case for early detection //Nature reviews cancer. – 2003. – Т. 3. – №. 4. – С. 243-252.
5. Navruzova N. O., Kurbanova Z. S. Modern diagnostic methods for early detection of cervical diseases //Eurasian Journal of Media and Communications. – 2022. – Т. 8. – С. 23-29
7. Sharapov Ilkhomberdi Kamalovich "Eurasian journal of medical and natural sciences" (January 2023. Page 42-47) Modern Methods of Surgical Treatment of Gastric Ulcer and Duodenal Ulcer. Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ДОЛЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В РАЗВИТИИ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ
ДИСФУНКЦИЙ**

Ш.А.Махмудова¹, Н.Н.Каримова¹.

¹Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Частота рецидивирующего течения сальпингоофоритов, по данным разных авторов, колеблется от 59 до 68%, при этом в сочетании с другими гинекологическими заболеваниями она может достигать 80%. Сальпингоофориты встречаются в любом репродуктивном возрасте, но чаще в молодом возрасте, 20-30 лет, нарушая рецептивность к наиболее значимым в репродуктивном плане гормонам, в большей степени, в эндометрии (Радзинский В.Е.2020).

Цель исследования- определить потенциал внедрения дифференцированного подхода к выбору методов лечения пациенток с сальпингоофаритами, с целью предупреждения эндометриальных дисфункций.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ лечения 79 пациенток с сальпингоофаритами. После проведения диагностических мероприятий разрабатывалась лечебная тактика, в том числе объём и сроки проведения предстоящих операций, которые

выполнялись лапаротомным доступом (n=28), лапароскопическим доступом (n=31), отдельную группу составили пациентки, которые получали только консервативную терапию (n=20).

Результаты исследования. Было выделено восемь критериев отбора больных, что позволило структурировать избранную тактику лечения. 1. Возраст — первая группа (17–27 лет — 14,8%); вторая группа (28–38 лет — 31,5%); третья группа (39–49 лет — 53,7%). 2. Длительность существующего заболевания (до 3 нед — 36%; 3 нед и более — 64%). 3. Наличие или отсутствие внутриматочного контрацептива (отсутствие ВМК — 45,3%, наличие ВМК — 54,7%, при этом в 14% случаев отсутствовала возможность удалить ВМК при первичном осмотре). 4. Характер процесса определялся на основании данных осмотра и УЗИ, что позволило диагностировать наличие перитонита (17,6%) и пельвиоперитонита (82,4%); наличие гнойных сальпингоофаритов, (67,6%) и инфильтрата без признаков нагноения (33,4%); двусторонний (45,7%) или односторонний (54,3%) процесс; плотный (64%) или рыхлый характер инфильтрата (36%). 5. Наличие сопутствующих гинекологических заболеваний. 6. Наличие или отсутствие в анамнезе перенесённых полостных операций. 7. Сопутствующие соматические заболевания. 8. Реализация репродуктивной функции. На основании анализа результатов исследования сформулированы показания к выбору тактики лечения сальпингоофаритов. Консервативная терапия показана при сальпингоофаритов, отсутствии ВМК в любой возрастной группе при условии положительного эффекта от проводимой терапии, который оценивается на основании объективных лабораторных и УЗИ-данных.

Заключение. Сравнение эффективности отдалённых результатов лечения, основанное на оценке числа осложнений, рецидивов, реализации репродуктивной функции, показывает, что использование дифференцированного подхода к лечению сальпингоофаритов, позволяет расценивать каждый метод как эффективный. Использование малоинвазивных хирургических операций повышает возможность реализации репродуктивной функции и снижает число осложнений. У женщин, имеющих роды в анамнезе, радикальный объём операций снижает риск рецидивов и предпочтителен в том случае, если не сопровождается анестезиологическими и интраоперационными осложнениями.

ГЕНЕТИКА И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Махмудова. Х.Т.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Цель исследования – анализ врождённых аномалий выявленных в течении 2018 года Ферганской области.

Источники и методы: статистические сведения управления Ферганского областного здравоохранения.

Результат: Среди населения Ферганской области за 2021 год было определено 3623,3 случаев. Из всего зарегистрированных 14420 случаев, у 2495 выявлено впервые, а 8057 больные стоят на учёте.

В настоящие дни 5% новорождённых рождаются с наследственными заболеваниями. Наследственные заболевания делятся на 2 вида: заболевания генов и хромосом. Есть возможность раннего диагностирования хромосомных заболеваний с помощью исследований в скрининговых центрах, но генные заболевания, в том числе Фенилкетонурия, Дальтонизм, Гемофилия другие заболевание невозможно диагностировать заранее, так как эти заболевания развиваются из за изменений нуклеотидов в ДНК. Это проявляется в следующих поколениях, в виде наследственных заболеваний. К хромосомным заболеваниям можно отнести следующие заболевания: Даун, Эдварс, Патау, Шершевский-Тернер, Клайнфельтер, X-трисомия. Они развиваются из за количественных изменений хромосом, то есть из за уменьшения или повышения чисел тельных и половых хромосом.

Причиной развития наследственных заболеваний является воздействие радиоактивных лучей и химический веществ во время беременности. Кроме этого к врождённым аномалиям можно отнести развивающиеся по всяким причинам пороков сердца, микроцефалию, гидроцефалию и тд. В настоящее время для определения наследственности заболеваний проводятся клиничко- генеологические исследования, для этого составляется и анализируется генеологическое дерево трёх поколений . По сведению скринингового центра города Ферганы за период 10 месяцев 2018 года при исследовании беременных, направленных из 7 семейных поликлиник, было выявлено следующее: всего 4790 стоящих на «Д» учёте. Были исследованы беременные женщины со сроком беременности 14 недель-12, 14-20 недель-2761, свыше 20 недель- 16, всего: 2789. В результате наблюдений определено у беременных со сроком 14 недель- 4,14-20 недель- 22, свыше 20 недель-8, а всего 34 аномальных случаев. У 4 беременных со сроком 14 недель, у 16 беременных со сроком 14-20 недель, у 5 со сроком свыше 20 недель было

проведено преждевременное прерывание беременности, а у 9 женщин по всяким причинам не было проведено прекращение беременности.

Вывод: Проведение скрининговых и лабораторных исследований в ранних сроках беременности и применение нужных мер проводят к уменьшению развития случаев с врождёнными аномалиями.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**HOMILADOR AYOLLARDA QOG`ONOQ SUVINING MUDDATIDAN OLDIN KETISHI
VA XORIOAMNIONIT BILAN ASORATLANISHI**

D.O.Ismoilova¹, I.E.Karimova¹.

¹Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Mavzuning dolzarbligi: Hozirgi paytda akusherlik va ginekologiya sohasining asosiy muammolaridan biri – homiladorlarda qog`onoq suvi ketgandan so`ng xorioamnionit bilan asoratlanishidir. Xorioamnionit – bu o`tkir bakterial infeksiya hisoblanib, xorion- (tashqi homila qobig`i), amnion- (homilani o`rab turuvchi parda) va amnion suyuqligini zararlanishi bilan boradi. Agar o`z vaqtida davolanmasa yallig`lanish homiladorlik yoki tug`ish paytida ona va chaqaloqda og`ir infeksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin. Xorioamnionit tug`ilish davrining 1 – 2 % hollarda uchraydi va ko`p hollarda homila imkon qadar tezroq tug`ilishini talab qiladi. Shuning uchun yallig`lanish ko`pincha erta tug`ilishga olib keladi.

Homilaning muddatidan oldin tug`ilishi sabablari orasida xorioamnionit muhim o`rin tutadi, bu nafaqat homilani normal rivojlanishi va yangi tug`ilgan chaqaloqlarning holati, balki ayollarning reproduktiv salomatligi uchun ham jiddiy ta`sir ko`rsatadi va reproduktiv funksiyalarni amalga oshirishda qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi.

Agar bu vaqt homila suvi xiralashishi tashxisi qo`yilsa, uning rangi o`zgargan va normaga mos kelmasa, bu bo`lajak onada tashvish uyg`otishi kerak. Holatning sabablarini darhol aniqlanib, davolash boshlanishi zarur, chunki homila suyuqlikni muntazam ravishda yutib, o`zi orqali o`tkazadi. Suyuqlik xossalari o`zgarishi esa uning rivojlanishiga salbiy ta`sir o`tkazishi mumkin. Odatda amniotik suyuqlik tarkibida homilaning hayoti va rivojlanishi natijasida hosil bo`lgan juda ko`p aralashmalar mavjud bo`ladi. Ushbu moddalar teri hujayralari, soch va birlamchi yog`lardan iborat. Homilalik pufagiga boshqa moddalar tushganda amniotik suyuqlik shaffofligi kamayib, «loyqalanadi», bu chaqaloqning hayotiga xavf tug`diradi va normal faoliyatni to`squinlik qiladi. Homila suvining xiralashishi sabablari turlicha bo`lishi mumkin, ammo asosiy omil onaning infeksiyalanishi va bachadonga patogen

бактериаларнинг кирishiidir. Shuningdek, amniotik suyuqlikda me'yordan ortiq mekoniy yoki qon aralashmalari bo'lishi uning rangi o'zgarishiga olib keladi, bu ham qo'shimcha xavf tug'diradi. Agar qog'onoq suvi xiralashishi homiladorlik davrining o'rtalarida tashxislangan bo'lsa, uni tasdiqlash uchun takroriy ultratovushli tekshiruv talab etiladi. Bundan tashqari, patologik reaksiyaga sabab bo'lgan turli xil infeksiyalar mavjudligi uchun testlar o'tkaziladi. Homiladorlikning 37-38 haftasi yo'ldoshning qarishi bilan xarakterlanadi, shuning uchun qog'onoq suvi xiralashsa bu normal holat deb qaraladi.

Davolash ushbu holatning sabablarini aniqlash va infeksiyani tashxislashdan boshlanadi. Shundan so'ng, o'zgarishni keltirib chiqargan sababga qarab dori vositalari buyuriladi. Agar homiladorlik paytida homila suvi xiralashishi homilada gipoksiya keltirib chiqarsa, shifokor homilaga yo'ldosh orqali ko'proq kislorod o'tishini ta'minlash maqsadida qon aylanishini yaxshilash uchun dori-darmonlarni buyuradi. Amniotik suyuqlik homiladorlikning erta muddatlarida ham rangini o'zgartirishi mumkin, bu holda davolash choralari o'tkazilmaydi. Aksariyat hollarda spontan abortni oldini olish uchun homiladorlikni to'xtatish tavsiya etiladi. Agar tashxis 7 oylik muddatda qo'yilsa, u holda ayol doimiy ravishda shifokorlar nazorati ostida bo'lishi lozim. Statsionar sharoitda homilaning holatini kuzatish uchun zarur tekshiruvlar o'tkaziladi va agar zarur bo'lsa, tug'ruq kesarcha kesish orqali amalga oshiriladi.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

ТОКСОПЛАЗМОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Х.Т.Махмудова.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Значительная роль в патологии внутриутробного развития плода и новорожденного принадлежит токсоплазмозу. Этой проблеме посвящена очень большая литература, однако, многие вопросы остаются не эффективными в борьбе с этой инфекцией. По данным статистики, частота токсоплазмоза у беременных колеблется от 0,5 до 0,8%. Если основываться на оценке положительных иммунологических реакций, то частота токсоплазмоза у беременных с наличием акушерской патологии возрастает до 13%. По мнению некоторых авторов, около 17% всех аномалий центральной нервной системы новорожденных обусловлено токсоплазменной инфекцией. Токсоплазмоз является важной проблемой медицины, имеющей серьезное социально экономическое значение. Интерес к токсоплазмозу определяется тяжелым поражением плода, хроническим течением с пожизненным сохранением паразита в различных органах и тканях, а также возможностью неблагоприятных перинатальных исходов. Возбудитель *Toxoplasma gondii* среди инфекционных заболеваний вызываемых

простейшими микроорганизмами. Распространенность в мире невероятно высока за счет стран Африки, а также Латинской и Южной Америки, в которых инфицированность населения достигает до 90 %. Токсоплазмоз – широко распространенная зоонозная паразитарная инфекция, характеризующаяся полиморфизмом клинических проявлений и значительной вариабельностью течения от здорового, бессимптомного носительства до тяжелых летальных форм болезни. Токсоплазмоз входит в группу TORCH-инфекций. Наличие токсоплазменной инфекции оказывает существенное влияние на течение беременности и родов, являясь одной из причин многих осложнений и невынашивания. Потенциальную угрозу для плода токсоплазмоз несет при заражении женщины во время беременности или в течение полугода до ее наступления. Именно в этих случаях регистрируются врожденные пороки развития и ранняя неонатальная смерть. Врожденный токсоплазмоз является редким, но потенциально опасным заболеванием. Токсоплазмоз распространен во всем мире у более чем 300 видов млекопитающих и птиц.

В настоящее время известны 4 способа инфицирования людей токсоплазмами:

1. Алиментарный
2. Чрезкожный – контаминация
3. Парентеральный путь
4. Трансплацентарный путь инфицирования предопределяет развитие врожденного токсоплазмоза.

Таким образом инфицированным женщинам во время беременности необходимо профилактическое обследование в критические периоды внутриутробного развития плода (16-17 недель и 31-33 недели). Необходимо помнить, что соблюдение правил личной гигиены является самым важным в профилактике токсоплазмоза: следует избегать контактов с испражнениями кошек, не употреблять сырое мясо, фарш, а также мясные блюда без достаточной термической обработки. Женщинам во время беременности необходимо исключить контакт с кошками и собаками. Учитывая возможность полового пути заражения, целесообразно использование барьерных методов контрацепции, антисептических спреев. Дети, родившиеся от матерей с подозрением на токсоплазмоз, должны быть тщательно обследованы для возможности выявления этой инфекции. Такие новорожденные находятся под особым наблюдением.

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАТУРАЛЬНОГО
ПРОГЕСТЕРОНА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Н.М.Мирзаева¹, Н.Х. Муминова².

¹*Наманганский перинатальный центр*

²*Центр развития повышения квалификации медицинских работников*

Актуальность. Микронизация прогестерона с заключением его в носители липосферы увеличивает степень абсорбции и решает проблему биодоступности прогестерона. Примером препарата микронизированного прогестерона является препарат Лютеина-натуральный прогестерон для сублингвального и вагинального применения. Как утверждают ведущие специалисты в области акушерства и гинекологии натуральный прогестерон обладает с высокой степенью биодоступности и множеством преимуществ по сравнению с другими формами гестагенов.

Целью нашего исследования было определить эффективность сублингвального натурального прогестерона при купировании угрозы самопроизвольного выкидыша, обусловленные различными причинами.

Материал и методы. Нами было назначено 96 беременным в сроках от 4 недель до 11 недель идентичный аналог натурального прогестерона Лютеина (Адамед, Польша), сублингвально в дозах 100мг в сутки. Возраст беременных составил в среднем- $24,5 \pm 0,7$ лет.

Результаты исследования и обсуждения. Для мониторинга эффективности Лютеина нами был исследован такой маркер как NK-лимфоциты с фенотипом CD56+, который относится к группе натуральных киллеров (NK-клетки) – популяция больших гранулярных лимфоцитов. Они способны лизировать клетки-мишени, инфицированные вирусами и другими внутриклеточными антигенами, опухолевые клетки, а также другие клетки аллогенного и ксеногенного происхождения и вырабатывается в децидуальной оболочке специфический блокирующий фактор, индуцируемый прогестероном (PIBF) фактором. Нормальные показатели CD56+ составила от 6,5 до 8,2(в среднем $7,9 \pm 0,7$ мг%). При нормальных значениях данного маркера мы

Эффективность Лютеина оценивали по клинике(исчезали такие симптомы как боли внизу живота, дискомфорт), а показатель CD56+ оставался в пределах нормы. При начавшихся угрозах выкидыша CD56+ начинал снижаться до на 1,2-15мг.

При присоединении других осложнений(манифестация инфекции ИППП-таких как ЦМВИ И ВПГ(27 беременные были хроническими носителями) показатель повышался, достигая до $9,1 \pm 0,5$ мг%.

Рекомендуемые дозы Лютеина благотворно влияли на течение беременности, на рост эмбриона, без побочных действий. Из 96 беременных на фоне лечения, даже с соматической и инфекционной мы смогли купировать Лютеиной повышая дозу ее до 200 мг в сутки, что оказался успешным шагом, и способствовала пролонгированию желанной беременности.

Выводы. Таким образом, нами рекомендуемый натуральный прогестерон способствует выработке P1BF и играет важную роль в обеспечении нормального течения беременности и является своеобразным протектором беременности. Лютеина позволяет беременности достигать своих физиологических сроков путем подавления сократительной активности матки

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**EKSTRAKORPORAL URUG‘LANTIRISHDAN KEYIN AYOLLARDA HOMILADORLIK
VA TUG‘RUQNING O‘ZIGA HOS KECHISH XUSUSIYATLARI**

D.B.Mirzaeva¹, D.D.Saidjalilova¹.

¹Toshkent tibbiyot akademiyasi

Tayanch so‘zlar: *homiladorlik, tug‘ruq, ekstrakorporal urug‘lantirish.*

Rezyume: Ekstrakorporal urulantirishdan so‘ng 155 ta ayollarda homiladorlik va tug‘ruq kechishini baholash o‘tkazildi. Tadqiqot ekstrakorporal urug‘lantirish o‘tkazilgandan so‘ng homilador ayollarda o‘tkazildi. EKU qo‘llanilishi natijasida homiladorlik kechishi yo‘ldosh disfunktsiyasi, preeklampsiya, homila rivojlanishdan orqada qolishi, muddatdan oldin tug‘ruq kabi bir qancha akusherlik asoratlar uchrashi bilan namoyon bo‘ldi. Bu esa o‘z navbatida EKU dan so‘ng homiladorlikni taqqoslama olib borish zarurligini namoyon etdi.

Ключевые слова: *беременность, роды, экстракорпоральное оплодотворение*

Резюме: Проведена оценка исходы беременности и родов у 155 пациенток после экстракорпорального оплодотворения. Исследование проводилось у беременных наступивших после ЭКО. Течение беременности с использованием ЭКО сопровождалось акушерскими осложнениями, таких как плацентарная дисфункция (ПД), преэклампсия, синдром отставания роста плода, преждевременные роды. Это привело к необходимости более дифференцированного подхода к ведению беременности после ЭКО.

Keywords: *pregnancy, childbirth, in vitro fertilization*

Summary: The results of pregnancy and childbirth in 155 patients after in vitro fertilization were evaluated. The study was conducted in pregnant women after IVF. The course of pregnancy with IVF has been accompanied by obstetric complications, such as placental dysfunction, pre-eclampsia, fetal growth retardation syndrome, premature birth. This has led to need for a more differentiated approach to managing pregnancy after IVF.

Dolzarbli. Shuni ta'kidlash lozimki, yordamchi reproduktiv texnologiyalar yordamida bepustlikni davolashda nafaqat EKU orqali muvaffaqiyatli natijaga erishish, balki tirik sog'lom bola tug'ilishini ta'minlaydigan homiladorlik va tug'ruqning normal kechishini ta'minlash ham muhimdir [1, 7]. Shu nuqtai nazardan, EKU dan foydalanish natijasida yuzaga keladigan homiladorlik va tug'ruqni taktikasini optimallashtirishga bag'ishlangan tadqiqotlar katta ahamiyatga ega [1, 6]. Bunday tadqiqotning aniq maqsadi perinatal natijalarni yaxshilash va ayolning sog'lig'i uchun har qanday xavfning oldini olishdir. Shu bilan birga, tug'ruqni optimal usulini tanlash muammosi (kesar kesish yoki tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ish) ayniqsa dolzarb hisoblanadi, chunki EKU dasturiga murojaat qilgan homilador ayollar kontingentida abdominal tug'ruqlar sonini yuqori darajada ekanligi yaqqol namoyon bo'lmoqda [3, 5].

EKU dasturlarida homiladorlikni yuzaga kelishi faqat birinchi bosqich bo'lib, undan keyin homiladorlikni olib borish va sog'lom bola tug'ish vazifalari dolzarb masala bo'lib qolmoqda. Shu munosabat bilan, EKUdan keyin homiladorlikning kechishi o'rganadigan ilmiy ishlar sonini ko'payishi akusherlik sohasida mihim hisoblanadi [2, 4].

Tadqiqot maqsadi. Ekstrakorporal urug'lantirish natijasida yuzaga kelgan homiladorlik va tug'ruq natijalarini o'rganish.

Tadqiqot materiali va usullari. Biz EKUdan keyin 21 yoshdan 47 yoshgacha bo'lgan (asosiy guruh) 155 ta homilador ayolni tekshirdik. Ulardan, 1 guruh – ayollar geneziga bog'liq (n=92) bepustlik bilan; 2 guruh - erkaklarning bepustligi mavjud ayollar (n=56); 3 guruh – noaniq genezli bepustlik mavjud ayollar (n=7). Nazorat guruhi esa spontan homilador bo'lgan 20 nafar ayoldan iborat bo'ldi.

Tadqiqot natijalari. Asosiy guruhning o'rtacha yoshi $31,84 \pm 0,46$, nazorat guruhiniki $27,35 \pm 1,19$ yoshni tashkil etdi. EKU dan keyin eng ko'p uchraydigan ayollar 30 yoshdan 34 yoshgacha bo'lib, ular 32,9% ni, eng kami - 21-24 yoshda, bu 6,5% ni tashkil etdi ($p < 0,001$).

Tekshirilayotgan ayollarda ushbu homiladorlikning kechishi o'rganildi (n=175). Bir homilalik asosiy guruhdagi 97 ta (62,6%) ayollarda va nazorat guruhida 12 ta (60%) ayollarda uchradi. Ikki egizakli homilalik asosiy guruhda 33,5% (52 ta ayol) va nazorat guruhida 40% (8 ta ayol) bo'ldi. Uch egizakli homiladorlik faqat asosiy guruhda uchradi va 3,9% (6 ta ayol) ni tashkil etdi.

Homila tushish xavfi EKU dan keyin ayollarda sezilarli darajada tez-tez sodir bo'ldi. Nay-peritoneal bepustlik omili bo'lgan homilador ayollarda bu asorat 56 ta ayolda (32,0%; $p=0,04$), erkak

omili bilan – 22 ta ayolda (12,6%; $p=0,02$), noaniq omil bilan – 2 ta ayolda (1,1%; $p=0,01$), nazorat guruhida 1 ta ayolda (0,6%) qayd etildi. Homiladorlikning 6-, 8- va 10-haftalarida homila erta tushish xavfining klinik belgilari kuzatildi. Shu bilan birga, 1-guruhidagi 21 ta (12,0%) va 2-guruhidagi 4 ta (2,3%) ayollarda jinsiy yoʻldan qonli ajralma kuzatildi. 1-guruhdagi 3 ta (1,7%) ayolda va 2-guruhdagi bitta (0,6%) ayolda tashqi qon ketishisiz retroxorial gematoma aniqlandi. Homiladorlikning birinchi trimestrida homila tushish xavfining takroriy klinik belgilari faqat asosiy guruhda kuzatilib, mos ravishda 49 ta (28,0%), 12 ta (6,9%), 2 ta (1,1%) ayollarda kuzatildi ($p=0,01$).

Yuqoridagi natijalardan shunday xulosaga kelish mumkinki, ayollarga bogʻliq bepushtlik mavjud boʻlgan hollarda homiladorlikning birinchi trimestrida havfli akusherlik asoratlari uchrash darajasi yuqori. Homila kechki tushish xavfi guruhlarda mos ravishda 29 ta (16,6%), 11 ta (6,3%), 3 ta (1,7%) va 1 ta (0,6%) bemorlarda qayd etildi ($p=0,041$). Homila kechki tushish xavfining takroriy belgilari faqat asosiy guruhda kuzatilib, mos ravishda 26 ta (14,9%), 11 ta (6,3%), 1 ta (0,6%) ayollarda kuzatildi. Muddatdan oldin tugʻruq xavfi guruhlariga mos ravishda 26 ta (14,9%), 12 ta (6,9%), 1 ta (0,6%) va 1 ta (0,6%) ayollarda qayd etilgan ($p=0,031$). Muddatdan oldin tugʻruq xavfining takroriy belgilari ham faqat asosiy guruhda kuzatilib, guruhlariga mos ravishda 12 ta (6,9%), 8 ta (4,6%) va 1 ta (0,6%) ayollarda kuzatildi. Guruhlar orasidagi boshqa akusherlik asoratlari boʻyicha natijalar 1-jadvalda keltirilgan.

1- jadval. Tadqiqotdagi barcha ayollarda akusherlik asoratlari uchrash darajasi (%)

Homiladorlik davrida uchragan akusherlik asoratlari	1-guruh n=92		2-guruh n=56		3-guruh n=7		Nazorat guruhi n=20	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gipertenziv holatlar	21	12,0	4	2,3	1	0,6	-	-
Xomilaning noaniq holati	8	4,6	4	2,3	-	-	-	-
Ona-yoʻdosh-homila qon aylanishining buzilishi	12	6,9	4	2,3	1	0,6	1	0,6
Normal joylashgan yoʻldoshning barvaqt koʻchishi	11	6,3	6	3,4	1	0,6	-	-
Homila rivojlanishdan orqada qolish sindromi	4	2,3	2	1,1	-	-	-	-
Qogʻonoq pardalarining yorilishi	24	13,7	4	2,3	-	-	-	-

Eslatma: koʻrsatkichlar statistik ahamiyatga ega, $p<0,05$.

Bizning tadqiqotimizda ayollarda homiladorlikning eng koʻp uchraydigan asoratlari homiladorlikning turli bosqichlarida qogʻonoq pardalarining yorilishi (16%) va homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar (14,9%) boʻlib, ular asosan asosiy guruh ayollarida uchradi. II darajali ona-yoʻdosh-

homila qon aylanishining buzilishi 8 ta (4,6%) ayolda kuzatildi va homila rivojlanishdan orqada qolishi va homilaning noaniq holati bilan namoyon bo'ldi. Tug'ruq holatini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, muddatdan oldingi tug'ruq 35 ta (20,0%) ayollarda kuzatildi, guruhlarda mos ravishda 18 ta (10,3%), 16 ta (9,1%) va 1 ta (0,6%) ayollarga to'g'ri keldi. Nazorat guruhidagi ayollarda faqat muddatdagi tug'ruqlar kuzatildi. Asosiy va nazorat guruhlari o'rtasida ko'rsatkichlar statistik jihatdan farqlidir, $p=0,03$. Tug'ruqni olib borish usullarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, ECU dan keyin barcha ayollar kesar kesish yo'li bilan tug'dirildi. Ikkala guruhlarda yangi tug'ilgan chaqaloqlarning tana vazni va balandligi ko'rsatkichlari sezilarli darajada farq qilmadi va mos ravishda $p=0,89$ bilan $p=0,92$ ni tashkil qildi. Erkak genezli bepushtlik mavjud bo'lgan ayollarda chaqaloqlarning o'rtacha tana vazni $3112,2\pm 45,2$ grammni, o'rtacha bo'yi $46,7\pm 0,89$ sm ni tashkil qildi. Ayol genezli bepushtlik mavjud bo'lganlarda chaqaloqlarning o'rtacha tana vazni $3088,6\pm 52,2$ grammni, o'rtacha bo'yi $44,1\pm 0,78$ sm ni tashkil qildi. Noaniq genezli bepushtlik mavjud bo'lgan ayollarda chaqaloqlarning o'rtacha tana vazni $3121,2\pm 67,6$ grammni, o'rtacha bo'yi $46,2\pm 0,23$ sm ni tashkil qildi. Nazorat guruhida esa yangi tug'ilgan chaqaloqlarning o'rtacha tana vazni $3400,0\pm 52,2$ grammni, o'rtacha bo'yi $49,4\pm 1,02$ sm ni tashkil qildi.

Xulosa. ECU dan keyin yuzaga kelgan homiladorlik mavjud ayollarda o'z-o'zidan homilador bo'lgan ayollarga nisbatan akusherlik asoratlarining ko'p namoyon bo'lishi bilan tavsiflandi. Homiladorlikning birinchi trimestrida ECUdan keyingi homiladorlikning kechishi va natijasi bepushtlikning sababiga bog'liq: nay-peritoneal bepushtlik bilan reproduktiv yo'qotishlar chastotasi 7,1%, endokrin bepushtlik bilan - 29%, erkaklik bepushtlik bilan -5,4% ni tashkil qildi. Homiladorlikning ikkinchi trimestri erkaklar bepushtligi mavjud ayollarda akusherlik asoratlarining kam uchirasi, nay-peritoneal bepushtlik mavjud ayollarda homila o'z-o'zidan tushishining past chastotasi (0,6%) bilan, endokrin bepushtlik mavjud ayollarda homila o'z-o'zidan tushishining yuqori chastotasi (5%) bilan tavsiflandi. Homiladorlikning uchinchi trimestrida ECUdan keyin homilador ayollarda gipertenziv holatlarning va homila rivojlanishdan orqada qolishi kabi asoratlar umumiy populyasiyada uchrash chastotasidan 2-3 baravar yuqori bo'lishi bilan namoyon bo'ldi. Shu munosabat bilan, ECU dasturlarini qo'llash natijasida homilador bo'lgan reproduktiv yoshdagi ayollar akusherlik va perinatal asoratlarni rivojlanishi uchun xavf guruhiga kiritilishi kerak va bunday homiladorlikni nazorat ostida olib borish zarur.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Мирзаева Д. Б. Экстракорпорал уруғлантиришдан (эку) сўнг хомиладорликнинг юзага келиши мумкин бўлган асоратлари. / «Назарий ва клиник тиббиёт журнали». Илмий-амалий журнал. №4. Тошкент, 2020. 130-131б.
2. Саиджалилова Д. Д., Мирзаева Д. Б., Эштимирова Х. А. Экстракорпорал уруғлантириши (ЭКУ) мавжуд хомиладор аёлларда хомилани кутара олмаслик ва трофобластик

β-гликопротеин даражаси уртасидаги алока. /“Дерматовенерология ва репродуктив саломатлик янгиликлари”. Марказий Осиё илмий-амалий журнали. №3-4.2022 (99-100). 88-90 бб.

3. Assisted reproductive technology. National Summary Report 2015 - Atlanta Centres for Disease control and prevention 2017. P4-10.

4. Chen H., Luo L., Wen Y., He B., Ling H., Shui J., et al. Chlamydia trachomatis and human papillomavirus infection in women from southern Hunan Province in China: a large observational study. Front Microbiol. 2020; 11: 827.

5. Mirzayeva D. B. Features of the course of pregnancy and childbirth after in vitro fertilization (IVF), taking into account the factor of infertility //Journal of education and scientific medicine. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 12-17.

6. Thakre N, Homburg R. A review of IVF in PCOS patients at risk of ovarian hyperstimulation syndrome. Expert Rev Endocrinol Metab. 2019;14(5):315-319.

7. Vermeij B. G., Buchanan A., Chambers G. M., Kolibianakis E. M., Bosdou J. et al. Are singleton pregnancies after assisted reproduction technology (ART) associated with a higher risk of placental anomalies compared with non-ART singleton pregnancies? A systematic review and metaanalysis. BJOG. 2018.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**К РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА ПОЛИМОРФИЗМА АССОЦИАЦИИ АЛЛЕЛЬНЫХ
ВАРИАНТОВ И ГЕНОТИПОВ ГЕНА ADRB3 НА РИСК РАЗВИТИЯ ПРИВЫЧНОГО
НЕ ВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.**

Д.Б.Мирзаходжаева¹, Н.Н.Мавлянова¹.

*¹ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
акушерство и гинекологии МЗ РУз*

Актуальность. До сих в мировом здравоохранении остается актуальной проблема невынашивания беременности (НВ). НВ является универсальным, интегрированным ответом женского организма на неблагоприятное воздействие экзогенных и эндогенных факторов на состоянии здоровья беременной и плода [Jia G., Yang S., Yang C., Jiana X., et al., 2009]. Отсутствует единая классификация причины самопроизвольного прерывания беременности. Несмотря на противоречия множественных мнений о причинной воздейственных факторов на развитие НВ, ряд авторов до сих пор считают первый самопроизвольный выкидыш эволюционным механизмом элиминации неполноценного потомства.

Целью наших исследований явилось исследование аллельных вариантов и ассоциации полиморфизма генотипов гена ADRB3 на риск развития невынашивания беременности.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 79 беременных в возрасте от 20 до 40 лет, находившиеся под наблюдением врача акушер –гинеколога в амбулаторных и стационарных условиях. В рамках исследования был проведен генетический анализ образцов биологической крови от 79 пациенток женщин, представленных для определения генотипического полиморфизма гена ADRB3, состоящего из аллелей Т/С (rs4994). Выделение ДНК/РНК из всех биологических образцов крови проводили с помощью набора «Рибо-преп» (Интерлабсервис, Россия). Для выявления полиморфизма генотипа, состоящего из аллелей Т/С (rs4994 гена ADRB3, из образцов ДНК были отобраны аллели-специфические праймеры от производителя.

Результаты молекулярно-генетических исследований показали, что возможную связь неблагоприятного вариантного аллеля «С» полиморфизма rs4994 гена ADRB3 , приводящего к замене Т на Сг в положении 4994 аминокислотной последовательности, с развитием невынашивания плода у беременных. Установлено, что риск развития аномалии плода у беременных в случае наличия в геноме вариантного аллеля полиморфизма увеличен в 1,7 раза (OR=1,8). Полученный результат также указывает на то, что гетерозиготный генотип Т/С полиморфизма rs4994 гена ADRB3 является генетической детерминантой, являющиеся фактором предрасположенности к развитию данной патологии, повышающей ее риск в 1,7 раза (OR=1,8). Полученные данные требуют пристального внимания со стороны врачей акушер-гинекологов.

Выводы. Таким образом, данные нашего исследования показали связь аллеля «С» и гетерозиготного генотипа Т/С полиморфизма rs4994 гена ADRB3, с развитием невынашивания беременности. При этом риск формирования патологии при носительстве аллеля «С» и генотипа Т/С увеличивается в 1,5 (OR=1,51) и 1,8 (OR=1,75) раза соответственно. Наличие у беременной с НВ дикого аллеля и генотипа полиморфизма rs4994 гена ADRB3 играет протекторную роль в отношении формирования НБ.

**ПСИХОВЕГЕТАТИВНАЯ СИСТЕМА ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
МЕНОПАУЗЫ.**

С.А.Мирходжаева¹, Г.К.Рахматова¹.

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.

PSYCHOVETATIVE SYSTEM IN WOMEN AFTER SURGICAL MENOPAUSE.

S.A.Mirhodjaeva¹, G.K.Rahmatova¹

¹Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers

The aim of study was to analyse the state of the psychovegetative system in women of reproductive age after obstetric hysterectomy, at the result of research demonstrate the clinical structure of psychovegetative disorders among the woman with surgical menopause. In work it is studied etiopathogenetic role of hysterectomy at various psychovegetative disorders.

Key words: surgical menopause, vegetative dystonia syndrome, personality and reactive anxiety, psychovegetative disorders

ХИРУРГИК МЕНОПАУЗАДАН КЕЙИН ПСИХОВЕГЕТАТИВ ТИЗИМ ХОЛАТИ.

С.А.Мирходжаева¹, Г.К.Рахматова¹.

¹Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi

Тугрук асоратлари сабаблар туфайли гистерэктомиа жаррохлигидан кейинги даврда аёлда пайдо булган клиник узгаришлар патогенезини урганиш мақсадида психовегетатив тизими текширилди. Текшириш натижалар асосида, жаррохликдан кейинги даврда патологик узгаришларни бартараф қилиш мақсадида ва тикланиш муддатини қисқартириш учун тавсиялар ишлаб чиқилди.

Калит сузлар: хирургик менопауза, вегетатив дистония синдроми, шахсий ва реактив ташвиш, психовегетатив бузилишлар.

В последние годы возросла частота гистерэктомий (ГЭ) в репродуктивном возрасте, произведенных в результате тяжёлых патологических состояний, возникающих в родах (массивная кровопотеря, септические осложнения, полиорганная недостаточность).

В результате акушерской ГЭ женщины молодого возраста вступают в так называемую хирургическую менопаузу.

Хирургическая менопауза – состояние, при котором у женщины искусственно прекращается менструация в результате удаления яичников или матки, а также только яичников или только матки.

ГЭ ведет к резкому снижению уровня половых гормонов, возникает так называемое эстрогендефицитное состояние. Осложнения данной операции у женщин репродуктивного возраста имеют гораздо более тяжёлые последствия, так как происходит резкое выключение функции яичников, по сравнению с женщинами менопаузального возраста, у которых происходит постепенное снижение уровня половых гормонов в результате возрастных изменений.

Хирургическая менопауза сопровождается целой гаммой системных изменений. Уже в течение первых месяцев после операции у большинства больных появляются вазомоторные, нервно-психические и эндокринные нарушения.

В то же время, особенности состояния женщин активного репродуктивного возраста после акушерской ГЭ остаются недостаточно изученными.

Актуальность изучения особенностей состояния здоровья женщин активного репродуктивного возраста после акушерской ГЭ обусловлена недостаточностью информации по ее частоте, отсутствием научно обоснованных рекомендаций по профилактике развития и лечения отдаленных осложнений, реабилитации и диспансеризации этого контингента женщин.

Целью исследования явилось изучение нейро-психологического статуса, вегетативного тонуса, реактивности и обеспечения деятельности у женщин, перенесших акушерскую ГЭ.

В соответствии с этим были определены следующие задачи: выявить частоту акушерских ГЭ и провести анализ показаний для этой операции, исследовать клинико-неврологические и психологические особенности, исследовать состояние вегетативной нервной системы, разработать и внедрить в практику лечебно-профилактические мероприятия и эффективные методы лечения женщин данных женщин.

Материал и методы исследования Для выполнения поставленных задач нами было проанализировано количество ГЭ, произведенных в городском родильном комплексе в течение 3-х лет. На 13182 родов произведено 96 ГЭ, на 1000 родов – 7,1. При общей тенденции снижения количества родов имело место увеличение числа ГЭ.

Во время и после кесарева сечения 79 ГЭ, после родов через естественные пути – 17. Из них ампутаций было 73, экстирпации – 23. Средний возраст женщин, подвергшихся ампутации, составил 30,1 лет, экстирпации – 25,9 лет. Первородящих среди них было 20 (23%), повторнородящих – 76 (77%). Наиболее часто ампутации производились в возрастной группе 26-30 лет. В 37 (50,7%) случаях показаниями к ампутации матки были гипотонические кровотечения, в 16 (21,9%) – отслойка плаценты, в 8 (11,0%) – истинное приращение плаценты, 11 (15,1%) – органические изменения матки. Наиболее частыми показаниями для экстирпации матки были гипотонические кровотечения – 20 (87,0%) случаев, истинное приращение плаценты – 2 (8,7%) случаев, в 1 (4,3%) случае – сепсис.

Осложнения ГЭ были у 7 (7,3%), в том числе: перевязка мочеточников у 2, нагноение швов у 3, острая почечная недостаточность у 2. Летальный исход был у 4 (4,2%). 52,2% случаев ГЭ производились без придатков, в 13,1% - с маточными трубами, в 8,7% - с придатками, в остальных случаях придатки удалялись с одной стороны. Нами обследовано 120 женщин активного репродуктивного возраста. Первая, контрольная группа, составила 20 женщин после физиологических родов. Вторую группу составили 70 женщин, перенесших ампутацию матки без придатков. Третья обследованная группа состояла из 30 женщин после экстирпации матки без придатков. Обследование основной группы производилось через 3-6 месяцев после перенесенной акушерской ГЭ. По возрасту женщины распределялись следующим образом: от 20 до 25 лет – 33, от 26 до 30 лет – 40, от 31 до 35 лет – 27. После родов через естественные пути произведено 22 ГЭ. Во время и после кесарева сечения произведено 78. Показаниями к ГЭ после родов через естественные пути были: разрыв матки в 2-х, истинное приращение плаценты и сочетанный разрыв шейки матки I-II степени в 3-х, гипотоническое кровотечение в 12 случаях. Показаниями во время и после кесарева сечения в 36 случаях было гипотоническое кровотечение, истинное приращение плаценты в 10, миома в 13, сепсис в 8, коагулопатическое кровотечение в 11 случаях.

Общая операционная кровопотеря при ГЭ колебалась от 1200 до 4000 мл (в среднем $1747,6 \pm 53,2$ мл), при этом у 32 рожениц она составляла 1100-1500 мл, у 22 была в пределах 1600-2000 мл, у 9 – 2100-2500, и у 2 женщин составила более 2600 мл.

Все наблюдаемые женщины подвергались детальному неврологическому обследованию. Наличие и семиологические особенности СВД оценивалось с помощью стандартизированных вопросников и схем, разработанных в Центре вегетативной патологии под руководством А.М. Вейна. Объективные вегетативные показатели и характер тонуса определялись с помощью таблицы, разработанной также в Центре вегетативной патологии. Это комбинированная таблица, имеющая элементы опросника и регистрации объективных показателей состояния вегетативной нервной системы, которые дают представление о вегетативных взаимоотношениях как внутри отдельной системы, так и об исходном вегетативном тонусе организма. Для исследования вегетативной реактивности мы изучали глазо-сердечный рефлекс Ашнера-Даньини. Исследование вегетативного обеспечения деятельности проводилось экспериментальным моделированием деятельности и проведением орто-клиностатической пробы. Психоэмоциональное состояние (выявление реактивной и личностной тревожности) изучали с помощью методики Спилберга Ч.Д.

Результаты и обсуждение Анализ данных анкеты и схемы для выявления и балльной оценки СВД показывает, что у всех женщин с ГЭ имеет место наличие синдрома вегетативной

дистонии. Количественная балльная оценка выраженности СВД выявила, что по данным анкеты средний балл в I-группе оказался равен 43,4, при пороговой оценке 15 баллов; по данным схемы 50,4 баллов, при пороговой оценке 25 баллов. Эти показатели явно отличаются от данных контрольной группы, где они равны, соответственно, 20,9 и 26,9 ($P < 0,05$). Средний балл оценки СВД у больных II-группы составляет по данным анкеты 45, а по данным схемы 52,1. Анализ клинической семиологической структуры выявленного СВД показывает, что периферические вегетативно-сосудистые расстройства и признаки метеолабильности наблюдаются у 100% больных обеих групп, психоэмоциональные расстройства встречаются у всех женщин II-группы и у 89,5% больных I-группы. Признаки нейрогенной гипервентиляции имеют место в обеих группах – в 84,3% и 78,9% случаев, соответственно.

Во II-группе оказалось больше больных с признаками лабильности сердечно-сосудистой системы – 70,1% против 63,1% в I-й группе, а также чаще встречались мигрень, склонность к обморочным состояниям – 58,8% против 52,6%. Таким образом, состояние женщин сопровождается выраженными проявлениями дисфункции вегетативной нервной системы перманентного и пароксизмального характера, что выявляется как клинически, так и при обследовании с помощью унифицированных анкет и схем. Наиболее значимым среди полученных данных представляется то, что СВД как в количественном, так и в качественном отношении оказался существенно более выраженным в группе больных, перенесших экстирпацию. Отсюда следует, что акушерская ГЭ является важным фактором формирования синдрома вегетативной дистонии, и что на степень его выраженности влияет объем операции. Также имело место явное преобладание тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (66,7%), что достоверно больше ($P < 0,05$), чем у контрольной группы, где тонус в среднем близок к нормотонии с очень лёгким преобладанием симпатических проявлений (50,89%). Сопоставление показателей вегетативного тонуса показало, что выявленный уровень парасимпатикотонии достоверно выше у лиц II-группы по сравнению с контролем и с показателями I-группы (69,5% против 50,8%). Анализ вегетативной реактивности по показателям пробы Ашнера-Даньини обнаружил тенденцию к достоверно менее выраженному замедлению пульса в группе больных – замедление I и II группах на 6% и 6,2%, соответственно, при 5,45% в контрольной группе ($P < 0,05$).

Иными словами, в группе больных выявлена парасимпатическая направленность вегетативной реактивности. Эти результаты согласуются с данными исследования вегетативного тонуса в обследованных группах. Сравнение показателей вегетативной реактивности в группах женщин, перенесших ампутацию, и в группе женщин, перенесших экстирпацию, показало, что во II-группе тенденция к парасимпатической направленности вегетативной реактивности выше,

хотя достоверных различий в величине замедления ЧСС в пробе Ашнера-Даньини не получено. Сравнение результатов ортоклиностатической пробы показало, что выявленные признаки недостаточности вегетативного обеспечения деятельности больше характерны для больных II-группы, степень падения систолической АД и снижение ЧСС во II-группе больных достоверно больше, чем в I-группе.

У части женщин психоэмоциональное состояние (выявление реактивной и личностной тревожности) изучали с помощью методики Ч.Д.Спилберга. При исследовании выявлены существенные изменения. Обнаружено повышение уровня реактивной и личностной тревожности в группе больных. Если в контрольной группе уровень реактивной и личностной тревожности 39,0 и 49,0, соответственно, то в I-группе уровень тревожности составил: 42,3 и 51,8, результаты теста во II-группе достоверно больше, чем в I-группе больных: 46,6 и 55,7 ($P < 0,05$), соответственно. Резюмируя изложенное, следует отметить, что ГЭ в активном репродуктивном периоде сопровождается развитием выраженного СВД с перманентными и пароксизмальными вегетативными изменениями в организме. В основе этого СВД лежит парасимпатическая направленность вегетативного тонуса и реактивности, недостаточность вегетативного обеспечения деятельности и комплекс психоэмоциональных нарушений с наличием высокой реактивной и личностной тревожности. Важно подчеркнуть, что при ГЭ в зависимости от объема операции формируется психовегетативный синдром с разной количественной и качественной выраженностью основных его признаков. Наши данные показывают, что экстирпация матки без придатков по сравнению с ампутацией сочетается с более выраженным СВД, большим превалированием парасимпатической направленности вегетативного тонуса и реактивности, более выраженной недостаточностью вегетативного обеспечения деятельности. В структуре личности этих больных обращает на себя внимание прежде всего более высокий уровень тревожности.

Заключение 1.Акушерская ГЭ, формируя новое анатомическое качество, приводит к развитию нейро-эндокринных, психо-эмоциональных и вегетативных расстройств. В патогенезе этих расстройств ведущую роль играет психоэмоциональный стресс, нарушение гормональной рецепции вследствие удаления матки, которые способствуют тенденции к инволюции нарушению гипоталамо-гипофизарных взаимоотношений.

2.Совокупность вегетативных изменений при этом характеризуется полисистемными вегетативными дисфункциями в соматической сфере, которые проявляются синдромом вегетативной дистонии (СВД). В основе СВД у женщин, перенесших акушерскую гистерэктомию, лежит парасимпатическая направленность вегетативного тонуса и реактивности, недостаточность вегетативного обеспечения деятельности на фоне патологической избыточности восходящей неспецифической активности мозга.

3. Психоэмоциональным эквивалентом СВД является тревожный синдром, характеризующийся высоким уровнем как реактивной, так и личностной тревожности. Функциональное состояние ВНС находится в тесной корреляции с психоэмоциональным состоянием, а именно, состоянием тревожности в психоэмоциональной сфере. В частности, более высокому уровню тревоги соответствует более выраженная вегетативная активация в организме женщины.

4. При лечении этих расстройств, наряду с коррекцией эндокринных расстройств, необходимо одновременное применение вегетотропных и психотропных средств, а также препаратов, улучшающих метаболизм головного мозга. Необходимым условием снижения выраженности расстройств является проведение лечебно-профилактических мероприятий с раннего послеоперационного периода.

Литература:

1. Арефьева М.У. Применение Фемостона при климактерических расстройствах и сопутствующих заболеваниях. // Здоровье Украины. - 2008. - № 3(1). - С.15-18.
2. Атаханова Л.Э. Кардиоваскулярная система в менопаузе. - Горно-Алтайск: Академия Холдинг, 2003. - 272с.
3. Атаханова Л.Э., Султанова А.У., Талипова Ю.Ш. Климадинон в коррекции климактерического синдрома // МесНса1express. - 2005. - №3. - С.36-39.
4. Балан В.Е., Зайдиева Я.З. Возможности коррекции климактерических расстройств негормональными методами // Лечащий врач. - 2000. - №5-6, - С.24-26.
5. Баранов И.И., Серов В.Н. Климактоплан в терапии климактерического синдрома // Русский медицинский журнал. - 2005. - Т.13, №1. - С.13-15.
6. Вихляева Е.М. Постменопаузальная терапия. Влияние на связанные с менопаузой симптомы, течение хронических заболеваний и качество жизни. - М.: МЕДЭкспресс-информ, 2008. - 448с.
7. Геворкян М.А., Манухин И.Б., Казенашев В.В. Опыт применения гормонотерапии при климактерических расстройствах // Фарматека. - 2007. - №2(117). - С.19-24.
8. Modugno F., Ness. R., Ewin S., Cauley J.A. Effect of raloxifene on sexual function in older postmenopausal women with osteoporosis // Obstet. Gynec. 2003. Vol. 101, № 2. P. 353- 361.
9. Wactjen L.E., Brown J.S., Modelska K., et al. Effect of raloxifene on urinary incontinence: a randomized controlled trial // Obstet. Gynecol. 2004. Vol.103, № 2. P 261- 266.
10. Wuttke W., Seidlova-Wittke D., Balzer I., et al. Phytoestrogens: dangerous drugs or soft hormones? // In: Menopause. The State of Art – in research and management / Ed. H.P.G. Schneider / The Parthenon Publishing Group, 2003. P 295- 306.

**КОМПЬУТЕР ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ ОРҚАЛИ КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН
КАСАЛЛИКЛАРНИ OLDINI OLISH.**

F.M.Melibayeva

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Kalit so'zlar: *Elektromagnit maydonning ta'sirini yumshatish, ionlar inson holati.*

Kirish: Kompyuterda ishlayotganda xavfsizlik choralari ko'rish kerak. Kompyuterning qayerda ishlatilishidan qat'iy nazar (uyda yoki ishda), ularda ishlash talablari boshqacha emas. Qoidalarga rioya qilish muhimroqdir, chunki ishda mehnatni muhofaza qilish mutaxassislar va nazorat organlari tomonidan amalga oshiriladi va uyingizda sizning xavfsizligingiz shaxsan o'zizingizga bog'liqdir. Axir, kompyuterdan (hatto musiqa yoki o'yinlarni tinglash) har qanday hollarda foydalanish bu ishdir.

Metodlar: Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek shaxsiy kompyuter har qanday xavfli uskunalar kabi o'z xavfsizligiga e'tiborni tortadigan shaxsdan talab qilmaydi. Biroq, kompyuterda ishlayotganda xavfsizlik choralari ko'rish kerak. Kompyuter xavfsizlik talablariga rioya qilmaslik, bir muncha vaqt o'tgach, bosh og'rig'i, ko'z og'rig'i, bel og'rig'i va qo'llarning bo'g'imlarida ma'lum bir noqulaylikni boshdan kechiradi. Ko'pincha bunday muammolar bilan bog'liq:ish joyining hajmi yetishmasligi;xonadagi harorat va namlik sharoitlariga rioya qilmaslik;

- xona va ishchi sirtida yorug'likning past darajasi;
- monitorlardan past chastotali, magnit maydonlarining yuqori darajasi;
- uskunalarini o'zboshimchalik bilan joylashtirish va ish joylarini tashkil etish talablarini buzish;
- ish va dam olish talablariga rioya qilmaslik;
- ishchilarning haddan ortiq ishlab chiqarish yuki;
- hususiy stresning ta'sirini kamaytirish qobiliyatining yo'qligi.

Natijalar: Kompyuterda ishlayotgan paytda xavfsizlikni oshirish uchun, avvalambor, ish joyini qulayligini o'rganishga e'tibor berishingiz kerak. Ish joyining qulayligini yaxshilash uchun siz quyidagi choralarni ko'rishingiz kerak.

1. Monitorni yuqori nuqtasi to'g'ridan-to'g'ri ko'zlaringizning o'rtasi oldida joylashishi bu sizning boshingizni to'g'ri tutib, osteoxondroz rivojlanishini bartaraf qiladi. Monitordan ko'zgacha masofa kamida 45 sm bo'lishi kerak;

2. Stulni orqa va qo'l qo'yadigan suyamalari, shuningdek oyoqlari yerga mustahkam turadigan balandlik bo'lishi kerak. Balandligi o'rnatiladigan stulni sotib olish maqsadga muvofiqdir. Bunday stul har tamonlama qulay. 3. Tez-tez ishlatiladigan narsalarning joylashuvi har qanday burilish pozitsiyasida uzoq

vaqt qolishiga olib kelmasligi kerak; 4. Ish joyining yoritilishi monitor ekranida tasvirlanishini xohlamaydi. Monitor ekranni deraza yonida qo'yishingiz mumkin emas, chunki siz ekranda derazadan tashqaridagi narsalarni ko'rishingiz mumkin. 5. Klaviatura bilan ishlaganda qo'lning tirsak burchagi tekis bo'lishi kerak (90 daraja); 6. Sichqoncha bilan ishlaganda barmoqlar tekis bo'lishi kerak va stolni chekka qismida bo'lmasin.

Xulosa: Kompyuterda ishlayotganingizda, tabiatni tomosha qilish, ish jarayonida uzilishlar qilish, yuqorida keltirilgan natijalardan xulosa chiqarib, amaliyotga tatbiq etishingiz bularning barchasi sizni jiddiy kasalliklardan qutqarish va saqlash uchun qobiliyatingizni oshiradi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Турханова Ж.Ж., Аширбекова Б.Д. Инновационные технологии в обучении студентов-медиков // Современные проблемы науки и образования. 2018. №3.
2. <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27703>
3. <https://cyberleninka.ru/article/n/tibbiyot-xodimlarini-o-qitishda-innovatsion-texnologiyalar>
4. <https://www.xabar.uz/uz/tahlil/tibbiyotda-iot-texnologiyalar-insoniyat>
5. <http://www.econferencezone.org/index.php/ecz/article/view/822>

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭНДОМЕТРИОЗА В ГИНЕКОЛОГИИ

Н.Х.Муминова¹, С.Т.Джумаева¹.

¹Центр развития повышения квалификации медицинских работников

Актуальность. Эндометриоз один из гинекологических патологий которая часто приводит к женскому бесплодию. Женщины с этой патологией часто обращаются в специалисту по поводу тазовой боли (34%), бесплодии (37%) и с нарушением менструального цикла

Целью настоящего исследования явилось анализ анамнестических данных и диагностических тестов пациенток репродуктивного периода с ЭН.

Материал и методы исследования 38 женщин репродуктивного возраста с эндометриозом, у которых было проанализировано течение болезни, с изучением анализов и диагностических исследований.

Результаты исследование и обсуждение.Для постановки точного диагноза и установления причины сочетанных патологий такие как эндометриоз немаловажное особое значение имеют анамнестические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Внедрение инновационных лабораторных исследований для установления причины ЭН являются перспективным направлением решением задач касающихся ЭН.

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR ENDOMETRIOSIS IN GYNECOLOGY

N.Kh.Muminova¹, S.T.Djumaeva¹.

¹*Center for the Development of Professional Development of Medical Workers*

Relevance. Endometriosis is one of the gynecological pathologies that often leads to female infertility. Women with this pathology often turn to a specialist for pelvic pain (34%), infertility (37%) and menstrual irregularities.

The purpose of this study was to analyze the history data and diagnostic tests of patients of the reproductive period with EN.

Material and methods of research 38 women of reproductive age with endometriosis, in whom the course of the disease was analyzed, with the study of analyzes and diagnostic studies.

Results of the study and discussion For making an accurate diagnosis and establishing the cause of comorbidities such as endometriosis, anamnestic, laboratory and instrumental research methods are of particular importance. The introduction of innovative laboratory research to determine the cause of EN is a promising direction in solving problems related to EN.

GINEKOLOGIYADA ENDOMETRIOZ DIAGNOSTIK MEZONLARI

N.X.Muminova¹, S.T.Djumaeva¹.

¹*Tibbiyot xodimlari malakasini oshirish markazi*

Dolzarbli. Endometriozi (EN) ko'pincha ayollarning bepushtligiga olib keladigan ginekologik patologiyalardan biridir. Ushbu patologiyaga ega bo'lgan ayollar ko'pincha tos a'zolaridagi og'riqlar (34%), bepushtlik (37%) va hayz davrining buzilishi uchun mutaxassisga murojaat qilishadi.

Tadqiqotning maqsadi EN bilan kasallangan reproduktiv davrdagi bemorlarning tarixi va diagnostik testlarini tahlil qilish edi.

Materiallar va tadqiqot usullari: endometriozi reproduktiv yoshdagi 38 ayol, ularda kasallikning borishi tahlil qilingan va diagnostik tadqiqotlar o'rganilgan.

Tadqiqot natijalari va muhokamasi. Anamnestic, laboratoriya va instrumental tadqiqot usullari to'g'ri tashxis qo'yish va endometriozi kabi qo'shma kasalliklarning sababini aniqlashda katta ahamiyatga ega. EN sabablarini aniqlash uchun innovatsion laboratoriya tadqiqotlarini joriy etish EN bilan bog'liq muammolarni hal qilishda istiqbolli yo'nalish hisoblanadi.

Актуальность. Качество жизни женщин репродуктивного периода имеет ряд своих особенностей и гинекологические заболевания имеют немаловажную роль в его становлении.

В настоящее время среди женщин репродуктивного периода часто встречаются различной локализации эндометриоз (ЭН), как экстрагенитального так и генитального расположения, особенно много сочетанные патологии такие как ЭН с опухолевидными образованиями или изменениями в яичниках, в том числе и поликистозные яичники (ПКЯ) (1,2). Эндометриоз один из гинекологических патологий которая часто приводит к женскому бесплодию. Женщины с этой

патологией часто обращаются в специалисту по поводу тазовой боли (34%), бесплодии (37%) и с нарушением менструального цикла (1,5). В настоящее время наряду с дискуссиями об этиологии, механизмах патогенеза, схемах лечения как ЭН существует ряд вопросов, касающихся, которых мы должны лечить в самом начале и удовлетворить желание пациентки. К сожалению в литературе мало данных анализа, посвященных основным проблемам лечения бесплодия и отдаленных осложнений у пациенток с ЭН. Есть мнение многих специалистов что имеют место «малые формы» эндометриоза, чаще бессимптомные, которые ведут в заблуждение специалистов при диагностике(1).

Небольшой объем научных публикаций по заявленной теме указывает направление для будущих исследований, открывающих перспективы улучшения лечения бесплодия женщин с эндометриозом и еще чаще с его сочетанными формами. Лечение для реализации репродуктивной функции в указанных группах пациенток должно быть строго индивидуализировано с учетом всех особенностей сочетанных форм.

Достоверных данных по частоте встречаемости сочетанных форм ЭН с другими гинекологическими патологиями например с ПКЯ, миомой в литературе нет, хотя эти патологические состояния встречаются при ежедневной практике гинеколога (1.3).

Целью настоящего исследования явилось анализ анамнестических данных и диагностических тестов пациенток репродуктивного периода с ЭН сочетанный с другими гинекологическими доброкачественными опухолевидными заболеваниями.

Материал и методы исследования 38 женщин репродуктивного возраста с эндометриозом различного генеза, у которых было проанализировано течение болезни, с изучением анализов и диагностических исследований. Из них у 8 были ЭН+ПКЯ, у 7-ЭН, узловая миома матки, у 18 -МОНО ЭН. Для выяснения причин заболевания женщины подверглись анкетированию с заранее составленным вопросником. Возраст пациенток колебался от 19 до 39 лет, составляя, в среднем, $26,6 \pm 1,6$ года. По роду занятий 22 (57,9%) обследованные являлись служащими, 16 (42,1%) – домохозяйками Сопутствующая экстрагенитальная патология была обнаружена у 71,1% пациенток, из них заболевания щитовидной железы отмечаются у каждой 3-ей, гинекологические заболевания в анамнезе имели 24 (63,1%). Менархе у больных: 10-12 лет – 5 (13,1%), 13-15 лет – 11 (23,7%), 16-18 лет – 22 (57,9%). Нормопонирующий цикл был отмечен у 9 (23,7%), антепонирующий – у 12 (31,6%), постпонирующий – у 17 (44,7%) пациенток. Менструальный цикл был циклическим у 9, ациклическим у 29. Нарушения менструального цикла по типу олигоопсоменореи 6, гиперполименорея- 19, нормальные кровопотеря во время цикла у 13. На первичное бесплодие в анамнезе указывали 22 беременных с продолжительностью, в среднем, от 1 до 3,5 лет, на вторичное 8. Повторнобеременные- 9 (

23,7%), из них завершились родами – 11,2%, с привычным невынашиванием беременности – 73%. Характерной особенностью анамнеза больных с гиперандрогенией является спонтанное прерывание более 2/3 всех беременностей в первом триместре (67,8%), половина из них – до 8 недель беременности. Второй пик увеличения частоты самопроизвольных выкидышей был 13-20 недель, вероятно, за счет гинекологических осложнений. В эти сроки у женщин с гиперандрогенией прерывалась каждая третья беременность. Высок был процент неразвивающихся беременностей (10,5%).

Пациенткам в случае сочетанной с другими опухолевидными заболеваниями диагноз выставляли по данным УЗИ (38), МРТ (13), а также с помощью других инструментальных и антропометрических исследований – массо-ростовой индекс, особенности оволосения (по шкале Ферримана-Голлвея), наличие гиперандрогенной дерматии (акне, стрии) только у 1 пациенток (34,7%)(2,3). Из методов исследования всем 38 пациенткам включали определение содержания в сыворотке крови ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, кортизола, тестостерона, дегидроэпиандростерона радиоиммунологическим методом, АМГ, ингибин В методом ИХЛА, экскрецию 17 – КС в суточной моче - только 23м пациенткам(47,9 %). РИАГ гормонов крови был произведен почти всем из 38, 29 пациенткам на 5-8-й день менструального цикла или , остальным при ациклическом цикле в любой день. Для диагностики ПКЯ учитывались характерный анамнез, внешний вид и клиническая симптоматика, для ЭН обязательно учитывали болевой синдром, его характер и обращали внимание на давность боли и кратность проведенных антибактериальных лечений, для миомы также симптом боли и гиперполименорея.

Результаты исследования. Анамнез был отягачен у большинства пациенток, где родители по женской линии перенесли различные доброкачественные (17), злокачественные гинекологические заболевания. ИМТ :норма-7, избыточный все-11, 1ст -12, 2-й степени-8;

Из инструментальных исследований для диагностики проводили УЗИ органов малого таза: уменьшение переднезаднего размера матки и увеличение объема яичников по сравнению с нормой. Объем яичников более 9 см³, гиперплазированная строма до 25% объема, более 12-13 атретичных фолликулов диаметром до 10 мм, расположенных по периферии под утолщенной капсулой. МРТ для исключения опухоли гипофиза было сделано только 5 пациенткам с сопутствующей патологией, где у двоих выявили пролактиному и изменения в турецком седле, МРТ надпочечников – для исключения гиперплазии коры надпочечников только у 3.

Гормональные исследования: базальный уровень ЛГ превышал нормальные показатели у 70% больных, снижение базального уровня ФСГ в 30% случаев, ЛГ/ ФСГ>2,5, гиперпролактинемия (>700 мМЕ/л) встречался у 11 (чаще при центральных формах синдрома), а также увеличение уровня общего и свободного тестостерона, 17-оксипрогестерон при нормальном содержании ДЭА-С. При превышающих значениях ИМТ, при метаболических

нарушений (43%) назначили корректирующую терапию(диета, лечебная физкультура и метформин или инозитол).

Оперативное лечение из 38 было произведено 5-м пациенткам в объеме клиновидной резекции, удаления эндометриодного очага и узлов миомы матки.

И ни у одной пациентки не были найдены исследования посвященные к изучению генетической предрасположенности к СПКЯ.

Обсуждения результатов. Анализируя данные обследованных женщин с сочетанной гинекологической патологией мы хотели перечислить методы исследования по мере их значимости и необходимости для постановки точного диагноза. Тщательный сбор анамнеза, с выяснением наследственных заболеваний, объективный осмотр, с подсчетом по шкале Галлвея-Ферримана, вычисления ИМТ, для установление степени ожирения, подсчет индекса НОМА, для выявления степени инсулинрезистентности, радиоиммунные исследования гормонов, ТФД, УЗИ, при сопутствующей патологии (гиперпролактиемии) и для точной верификации эндометриоза МРТ или МСКТ.

Заключение. На наш взгляд в современной клинике диагноз ЭН, особенно при сочетании с другими опухолевидными заболеваниями ЖПО, особенно если женщину беспокоит бесплодие, следует начать исследование с сбора анамнеза, далее проведение антропометрических, гормональных исследований, хотя они также имеют характерные особенности, в случае отсутствия условий или экономических ресурсов, так как многие пациентки именно из-за этих причин не или поздно обращаются к специалистам. Преемственная практика между эндокринологом и гинекологом будет способствовать своевременной точной диагностики и лечения заболевания. Но верификация эндометриоза предоставляет некоторые трудности и поэтому для точной характеристики распространенности эндометриодного очага рекомендуем такие специальные методы исследования как МРТ и по показаниям лапароскопию (2,3,5).

Таким образом, для постановки точного диагноза и установления причины сочетанных патологий такие как эндометриоз, СПКЯ, миома матки немаловажное особое значение имеют анамнестические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Внедрение генетических исследований для установления причины ЭН в сочетании с другими опухолевидными состояниями являются перспективным направлением решением задач касающихся в этом направлении(1,4).

Литература:

- 1.Адамян Л.В., Бургова Е.Н., Ткачев Н.А. и др. Применение динитрозильных комплексов железа с глутатином снижает болевые проявления у крыс с экспериментальным эндометриозом. // Проблемы репродукции. - 2013. - N 5. - С. 73-80.
- 2.Вартанова И.В., Полушин Ю.С., Беженарь В.Ф. Оптимизация послеоперационного

- обезболивания больных наружным генитальным эндометриозом тяжелой степени // Ж. Акушерства и женских болезней. - 2011. - Т. LIX. - N 4. - С. 26-31.
3. В.М.Боголюбова. - М.: БИНОМ, 2010. - книга 1. - С. 63-77. Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В. Эндометриозидная болезнь // Гинекология: Руководство для врачей. /Под ред. В.Н.Серова, Е.Ф.Кира. - М.: Литера, 2008, - 840 с.
4. Колотовкина А.В., Калинина Е.А., Коган Е.А. Морфофункциональные особенности эндометрия у больных эндометриозом ассоциированным бесплодием (обзор литературы) // Консилиум медиком. - 2012. - N 4. - С. 74-79.
5. Berlanda N., Vercellini P., Fedele L. The outcomes of repeat surgery for recurrent symptomatic endometriosis // Curr Opin Obstet Gynecol. - 2010. - Vol. 22. - N 4. - P. 320-325.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА В
ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

Н.Д. Муратова¹, Д.Д. Эшонходжаева¹, Г.С. Бабаджанова², К.А. Саттарова².

¹Ташкентский государственный стоматологический институт,

²Ташкентская медицинская академия

Ключевые слова: *преждевременные роды, перинатальная заболеваемость, диагностика, лечение, микронизированный прогестерон*

Резюме: Преждевременные роды являются медицинской и социальной проблемой во всем мире, характеризующейся высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью. Применение токолитиков не снижает частоты преждевременных родов.

Цель исследования: определение эффективности применения микронизированного прогестерона в профилактике и лечении преждевременных родов.

Применение микронизированного прогестерона способствовало снижению тонуса матки и тормозило укорочение шейки матки, что позволяло сохранить беременность у женщин с угрозой преждевременных родов и беременных с отягощенным акушерским анамнезом.

**EFFECTIVENESS OF MICRONIZED PROGESTERONE IN THE PREVENTION OF
PRETERM LABOR**

Muratova N.D¹, Eshonkhodjaeva D.D¹, Babadjanova G.S², Sattarova K.A².

¹Tashkent State Dental Institute,

²Tashkent medical academy

Keywords: *premature birth, perinatal morbidity, diagnosis, treatment, micronized progesterone*

Resume: Preterm birth is a medical and social problem worldwide, characterized by high perinatal morbidity and mortality. The use of tocolytics does not reduce the incidence of preterm birth.

The purpose of the study: to determine the effectiveness of the use of micronized progesterone in the prevention and treatment of preterm birth. The use of micronized progesterone contributed to a decrease in uterine tone and inhibited the shortening of the cervix, which made it possible to maintain pregnancy in women with a threat of preterm labor and pregnant women with a burdened obstetric history.

The urgency of the problem. Premature birth and the birth of a premature baby is a serious medical and social problem throughout the world and in all countries, regardless of their economic development [6].

The cause of premature birth can be somatic diseases of a pregnant woman, such as hypertension, pathology of the cardiovascular system, kidney and liver diseases, autoimmune conditions, in particular Rh immunization, and others [7, 1, 2, 3].

Early preterm birth (PB) is characterized by the birth of a premature baby with extremely low and very low body weight, which in turn increases the incidence of perinatal morbidity and mortality. The costs of nursing such small children are also significant. Thus, the economic calculations of American experts have shown that more than 35 thousand dollars are spent on nursing one premature baby with low birth weight [12]. It is also important that about 60% of premature babies born as a result of very early (22-27 weeks) and early (28-33 weeks) births have any diseases, about 40% die in the first month of life [9,11]. Thus, despite the use of modern perinatal technologies developed by WHO and implemented in neonatology, the survival rate of preterm infants does not improve significantly.

The use of tocolytic drugs prolongs pregnancy up to 7 days without a significant effect on PB and without a clear effect on perinatal or neonatal mortality or neonatal morbidity (WHO). Despite numerous studies in this direction, the frequency of preterm birth does not decrease [8, 10].

All this requires doctors to improve the quality of diagnosing the threat of preterm birth and treatment aimed at prolonging pregnancy. This in turn will improve fetal viability and improve perinatal outcomes. The use of ultrasound diagnostics of the length of the cervix (cervicometry) in the second half of pregnancy makes it possible to predict the risk of PB [5]. Establishing a shortening of the cervix or a burdened obstetric history (OAA) for the development of PB in a pregnant woman allows timely prescribing of progesterone preparations, tocolytics, and performing cerclage. In the development of PB, the presence of an inflammatory process of the birth canal is of no small importance [4]. To correct progesterone deficiency, which provides a tocolytic effect on the pregnant uterus, micronized progesterone preparations have been widely used in recent years.

The purpose of this study was to determine the effectiveness of micronized progesterone in the prevention and treatment of preterm birth.

Material and research methods. A total of 30 pregnant women with a gestational age of 23-30 weeks were examined, which were divided into 2 groups: group 1 - 14 pregnant women with signs of threatened preterm birth, group 2 - 8 pregnant women with OAA who had reproductive losses due to preterm birth. The control group consisted of 8 healthy women in similar terms. All pregnant women underwent ultrasound of the fetoplacental complex and cervicometry in dynamics. For prevention and treatment, reducing the tone of the uterus, standard treatment was used on an outpatient basis for 14 days. Pregnant women were prescribed physical rest, antispasmodics and micronized progesterone in the form of vaginal suppositories (Natugest, progesterone 100 or 200 mg in the form and Metaklax in the form of vaginal suppositories, Dehradun (India)). Suppositories Metaklax are a complex preparation which includes metronidazole 200 mg, clothrimazole 160 mg and chlorhexidine acetate 8 mg. The drug is approved for use by pregnant women from the second trimester.

Research results. The age of the examined patients ranged from 21 to 38 years and averaged 32.4 ± 4.7 years. By parity, this pregnancy in the examined women of group 1 was the first in 4, the second - in 6 and the fourth in 2 women. There was no history of abortions in these patients. In the second group of pregnant women, there was a history of reproductive losses in all and were represented by spontaneous miscarriages (in 4 women), premature births (in 4 women). The course of pregnancy in most pregnant women of the 1st group was complicated by the appearance of pain in the lower abdomen from the 5-6th week of gestation, in addition, 5 (41.7%) women complained of spotting bloody discharge from the genital tract. This required inpatient treatment in 7 (58.3%) women, repeated hospitalizations with the same complaints were in 4 pregnant women at a gestational age of 16-20 weeks. Ultrasound examination of the uterus revealed an increase in the tone of the myometrium, increased motor activity of the fetus, but the size of the fetus corresponded to the gestational age. In three cases (25%), ultrasound revealed turbidity of the water and a relative decrease in the amount of amniotic fluid. These signs are indirect manifestations of the impact of infection on the fetoplacental complex. Ultrasonic cervicometry revealed in 5 (41.7%) patients a shortening of the cervix up to 30 mm, which is typical for the clinic of threatened preterm birth.

In group 2, this pregnancy was more often complicated by the threat of termination in the second trimester in terms of 14 to 20 weeks. Two patients had repeated hospitalizations in the department of pathology of pregnant women. Ultrasound of the fetoplacental complex with dopplerometry of the uterine-placental-fetal blood flow did not reveal any violations. At the same time, in the majority of pregnant women, during ultrasound cervicometry, a shortening of the cervix by 4-6 mm was noted, which indicated the risk of preterm birth. All patients received standard treatment with the inclusion of micronized progesterone vaginally. If a pregnant woman has signs of a threatened abortion (10 women)

at a dose of 200 mg x 2 times a day, in pregnant women without such signs (10 women) - 100 mg x 2 times a day vaginally to prevent preterm labor. Repeated cervicometry after a two-week course of treatment showed that the use of micronized progesterone in pregnant women with the threat of interruption, the shortening of the neck length, as well as the opening of the cervical canal, did not progress. After reaching the tocolytic effect, Metaklax suppositories were prescribed vaginally for 7 days to sanitize the birth canal. The use of micronized progesterone to prevent miscarriage also showed stabilization of the length of the cervix and the diameter of the cervical canal, which indicated the effectiveness of the treatment even with the use of a low dose of progesterone. Treatment contributed to the further favorable course of pregnancy.

Thus, an objective criterion for the threat of preterm labor is the length of the cervix, as determined by ultrasonic cervicometry. The use of micronized progesterone vaginally has a tocolytic effect, which inhibits its further shortening and contributes to the preservation of pregnancy.

For the treatment of threatened preterm labor, a dose of micronized progesterone 200 mg x 2 times a day for at least two weeks is effective. The pathological course of pregnancy, aggravated obstetric history are indications for the appointment of vaginal progesterone, which has a preventive tocolytic effect and will help maintain pregnancy. The dose of the drug should be determined by the doctor, depending on the clinical manifestations, the risk of preterm birth, based on cervicometry data. An obligatory component of treatment is the sanitation of the birth canal.

Conclusions. 1. The use of micronized progesterone vaginally with the threat of preterm labor inhibits the shortening of the cervix and contributes to the preservation and prolongation of pregnancy.

2. Women with a burdened obstetric history of miscarriage are recommended to use progesterone vaginally to prevent shortening of the cervix and the onset of preterm labor, followed by sanitation of the birth canal.

Bibliography:

1. Born too soon: the global action report on preterm birth. World Health Organization 2012
2. Clinical Significance of an Alloantibody against the Kell Blood Group Glycoprotein / S. M. Mattaloni [et al.] // *Transfus. Med. Hemother.* - 2017. - Vol. 44, № 1. - P. 53-57.
3. Manuck T, Fry RC., McFarlin BL. Quality Improvement in Perinatal Medicine and Translation of Preterm Birth Research Findings into Clinical Care Review *Clin Perinatol.* 2018 Jun; 45(2):155-163.
4. Muratova, Nigora J., and Nargiza G. Shokirova. "TREATMENT OF PLACENTAL INSUFFICIENCY IN PREGNANT WOMEN WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME AND VARICOSE VEINS." *Oriental Journal of Medicine and Pharmacology* 2.02 (2022): 46-54.
5. Nazli R, Haider J, Khan MA, Akhtar T, Aslam H. Frequency of ABO blood groups and RhD factor in the female population of District Peshawar. // *Pak J Med Sci.* 2015 Jul-Aug;31(4):984-6.

6. Ramlakhan KP, Johnson MR, Roos-Hesselink JW. Pregnancy and cardiovascular disease. //Nat Rev Cardiol. 2020 Nov;17(11):718-731.
7. Tsaitlin-Mor L, Nir A, Elchalal U, Bdolah-Abram T, Weiniger CF. Outcomes of pregnancy and delivery in women with cardiac disease compared to matched healthy controls.// J Matern Fetal Neonatal Med. 2021 Mar 7:1-7.
8. Tucker J, McGuire W. Epidemiology of preterm birth. BMJ 2004, 329:675. <http://www.bmj.com/content/329/7467/675>
9. Болотских В.М., Борисова В.Ю. Роль определения биохимических маркеров и цервикометрии в диагностике угрожающих преждевременных родов // М.: Акушерство и гинекология. - 2015. - №2. - С.94-98.
10. Коротких И.Н. Самодай В.Н., Бабкина М.С. Перинатальные факторы, ассоциированные с внутрижелудочковыми кровоизлияниями у недоношенных детей. // М.: Вопр.гинекол., акушер. и перинатологии, 2018, т.17, №2, С. 67-70.
11. Суяркулова М.Э., Бабаджанова Г.С. Пути совершенствования перинатальной помощи в профилактике преждевременных родов и перинатальных потерь // Тиббиётда янги кун, МЧЖ, 2021.- №3(35) – С.40-49
12. Уринбаева Н.А., Икрамова Л.Ш., Рузиева Н.Х. Инфекционные факторы как причина невынашивания беременности //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2012. - № 1. - С. 35-37.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

TUG‘RUQ INDUKSIYASI SAMARASINI BAHOLASH

A.S.Muxtorova¹, T.D.Kayumova¹, I.A.Kamilova¹.

¹Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

Kalit sozlar: *tug‘ruq induksiya, Dinoproston, prostaglandin E2, tug‘ruq induksiya, bachadon bo‘ynini yetiltirishi.*

Tadqiqot maqsadi: Ushbu ilmiy izlanish muddatidan o‘tgan homiladorlik tashxisi qoyilgan ayollarda prostaglandin E2 (dinoproston) vaginal tabletkalari bilan tug‘ruq induksiyalanganda tug‘ruqni kechishi va asoratlarini organadi.

Tadqiqot material va usullari: ilmiy izlanish bir homilali 232 ta muddati 37-41 haftalik ayollarni qamrab olgan. Ayollarda tug‘ruq prostaglandin E2 (Dinoproston, 3mg) 2 ta tur intravaginal tabletkalari bilan indutsirlangan. Tekshiruv usullari: umumiy klinik-laborator, maxsus akusherlik ko‘rigi,

instrumental va statistik usullardan iborat. **Tadqiqot natijalari:** Vaginal tugʻruq korsatkichi tugʻruq induksiyasi otkazilishi natijasida asosiy guruhda 73,4% (69/94) va nazorat guruhida 81,9% (113/138) tashkil etdi ($p=0,123$). Induktsiyadan soʻng to tugʻruq yakunlaguncha davomiyligi ikkala guruhda ham oxshash (mos ravishda 16,6 va 16 soat) tashkil qildi. Neonatal korsatkichlar ortasida sezilarli farq yoq. **Xulosa:** Tugʻruq induksiyasini otkazish orqali muddatidan oʻtgan homiladorlik va homiladorlikni davom ettirish xavfi yuqori boʻlgan holda tugʻruq induksiyasi samaradorligini korsatdi.

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF LABOR INDUCTION

A.S. Mukhtorova¹, T.D. Kayumova¹, I.A. Kamilova¹.

¹Tashkent Medical Academy

Key words: labor induction, Dinoprostone, prostaglandin E2, induction of labor, cervical ripening

Resume. Aim of the study. In this article, the course of labor and complications during the induction of prostaglandin E2 (dinoprostone) by vaginal tablets were studied.

Materials and methods: the study involved 232 women with a single pregnancy at 37-41 weeks. Induction of labor was performed with prostaglandin E2 (Dinoproston, 3 mg) with 2 rounds of intracervical tablets. The examination methods included: general clinical laboratory, special obstetric studies, instrumental and statistical methods.

The results of the study: the frequency of childbirth through the natural birth canal as a result of labor arousal was 73.4% (69/94) in the main group and 81.9% (113/138) in the comparison group ($p=0.123$). Both groups had the same duration from the beginning of the indoctrination to the end of labor (16.6 and 16 hours, respectively). There was no significant difference between neonatal indicators.

Conclusions. Induction of labor has demonstrated its effectiveness in pregnancy with a tendency to overgrowth and high-risk pregnancies.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДУКЦИИ РОДОВ

С.А. Мухторова¹, Д.Т. Каюмова¹, И.А. Камилова¹.

¹Ташкентская Медицинская академия

Ключевые слова: родовозбуждение, динопростон, простагландин E 2, индукция родов, созревание шейки матки.

Резюме. Цель исследования: В данной статье изучено течение родов и осложнения при индукции вагинальными таблетками простагландина E2 (динопростона).

Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 232 женщины с одноплодной беременностью в сроке 37-41 нед. Индукцию родов проводили простагландином E2 (Динопростон, 3 мг) 2 турами интрацервикальных таблеток. Методы обследования включали: общеклинические лабораторные, специальные акушерские исследования, инструментальные и статистические методы.

Результаты исследования: частота родов через естественные родовые пути в результате родовозбуждения составила 73,4% (69/94) в основной группе и 81,9% (113/138) в группе сравнения ($p=0,123$). Обе группы имели одинаковую продолжительность от начала индукции до окончания родов (16,6 и 16 часов, соответственно). Достоверной разницы между неонатальными показателями обнаружено не было.

Выводы. Индукция родов продемонстрировала свою эффективность при беременности с тенденцией к перенашиванию и беременностям с высоким риском.

Mavzuning dolzarbligi. Homiladorlik muddatiga yetgach yani 37 haftalik bo'lganda, odamlarda yo'ldosh 90 % osishdan toxtaydi, ammo homila rivojlanishda davom etadi [1]. Bu esa normal yo'ldosh uchun stress hisoblanadi. Homiladorlik 40 haftasidan so'ng salbiy perinatal natijalar ko'rsatkichi asta-sekin osib boradi va bu osish homiladorlikning 42-haftasidan boshlab sezilarli darajada namoyon bo'ladi [2]. Muddatidan o'tgan homiladorlik tug'ruq faoliyati anomaliyasi, tug'ruq jarohatlari, yelkalar distotsiyasi, tug'ruqdan keyingi qon ketish, homila gipoksiyasi, mekonial aspiratsiya sindromi va antenatal homila olimi bilan asoratlanishi mumkin. Homiladorlikning uzayishi bilan chaqaloqlarning o'lik tugilish xavfi kopayadi. Butun dunyo bo'ylab olik tugilishning 14% muddatidan o'tgan homiladorlikka togri keladi [3]. Jahon Sog'liqni Saqlash tashkiloti 41 haftadan so'ng tug'ruqni induksiya qilishni tavsiya qiladi, ko'plab mamlakatlar tug'ruq komplekslarida muddatidan o'tgan homiladorlik oldini olish uchun 41 dan 42 haftagacha tug'ruqni induksiya qilish orqali tugatiladi [4,5]. Tug'ruq induksiyasi bachadon bo'yni yetiltirishni va bachadon muskullarining qisqarishini rag'batlantiradi [6]. Prostaglandin E2 preparatlari bachadon bo'yni yetiltirish va tabiiy tug'ruqni qozg'atishda bugungi kunda turli xil shaklda (og'iz orqali, tomir ichiga, intravaginal yoki vaginal) keng qollanilib kelmoqda [7]. Dinoprostion kimyoviy jihatdan tabiiy prostaglandin E2 (PGE2) bilan bir xil sintetik preparat. Prostaglandinlar gormonga o'xshash tabiiy birikmalar bo'lib, bachadon bo'yni yetilishi uchun yumshatib, yuqalashi va kengayishiga yordam beradi. Tug'ruq murakkab fiziologik jarayon bo'lib, tug'ruq induksiyasi muvaffaqiyati asosan bachadon bo'yni holati bilan belgilanadi. Bachadon bo'yni yetilganligi Bishop shkalasi yordamida baholanadi. Tug'ruq davomiyligi Bishop shkalasi bilan togri bog'langan, 8 balldan yuqori bo'lsa tug'ruq muvaffaqiyatli amalga oshiriladi, 6 balldan past bo'lsa bachadon boyni yetiltirishni boshqa usullarini talab etadi. Tug'ruq induksiyasi muvaffaqiyatli o'tganligini 3sharti bor: 1) adekvat bachadon qisqarishlari va bachadon bo'yni progressiv kengayishi 2) tug'ruq yo'llari orqali tug'ruq 3) Ona va homila hayotiga juda past darajadagi xavf va noqulayliklar bilan maqsadga erishish kerak. Adabiyotlarda tug'ruq induksiyasi asoratlarini taqqoslaydigan bir necha tadqiqotlar mavjud. Ularning aksariyatida, perinatal kasallanish va o'lim darajasi tog'risida qarama-qarshi fikrlar mavjud.

Tadqiqot maqsadi. Tug'ruq induksiyasi otkazilgan ayollarda tug'ruqni kechishi va asoratlarini organish.

Tadqiqot material va usullari. Prospektiv ilmiy izlanish orqali Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi tug'ruq kompleksiga 2022 yil mart oyidan iyul oyigacha murojaat qilgan 232 ta bir homilalik muddati 37-41 haftalik, ayollar qamrab olingan. Asosiy, 1 guruh, (n=94) muddatidan o'tishga moyillik bo'lgan homiladorlik ayollar; taqqoslama, 2 guruhi, (n=138) muddatdagi va tug'ruq Glandin E2 (Dinoproston, 3mg) 2 ta tur (6 soat oraliq) intravaginal (qin orqa gumbaziga) tabletka bilan boshqa ko'rsatmalar bo'yicha tug'ruk indutsirlangan ayollar tashqil qildi. Tekshiruv usullar: umumiy klinik-laborator, maxsus akusherlik ko'rigi, instrumental va statistik usullardan iborat. Bachadon bo'yni Bishop shkalasi yordamida 6 ballgacha "yetilmagan", 6-8 ball "yetarlicha yetilmagan", 8 balldan katta bo'lsa "yetilgan" baholandi. Guruhda hamma bemorlar tug'ruq induksiyasidan oldin Bishop shkalasi bo'yicha bachadon bo'yni "yetilmagan" sifatida baholangan. Bachadon bo'yni yetilganligi Bishop shkalasi bo'yicha 6 balldan oshganda, amniotomiya amaliyoti bajarildi va tug'ruq faolyati sustligi kuzatilganda, oksitotsin bilan tug'ruq stimulyatsiyasi qilindi. Homila yurak urishi KTG apparati yordamida 30 min davomida induksiyadan oldin va keyin har 4-6 soatda, amniotomiya amaliyotidan keyin amalga oshirildi. Induksiya davomiyligi 24 soatdan keyin tug'ruq aktiv fazasi boshlanmasa, jarayon samarasiz deb hisoblandi va tug'ruq operativ yo'l bilan tugatildi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot davomida tug'ruq induksiyasi uchun ko'rsatmalar: muddatidan o'tishga moyil bo'lgan homiladorlik 94 (40,5%), qog'onoq pardalarining vaqtdan ilgari yorilishi 59 (25,4%), gipertenziv buzilishlar 48 (20,7%) va asoratlangan akusherlik anamnezi 31 (13,4%) bemorni tashkil etdi. Demografik kursoratkichlar 1-jadvalda keltirilgan bolib, tug'ruq induksiyasi samarasizligi xavf omillarini aniqlash mumkin. Jadvaldan bilish mumkin, guruhlar ichida ushbu ko'rsatkichlar deyarli bir xil. Tug'ilgan chaqaloq ogirligi asosiy guruhda 3500 (SD=430) nazorat guruhiga nisbatan 3050 (SD=500) ishonchli kattaroq kozatildi ($p=0,001$).

1-jadval. Tekshirilgan ayollarni tavsifi, (M, SD)

Tavsif	1 guruh, (n=94)	2 guruh, (n=138)	P
O'rtacha yoshi	27,3 (SD=5,9)	28,4 (SD=6,4)	0,189
Homiladorlik soni	2,1 (SD=1,5) (1-11)	2,7 (SD=2,5) (1-15)	0,055
Tug'ruq soni	0,8 (SD=1,3) (0-10)	1,3 (SD=2,2) (0-11)	0,089
Abortlar soni	0,3 (SD=0,7) (0-3)	0,4 (SD=0,8) (0-4)	0,297
Homiladorlik muddati	41,1 (SD=0,4) (39-43)	38,5 (SD= 1,4)	0,001
Chaqaloq ogirligi	3500 (SD=430) (2720-4800)	3050 (SD=500) (1750-4300)	0,001

Asosiy guruhda tug‘ruq induksiyasi omadli otkazilishi natijasida bir sutka davomida 69 (73,4%) va taqqoslama guruhida 113 (81,9%) bemor tabiiy fiziologik yo‘l bilan tug‘ruq tugatildi ($p=0,123$). Asosiy guruhda tug‘ruq yakuni induktsiyadan boshlanib 16,6 soatdan so‘ng kuzatildi; nazorat guruhida - 16,0 soatni tashkil etib ($p=0,259$), asosiy guruhda tug‘ruq uzoqroq davom etganligini bilish mumkin. Aktiv faza asosiy guruhda (9,3 soat) taqqoslama guruhdan (9,6 soat) kora tez yakunlandi ($p=0,717$).

2-jadval. Tug‘ruq hususiyatlari

	1 guruh, (n=94)	2 guruh, (n=138)	P
Tug‘ruq induktsiyadan so‘ng yakunligi, (soat)	16,6 (SD=9,5)	16,0 (SD=8,9)	0,259
Tug‘ruq aktiv faza davomiyligi, (soat)	9,3 (SD=6,7)	9,6 (SD=6,8)	0,717
Induksiya samaradorligi	69 (73,4%)	113 (81,9%)	0,123
Operativ tug‘ruq	25 (26,6%)	25 (18,1%)	0,04
Tug‘ruqdan so‘ng qon ketishi	4 (4,3%)	2 (1,4%)	0,186
Giperstimulyatsiya	0	1 (0,7%)	0,408

1-guruhda $n=25$ (26,6%) taqqoslama guruhiga nisbatan 25 (18,1%) operativ tug‘ruq ko‘rsatkichi yuqori ekan. Tug‘ruqdan keyingi qon ketishi taqqoslama guruhida 2 (1,4%) asosiy guruhdan 4 (4,3%) 3 barobar kam ayollarda ko‘zatildi. Faqat taqqoslama guruhida bachadon giperstimulyatsiyasi 1 (0,7%) holatda asoratlandi.

3-jadval. Neonatal ko‘rsatkichlar

	1 guruh, (n=94)	2 guruh, (n=138)	P
Suvlar mekonial aralashmalar bilan	8 (8,5%)	2 (1,4%)	0,09
Taxisistoliya	0	3 (2,2%)	0,15
Apgar shkalasi 5 daqiqada 7dan kichik	3 (3,2%)	0	0,035

Apgar shkalasi boyicha tugilgan chaqaloq holati taqqoslama guruhida barcha holatlarda 8-9 ball; asosiy guruhida 3 (3,2%) holatda 7 balldan kichik baholandi ($p=0,035$). Neonatal korsatkichlar ichida nazorat guruhi asidoz 1 (0,7%), taxisistoliya - 3 (2,2%) alohida orinni egallaydi. 1 guruh ayollarda 8 (8,5%) suvlar mekonial aralashmalar bilan amnion suvini ifloslanishi nazorat guruhiga nisbatan 2 (1,4%) 6 marta ko‘p kuzatildi.

Xulosa. Tadqiqot natijalari tug‘ruq induksiyasi o‘tkazish har ikkala guruhda ham o‘z samaradorligini ko‘rsatdi (mos ravishda 73,4% va 81,9%) va vaginal tug‘ruq orqali yakunlashga imkon berdi. Muddatidan o‘tishga moyillik bo‘lgan homiladorlikda tug‘ilgan chaqaloqlar ogirliqi o‘rtacha 3500 g va mekonial aralashmalar bilan aspiratsiya yuqori o‘rinda turadi.

Adabiyotlar:

1. Sultana, Z.; Maiti, K.; Aitken, J.; Morris, J.; Dedman, L.; Smith, R. Oxidative stress, placental ageing-related pathologies and adverse pregnancy outcomes. *Am. J. Reprod. Immunol.* 2017, 77, e12653. [CrossRef]
2. Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J. Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study, 1978-1993. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(1):222-7.[Crossref] [PubMed]
3. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet.* 2016;387(10018): 587-603.[Crossref] [PubMed]
4. WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term. Geneva: World Health Organization; 2018.[Link]
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 146: Management of late-term and post-term pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2014;124(2 Pt 1):390-6. [Crossref] [PubMed]
6. WHO Recommendations for Induction of Labour. Geneva: World Health Organization; 2011.[Link]
7. Leduc D, Biringier A, Lee L, Dy J; clinical practice obstetrics committee, special contributors. Induction of labour. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(9):840-57. [Crossref] [PubMed]

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

АЁЛЛАРДА ТУҒРУҚ ВА ҲОМИЛАДОРЛИК АСОРАТЛАРИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Машарипова С.О¹., Дехқонова Д.В¹., Бобохонова М.М¹.

¹Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Ҳомиладор аёлларнинг экстрагенитал патологиясида асоратларнинг олдини олиш бўйича барча чораларни ўзига хос ва ўзига хос бўлмаганларга бўлиш таклиф этилади. Махсус профилактика асосий касалликнинг асоратларини олдини олишга қаратилган бўлиб, унинг табиати ташхис билан белгиланади.

Номахсус профилактика - бу экстрагенитал патологияни кучайтириши мумкин бўлган ҳомиладорликнинг бир қатор субклиник кўринишини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар мажмуидир. Махсус бўлмаган профилактика чоралари барча ҳомиладор аёлларга кўрсатилади, уларнинг табиати ташхисга боғлиқ эмас. Ҳомиладорлик, веноз ва юқумли асоратларга хос бўлган камчиликларни олдини олишнинг асосий усуллари тасвирланган.

Калит сўзлар: *ҳомиладорлик, асорат, профилактика, туғруқ.*

Кириш: Соғлом аёлларда ҳомиладорлик одатда функционал ва органик ўзгаришларсиз давом этади. Бироқ, ташқи ва ички омиллар таъсири остида аёллар турли хил ўзгаришларга дуч келишади. Бунга қуйидагилар киради: ҳомиладорлик артериал гипертензия, эрта ва кеч токсикоз (ҳомиладор аёлларнинг нефропати, прееклампсияси ва эклампсияси), қиннинг варикоз кенгайиши, оёқларнинг варикоз кенгайиши, камқонлик, думғазадаги оғриқ, оёқ ва қўлларнинг ўсмалари, яллиғланиш касалликлари, хомилалик гипоксия, депрессия, психо-эмоционал соҳадаги ўзгаришлар келиб чиқиши кузатилади [4]. Туғилиш ва туғруқдан кейинги асоратлар туғилиш каналидаги травма, қон кетиш, безовталиқ, депрессия ва бошқа салбий ҳодисаларни ўз ичига олади. Баъзи одамлар туғруқ пайтида оғриқни узоқ вақт эслашади ва қайта ҳомиладорликдан кўрқишади. Ҳомиланинг ҳаддан ташқари кўпайиши билан амалга ошириладиган кесар кесиш усули билан боғлиқ жиддий муаммо, шунингдек унинг оқибатлари: операциядан кейин жисмоний фаолликнинг пасайиши, косметик нуқсонлар, ҳомиладор бўлиш қобилиятини чеклаш, турли хил касалликларга чалиниш, баъзан эса ўлимдир. Ҳозирги вақтда туғруқдан кейинги асоратлар 40-50% аёлларда, ҳомиладорлик пайтида патологиялар 50-65% да кузатилмоқда. Ҳомиладор аёлнинг қон босимининг кўтарилишининг сабаби ички ўсмалардир, гарчи бу аёлга кўринмаса ҳам, ҳомилага салбий таъсир қилади. Ҳомиладорлик пайтида токсикоз - бу аёл танасининг ҳомиладорликка мослашиши даврида юзага келадиган ҳодиса [2].

Ҳомиладорликнинг нормал физиологик даврида аёлнинг барча аъзолари ва тўқималарида, шунингдек метаболизмда бир қатор ўзгаришлар юз беради. Бироқ, бу ўзгаришлар асаб тизими ва ички секреция безлари томонидан бошқарилади. Натижада организм янги шароитларга мослашади, ҳомила ривожланиши учун шароитлар яратилади. Аммо ҳомиладорлик токсикоз билан кечадиган бўлса, физиологик ўзгаришлар бузилади ва организмнинг янги шароитларга мослашиши ҳам бузилади. Агар аёл илгари юрак-қон томир касалликлари, жигар касалликлари, ошқозон-ичак тракти ва бошқа ўткир сурункали касалликларга чалинган бўлса, шунингдек, асаб-психиатрик касалликларга чалинган бўлса, керакли витаминларни истеъмол қилмаган бўлса, ҳомиладорлик гигиенасига риоя қилмаган бўлса, демак, организмнинг мослашуви бузилган янги шароитларда тезроқ содир бўлади. Ҳомиладорлик токсемиясининг кўплаб сабаблари бор, уларнинг бир ёки бир нечтаси биргаликда токсикозни келтириб чиқаради. Биринчи ҳомиладорлик пайтида токсикоз иккинчисига қараганда тез-тез учрайди. Шунингдек, бир неча марта туғилган аёлларда баъзи ички касалликлар (буйрак касаллиги, гипертония, анемия ва бошқалар) асоратлари туфайли токсикоз пайдо бўлиши ва оғир ва сурункали давом этиши мумкин [5]. Ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи ярмида юзага келадиган токсикозни ажратиб туриш. Ерта токсикоз: кўнгил айниш, бош айланиши, уйқунинг бузилиши, ёмон кайфият ва бошқалар юқори асабий фаолият билан боғлиқ. Кечки токсикоз ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида, кўпинча охири ойларда содир бўлади. Бунга ҳомиладорлик ўсмалари,

нефропатия, прееклампсия ва эклампсия киради. Уларнинг барчаси бирин-кетин пайдо бўлади ва касаллик босқичма-босқич давом этади. Агар ўз вақтида даволанмаса, у ҳолда ўсма нефропатияга айланади, шу билан бирга қон босимининг кўтарилиши, сийдикда оксил пайдо бўлиши, ҳомиланинг ривожланиши бузилади ва у осонликча прееклампсияга айланади. Преэклампсия шунингдек шиш пайдо бўлишига, қон босимининг кўтарилишига, сийдикдаги оксилга, бош оғриғига, кўришнинг хиралашишига ва кўкрак оғриғига сабаб бўлади. Агар бемор ўз вақтида тузалмаса, прееклампсия янада оғирлашади - эклампсия. Бундай ҳолда эпилепсия, онгни йўқотиш содир бўлади. Эклампси билан ўпканинг кенгайиши ёки миёга қон қуйилиши туфайли аёл ва ҳомила ўлиши мумкин. Шунинг учун бундай ҳолатларнинг олдини олиш учун кирувчи асоратлар ва оқибатларни минималлаштириш зарур. Кўпчилик аёлларда ҳомиладорлик пайтида оёқларнинг варикоз кенгайиши ва ташқи жинсий аъзолар ривожланади. Бунинг сабаби веноз клапанларнинг нотўғри ишлаши ва веноз деворларнинг кучсизлигидир, бу томирларни кенгайган ва шишган кўринишга олиб келади [1]. Ҳомиладорлик даврида варикоз томирлари, айниқса, ушбу патологияга ирсий мойиллиги бўлган аёллар орасида кенг тарқалган. Варикоз томирлари нафақат косметик нуқсон бўлса-да, ҳомиладорлик пайтида оғриқли бўлиши мумкин.

Шу билан бирга, ҳомиладорлик даври билан варикоз томирларининг асоратлари хавфи ортади. Туғруқ пайтида ёки ундан кейин тромбофлебит ривожланиши хавfli ҳисобланади [2]. Бош оғриғи ҳомиладор аёлларда тез-тез кузатиладиган ҳодиса, бунинг асосий сабаби бу даврда гормонал фон ва танадаги қон айланишининг ўзгариши. Биринчи триместрда бош оғриғи кўпинча кучли. Бунинг сабаби стресс (ҳомиладор аёлларнинг эмоционал фонининг етарлича лабиллиги туфайли ҳар қандай вазият аёлни стрессга олиб келиши мумкин), кун тартибининг ўзгариши, уйқусизлик, оғир иш кабилар.

Тадқиқот мақсади. Туғруқдан кейинги асоратларни камайтириш ва хавфсиз оналикка эришиш учун самарали, арзон ва табиий усулни ишлаб чиқиш. Ҳомиладорлик пайтида қийинчиликларни ва баъзи дори-дармонларни қабул қилиш имкониятларини ҳисобга олган ҳолда, табиий ва доривор ўсимликлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Бундай нохуш ҳолатларни камайтириш ва олдини олиш мақсадида биз ҳомиладорликнинг иккинчи ойида 35 аёлни тадқиқотга жалб қилдик. Биз уларни икки гуруҳга ажратдик. Биринчи гуруҳ 20 аёлдан, иккинчиси 15 ёшдан иборат. Иккинчи гуруҳ назорат гуруҳига айланди ва уларга биз томондан кўшимча тавсиялар берилмади. Биринчи гуруҳ аёлларига ҳар томонлама фойдали, зарарсиз, қулай ва табиий ўсимликлардан ташкил топган қуйидаги тавсиялар берилди (ҳомиладорлик пайтида турли дориларни қабул қилишни тақиқлашни ҳисобга олган ҳолда):

- ҳомиладорликнинг биринчи ойларида юқори нафас йўлларидаги яллиғланиш касалликлари, токсикоз, ҳомиладорлик гипертензияси ва бошқа ўзгаришларнинг олдини олиш, ялпизни оз миқдордаги озиқ-овқат билан истеъмол қилиш;
- ҳар куни бир стакан гармала дамламасини истеъмол қилиш (ўсмалар, уйқусизлик ва ҳиссий бузилишларнинг олдини олиш учун);
- ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан бошлаб, туғруқнинг асоратларини камайтириш, ўзгаришларнинг олдини олиш ва даволаш мақсадида ялпиз билан ҳаммомларни қабул қилиш (ҳар 1-2 ҳафтада бир марта), шунингдек бир ош қошиқ қовурилган ялпиз олиб, бир стакан гармала кайнатма ичиш. сўнгги 8-9 ой давомида ҳомиладорлик пайтида терига. Натижада, биз биринчи гуруҳ аёлларида ижобий таъсирни кузатдик. 20 аёлдан 19 тасида (95%) токсикоз, ҳомиладорлик гипертензияси, стресс ва бошқа салбий ҳодисалар кузатилмаган, туғилиш асорациз кечган. Иккинчи назорат гуруҳидаги бешта аёлда ҳомиладорлик гипертензияси, 4тасида оғир токсикоз, иккитасида енгил токсикоз ва 1да тушиш хавфи кузатилди. 2-назорат гуруҳидан 5 нафар аёл туғруқ пайтида жароҳат олган ва қон кетиши кузатилган.

Тадқиқот натижаси. Бизнинг тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, юқоридаги ўсимликларнинг таркибида тўқима рецепторларига тўғридан-тўғри ва билвосита таъсир кўрсатиши туфайли организмга фаол таъсир қилувчи моддалар (ментол, гармин, гармалин, эфир мойи, пеганол ва бошқалар) мавжуд бўлиб, организм мослашувчан ва қурашувчан бўлади. , шунингдек, ушбу моддаларнинг шифобахш таъсири. Шуни эсда тутиш керакки, бу ўсимликлар эпилептик ҳолатларда ишлатилиши мумкин эмас.

Ялпиз таркибида эфир мойлари, кофур, ментол мойи, аччиқ моддалар, танинлар мавжуд бўлиб, улар онанинг танасини мустаҳкамлайди, тинчлантиради, юрак-қон томир ва овқат ҳазм қилиш тизимларининг фаолиятини яхшилайдди, кўнгил айнаши ва қайт қилишни олдини олади. Алкалоидлар, паганол, гармин, гармалин, турли хил ёғлар ва гармаладаги танинлар яллиғланишни олдини олади, сийдикни ҳайдайди, оғриқни енгиллаштиради ва стрессни йўқотади. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида туғилмаган боланинг соғлиғи учун пойдевор қўйилади ва ички органлар шаклланади, шунинг учун бош оғриғини дорилар билан даволаш тавсия етилмайди, аммо оғриқ билан ўтириш керак эмас, чунки ижобий ҳис-туйғуларни кутиш керак онанинг тажрибаси, ҳомиладорлик осонроқ ва ёқимли бўлади. Бу ҳолда яхши натижа гармала кайнатмасини беради. Бундан ташқари, у қорин бўшлиғи ёки қаттиқ бел оғриғи учун ишлатилиши мумкин. Ялпиз шунингдек, кенг тарқалган жароҳатлар, ревматизм ва бошқа ҳолатларда оғриқни тўхтатиш қобилиятига эга. Айни пайтда онанинг танасида янги, илгари кузатилмаган ҳислар пайдо бўлади. Салгаланан гормонлар баъзида яхши, баъзида депрессив кайфият беради. Баъзан бу ҳолат аёлнинг ўзи ёки атрофдагилар учун ноқулайлик туғдиради. Бунга қўшимча равишда, аёл бош оғриғига дуч келади, аммо уни гиёҳванд моддалар билан

даволаш тавсия этилмади. Гармин гармин марказий асаб тизимини кўзгатади. Бундан ташқари, у баъзи ферментларнинг фаоллигини оширади ва улар танани фаол руҳий ҳолатга олиб боради, кайфиятни кўтаради, депрессия ва стрессни камайтиради. Гармалин мелатонин, норелатонин ёки Н-ацетилсератин таркибидаги анаболик метаболизмни тезлаштиради, уйқуни бошқарувчи гистамин Н-метилтрансфераза бўлиб, у ҳомиладор аёлларга уйқуни бузиш ҳолатларида яхши таъсир кўрсатади, шунингдек кучли антиоксидант таъсирга эга, нафас олишнинг олдини олади. касалликлар ва яллиғланиш. Ҳомиладор аёлнинг танасида гормонлар туфайли жиддий ўзгаришлар юз беради. Организмни турли хил инфекциялардан ҳимоя қилиш учун зарур бўлган прогестерон гормони ишлаб чиқарилади. Хомилани мунтазам равишда қон билан таъминлаб, бачадоннинг шиллиқ деворларини кучайтиради. Шу билан бирга, унинг ошиши, овқат ҳазм қилиш тизимига салбий таъсир кўрсатиши, озиқ-овқатнинг сўрилишини секинлаштиради, шунингдек кўнгил айнаши ва қайт қилишни келтириб чиқаради, яъни токсикоз пайдо бўлади. Баъзан, токсикоз ўрнига, ошқозон ёниши ёки ич қотиши мумкин. Юқорида айтиб ўтганимиздек, ялпиз токсикознинг олдини олади ва уларни даволайди. Таркибидаги ментол овқат ҳазм қилиш тракти, оғриқ, яллиғланиш, ичакдаги газларни даволашга ёрдам беради. Шунингдек, ментол ичак мушакларининг бўшашишини ва спазмларни олдини олади. Бунинг учун кунига бир стакан ментолли чой ичинг (чойни пишириш учун қуритилган ялпиз барглари бир стакан қайноқ сувда 10 дақиқа силкитиб туриш kifоя). Ялпиз таркибида 10-16% ментол мойи борлиги аниқланди. 10 г ялпиз барглари кунлик қиймат бўлиб, у ҳомиладорликка салбий таъсир кўрсатмайдиган миқдор сифатида белгиланган. Аортани катталаштириш хусусияти туфайли ялпиз қон босимини пасайтиради. Ундаги моддалар алфа 1 - адренергик рецепторларни кўзгатади, қон томирлари эндотелиясига таъсир қилади ва мушакларнинг силлиқ қисқаришини олдини олади (Са + каналларини фаоллаштириш орқали). Кафур ўз таркибида оғриқни бостиради, қон айланишини яхшилади. Йўтал ва шамоллашнинг олдини олади. Хомиланинг кўпайиши ва ҳомиладорликнинг 2-ярмида тери таранглиги туфайли қорин терисида пушти, қизғиш ёки мавимси тўпланган чизиклар пайдо бўлади, бундай чизиклар сут безлари ва тананинг пастки қисмида пайдо бўлиши мумкин. Ушбу косметик нуқсонларнинг олдини олиш учун ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ялпизли ванналар олиш тавсия этилади. Ялпиз таркибидаги ментол, ефир ва кофур мойлари тери хужайраларига таъсир қилади, унинг мустаҳкамлиги ва эластиклигини оширади, терининг шикастланишларини даволайди. Ҳомиладорликнинг олтинчи ҳафтасида иссиқ ҳаммом ҳомиладор аёл учун хавfli бўлиши мумкин. Шунинг учун ялпизли ва бошқа ҳаммомларни, айниқса иссиқ (37С дан юқори) ҳаммомларни қабул қилмаслик керак.

Хулоса. Профилактика мақсадида ишлатиладиган ялпиз бола туғилиш кўркувини йўқ қилади, терининг эластиклигини оширади, меҳнат жараёнларининг осон кечишини, туғруқ канали ва терига зарар етказмасдан оналикни асоратларсиз, таҳдидларсиз рағбатлантиради.

Адабиётлар:

1. Айламазян, Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике / Э.К. Айламазян. - М.: СпецЛит, 2007. - 993 с.
2. Безнощенко, Г. Б. Внутриутробные инфекции / Г.Б. Безнощенко, Т.И. Долгих, Г.В. Кривчик. - М.: Медицинская книга, Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2006. - 200 с.
3. Дворянский, С.А. Преждевременные роды: Пролонгирование недоношенной беременности, осложненной преждевременным излитием / С.А. Дворянский, С.Н. Арасланова. - Москва: ИЛ, 2002. - 941 с.
4. Шефер, К. Лекарственная терапия в период беременности и лактации / К. Шефер, Х. Шпильманн, К. Феттер. - Москва: ИЛ, 2010. - 768 с.
5. Шехтман, М. М. Заболевания внутренних органов и беременность / М.М. Шехтман, Т.П. Бархатова. - М.: Медицина, 1982. - 272 с.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ: ТАРҚАЛИШИ, ПЕРИНАТАЛ ДАВРДА ОНА ВА БОЛАДА КУЗАТИЛАДИГАН АСОРАТЛАР

Набиева Р.М¹., Каюмова Д.Т¹., Атаходжаева Ф.А¹.

¹Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги. Преэклампсия антенатал, интранатал ва эрта постнатал даврда ҳам онада, ҳам болада асоратлар ривожланиш хавфи билан характерланувчи ҳомиладорлик патологияси ҳисобланади. Етарлича илмий тадқиқот ишлари ўтказилганлигига қарамай, ушбу мавзу Ўзбекистон шароитида ҳамон долзарбдир.

Текширув мақсади. Преэклампсия учраш сони, преэклампсия ва она ҳамда болада юзага келувчи асоратлар ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари. Ушбу илмий иш Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси туғруқ комплексинг 2022 йил сентябрь ойидан декабрь ойигача, 4 ой ичида йиғилган иккиламчи маълумотлар асосида кўндаланг текширув (cross-sectional study) усулида ўтказилган. Преэклампсия учраш сони, она ва болада учровчи асоратлар ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш мақсадида жами 1500 туғруқ таҳлил қилинди. Кўп ўзгарувчан логистик регрессия (multivariable logistic regression) анализи асосида бир нечта мустақил ўзгарувчилар ва натижа (преэклампсия) ўртасидаги боғлиқлик ўрганилган.

Натижалар. Преэклампсиянинг тарқалиши 1,6% ни ташкил қилди. Преэклампсия билан асоратланган ҳомиладорликларда эрта туғруқ (33,33%), оператив туғруқ (75%), ҳомиланинг

ўсишдан ортда қолиш синдроми (12,5%), реанимацияга муҳтож чақалоқлар (16,67%), нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши оғир даражаси (12,5%), ҳомиланинг номуқобил ҳолати (8,33%) кузатилган. Преэклампсия учраш коэффициенти сезиларли даражада биринчи туғувчи аёлларда [adjusted odd ratio (adj OR) 2.333, 95% CI: 0.8584-6.3428], қишлоқ шароитида яшовчи аёлларда [adj OR 1.658, 95% CI: 1.071-2.566], 2 ёш гуруҳида (18-30 ва 31-44 ёш) ўтказилган текширувда, 18-30 ёш орасида ҳомиладор бўлган аёлларда [adj OR 1.875, 95% CI: 0.5559-6.3238] юқори бўлган. Бирок, онанинг характеристик ўзгарувчилари орасида ўзаро боғлиқлик ҳам мавжуд. Масалан, қуйидаги ҳолатларда хавфни келтириб чиқаришда ўзгарувчилар комбинациясида сезиларли боғлиқлик мавжуд: гестацион гипертензия ва анемия биргаликда преэклампсияга сабабчи бўлиши [OR 26.344, 95% CI: 9.775-70.993, $p < 0.002$] ва гестацион гипертензия анемиясиз преэклампсияга олиб келиши [OR 3.084, 95% CI: 2.240-4.245, $p < 0.001$]. Шу билан бир вақтда сурункали гипертензия ва нисбатан ёшроқ ёш чегарасида (18-30 ёш), [(OR 14.490, 95% CI: 9.988-21.021, $p < 0.001$], ва сурункали гипертензия мавжуд катта ёшдаги (31-44 ёш) ҳомиладор аёлларда [OR 5.174, 95% CI: 3.267-8.195, $p < 0.001$] преэклампсия келиб чиқишида ўзаро боғлиқлик аниқланди. Иккала ҳолат ҳам преэклампсия юзага келишини турли даражада оширади. Умуман олганда, ўзгарувчиларнинг комбинацияси шуни кўрсатадики, гестацион гипертензия ва сурункали гипертензия онанинг ёши ва анемия ҳолатига қараб ҳар хил даражада преэклампсияга сабаб бўлади.

Хулоса. Биринчи туғруқ, қишлоқ шароити, 30 ёшгача бўлган ҳомиладорлик преэклампсия келиб чиқишига юқори хавф сифатида баҳоланди. Сурункали гипертензия, камқонлик ва она ёши каби турли хил омилларнинг мавжудлиги кўриб чиқилаётган тадқиқотда преэклампсия ривожланиш хавфини юқори белгилайди. Бундай натижаларни тасдиқлаш учун албатта каттарок намуналар талаб этилади.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ИСХОДА
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ**

Б.Б.Назаров¹, Р.Э.Ниязметов².

¹*Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

²*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников*

Ключевые слова: *пролапс тазовых органов, вентрофиксация, леваторопластика.*

Резюме: В данной статье описывается оптимизация предоперационной подготовки и дана оценка различных хирургических методов коррекции пролапса тазовых органов тяжелой

степени. В исследование были включены 102 пациенток с 3 и 4-й стадией пролапса тазовых органов, которым были проведены различные виды хирургических вмешательств («манчестерская» операция, влагалищная гистерэктомия, сакропексия, вентрофиксация лапароскопическим доступом). Метод оперативного вмешательства выбирали с учётом возраста пациентки, наличия соматической патологии и патологии со стороны матки или придатков. Всем пациенткам перед операцией применяли конъюгированный эстроген (фемистрон), который способствовал восстановлению нормального влагалищного эпителия при его атрофических изменениях и микрофлоры влагалища.

PREOPERATIV PREPARAT VA TOS A'ZOLARI PROLAPSINI JARROHLIK DAVOLASH NATIJASI O'RTASIDAGI MUNOSABATLAR

B.B.Nazarov¹, R.E.Niyazmetov².

¹Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti

²Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi

Tayanch so'zlar: *tos a'zolari prolapsi, ventrofiksiatsiya, levatoroplastika.*

Xulosa: Ushbu maqolada operatsiyadan oldingi preparatni optimallashtirish tasvirlangan va og'ir tos prolapsini tuzatish uchun turli jarrohlik usullari baholanadi. Tadqiqotda 3 va 4 bosqichli tos a'zolari prolapsi bilan og'rigan 102 nafar bemor o'z ichiga olgan bo'lib, ular turli xil jarrohlik aralashuvlarini ("Manchester" operatsiyasi, vaginal histerektomiya, sakropeksiya, laparoskopik kirish ventrofikatsiyasi) o'tkazdilar. Jarrohlik aralashuv usuli hisobga olingan holda tanlandi bemorning yoshi, bachadon yoki appendaglar qismida somatik patologiya va patologiya mavjudligi. operatsiyadan oldin barcha bemorlar konjugatsiyalangan estrogen (femistron) bilan davolandi. Bu uning atrofik o'zgarishlari va vaginal mikroflorasi bilan normal vaginal epiteliyning tiklanishiga sabab bo'ldi.

THE RELATIONSHIP BETWEEN PREOPERATIVE PREPARATION AND THE OUTCOME OF SURGICAL TREATMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE.

B.B.Nazarov¹, R.E.Niyazmetov².

¹Bukhara state medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino.

²Center for the development of professional qualifications of medical workers.

Key words: *pelvic organ prolapse, ventrofixation, levatoraplas*

Abstract: This article describes the optimization of preoperative preparation and provides an assessment of various surgical methods for correcting severe pelvic organ prolapse. The study included 102 patients with stages 3 and 4 of pelvic organ prolapse who underwent various types of surgical interventions ("Manchester" operation, vaginal hysterectomy, sacropexy, ventrofixation by laparoscopic access). The method of surgical intervention was chosen taking into an account the patient's age, the presence of somatic pathology and pathology from the uterus or appendages. Before surgery, all patients

received conjugated estrogen (femistrone), which contributed to the restoration of normal vaginal epithelium with its atrophic changes and vaginal microflora.

Background: Pelvic organ prolapse is the protrusion of the pelvic organs through the vaginal walls and the pelvic floor. Genital prolapse is a serious problem that significantly reduces a woman's quality of life. The frequency of this pathology in women under the age of 35 is 15-30%. By the age of 50, the incidence rate increases to 40%, in women over 60 years of age this figure is even higher (50-60%) [4,7,10].

Risk factors for the development of prolapse are, first of all, vaginal delivery, age, obesity, previous hysterectomy. The main provoking factor of prolapse of the genitals at a young age is birth through the natural birth canal, and although turgor of young tissues keeps the genitals from pronounced prolapse, its symptoms are detected during gynecological examination [1,2]. According to Professor V.I. Krasnopolskiy, in 1.7-40% of patients, treatment in gynecological hospitals was due to the consequences of trauma to the soft birth canal. Prolapse of the pelvic organs, according to the author, becomes a consequence of "obstetric aggression", including dissection of the perineum in conditions of impaired vaginal biocenosis, in 63% of cases [3]. The number of women with pelvic organ prolapse is increasing in all countries of the world, the problem of prolapse and prolapse of the genitals becomes more and more urgent every year [4, 9, 10]. Many authors agree that women with prolapse should undergo surgical treatment at the preclinical stage [5, 8, 9]. Nevertheless, many patients seek medical help with already pronounced stages of prolapse: 3-4 according to the quantitative classification POP-Q (from the English Pelvic Organ Prolapse Quantification). Often these are older patients with a large number of concomitant diseases, which creates problems when choosing a method of surgical intervention and anesthesia. The quality of life of women who have undergone surgery for genital prolapse deserves special attention, while it does not always correspond to the surgeon's opinion about the quality of the operation performed [10].

The aim of this study - to improve the preoperative preparation and the effectiveness of various surgical methods for the correction of severe pelvic organ prolapse.

Material and research methods. The study included 102 patients who underwent surgery for complete prolapse of the uterus, cervical stump or vagina of the 3rd stage in 73 (71.5%) and 4th in 29 (28.4%) in the period from January 2017 from January 2021 in the perinatal center of Bukhara region. The distribution of patients by age and type of surgery was presented as follows: the average age of patients who underwent the Manchester surgery was 39 ± 1.6 years, sacropexy - 45 ± 2.4 years, VGE - 57 ± 3.5 years, ventroplasty with laparoscopic levatoroplasty - 65 ± 4.1 years.

Discussion of the results obtained. In clinical practice, prolapse and prolapse of the anterior and posterior walls of the vagina, central or apical prolapse, prolapse of the uterus or vaginal fornix in its absence are distinguished. Prolapse of the anterior vaginal wall can be accompanied by the

development of cystocele and hypermobility of the urethra, which causes stress urinary incontinence. With prolapse of the posterior wall of the vagina, a hernia of the rectum, rectocele, often develops. All 102 (100%) patients had the following complaints; sensation of a foreign body extending beyond the entrance to the vagina partially and completely, difficulty walking, pulling pains in the lower abdomen and lower back, urinary and defecation disorders. Difficulty in defecation was noted by 32 (31.3%) patients, partial incontinence of gas and loose stools - 26 (25.4%). Stress urinary incontinence was observed in 43 (42.1%) patients, frequent urination - in 37 (36.2%), difficulty urinating - in 9 (8.8%). Thus, almost every woman had complaints related to the urinary system.

Concomitant somatic pathology was detected in all 102 patients: gastrointestinal tract disease - in 13 (12.3%), chronic cholecystitis - in 29 (28.4%), fat metabolism disorder - in 41 (40.1%), hypertensive disease of the 1st-2nd degree - in 22 (21.5%), chronic bronchitis - in 8 (7.8%) and UTI - in 34 (33.3%) patients, all of them were examined by the appropriate specialists and recovered. Gynecological examination revealed complete prolapse of the uterus and vagina of stage 3-4 according to the POP-Q classification in all patients. Gynecological diseases - elongation of the cervix, cicatricial deformity, chronic cervicitis and vaginitis were diagnosed in 16 (15.6%) patients. 4 (3.9%) had a decubital ulcer on the mucous membrane of the cervix. None of the patients had adnexal pathology. Preoperative examination included: - general clinical, gynecological, rectovaginal examinations with the Valsalva test. In addition, the standard clinical and laboratory examination: clinical analysis of blood, urine, biochemical blood test, coagulogram, ultrasound, electrocardiography (ECG), a smear for the degree of purity, if necessary, a tank was carried out. sowing of discharge from the cervical canal. For each patient, taking into account the age, underlying and combined gynecological and extragenital pathology, an individual program of preoperative preparation, surgical treatment and postoperative management was drawn up.

Themistron cream (conjugated estrogen) was administered intravaginally from 1.0 g to 1.5 g once a day for 5 to 7 days. Femistron contains a mixture of natural conjugated estrogens of animal origin in the form of sodium salts, soluble in water and in one gram the amount of conjugated estrogen is 0.625 mg. The use of Femistrona helps to restore normal vaginal epithelium with its atrophic changes, normalizes the vaginal microflora, thereby increasing the resistance of the vaginal epithelium to infectious and inflammatory processes, especially in the postoperative period. The most radical type of surgery is considered to be vaginal hysterectomy (VGE), if necessary, with fixation of the vaginal stump to the sacrum. We performed vaginal hysterectomy in 18 (17.6%) patients. This intervention is quite traumatic and time-consuming, and it is not always feasible due to somatic diseases and limitations of anesthesia, which are present in some cases. Younger patients, as a rule, underwent a "Manchester" operation. The Manchester operation includes anterior and posterior colporrhaphy with levatoroplasty followed by amputation of the cervix; this operation was performed in 11 (10.7%) patients. Vaginal

hysterectomy - in 18 (17.6%), sacropexy - in 29 (28.4%), ventrofixation by laparoscopic access followed by levatoroplasty and posterior colpoperineorrhaphy - in 19 (18.6%) and anterior and posterior colporrhaphy with levatoroplasty without ventrofixation - in 25 (24.5%). Types of operations and intraoperative features of surgical intervention and the immediate results of surgical treatment within 3 months. after the operation are reflected in table.

No. 1. Intraoperative complications were not registered in any case. According to the data obtained in Table No. 1, the longest duration of the operation was noted when performing SPC and VGE, the shortest - with ventrofixation of the uterus, anterior and posterior colporrhaphy with levatoroplasty. Blood loss of more than 400 ml was not registered in any case, and the maximum blood loss (350 ± 22.5 ml) was noted during the VGE. The average bed-day was less with the operation of ventrofixation of the uterus ($4.6 + 1.2$) than with other types of surgery. The duration of labor rehabilitation was approximately the same for all types of operations. Thus, the anterior and posterior colpoperineorrhaphy with levatoroplasty is the operation that is the least time-consuming, accompanied by the least blood loss, requiring shorter hospitalization times in comparison with the "Manchester" operation, as well as VGE and PCP in combination with reconstructive surgery on the perineum. No serious complications were identified in any of the cases.

Conclusions: 1. In case of complete pelvic prolapse in elderly patients, we recommend performing ventrofixation of the uterus or vaginal stump by laparoscopic or laparotomic access, followed by colpoperineorrhaphy and levatoroplasty, which is technically simple and affordable for novice surgeons .. 2. The use of the drug conjugated estrogen (Femistron) from 1.0 g to 1.5 g once a day for 5 to 7 days, helps to restore normal vaginal epithelium with its atrophic changes, normalizes the vaginal microflora, thereby increasing the resistance of the epithelium vagina to infectious and inflammatory processes. 3. The most radical type of surgery is considered to be vaginal hysterectomy, which is quite traumatic, difficult and time-consuming, and it is not always feasible due to somatic diseases and requires a highly qualified obstetrician-gynecologist.

Types of pelvic organ prolapse surgery, tab. No. 1

	p=11 (10,7%)	Hysterectom y p=18 17,6%	(28,4%)	Roplast y p=19 (8,6%)	slevatoroplast y n = 25 (24.5%).
Duration of surgery, min	72±8,1	105±5,6	140±15,5 *	65±6,5	55±3,5
Blood loss, ml	180±15, 4	350±22,5	110±10,6	80±8,6	76±10,5*

Average bad-day	6±1,2	7±1,3	5,7±1,3	4,6±1,2	4,8±1,4
Duration of rehabilitation, days	25	30	21	24	20
Post-opera. infectious complications	0	1(5,5%)	1(3,4%)	0	1(4,0%)

*Significance * p < 0.05*

Literature:

1. Buyanova SN Prolapse of the genitals // Russian bulletin of obstetrician-gynecologist. 2017; 17 (1): pp. 37–45
2. Ziganshin A.M. Method for predicting risk factors for pelvic organ prolapse // Tavricheskiy medicobiologicheskiy vestnik. 2016; 19 (2): 65-8.
3. Krasnopolsky V.I., Buyanova S.N., Popov A.A. Abdominal, laparoscopic and combined methods of surgical treatment of stress urinary incontinence // Midwife. and gynecol. - 2006. - No. 5. - S. 12-15.
4. Orazov MR, Toktar LR, Dostieva Sh.M. et al. Pelvic organ prolapse - a problem that does not have an ideal solution // Difficult patient. 2019. No. 8-9 (17). S. 23-27.
5. Popov A.A., Slavutskaya O.S., Ramazanov M.R. Modern aspects of diagnosis and surgical treatment of prolapse and prolapse of the genital organs in women // Endoscopic. hir. - 2012. - No. 6. - S. 13-15.
6. Selikhova M.S. 1, Ershov G.V. 2, Ershov A.G. Prolapse of the pelvic organs in women of reproductive age // Zhur. Medical sciences. -2020.- No. 07 (97) P.1-2
7. Iglesia C.B., Smithling K.R. Pelvic organ prolapse. Am Fam hysican. 2017;96(3): 179-185.
8. Mickey K, Christopher F.M. Surgical management of pelvic organ prolapse. — Saunders, 2012. — 208 p.
9. Volloyhaus I. Association between pelvic floor muscle trauma and pelvic organ prolapse 20 years after delivery // International Urogynecology Journal. 2015 Jul 22;27(1):39–45.
10. Weintraub A. Y., Gliner H., Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. IBJU. Epidemiology and pathophysiology of POP. 2020;46(1):5-14. DOI: 10.1590 /S1677-5538.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

AYOLLARDA TOS ORGANLARINING TUSHISHI

Nazarov B.B¹, Niyazmetov R.E².

¹*Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti.*

²*Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi*

Ta'rif: Ayollarda jinsiy organlarning prolapsasi yoki tos a'zolarining prolapsasi deganda, kasallikning keyingi bosqichlarida ichki jinsiy a'zolarining qin teshigiga harakatlanishi, so'ngra undan tashqariga chiqishi (tos suyagining prolapsasi) tushuniladi..Ayol populyatsiyasida tos a'zolarining prolapsasi, mualliflarning fikriga ko'ra, eng keng tarqalgan ginekologik kasalliklardan biri bo'lgan va u 25,0 - 37,0% ni tashkil qiladi. Yoshi oshgan sari tos a'zolarining prolapsasidan aziyat chekadigan ayollar soni ortadi.

Agar 25-45 yoshdagi guruhda bu patologiya 18,2% - 26,4% hollarda aniqlansa, 50 yoshdan oshgan ayollarda bu kasallik allaqachon 50-67% hollarda aniqlanadi.

Klinik tashislashda usullar: Genital prolapsaning oson tashislash bu klinik tasnif va tekshirub usullar majmuasi. Hozirgi vaqtda genital prolapsaning ko'plab turli tasniflari mavjud bo'lib, ular patologik jarayonning rivojlanishining dominant parametrlari, variantlari va xususiyatlarini yetarli darajada hisobga olish imkonini beradi. Ushbu turkumdagi eng keng tarqalgan va ayni paytda oddiy, amaliy tasnif bu:

I daraja- bachadon bo'yni vagina uzunligining yarmidan ko'p bo'lmagan darajada qisqaradi.

II daraja- bachadon bo'yni va qin devorlari vaginaga kirish darajasiga tushiriladi.

III daraja- bachadon bo'yni va qinning devorlari vaginaga kirish joyidan tashqarida va bachadon tanasi uning ustida joylashgan.

IV daraja- butun bachadon va qin devorlari qin teshigidan tashqarida.

Tekshiruv usullarga quyidagilar kiradi: Anamnez, ginekologik bimanual tekshiruv, qin va bachadon devorlarining balandligi va holatini, tos bo'shlig'ining mushak-fassial apparatida qo'pol nuqsonlarning mavjudligini, shuningdek yo'tal testi, tampon testi va Valsalva testi natijalarini aniqlash; Ultratovush tekshiruvi, bu nafaqat tos a'zolarining nisbiy holatini, balki tos a'zolarining mushak-fassial apparatining strukturaviy holatini, tendon markazining holatini aniqlashga imkon beradi.

Xulosa: Oddiylik va foydalanish qulayligi kabi jozibali fazilatlarga ega bo'lgan ushbu tasnif va tekshiruv usullar majmuasi, tibbiyotning birlamchi zvenosida faoliyat olib boradigan nafaqat ginekologa, balkim UASh largayam ish faoliyatida kul keladi. Bu oz navbatida kasallikning barvak aniklanishi va davolash taktikasiga katta hissa qo'shadi.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

z.Фергана

10.03.2023z.

AYOLLARDA TUHUMDON SARATONI KASALLIGINING KELIB CHIQUISH SABABLARI

Y.X.Nazarova¹, I.A.Abdurazakova¹.

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Kalit so'zlar: *tuhumdon, saraton, genetik test, vaginal parfumeriya, pelvisda og'riqlar, reproductiv madaniyat.*

Kirish. Hozirgi kunda hukumatimiz tomonidan xotin-qizlarimizni har tomonlama qo'llab-quvvatlash, jamiyatdagi tutgan o'rnini yanada mustahkamlash borasida bir qator farmon, farmoyish va qarorlar chiqarishyaptiki bu xammasi millatimiz davomchilari bo'lgan farzandlarimizni sog'lom, baquvvat dunyoga keltiradigan ayollarimizni reproduktiv salomatligiga qaratilgandir.

Mavzuning dolzarbligi. Reproductiv salomatlik bu — reproduktiv tizimdagi kasalliklarni (bepushtlik, turli nuqsonlar, saraton va saraton oldi kasalliklari) bartaraf etib, sog'lom bola tug'ilishiga er-hotin juftliklarini tayyorlabgina qolmay, balki tug'ilgan zurriyotni jismonan baquvvat, aqlan zukko, ijtimoiy barkamol avlod etib tarbiyalashga zamin yaratishdir. Reproductiv salomatlikka rioya qilmaslik bir necha omillarga sabab bo'lishi mumkin. Jumladan, er-xotinlarda surunkali noinfeksion va ginekologik kasalliklarning mavjudligi, tug'ruqlar orasidagi 3-3,5 yillik oraliq saqlanmasligi, 20 yoshga yetmay yoki 35 yoshdan oshib farzand ko'rish, qarindosh urug'lar o'rtasidagi nikoh, kam ta'minlangan, nochor oilalardagi yetishmovchiliklar, notinch, janjalli oilalardagi salbiy muhit.

Reproduktiv salomatlikni yaxshilash uchun yuqorida sanalgan xavf omillarini kamaytirish, reproduktiv huquq — ya'ni, er-hotinlarni bolalar soni, ular tug'ilishidagi oraliq, ularning tug'ilish vaqti, zamonaviy kontrasepsiya vositalaridan foydalanish, bolani ko'krak suti bilan boqishga e'tibor berish va buning uchun shart bo'lgan ma'lumot va vositalarga ega bo'lish borasida asosiy huquqlarini xabardor bo'lish kerak. Ayol sog'lom bo'lsa kelajak avlod so'g'lom tugiladi. Ayrim xolatlarda ayollarnimizni o'z sog'ligiga vaqtida e'tibor qaratmasligi oqibatida ko'pgina kasalliklar hayotdan erta ko'z yumushlariga yoki bir umr yarim jon bo'lib qolishlariga sabab bo'lib qolmoqda. Shunday kasalliklar qatoriga tuhumdon saratoni kasalligini kiritishimiz mumkin. Bu kasallik boshqa ginekologik kasalliklarga qaraganda ozini tashqi belgilarini bildirmasligi bilan farqlanadi. Chunki uni belgilari boshqa kasalliklar belgilariga o'xshab ketadi. Achinarlisi shuki, bu kasallikni oldini olish uchun qatt'iy bir chora-tadbir yoq. Ho'sh, kasallik qachon paydo bo'ladi?, buni kelib chiqish sabablari nima?- degan savol tug'ilishi tabiiy. Ko'p yillik izlanishlar va kuzatuvlar shuni ko'ratadiki, faqatgina yuztadan yigirmatta ayollarda irsiyiligi, bola tug'magan ayollarda, kichik yoshida hayz ko'rganlarda, kech klimks bo'lganlarda, farzand ko'ra olmaydiganlarda tuhumdon kaslligiga chalinish havfi ko'proq bo'lishi ta'kidlangan. Hozirgi kunda nima sababdan tuhumdon saratoni ayollarda ko'payib bormoqda?. Sabablari oddiy sog'lom turmush tarziga amal qilmasliklari, har olti oyda ayollar shifokori (ginekolog) ko'rigidan o'tmasliklari, vitamanga boy mahsulotlardan kam iste'mol qilishidir.

Tanadagi hujayralar qarovsiz o'sishni boshlaganda saraton (rak) kasalligi boshlanadi. Dastlabki qarashlarga ko'ra malign o'smalari faqat tuxumdonlarda rivojlanadi, deb o'ylashgan, lekin, so'nggi izlanishlar shuni ko'rsatadiki, aksariyat tuxumdon saratoni fallop naychalarining distal uchidagi hujayralardan boshlanadi. Saraton hujayralari tez ko'payish, sog'lom to'qimalarga infiltratsiya qilish va o'ldirish hususiyatiga ega. Har bir tuxumdon bodom o'lchamidek bo'ladi, shuningdek, esterogen

va progesterone garmonlarini ishlab chiqaradi. Tuxumdon tashqi yuzasida boshlanadigan saraton bu epiteliya hujayrasidir. Bunday turida saraton emas, qisman saraton va saraton bo'lishi mumkin. Saraton epiteliya o'smalari karsinomalarini deyiladi. Malign tuxumdon saratonining 85% dan 90% gacha epithelial tuxumdon karsinoma tashkil qiladi. 1-darajali epithelial tuxumdon karsinomalarini ko'proq oddiy to'qimalarga o'xshaydi. 3-darajali epithelial tuxumdon karsinomalarini xavfli o'simtlar hisoblanadi. 1-turdagi o'smalar sekin o'sadi va kam belgilar bilan yuzaga chiqadi. 1-darajali karsinomalarini taniq hujayrali, shilimshiq va endometrioid karsinomalar misol bo'ladi. 2-turdagi o'smalar tez o'sadi va jadallik bilan tarqaladi. Bu o'smalar kimyoterapiyaga chidamliroq, 3-darajali karsinoma shu o'smaga misol bo'ladi. Tuxumdon saratonini dastlabki davrida, hech qanday alomatlarsiz vujudga kelishi mumkin. Kasallik belgilari yuzaga chiqishni boshlaganda boshqa kasalliklarning belgilari bilan adashtiradilar. Tuxumdon saratonini belgilariga - qorin bo'shlig'ida shish paydo bo'lishi, ovqatlanishda tez to'yish hissi, ozish, bel og'rig'I, sharchoq, relvisda og'riqlar (avval sezilmagan og'riq), tez-tez siyish kabilar kiradi. Shifokorlar fikriga ko'ra, tuxumdon saratonini tuxumdon ichidagi DNK da o'zgarishlar bo'lganda rivojlanadi. O'zgarishlar esa hujayralar tez ko'payishi va rivojlanishiga olib keladi, natijada saraton massasi hosil bo'ladi. Tuxumdon saratonining bir qismi ota-onadan irsiy o'tgan bo'lishi mumkin. Kasallik xavfini oshiradigan genlarga BRCA1 va BRCA2 kiradi. Bu genlar ko'krak saratonini xavfini ham oshiradi. Tuxumdon saratonini keltirib chiqaradigan bir qator sabablarga Linc sindromi, BR1PI, RAD 51C va RAD 51D genlari kiradi. Tuxumdon saratonini tashxislash uchun abortdan keying ko'rik, imaging testlari, qonni tekshirish, CA125 testi, jarroxlik va genetik testlar o'tkazish talab etiladi. Kasallikni davolashni bir qator usullari mavjud. Shulardan Car T-cell terapiyasi yangi inovatsiyalar hisobiga vujudga kelgan bo'lib, yuqori bosqichda turgan bemorlarga yangi hayot bag'ishlamoqda. Antigen retseptorlari tomonidan ishlab chiqilgan T hujayra (Car-T) terapiyasi deyiladi. Car-T terapiyasi CD-19 musbat gemotologik malign o'smalarini davolashda ajoyib samaradorlikni ko'rsatdi. Tuxumdon saratonini kasalligi ko'pincha 40 yoshdan oshgan ayollarda uchraydi va ularning asosiy qismini klimksdan keying bosqichda vujudga keladi. Eng ko'p 60-64 yoshda uchraydi va kasallarning uchdan bir qismi 65 yoshdadir. 10-15% esa irsiy moyilligi bor bemorlar bo'lib, 10-15 yoshda yoki undan ham yoshligida tuxumdon saratonini bo'lishi mumkin. Faqatgina 15% tuxumdon saratonini kasalligiga erta tashxis qo'yiladi. Statistik ma'lumotlarga qaraganda 2018-yilda Respublika miqyosida 22240 nafar ayolga tuxumdon saratonini kasalligi tashxisi qo'yilgan. Shulardan 16780 tasi (75,45%) 1-darajali kasallik bilan tashxislangan, 5460 tasi (24,55%) 3-darajali kasallik bilan tashxislangan. Bulardan 14070 nafar bemorlarga davolash choralari ko'rilishiga qaramay vafot etgan.

Hulosa: Yuqoridagi xolatlardan kelib chiqib, birinchi navbatda ayollarimizda tibbiy madaniyatni oshirishimiz, ayollarda uchraydigan tuxumdon saratonini kasalligini oldini olish uchun quyidagi maslahatlarga amal qilishimiz zarur;

- Har bir ayol oila kasallik tarixini bilishi kerak;

- Tuhumdon saratonini keltirib chiqaradigan mahsulotlarni iste'mol qilmaslik;
- Sport bilan shug'ullanish;
- Muntazam ko'rikdan o'tish;
- Genetik test qilish;
- Ona bo'lish va to'g'ri emizish;
- Reporoduktiv madaniyat (istalmagan homiladan saqlanish);
- Dori vositalarni mutahassis tavsiyasi bilan kabul qilish;
- Vaginal parfumeriyadan foydalanmaslik kabilar kasallikni oldini olishdagi muhim tavsiyalardir.

Foydalanilgan adabiyotlar:

- 1.Salomatlik ensklopediyasi.
- 2.Yumurtalik kanserini anlamak www.trsgo.org
- 3.Yumurtalik kanseri(Over kanseri)Prof.Dr.M .Murat Naki
4. Sh.M.Raximov va boshqalar. Ichki kasalliklar
5. Ziyaeva M.F. Terapiya. <https://www.neolefe.com.tr>

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**ИННОВАЦИОННЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗАПАСА
У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ**

Н.С.Найимова

Бухарский государственный медицинский институт

Ключевые слова: *преждевременная недостаточность яичников, амнеря, преждевременне старение яичников, овариальная ароматаза, АМГ, гормональный дисбаланс, киста яичников, овариальный резерв.*

Резюме: В соответствии с целью и задачами настоящего исследования нами изучены пациенты с преждевременной недостаточностью яичников. Пациентки основной группы (n=112) были разделены на две группы: в первую группу (n=59) вошли пациентки с ПНЯ, перенесшие хирургическое вмешательство со снижением овариального резерва; во вторую группу (n=53) вошли пациентки с ПНЯ, без операции, но с уменьшением овариального резерва. Проведенные исследования показали, что у женщин с СПКЯ 1-й группы с перенесенными оперативными вмешательствами содержание ФСГ было в 1,7 раза выше значений контрольной группы, у пациенток 2-й группы мы также наблюдали повышение уровня ФСГ в 1,58 раза относительно

значений контрольной группы. Кроме этого, в контрольной группе мы собрали 30 практически здоровых женщин.

ЭРТА ТУХУМДОН ЕТИШМОВЧИЛИГИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА РЕПРОДУКТИВ ЗАХИРАНИНГ ИННОВАЦИОН БИОКИМЁВИЙ БЕЛГИЛАРИ

Н.С.Найимова

Бухоро давлат тиббиёт институти

Калит сўзлар: *эрта тухумдон етишмовчилиги, аменорея, эрта тухумдон қариши, тухумдон ароматазаси, АМГ, гормонал мувозанат, тухумдон кистаси, тухумдон захираси.*

Резюме: ушбу тадқиқотнинг мақсади ва вазифаларига мувофиқ эрта тухумдон етишмовчилиги бўлган беморлар ўрганилди. асосий гуруҳ беморлари (n=112) икки гуруҳга бўлинган: биринчи гуруҳга (n=59) тухумдон захирасининг пасайиши билан операция қилинган беморлар киритилган; иккинчи гуруҳга (n=53) операциясиз, аммо тухумдон захирасининг пасайиши билан беморлар киритилган. Ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, жарроҳлик аралашуви билан 1-гуруҳдаги ТЭЕ бўлган аёлларда ФСГ таркиби назорат гуруҳи қийматларидан 1,7 баробар юқори бўлган, 2-гуруҳ беморларида биз ФСГ даражасининг назорат гуруҳи қийматларига нисбатан 1,58 баравар ошганини кузатдик. Бундан ташқари, биз назорат гуруҳида 30 деярли соғлом аёлларни тўпладик.

INNOVATIVE BIOCHEMICAL MARKERS OF PRODUCTIVITY IN WOMEN WITH PREMATURE OVARIAN FAILURE

N.S.Nayimova

Bukhara State Medical Institute

Keywords: *premature ovarian insufficiency, amenorea, premature ovarian aging, ovarian aromatase, AMH, hormonal imbalance, ovarian cyst, ovarian reserve.*

Resume: In accordance with the purpose and objectives of this study, we studied patients with premature ovarian insufficiency. As mentioned above, the patients of the main group (n=112) were divided into two groups: the first group (n=59) included patients with a STUMP who underwent surgery with a decrease in ovarian reserve; the second group (n=53) included patients with a STUMP, without surgery, but with a decrease in ovarian reserve. The conducted studies showed that in women with PCOS of the 1st group with surgical interventions, the FSH content was 1.7 times higher than the values of the control group, In patients of the 2nd group we also observed an increase in the level of FSH by 1.58 times relative to the values of the control group. In addition, we collected 30 practically healthy women in the control group.

Введение. В клинических рекомендациях 2016 года Европейское общество репродукции и эмбриологии человека (ESHRE) дает следующее определение преждевременная

недостаточность яичников (ПНЯ) – клинический синдром, основным проявлением которого является прекращение функции яичников в возрасте до 40 лет, характеризующийся нарушением менструальной функции, повышением уровня гонадотропинов и снижением концентрации эстрадиола [2,5,6]. Частота ПНЯ в популяции составляет 1% [2,7], по мере взросления данный показатель возрастает и у женщин 40 лет выявляется в 1:100 населения. В других исследованиях показана, что частота встречаемости данной патологии в женской популяции составляет 1–3%, достигая 10% в структуре аменорей [3,7,8].

Учитывая разрушительные последствия для организма дефицита эстрогенов, ограниченные возможности в решении репродуктивных проблем у женщин с ПНЯ и в большинстве случаев потеря фолликулярного аппарата происходит постепенно, идет активный поиск возможности ранней диагностики и прогнозирования данного синдрома. Таковыми являются маркеры овариального резерва АМГ и ингибин В, уровни которых начинают снижаться задолго до повышения уровня ФСГ и нарушений цикла [1,2,7]. В настоящее время ведется активная работа по прогнозированию ПНЯ и разработке диагностических критериев ее доклинических форм.

Цель исследования. Определить инновационные ранние маркёры репродуктивного запаса и некоторые механизмы формирования преждевременной недостаточности яичников, на их основе разработать наиболее значимых направлений лечения и реабилитации данной категории женщин.

Методы исследования. В настоящее время активность общей ароматазы в различных тканях определяют радиометрическим методом, основанным на превращении меченного тритием андростендиона в «тяжелую воду» и меченного тритием андростендиона в эстрон. Можно определить экспрессию ароматазы в тканях с помощью иммуногистохимического анализа [4,6,8]. Часто ПЦР в реальном времени комбинируют с ПЦР с обратной транскриптазой для измерения малых количеств матричной РНК. Описан метод оценки активности ароматазы или изоформы цитохрома P450 при помощи которого суммарная ароматазная активность может быть измерена путем белкового иммуноблоттинга [2,3]. Именно этим методом мы пользовались для оценки активности ароматазы.

Результаты. В соответствии с целью и задачами настоящего исследования нами изучены пациенты с преждевременной недостаточностью яичников. Как указывалось выше, пациентки основной группы (n=112) были разделены на две группы: в первую группу (n=59) вошли пациентки с ПНЯ, перенесшие хирургическое вмешательство со снижением овариального резерва; во вторую группу (n=53) вошли пациентки с ПНЯ, без операции, но с уменьшением овариального резерва. В первой группе у 65% пациенток с помощью хирургического вмешательства был удален один яичник; остальные пациентки также перенесли операцию, но без

удаления яичников. У 22% пациенток были выполнены различные резекционные операции одного яичника. У 8,7% пациенток выполнены хирургические вмешательства обоим яичникам (2 раза) и у 4,34% из них произведена ампутация матки. Кроме этого, в контрольной группе мы собрали 30 практически здоровых женщин.

Учитывая, что в развитии ПНЯ важная роль принадлежит гормональным нарушениям, представляло интерес сравнительный анализ гормонального фона пациентов обеих групп. Проведенные исследования показали, что у женщин с ПНЯ 1-й группы с перенесенными оперативными вмешательствами содержание ФСГ было в 1,7 раза выше значений контрольной группы, составляя $10,21 \pm 0,33$ мМЕд/мл, тогда как значения данного показателя в контрольной группе составили $6,00 \pm 0,57$ мМЕд/мл (табл. 1). У пациенток 2-й группы мы также наблюдали повышение уровня ФСГ в 1,58 раза относительно значений контрольной группы, составляя $9,49 \pm 0,18$ мМЕд/мл. Следует сказать, что существенных различий в значениях ФСГ между пациентками 1-й и 2-й групп мы не выявили.

Наиболее активный из эстрогенов в организме человека - эстрадиол, продуцируется главным образом гранулёзными клетками яичника. Секреция эстрогенов усиливается в ответ на выход ФСГ из гипофиза. Учитывая, что в наших исследованиях отмечено повышение содержания ФСГ в сыворотке крови женщин с ПНЯ, мы изучили уровень эстрадиола. Проведенные исследования показали, что содержание эстрадиола у женщин с ПНЯ снижается в 2,69 раза у пациенток первой группы и в 2,38 раза относительно значений контрольной группы (см. табл.1). Различия между группами составили 1,13 раза, однако носили статистически незначимый характер. Следует сказать, что в норме в гипоталамусе и гонадотрофах передней доли гипофиза возросший уровень эстрадиола в крови подавляет секрецию ГРГ и ФСГ, кроме этого, фолликулярные клетки продуцируют ингибин, который тормозит секрецию ФСГ. Однако в наших исследованиях был отмечен низкий уровень эстрадиола на фоне увеличения содержания ФСГ. На наш взгляд, длительно сохраняющийся высокий уровень ФСГ у пациенток с ПНЯ способствовал интенсивному созреванию фолликулов, это, в свою очередь, может привести к снижению овариального резерва, снижению активности ароматазы, так как данный фермент в яичниках вырабатывается гранулярными клетками.

Таблица 1 Особенности изменений показателей гормонов у женщин с ПНЯ, $M \pm m$

Показатели	Обследованные группы		
	I-я, n=59	II-я, n=53	Контрольная, n=30
Ингибин В (пг/мл)	$48,96 \pm 3,79^*$	$47,57 \pm 3,71^*$	$285,10 \pm 9,61$

АМГ (нг/мл)	1,04±0,03*	1,13±0,05*	1,55±0,08
ФСГ (мМЕд/мл)	10,21±0,33*	9,49±0,18*	6,00±0,57
Эстрадиол (пмоль/л)	35,73±2,12*	40,30±1,80*	96,09±4,50

Инструкция: * - статистическая достоверность по сравнению с контрольной группой – $p < 0,001$.

Известно, что продуцируемый фолликулярными клетками ингибин В блокирует выработку ФСГ. Проведенный нами анализ уровня ингибина В в сыворотке крови пациенток с ПНЯ показал резкое его снижение в 5,82 и 6 раза, соответственной 1-й и 2-й группам, относительно значений контрольной группы женщин. Существенных различий между группами мы не выявили. Анализ уровня АМГ в сыворотке крови женщин с ПНЯ показал достоверное его снижение в 1,49 и 1,37 раза в первой и второй группах пациенток относительно значений практически здоровых женщин. При этом мы выявили более выраженное снижение содержания данного гормона у пациенток первой группы, хотя различия носили статистически незначимый характер.

Анализируя полученные данные можно сказать, что согласно современным представлениям, причиной развития ПНЯ является инсулинорезистентность (ИР), что сопровождается повышенным выделением клетками тека и гранулезы растущих фолликулов андрогенов. Они вызывают остановку роста фолликулов на стадии, предшествующей селекции доминантного фолликула. Активация серин-киназной системы приводит к фосфорилированию рецептора к инсулину и инактивации, обуславливая ИР и фосфорилирование цитохрома P450c17, способствуя гиперандрогении. При СПКЯ отмечается снижение уровня адипонектина, особенно у пациентов с ожирением.. Низкий уровень адипонектина приводит к недостаточному фосфорилированию тирозина и активации серин-фосфорилирования в пострецепторной передаче сигнала ЛГ и овариальной гиперандрогении. Лептин участвует в регуляции уровня эстрадиола и ЛГ, количество доминантных фолликулов и объем яичников. Он усиливает влияние гонадотропинов, инсулина и инсулиноподобного фактора роста-1 на стероидогенез в тканях яичника и созревание ооцитов.

Повышенный уровень АМГ блокирует ароматазу и препятствует дальнейшему росту продукции гранулезой эстрадиола, определяет резистентность фолликулов к ФСГ. Доказана роль полиморфизма гена рецептора АМГ первого типа в предрасположенности к развитию ПНЯ. В связи с этим мы исследовали содержание ароматазы как в сыворотке крови иммуноферментным методом, так и активность яичниковой ароматазы расчетным методом (эстрадиол/ингибин В).

Обсуждение. Проведенные исследования показали, что активность овариальной ароматазы, рассчитанной математическим путем, статистически значимо снижена в 1,71 и 1,84 раза, соответственно у пациенток первой и второй группы, по сравнению с показателями контрольной группой (см. табл. 2). В то же время содержание ароматазы, определяемой ИФА, был резко снижен: в 11,8 и 17,4 раза, соответственно вышеперечисленным группам, относительно значений контрольной группе. Следует отметить, что изучаемые показатели второй группы были существенно ниже, чем в первой группе, что, видимо связано с хирургическими вмешательствами в яичниках. В этой группе у 1ой пациентки были удалены обе яичники, у 16 – по одной. Определение цитохрома P450 (CYP3A4) показало, что его содержание если в 1-й группе имело тенденцию к повышению (на 9,2%), то во 2-й группе пациенток оно возросло на 21,9% относительно значений контрольной группы женщин. Как видно из представленных данных, содержание CYP3A4 несколько выше во 2-й группе пациенток с ПНЯ.

Таблица 2 Активность ферментов, участвующих в метаболизме стероидных гормонов, M±m

Показатели	Анализируемые группы		
	I-я, n=59	II-я, n=53	Контрольная, n=30
Ароматаза, нг/мл	8,04±0,91*	5,46±0,59*	94,86±1,97
Ароматаза яичниковая (E1/ингибин B)	36,77±1,96	34,33±1,72	63,01±3,01
Цитохром P450 3A4, нг/мл	4,89±0,48	5,46±0,59*	4,48±0,25

Инструкция: * - статистическая достоверность по сравнению с контрольной группой – $p < 0,001$.

Известно, что операции в органах малого таза явились факторами снижения овариального резерва у данной группы женщин. Так, операционная травма яичника ведет к глубоким расстройствам кровообращения и иннервации органа, к гибели части ее ключевых элементов, вызывая гормональный дисбаланс, нарушение менструальной функции, снижение овариального резерва, инфертильности. Различные термические энергии в период операции в поздние сроки оказывают супрессорное влияние на стероидогенез, что проявляется значительным повышением концентрации ФСГ в фолликулярную фазу менструального цикла, аномальным маточным кровотечениям. Развивается спаечный процесс малого таза и хронический сальпингит с окклюзией маточных труб, снижению концентрации АМГ, способствуя риску развития

осложнений. Мы обнаружили значительное снижение активности ароматазы яичников у женщин с ПНЯ по сравнению с контрольной группой.

Заключение. Мы обнаружили статистически достоверную разницу в результатах овариальной ароматазы, ингибина В, АМГ, ФСГ и эстрадиола в обеих группах, страдающих ПНЯ, по сравнению с контрольной группой. Но что касается результатов надпочечниковой ароматазы, то в них не было достоверной статистической разницы. Корреляционный анализ показал, что между ароматазой яичников и маркером АМГ была положительная умеренная корреляция; овариальная ароматаза и ФСГ имели положительную умеренную корреляцию; овариальная ароматаза с эстрадиолом также показала положительную умеренную корреляцию; ароматаза яичников с ароматазой надпочечников показала умеренную отрицательную корреляцию. Диагностическая точность в прогнозировании ПНЯ у женщин с точки зрения овариальной ароматазы, ингибина В, и ФСГ была превосходной, а АМГ был очень хорошим.

Использованная литература:

1. Андреева Е.Н., Абсатарова Ю.С. Терапевтические возможности в коррекции вегетативных нарушений и ановуляции при преждевременной недостаточности яичников//Российский вестник акушера-гинеколога. - 2019. - Т. 19. № 5. - С. 61-67.
2. Блинов Д.В., Хазан П.Л., Мнацаканьян А.Л., Корабельников Д.И., Сафаров А.Т., Павлова Н.В., Захарова Н.С., Пономарев Д.А., Петренко Д.А. Ранняя менопауза и преждевременная недостаточность яичников: проблемы и перспективы//Акушерство, гинекология и репродукция. - 2020. - Т. 14. № 3. - С. 328-345.
3. Веропотвелян П.Н., Соломкина А.Ю., Веропотвелян Н.П., Гламазда М.И., Пивнев М.С. Сердечно - сосудистые заболевания и преждевременная недостаточность яичников//Здоровье женщины. - 2016. - № 1 (107). - С. 127-131.
4. Долгова В.А., Савостова Е.А., Романченко А.С., Тихаева К.Ю., Рогова Л.Н. Факторы предикции преждевременной недостаточности яичников// Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста: сб. докладов VI Всерос. науч. конф. молодых специалистов, аспирантов, ординаторов. Рязань, 2020. - С. 34-35.
5. Каримова Н.Н., Аюпова Ф.М. «Пути улучшения качества жизни женщин перенесших послеродовое кровотечение» //Вестник врача. - Самарканд, 2019. – №3- Стр. 62-68.
6. Каримова Н.Н., Мардонова З.О., Кароматова М. «Вопрос реабилитации женщин после массивного акушерского кровотечения» // Новый день в Медицине. - Самарканд, 2017. - №1(17).-С.116-118.
7. Саломова И. С. Гормональный статус женщин перенесших массивное акушерское кровотечение / И. С. Саломова, Н. Н. Каримова, Н. С. Найимова, О. Ё. Поёнов // Новый день в медицине – Ташкент, 2020. -№ 4 (34). – С.380-383.

8. Собирова Д. Ш. Дифференцированный подход к лечению тубовариальных образований малого таза и её результаты / Д. Ш. Собирова, Ш. А. Махмудова, Н. Н. Каримова // Новый день в медицине. – Ташкент, 2020. -№ 4 (34). – С. 389-392.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**РОЛЬ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ В ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ
ФУНКЦИИ ДЕВУШЕК**

Нигматова Г.М.

Ташкентская Медицинская Академия

Ключевые слова: *девочки-подростки, ожирение, диетическое питание*

**THE ROLE OF ALIEMENTARY OBESITY IN THE PATHOLOGY OF REPRODUCTIVE
FUNCTION OF GIRLS**

Nigmatova G.M.

Tashkent Medical Academy

Keywords: *adolescent girls, obesity, diet food*

**KIZLARNING REPRODUKTIV FUNKTSIYASI VA PATOLOGIYASI SIDAGI ALIMETAR
SKMIZLIK TUGRISIDA ROLI**

Nigmatova G.M.

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

Kalit suzlar: *o'smir qizlar, semizlik, parkhez*

Улучшение репродуктивного здоровья нации – одна из важнейших задач государства в области социальной политики. Ожирение является серьезной медико-социальной проблемой: его распространенность достигает 20-25% среди взрослого населения экономически развитых стран [21, 54, 66]. Многочисленные данные литературы [11,14,17], посвященные проблеме ожирения, указывают на то, что это тяжелое заболевание, возникающее под влиянием эндокринных, неврологических, генетических факторов, а также при нарушении питания и энергетического баланса организма в целом. Распространенность этой патологии приобрела характер эпидемии [2] и согласно определению ВОЗ, ожирение является новой «эпидемией XXI века» [23]. Несмотря на то, что репродуктивная функция оказывается свойственной взрослому человеку, корни её формирования, как и возникновения нарушений репродуктивного здоровья, следует искать в интервале от момента образования зиготы и до точки реализации биологической

функции воспроизводства потомства [4,9]. На сегодняшний день особую тревогу вызывает здоровье школьников. Исследования показывают, что лишь 10% выпускников школ могут считаться здоровыми [25, 48]. Половина детей имеет морфофункциональные отклонения, 40% – хроническую патологию, в том числе избыточную массу тела. По данным Лобыкиной и соавт. (2008) [147], распространенность избыточной массы тела среди учащихся старших классов и студентов средних и высших учебных заведений (15-19 лет) составила 1,5% [8]. По данным государственного доклада 1997 года «О положении детей в Российской Федерации», распространенность избыточной массы тела среди детей школьного возраста составила 8-12%, среди подростков – 2-5%, что приводит к резкому понижению роста населения [6]. Это отчасти объясняется значительными изменениями образа жизни вследствие стремительного научно-технического прогресса, сопряженного с уменьшением физической активности, преобразованием стереотипов питания – разнообразием высококалорийных и доступных продуктов питания, а также широкой популярностью сетей "Fast food". Следовательно, в детском и подростковом возрасте можно говорить о предикторах репродуктивных расстройств, одним из которых является избыточная масса тела. Поэтому очень важно выделять группы риска на формирование нарушений репродуктивного здоровья в дальнейшем [5]. Будучи фактором риска развития тяжелых метаболических нарушений, избыточная масса тела у девочек-подростков сопровождается высокой частотой нарушения становления менструального цикла с гиперандрогенными проявлениями, а при достижении девушками репродуктивного возраста – бесплодием, различными гиперпластическими процессами, высоким риском развития рака эндометрия, яичников, молочных желез и других гормоночувствительных органов [5]. Ожирение относится к хроническим заболеваниям обмена веществ, проявляющимся избыточным прогрессирующим развитием жировой ткани, сопровождающимся определенными осложнениями и обладающими высокой вероятностью рецидива после окончания курса лечения. Причем ожирение в подростковом периоде достоверно коррелировало с дальнейшими нарушениями менструального цикла в репродуктивном периоде. Данный факт свидетельствует, что ановуляция напрямую связана с ожирением [12]. Безусловно, на увеличение массы тела оказывают влияние и многие другие факторы:

1. Наследственная предрасположенность – уже сейчас известен ряд генов, определяющих предрасположенность к перееданию (регуляция аппетита и насыщения) и накоплению жира в организме [49, 59].

2. Нарушения обмена веществ:

- изменяется усвоение питательных веществ (расщепление жиров и углеводов, вкусовые предпочтения и т.п.) [1];
- изменяется расход энергии, полученной с пищей (скорость обмена веществ, типичный уровень

физической активности, вид и число мышечных волокон и т.п.) [3, 13];

• изменяется гормональная секреция (инсулина, кортизола, половых гормонов и т.п.) [13, 18].

3. Расовая и национальная принадлежность [17].

4. Некоторые лекарственные препараты, например, глюкокортикоиды, инсулинотерапия, таблетированные контрацептивы и т.п. [16].

5. Ряд эндокринных заболеваний (гипотериоз, гипогонадизм, болезнь Иценко-Кушинга и т.п.) и некоторые генетические синдромы (Прадера-Вилли, Лоуренса-Муна) [22].

Однако, с точки зрения современных представлений об ожирении, ключевое значение имеют склонность к излишнему потреблению жиров и «сидячий» образ жизни. В наше время проблема ожирения вышла на лидирующие позиции и сопряжена с необходимостью больших капиталовложений на исследования и финансовых затрат на лечение непосредственно самого ожирения и связанных с ним заболеваний. Известно, что эндокринная и репродуктивная системы женского организма тесно взаимосвязаны [4,7,13]. Опиоид-дофаминовая система осуществляет тоническое ингибирующее влияние на выделение гонадотропин-рилизинг гормонов, которые связываясь со специфическими рецепторами на гонадотрофах аденогипофиза, стимулируют синтез и секрецию ЛГ и ФСГ, которые регулируют стероидогенез в яичниках. Амплитуда и частота импульсов секреторной активности нейронов аденогипофиза регулируется по механизму обратной связи эстрадиолом и прогестероном [13,19] Жировая клетчатка, воздействуя на центральные механизмы регуляции функции репродуктивной системы, ускоряет появление менархе. При избыточной массе тела менархе начинается на $1,4 \pm 0,2$ года раньше, чем у девочек с оптимальной массой тела [10]. Избыток жировой ткани приводит к накоплению в ней стероидов и активных эстрогенов, что в свою очередь способствует изменению секреции гонадолиберинов, гормонов аденогипофиза и яичников [4,11,13]. Избыточная жировая ткань становится как бы дополнительной «автономной» железой внутренней секреции. Возникающая гиперсекреция ЛГ стимулирует продукцию андрогенов и накопление их в жировой ткани. Здесь происходит их ароматизация в эстрогены и секреция эстрогенов жировой тканью, в которой находятся эстрогеновые рецепторы. Кроме того, жировые клетки обладают способностью продуцировать лептин – гормон, являющийся интегратором нейроэндокринных функций и способствующий использованию и утилизации энергоресурсов [13,16]. Органом мишенью для лептина является центральная нервная система (ЦНС). Снижение чувствительности к лептину в виде изменений гормонального гомеостаза сопровождается увеличением секреции инсулина поджелудочной железой, снижением биологического действия инсулина и инсулинорезистентностью. Дислипидемия, гиперинсулинемия и инсулинорезистентность подавляют функцию яичников с

развитием в последующем ановуляции, ановуляторных нарушений менструального цикла (НМЦ) и стойкого бесплодия.

Патогенез взаимоисключающих нарушений менструальной функции обусловлен гиперпродукцией ФСГ, в связи с чем возникают кровотечения, а снижение уровня ФСГ в последующие годы способствует развитию гипоменструального синдрома и аменореи при длительном ожирении. Более выраженное повышение ФСГ в сравнении с концентрацией ЛГ может быть обусловлено особенностями метаболического клиренса ФСГ и ЛГ, либо снижением секреции ингибина [13,16].

Избыток жировой ткани приводит к накоплению стероидов, в связи с этим количество и активность циркулирующих в крови эстрогенов снижается. Аномальное функционирование гипоталамуса приводит не только к нерегулярным менструальным циклам, но и гипоменструальному синдрому и вторичной аменорее. Многие исследователи отмечают повышение секреции тестостерона, особенно выраженное при андроидном типе ожирения, хроническую ановуляцию [13,16,20]. Ожирение приводит или сочетается с аменореей и бесплодием, однако механизм возникновения НМЦ изучен не достаточно. Одной из частых ошибок в ведении данного контингента пациенток является то, что до назначения лечения ожирения проводится стимуляция функции яичников. При длительной стимуляции овуляции без уменьшения массы тела может развиваться синдром истощения яичников. Для восстановления цикличности менструальной функции нередко достаточно снижения массы тела на 10-15%, что в свою очередь нормализует стероидогенез и фолликулогенез в яичниках [7,13,16,20].

Как видно из приведенных данных, частота ожирения у женщин репродуктивного возраста в последние годы прогрессивно растет. Наличие ожирения приводит к нарушению стероидогенеза и как следствие развитию бесплодия. Данная проблема весьма актуальна и для нашей республики. Несмотря на достаточную изученность данной проблемы за рубежом, исследований в этой области в республике нет. Ожирение относится к полиэтиологическим заболеваниям, поэтому возникают трудности в выявлении причин, приведших к избыточной массе тела. В связи с этим в настоящее время нет общепринятой единой классификации ожирения. Выделяются различные типы в зависимости от этиологии, характера распределения жира, анатомических особенностей [1,4,6,9,13,16]. Обоснованная классификация этого заболевания, уточнение особенностей этиологии, патогенеза и клиники имеет весьма важное значение для его диагностики, профилактики и лечения. С учетом этиологических факторов ожирение подразделяется на первичное и вторичное. Вторичное или симптоматическое ожирение включает в себя метаболическое ожирение (при гипотиреозе, акромегалии, инсуломе) и церебральное ожирение, связанное с заболеваниями и поражениями головного мозга. Отличительным свойством вторичных форм ожирения является уменьшение массы тела при

успешном лечении основного заболевания. Первичное ожирение подразделяется на алиментарно-конституционное и нейроэндокринное (гипоталамическое). Считается, что в развитии алиментарно-конституционного ожирения ведущую роль играют наследственные факторы, обусловленные генетическим полиморфизмом, и что оно является доброкачественной, медленно прогрессирующей формой заболевания, довольно редко приводящей к развитию осложнений. Нейроэндокринное ожирение, напротив, быстро прогрессирует, чаще сопровождается развитием осложнений (артериальная гипертензия, сахарный диабет), нередко у пациентов наблюдаются симптомы гипоталамической дисфункции – головные боли, нарушение сна, расстройства вегетатики и др. В подобных случаях отложение жира неравномерное, преимущественно абдоминальное (при метаболическом синдроме) или глутеофemorальном (при синдроме Бара-Кера-Сименса) [13,16]. Установлено, что форма распределения жира определяется генетическими и эндокринными механизмами, а не гипоталамической дисфункцией. При любом ожирении могут наблюдаться периоды быстрого набора массы тела, которые сменяются длительными периодами стабилизации. Наличие или отсутствие осложнений скорее определяется степенью ожирения, формой распределения жира, возрастом и продолжительностью заболевания. Зачастую сама гипоталамическая дисфункция может развиваться уже вторично на фоне существующего ожирения. Другими словами, при анализе конкретных случаев заболевания бывает довольно трудно выделить несомненно нейроэндокринные формы, развитие которых связано с первичной гипоталамической дисфункцией [1,11,13,16,18].

Так, научные исследования последних лет показали общность многих нарушений, развивающихся при этом и другом вариантах ожирения, т.е. патогенез любого случая ожирения включает и «конституциональные» (генетический полиморфизм), «гипоталамические» (дисфункция нейроэндокринных центров) факторы. Как при экзогенно-конституциональном, так и при гипоталамическом ожирении наблюдается дисфункция системы гипоталамус-гипофиз-периферические эндокринные железы, нарушающие жировой обмен [5,13,16]. Изменение секреции инсулина – одно из ведущих звеньев патогенеза ожирения. Для больных с ожирением характерна гиперинсулинемия при нормальном уровне глюкозы в крови. Существует две альтернативные теории патогенеза гиперинсулизма. Согласно общепринятой точки зрения, нарушение аппетита и переедание приводит к повышению секреции инсулина, результатом чего являются усиленный липогенез и ожирение. При этом адипоциты увеличиваются в размерах, снижается число рецепторов к инсулину. Это способствует резистентности к инсулину и, как следствие, дальнейшему повышению его секреции. Согласно другой теории повышение секреции инсулина у данной группы больных генетически обусловлено [6,12,13,16]. Формирование гиперинсулинемии, с одной стороны, ведет к повышению аппетита, перееданию

и прибавке массы тела, с другой стороны – к снижению числа инсулиновых рецепторов в ответ на гиперсекрецию инсулина, что является защитной реакцией на развитие гипогликемии [13,16,19]. Генез гиперинсулинемии при ожирении сложен. Возможную роль играют нарушения гипоталамической регуляции, опосредуемые через симпатическую и парасимпатическую вегетативную нервную систему. Имеются указания на участие эндогенных опиатов, а также гормонов желудочно-кишечного тракта, в частности желудочного ингибирующего полипептида в развитии гиперинсулинемии. Важное место в формировании повышения продукции инсулина отводится особенностям питания [1,13,16]. Абдоминально-висцеральный фенотип ассоциируется с гиперпродукцией андрогенов благодаря повышению активности системы ароматизации. В жировой ткани происходит ускорение ароматизации андрогенов, в частности, тестостерона и андроостендиона в эстриол и эстрон, что в свою очередь приводит к гиперэстрогении [2,4,13,16]. Известно, что девушки с поликистозными яичниками и центральным ожирением имеют более высокие концентрации эстрогенов по сравнению с девушками с периферическим ожирением. Повышение уровня эстрогенов, и прежде всего эстрона, приводит к гиперсенсбилизации гонадотрофов по отношению к гонадотропин-рилизинг гормону (ГнРГ). Одновременно под действием эстрона увеличивается продукция гипоталамусом ГнРГ, повышаются частота и амплитуда его секреции, в результате чего увеличивается продукция аденогипофизом лютеинизирующего гормона (ЛГ), нарушается соотношение ЛГ/ФСГ. Усиление влияния ЛГ на яичники способствует повышению продукции андрогенов текальными клетками и гиперплазии последних. Относительно низкий уровень ФСГ приводит к снижению активности ФСГ-зависимой ароматазы, и клетки гранулезы теряют способность ароматизировать андрогены в эстрогены. Гиперандрогения препятствует нормальному росту фолликулов, и способствует формированию их кистозной атрезии. Отсутствие роста и созревания фолликула еще более ингибирует секрецию ФСГ. Возросший пул андрогенов в периферических тканях конвертируется в эстрон. Замыкается порочный круг [6,7,10,13,16].

Таким образом, в результате нарушения центральных и периферических механизмов регуляции стероидогенеза у женщин, страдающих избыточной массой тела, развивается функциональная овариальная гиперандрогения, приводящая к поликистозному изменению яичников. Ученые полагают, что уровень половых гормонов в крови определяет характер распределения жировой ткани, поскольку в ней происходят накопление, интенсивная ароматизация половых стероидов и их секреция [10,12,13,16,19].

Общеизвестно влияние жировой ткани на половые гормоны, однако и половые гормоны, в свою очередь, могут воздействовать на жировую ткань, хотя механизмы данного процесса до сих пор полностью не ясны. За последние годы выявлено, что стероидные гормоны реализуют

свое действие через регуляцию экспрессии генов, связываясь в клетках тканей-мишеней со специфическими рецепторами [1,6,13,16,22].

Один из основных механизмов влияния половых гормонов на жировую ткань – прямая регуляция активности липопротенлипазы – главного фермента регуляции накопления триглицеридов в адипоцитах. В настоящее время известны два вида рецепторов к эстрогенам – альфа и бетта. Установлено, что в жировой ткани экспрессируются бетта-рецепторы. У женщин раннего репродуктивного периода она стимулируется эстрогенами в жировой ткани бедер и ягодиц в большей степени, чем в подкожном жире абдоминальной области. Прогестерон также участвует в регуляции жировой ткани. Он конкурирует с глюкокортикоидами за их рецепторы в адипоцитах, предотвращая таким образом воздействие глюкокортикоидов на жировую ткань в поздней лютеиновой фазе цикла. Показано, что у девочек-подростков с регулярным менструальным циклом аппетит зависит от уровня эстриола в крови, который действует на вентромедиальную область гипоталамуса и, тем самым, подавляет аппетит [6,8,13,16]. Известно, что гипоталамо-гипофизарная дисфункция приводит к нарушению метаболических процессов, последствием которых может являться избыточная масса тела [7,10,13,16].

В научной литературе ожирение, развившееся в подростковом возрасте на фоне гипоталамо-гипофизарной дисфункции, описывается под различными терминами: пубертатный базофилизм, гипоталамический синдром пубертатного периода, пубертатно-юношеский диспитуитаризм, ожирение с розовыми стриями, транзиторный ювенильный диэнцефальный синдром, пубертатный гиперкортицизм. ГДПП – это заболевание подростков, основой которого является принципиально обратимая дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы на фоне возрастной нейроэндокринной перестройки организма и полового созревания [1,4,13,16]. К этиологическим факторам ГДПП относятся нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, вирусные инфекции, хронические очаги инфекции. Выявлена этиологическая связь с дисфункцией плаценты, внутриутробными инфекциями, родовой травмой, гипоксией и асфиксией плода [1,13,16]. Имеют значение психотравмирующие ситуации, нарушение пищевого поведения (систематическое переедание, употребление пищи богатой жирами и легкоусвояемыми углеводами). В этих случаях можно предполагать первичное поражение гипоталамуса с развитием клинических проявлений в пубертатный период.

Анатомические особенности гипоталамо-гипофизарной области обуславливают ее особую уязвимость при патологических процессах в ЦНС. Гипоталамус имеет интенсивное кровоснабжение и развитую сосудистую сеть, отличающуюся высокой проницаемостью стенок для крупных белковых молекул, что облегчает проникновение через сосудистую сеть различных токсических нейротропных агентов [1,4,13,16].

Развитие нейрогуморальных и метаболических нарушений в период полового созревания неслучайно. Именно в этот период за короткий срок происходят бурная перестройка и реактивация отдельных ядерных структур гипоталамуса, устанавливаются новые функциональные отношения между нервной и эндокринной системами. Взаимообусловленной положительной или отрицательной деятельности достигает система гипоталамус-гипофиз-периферические эндокринные железы. Усиливаются анаболические процессы, происходят большие энергические затраты, ускоряется рост, увеличивается масса тела на фоне variability темпов физического и полового развития, лабильности и напряженности метаболизма и нейроэндокринной регуляции[1,4,6,13,16]. На ранних стадиях заболевания отмечается гиперергическая реакция гипоталамических структур и ретикулярной формации, с нарушением синтеза ряда аминов и нейропептидов головного мозга – дофамина, серотонина, эндорфина. Вследствие этого увеличивается секреция гипофизом гормона роста, пролактина, АКТГ и гонадотропинов. При дальнейшем прогрессировании гиперреактивность гипоталамо-гипофизарной системы трансформируется в ее дисфункцию, но без нарушения принципа обратной связи и с сохранением резервных возможностей системы гипоталамус-гипофиз-периферические эндокринные железы[1,6,7,13,16]. Основные клинические симптомы ГДПП возникают в результате гиперпродукции кортизола и дигидроэпиандростерона. Таким образом, избыточная масса тела и ожирение представляют собой группу гетерогенных расстройств, каждое из которых может приводить к последующему или развиваться самостоятельно, образуя замкнутую цепь патологических процессов.

Патологическое становление менструального цикла является крайне неблагоприятным фактором формирования гинекологической эндокринной патологии в репродуктивном периоде и требует наблюдения и коррекции. Но гормональная коррекция нарушений менструального цикла является не простой задачей, поскольку большинство препаратов, применяемый с этой целью, негативно влияют на метаболические процессы, усугубляя расстройства жирового и углеводного обмена, а это, в свою очередь, ведет к недостаточной или неадекватной реакции организма на гормонотерапию. Так, в литературе имеются данные о негативном влиянии комбинированных оральных контрацептивов на метаболические параметры, указывающие на возможность возникновения и прогрессирования ожирения, развития ГИ и ухудшения липидного спектра крови[13,15,16]. Основными задачами лечения девочек-подростков с ожирением являются: достижение оптимальной массы тела, профилактика развития сопутствующих заболеваний, поддержание достигнутой массы тела и предотвращение ее увеличения, адекватный контроль сопутствующих ожирению нарушений, улучшение качества и продолжительности жизни[15,21].

Для поэтапного снижения массы тела применяются немедикаментозные методы лечения (обучение пациентов сбалансированному питанию, увеличение физической нагрузки), медикаментозная терапия и хирургическое лечение.

Основой немедикаментозного лечения является рациональное сбалансированное питание: гипокалорийное в период снижения и эукалорийное на этапе поддержания массы тела, обеспечивающее достаточное поступление энергии, витаминов и микроэлементов.

Считается, что для клинически значимого улучшения состояния и снижения частоты заболеваний, сопутствующих ожирению, достаточно снизить массу тела на 5% от исходной величины. Так в ряде исследований отмечено, что строгое ограничение калорийности питания с последующей 5% и более потерей массы тела вело к нормализации менструального цикла, уменьшению гирсутизма, лучшему прогнозу в плане наступления и вынашивания беременности[13,15,16,21].

Известно, что потеря избыточной массы тела улучшает клинические и биохимические параметры. Более 90% девушек, страдающих ожирением и олигоменореей, на фоне снижения массы тела отметили нормализацию ритма менструаций. Снижение массы тела приводит к уменьшению инсулинорезистентности и гиперинсулинемии. Уменьшение объема жировой ткани ведет к снижению образования эстрогена из андростендиона и снижает сенсбилизацию гонадотрофов гипофиза к гонадолиберину. Уменьшение массы тела на 6-8 кг нередко оказывается достаточным для восстановления ритма менструаций, но при этом сохраняется ановуляция или гиполютеинизм [13,15,16,21].

Некоторые авторы считают, что наилучшим способом повышения расхода энергии является увеличение физической активности, при этом полезен любой вид деятельности, сопряженный с энергетическими затратами и доступный для конкретного пациента. Для снижения массы тела, улучшения функциональных показателей сердечно-сосудистой системы и коррекции атерогенных нарушений липидного обмена необходима физическая активность. Кроме того, известно, что физические нагрузки способствуют повышению чувствительности периферических тканей (скелетных мышц) к инсулину [13,15,16,21]. Медикаментозная терапия ожирения необходима так же, как и при любом другом хроническом заболевании. В настоящее время установлено, что избавиться от ожирения с помощью лекарственных препаратов невозможно, и поэтому их назначение носит вспомогательный характер и является дополнением к диетическому питанию и физическим упражнениям[15,21]. Своевременная коррекция массы тела приводит к нормализации цикла, а у многих больных без применения какой-либо дополнительной терапии и к восстановлению фертильности. В этом плане представляет клинический интерес использование лекарственных средств, активно снижающих массу тела, к которым относится многокомпонентный препарат «Инотир», который действуя на различных

уровнях развития инсулинорезистентности, дает доказанный и эффективный результат даже в самых сложных случаях репродукции человека.

Список литературы:

1. Абдурахманова Ф.М. Нейрообменно-эндокринные нарушения у девушек с патологией становления репродуктивной системы //Педиатрия (Узб).- 2003.- №1.- С.69-72.
2. Аметов А.С. Ожирение – эпидемия XXI века //Терапевтический архив.- 2002.- №10.- С.5-7.
3. Балкаров И., Моисеев С., Фомин В., Краснова Е. Ожирение: терапевтические аспекты проблемы //Врач.- 2004.- №9.- С.
4. Вебер В.Р., Копина М.Н. Половые и возрастные особенности распространенности метаболического синдрома и отдельных факторов его развития //Российский медицинский журнал.- 2007.- №2.- С. 10-12.
5. Волгина С.Я., Валиуллина М.Х. Факторы риска развития ожирения у девушек-подростков //Российский педиатрический журнал.- 2005.- №4.- С.60-63.
6. Демидова Т.Ю., Аметов А.С., Пархонина Е.С. Ожирение – основа метаболического синдрома //Лечащий врач.- 2002.- №5.- С.28-30.
7. Кан Н.И. Особенности функционального состояния гипофизарно-яичниковой системы у женщин с различными формами ожирения. //Акушерство и гинекология.- 2001.- №5.- С.35-38.
8. Лобыкина Е.Н., Хвостова О.И., Проскуракова Л.А., Рузаев Ю.В. Методология профилактики избыточной массы тела и ожирения на современном этапе //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.- 2008.- №2.- С.18-22.
9. Миняйлова Н.Н. Социально-генетические аспекты ожирения //Педиатрия.- 2001.- №1.- С.83-87
10. Овсянникова Т.Г., Соловьева И.Н. Восстановление менструально-репродуктивной функции у пациенток с ожирением //Гинекология.- 2004.- Т.6, №5.- С.237-240.
11. Потемкин В.В., Троицкая С.Ю., Федотова Е.А. Роль наследственных факторов в развитии ожирения у женщин (клинико-гениологический анализ) //Российский медицинский журнал.- 2004.- №4.- С.8-9.
12. Прилепская В.П. Ожирение в практике акушера-гинеколога. //Акушерство и гинекология.- 2003.- №5.- С.59-61.
13. Прилепская В.Н. Аменорея //В кн. Гинекологическая эндокринология.- М.: «МЕДпресс-информ».- 2004.- С.159-181.
14. Прилепская В.Н., Гогаева Е.В. Ожирение и репродуктивная система женщины //В кн. Гинекологическая эндокринология.- М.: «МЕДпресс-информ».- 2004.- С.283-320.
15. Рунихин А.Ю. Современные подходы к лечению ожирения. //Лечащий врач.- 2006.- №2.- С.20-23.

16. Серов В.Н. Метаболический синдром: гинекологические проблемы. //Акушерство и гинекология.- 2006.- Приложение.- С.9-10.
17. Серов В.Н., Кан Н.И. Ожирение и репродуктивное здоровье (обзор литературы) //Акушерство и гинекология.- 2004.- №5.- С.16-20.
17. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянников Т.В. Гинекологическая эндокринология.- М.: «МЕДпресс-информ».- 2004.- 509с.
18. Сметник В.П., Чернуха Г.Е., Валуева Л.Г. //Проблемы репродукции.- 2002.- №1.- С.18-23.
19. Цаллагова Е.В., Прилипская В.Н. Роль снижения избыточной массы тела в восстановлении функции репродуктивной системы женщины //Гинекология.- 2005.- Т.7, №1.- С.28-30.
20. Moran L.J., Noakes M., Clifton P.M. et al. Роль диеты в восстановлении репродуктивной функции и обмена веществ у женщин с избыточной массой тела и СПКЯ //J. of Clin Endocrinol and Metabolism.- 2003.- Vol.88.- №2.- P.812-819.
21. WHO, Factsheet, N 311. Obesity and overweight. Geneva, 2006.
22. WHO. Obesity: eventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. WHO: Geneva 1998.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН,
ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕАБОРТНЫЙ ЭНДОМЕТРИТ**

А.Р.Нигматшаева¹, Л.М.Абдуллаева¹,

¹Андижанский государственный медицинский институт

Ключевые слова: *хронический эндометрит, неразвивающаяся беременность, самопроизвольный аборт, репродуктивная система, прогноз, интерлейкины, воспаление, иммунитет.*

Резюме: Эндометрит возникает в основном в репродуктивном возрасте, характеризуется длительным и малосимптомным течением, приводит к нарушению менструального цикла и репродуктивной функции, как правило, является одной из основных причин бесплодия, невынашивания беременности, неразвитой беременности, осложнений беременности и родов. Описана основная роль воспалительных заболеваний внутренних половых органов в структуре репродуктивной функции женщин, а также хронического эндометрита (Х.Э.), как причины бесплодия маточного генеза, который имеет тенденцию к неуклонному росту. Выявлены этиологические факторы риска развития и триггерный механизм хронических воспалительных

процессов в эндометрии, особенности патогенеза и клинических проявлений холестерина. Критерии морфологической диагностики Х.Э., морфологические признаки Х.Э. с аутоиммунной природой воспалительного процесса определяют различные внегинекологические структурные и функциональные нарушения в эндометрии.

АБОРТДАН СЎНГИ ЭНДОМЕТРИТНИ ЎТКАЗГАН АЁЛЛАРДА ФУНКЦИОНАЛ РЕПРОДУКТИВ БУЗИЛИШЛАРНИ ПРОГНОЗЛАШ

А.Р.Нигматшаева¹, Л.М.Абдуллаева¹.

¹Андижон Давлат тиббёт институти

Таянч сўзлар: *сурункали эндометрит, ривожланмаган хомиладорлик, ўз-ўзидан хомила тушиши, репродуктив тизим, прогноз, интерлейкинлар, яллиғланиш, иммунитет.*

Резюме: Эндометрит асосан репродуктив ёшда учрайди, узок ва асимтоматик курс билан ажралиб туради, хайз цикли ва репродуктив функциянинг бузилишига олиб келади, конда тарикасида бепуштлиқ, ривожланмаган хомиладорлик, хомиладорлик ва тугилишнинг асоратлари. Аёлларнинг репродуктив функцияси таркибидаги ички жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликларининг асосий роли, шунингдек сурункали эндометрит (С.Э.), доимий ўсишга мойил бўлган бачадон генезисининг бепуштлиқ сабаби сифатида тавсифланади. Ривожланишнинг этиологик хавф омиллари ва эндометридаги сурункали яллиғланиш жараёнларининг кўзгатувчи механизми, айниқса холестеролнинг патогенези ва клиник кўринишлари аниқланди. С.Э.нинг морфологик диагностикаси мезонлари, С.Э.нинг морфологик хусусиятлари, яллиғланиш жараёнининг аутоиммун табиати билан эндометридаги турли хил экстранозологик тузилмалари ва функционал бузилишлар аниқланади.

FORECASTING REPRODUCTIVE FUNCTIONAL DISORDERS IN WOMEN WITH POST-BASED ENDOMETRITIS

A.R.Nigmatshaeva¹, L.M.Abdullaeva¹.

¹Andijan State Medical Institute

Key words: chronic endometritis, non-developing pregnancy, spontaneous abortion, reproductive system, prognosis, interleukins, inflammation, immunity.

Summery: Endometritis occurs mainly in reproductive age, is characterized by a prolonged and low-symptom course, leads to disruption of the menstrual cycle and reproductive function, as a rule, is one of the main causes of infertility, miscarriage, miscarriage, undeveloped pregnancy, complications of pregnancy and childbirth. The main role of inflammatory diseases of the internal genital organs in the structure of the reproductive function of women, as well as chronic endometritis (Ch.E), as the cause of infertility of uterine genesis, which tends to steadily grow, is described. The etiological risk factors for development and the trigger mechanism of chronic inflammatory processes in the endometrium, the features of the pathogenesis and clinical manifestations of cholesterol have been identified. Criteria for

the morphological diagnosis of Ch.E., morphological features of Ch.E. with the autoimmune nature of the inflammatory process, various extra-nosological structural and functional disorders in the endometrium are determined.

Введение. Хронический эндометрит (ХЭ) – заболевание, сопряженное с различными клиническими проявлениями, однако, несмотря на большое количество исследований, четко не выявлены патогномичные ему симптомы. Распространенность воспалительного процесса эндометрия окончательно не изучена и составляет в среднем 15% [11,22].

В настоящее время часто дискутируется вопрос о стерильности полости матки у здоровых женщин. Часть авторов полагают, что эндометрий у женщин является преимущественно стерильным, несмотря на обсемененность эндоцервикса, в связи со способностью функционального слоя эндометрия к отторжению во время менструации. [5,9, 128]. Однако существует другая точка зрения, что слизистая оболочка полости матки не может быть стерильна, притом, что она непрерывно подвергается воздействию различных инфекционных агентов из нижних отделов полового тракта [3,5,14]. Условно-патогенные микроорганизмы (УПМ) присутствуют в половом тракте почти у всех женщин, поэтому защитные механизмы должны работать не только на уровне внедрения микробных агентов, но и на пути их распространения. При этом произойдет ли их пенетрация в эпителиальный и стромальный покров слизистой оболочки матки и разовьется ли на этом фоне воспалительный процесс, в значительной степени зависит от состояния локального и общего иммунитета [2,6,9]. Заболевание развивается преимущественно у женщин репродуктивного возраста. По нашим данным, максимальная частота хронического эндометрита приходится на возрастную группу 18-45 лет, т.е. на возрастной интервал, наиболее важный в реализации репродуктивной функции. Среди женщин с хроническим эндометритом 97,6% составляют женщины репродуктивного возраста, что подчеркивает особую значимость данной патологии с точки зрения влияния на репродуктивную функцию. Частота хронического эндометрита, по данным разных авторов, варьирует от 2 до 73%, что связано, прежде всего, с трудностями морфологической верификации диагноза, различиями в исходно анализируемом материале и контингенте больных, значительной вариабельностью в числе наблюдений. По нашим данным, частота хронического эндометрита у гинекологических больных составляет $2,6 \pm 0,2\%$. Крайне важны данные о частоте заболевания у женщин с нарушением функций репродуктивной системы. У женщин с бесплодием, неразвивающейся беременностью, самопроизвольным выкидышем хронический эндометрит встречается в 12-68% случаев, достигая своего максимума при наличии трубно-перитонеального фактора бесплодия. По нашим данным, у больных с бесплодием частота хронического эндометрита в среднем составляет $9,8 \pm 0,7\%$, т. е. заболевание встречается в 5 раз чаще, чем в общей когорте гинекологических больных. Наибольшие показатели распространенности хронического

эндометрита отмечены у больных с привычным невынашиванием беременности и составляют более 70% [3,7,12]. С учетом частоты различных потерь плода – прерывается более 40 % первых беременностей [2,9] – статистика неучтенных и нелеченных случаев ХЭ определяет устойчивую тенденцию будущих демографических потерь [22]. Данное утверждение демонстрирует уместность переосмысления подходов к завуалированной первопричине ранних репродуктивных потерь – ХЭ, провоцирующего прерывание имплантации эмбриона, инвазию цитотрофобласта, васкуляризацию ворсин и формирование плаценты на ранних ее этапах [3,9,11]. Морфологической основой гипопластического макротипа ХЭ выступают дистрофически-атрофические изменения эндометрия, смешанного – чередование участков дистрофии и фиброза, гиперпластического – индукция микрополиповидных разрастаний на фоне единой для всех лимфоцитарной инфильтрации слизистой [15]. Актуальна значимость оценочно-прогностических предикторов расстройств универсальных адаптивных механизмов в ответ на хронический очаг воспаления определяющих эффективность патогенетической стратификации реабилитационной терапии.

Целью исследования является изучение и прогнозирование нарушений репродуктивной системы у женщин, перенесших послеабортный эндометрит, пациенток в диагностических целях перенесших кюретаж полости матки и оценка эффективности терапии у женщин с нарушениями репродуктивной функции.

Материалы и методы. В соответствии с поставленными задачами в исследование включено 210 женщин, обратившихся в гинекологическое отделение родильного комплекса №2 города Андижана с различными гинекологическими жалобами, а также пациентки с неразвивающейся беременностью, самопроизвольным выкидышем и женщин пришедших на искусственный аборт. В основу работы положены результаты комплексного клинко-лабораторного обследования пациенток репродуктивного возраста. Лабораторные исследования проводились в медицинском диагностическом центре «Модус», клинко-лабораторное изучение анализов и ультразвуковое исследование женщин проводилось на аппарате «Аккон 98» во 2-родильном комплексе города Андижан.

Показаниями к проведению внутриматочных вмешательств (гистероскопия, диагностическое выскабливание (ДВ)) явились самопроизвольные потери плода, неразвивающаяся беременность, искусственные аборты, дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК), нарушения репродуктивной функции, подозрение на патологию эндометрия по данным УЗИ. Исследования проводились исходя из данных соскоба эндометрия после кюретажа полости матки, биоптатном материале, вагинальном отделяемом материале. Изучались наличия специфических и условно-патогенных микроорганизмов в эндометрии, данные иммунного статуса женщин при исследовании цитокинов IL1, IL10, трансформирующего

фактора роста, ФНО- α , секреторного иммуноглобулина. Особенно ценное значение выделилось современным и информативным методам полимеразно-цепной реакции (ПЦР), а также данных морфологического исследования и УЗИ. Так же для диагностики ХЭ важно учитывать: анамнестические данные, паритет, возраст, срок гестации беременности, клинические проявления заболевания, а также морфологические, гистероскопические и ультразвуковые критерии его верификации с учетом микробной обсемененности верхних и нижних отделов полового тракта.

Предположение о том, что присутствие микроорганизмов в полости матки не всегда приводит к развитию хронического воспаления и что у здоровых женщин, при отсутствии морфологических признаков воспаления в большинстве случаев, в эндометрии определяются условно-патогенными микроорганизмами, привело к необходимости к более детальному изучению предпосылок ХЭ и его диагностики.

К недостаткам классического микробиологического исследования можно отнести длительные сроки культивирования микроорганизмов, необходимость сохранения их жизнеспособности до момента поступления биоматериала в лабораторию. В последние годы появился новый подход к исследованию микробного спектра - метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени. Мы использовали современный метод ПЦР (Фемофлор 16), который позволяет исследовать наличие, степень и характер дисбаланса вагинальной микробиоты. Важно отметить, что к недостаткам метода ПЦР в реальном времени относится невозможность определить чувствительность микроорганизмов к антибиотикам, а также оценить наличие и степень местной воспалительной реакции.

К настоящему времени сформировалась необходимость использования метода ПЦР в реальном времени для определения микробной обсемененности слизистой оболочки полости матки по аналогии с тест-системами, используемыми для диагностики микробиоценоза влагалища. Таким образом, этиологическая диагностика ХЭ сопряжена с рядом трудностей и является непростой задачей в современных условиях. Для точного определения возбудителя необходимы качественное получение образцов эндометрия и применение современных высокочувствительных диагностических методов. Производить гистероскопию необходимо для исключения различной внутриматочной патологии, а для точной верификации диагноза ХЭ необходимо обязательное проведение морфологического исследования биоптата эндометрия. Исходя из этого основной целью нашей работы представилось изучение и прогнозирование нарушений репродуктивной функции.

Результаты. В ходе работы проведено комплексное обследование 210 женщин, обратившихся в родильный комплекс города Андижан по поводу потерь плода,

неразвивающейся беременности, а также с жалобами на нарушения менструального цикла и репродуктивной функции, дисменореею, а также с патологией эндометрия по данным УЗИ.

Из 210 женщин в исследование включено 167 пациенток с морфологически подтвержденным ХЭ (I группа) и женщины без патологии эндометрия, условно здоровые женщины – группа сравнения (II группа). Анализ клинико-анамнестических данных показал, что в группах обследованных пациенток по возрасту статистически значимых различий выявлено не было ($p>0,05$). Возраст варьировал от 18 до 45 лет: в I группе в среднем составил $32,74\pm 0,7$ года, во II группе - $31,02\pm 0,6$ года.

Таблица 1 Материалы и методы исследования.

Биоматериал	Метод исследования, диагностические маркеры	Кол-во образцов в I группе	Кол-во образцов во II группе
	УЗИ органов малого таза	167	43
Соскобы эндометрия	Гистероскопия, ДВ эндометрия	91	22
Вагинальное отделяемое	Микроскопия вагинальных мазков	167	43
Вагинальное отделяемого и биоптаты тканей эндометрия	Культуральный метод (аэробные, анаэробные и микроаэрофильные условия культивирования): факультативно-анаэробные, облигатноанаэробные, микроаэрофильные микроорганизмы, дрожжевые грибы, генитальные микоплазмы.	84	25
	ПЦР в реальном времени. Общая бактериальная масса, <i>Lactobacillus spp</i> , факультативно-анаэробные и облигатно-анаэробные микроорганизмы, абсолютные патогенны	101	31
	ПЦР в режиме реального времени: исследование мРНК генов цитокинов IL1, IL10, трансформирующий фактор роста, ФНО-алфа, секреторный иммуноглобулин	79	31

По причинам обращения пациентки были разделены на два блока. Первый блок жалоб был сопряжен с различными нарушениями менструального цикла, а второй – с патологией репродуктивной функции. В ходе исследования был проведен тщательный анализ причин обращения пациенток обеих групп. Наиболее часто пациентки с ХЭ предъявляли жалобы на различные нарушения менструального цикла (87,4%). При этом ведущими среди них были

межменструальные маточные кровотечения (41,3%) (табл.2), продолжительность которых варьировала от 4 до 10 дней. Основной патологии данного вида ДМК при ХЭ является избыточная секреция протеолитических ферментов, повреждающих субэпителиальные капилляры, повышая их проницаемость. При этом у 32 пациенток (46,4%) с межменструальными маточными кровотечениями отсутствовала какая-либо другая гинекологическая патология со стороны эндометрия, что позволяет считать, что ДМК у этих пациенток обусловлены наличием ХЭ. При этом у 53,6% пациенток с данным симптомом выявлено сочетание ХЭ с эндометриозом (33%), миомой матки (13,0%) и другими гинекологическими заболеваниями (14,5%).

Обильные менструальные ДМК отмечены в I группе в 31,1% случаях, во II группе - в 6,9% ($p=0,001$). При этом важно отметить, что у 19 пациенток (36,5%) с этим симптомом при морфологически подтвержденном ХЭ отсутствовала сочетанная гинекологическая патология. Поэтому в данных случаях, вероятно, воспалительный процесс в эндометрии, привел к нарушению нормальной десквамации и регенерации эндометрия с развитием в последующем обильных кровянистых выделений. При этом у 63,5% пациенток с данным симптомом выявлено сочетание ХЭ с миомой (28,8%), эндометриозом (36,5%) и другими гинекологическими заболеваниями (23,1%). Сочетание обильных менструальных и межменструальных маточных кровотечений у пациенток с ХЭ выявлено в 16,8%, при этом комбинация данных симптомов не встречалась ни в одном случае в группе сравнения ($p=0,004$). Гипоменструальный синдром был диагностирован у 28 женщин с ХЭ (16,8%), при этом у 21 пациентки (75%) из них подтверждено наличие внутриматочных синехий различной степени выраженности. Дисменорея в I группе отмечена в каждом третьем случае.

Таким образом, различные нарушения характера менструального цикла являются ведущей жалобой у больных с ХЭ. Анализ репродуктивной функции показал, что при ХЭ превалирует бесплодие, выявленное у каждой второй пациентки (52,1%), при этом длительность бесплодия варьировала от 1 до 17 лет и в среднем составила $4,5 \pm 0,52$ года. В I группе первичное бесплодие выявлено в 22,8% случаях, вторичное – 29,3%. ПНБ встречалось в 22,8% случаях.

В среднем число потерь беременности составило $1,7 \pm 0,12$ на пациентку, варьируя от 1 до 6. Неразвивающаяся беременность в анамнезе выявлена у 15 женщин с ХЭ (9%), в среднем $1,6 \pm 0,14$ на пациентку, варьируя от 1 до 5. Превазирование бесплодия в структуре жалоб женщин с ХЭ указывает на наличие структурно функциональных изменений эндометрия при хроническом воспалении эндометрия, что может, вероятно, являться преградой для наступления и развития беременности. Оценить длительность заболевания у пациенток с ХЭ не представлялось возможным, учитывая, что данный диагноз ставится не только на основании длительности клинических симптомов, но и при проведении морфологического исследования соскоба

эндометрия. А более чем в половине случаев гистологическое исследование биоптата эндометрия проводилось нами впервые.

Таблица 2 Причины обращения пациенток.

Группы Причины обращения пациенток		I Группа с ХЭ (n=167)	II группа сравнения (n=43)	p-уровень значимости (χ^2)
I Блок Характер менструального цикла:	Менструальные маточные кровотечения	52/ (31,1%)	3/ (6,9%)	0,001
	Межменструальные маточные кровотечения	69/ (41,3%)	6/ (14,0%)	0,0008
	Скудные менструации	28/(16,8%)	0	0,004
	Сочетание ДМК (меж- и менструальные)	28/(16,8%)	0	0,004
	Дисменорея	46/ (27,5%)	4/ (9,3%)	0,012
	Нормальная менструация	21/ (12,6%)	32/ (74,4%)	$8,4 \times 10^{-12}$
II Блок Репродуктивная Функция	Бесплодие:	87/(52,1%)	12/ (27,9%)	0,005
	1. Бесплодие первичное	38/ (22,8%)	6/ (14 %)	0,206
	2. Бесплодие вторичное	49/ (29,3%)	6/ (9,3%)	0,007
	Привычное невынашивание беременности (ПНБ)	38/(22,8%)	4/ (9,3%)	0,049
	2 и более неразвивающиеся беременности	15/ (9,0%)	1/ (2,3%)	0,142
	Отсутствие жалоб на нарушения	30/ (18%)	29/ (67,4%)	<0,0001

	репродуктивной функций			
Синдром хронических тазовых болей		43 (25,8%)	3 (7,0%)	0,008
Патология эндометрия по данным УЗИ органов малого таза с отсутствием жалоб		8/(4,8%)	11/ (25,6%)	0,003
Сочетание выше указанных жалоб (2 и более)		120/(71,9%)	9/(21,0%)	<0,001

В настоящее время, в ходе исследования сформировались две результативные основы для роли инфекционного фактора в этиологическом генезе ХЭ. Возбудителями специфического ХЭ являются абсолютные патогены (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*), вирусы (*Herpes simplex* 1 и 2 типов), *Mycobacterium tuberculosis*, *Treponema pallidum*, *Mycoplasma genitalium* и др.

Особое место в структуре ХЭ занимает герпетическое поражение эндометрия. При этом на фоне герпетического поражения снижаются локальные защитные функции эндометрия. Клинические признаки ХЭ при вирусном поражении, как правило, отсутствуют. Поэтому исследование эндометрия на выявление вирусов крайне важно. При неспецифическом ХЭ выявляются только условно патогенные микрофлоры, или возбудители вовсе не обнаруживаются. Все исследования по изучению микрофлоры верхних отделов полового тракта полагались лишь на традиционные культуральные методы, этиологической лабораторной диагностики инфекционного процесса. С внедрением молекулярно-генетических методов были обнаружены новые микроорганизмы (*Mycoplasma genitalium* и др.), которые трудно выделяются стандартной техникой. Привести к минимуму непреднамеренный контакт полости матки микробной флорой вагинального отделяемого можно при использовании специально разработанных методик взятия материала, при этом контаминация микрофлорой влагалища составляет 2,7%.

В нашей работе, при заборе исследуемого материала, слизи из эндоцервикса, после установки одноразового влагалищного зеркала Куско, использовались одноразовые стерильные подключичный мягкий катетор и 10,0мл стандартный шприц, что облегчило взятие материала. В современных условиях диагностика ХЭ затруднена из-за стертой клинической картины заболевания, отсутствия единых патогномичных клинических симптомов и общепринятых морфологических критериев ХЭ.

В ходе исследования основой морфологической диагностики ХЭ явились наличие склеротически изменённых стенок спиральных сосудов слизистой оболочки полости матки, воспалительных лимфо-плазмноклеточных инфильтратов и очагового фиброза в строме эндометрия. Основным гистероскопическим фактором ХЭ служат воспалительные,

эндометриальные, васкуляризированные выросты – микрополипы, диаметром около 1 мм, в составе которых обнаружены плазматические клетки и лимфоциты. Микрополипы приводят к запуску активных внутриматочных реакций и активному выбросу интерлейкинов и местных факторов роста.

Таким образом, исследования показали, что при обнаружении микрополипов в эндометрии гистологические критерии ХЭ подтверждались в 91,5% случаев, а в условиях их отсутствия, ХЭ определен в 11,2%. анализируя эти данные, можно сделать вывод, что использование только гистероскопических критериев может привести к гипердиагностике, несмотря на то, что прогностическая ценность при гистероскопии составляют чувствительность 56%, специфичность 88%, положительная 95% и отрицательная 85%.

Важными признаками воспалительного процесса являются наличие внутриматочных микрополипов, диффузная или локальная гиперемии и стромальный отек слизистой оболочки матки. Сочетание гиперемии, отека и микрополипов при данном методе имеет диагностическую точность 93,4%, подтверждая, что гистероскопия может быть полезным методом для диагностики ХЭ. Производить гистероскопию необходимо для исключения различной внутриматочной патологии, а для точной верификации диагноза ХЭ необходимо обязательное проведение морфологического исследования биоптата эндометрия. Исследования цитокинов при данной патологии подтвердило наличие воспалительного характера. Уровень повышения концентрации в исследуемом материале IL1 и IL10 ярко подтверждал наличие воспалительного характера, что явилось предиктором основания ХЭ.

Результаты оценки цитологической картины метроаспираатов женщин с различными видами абортов на ранних сроках беременности непосредственно после инструментального вмешательства позволяют сделать заключение о высокой прогностической значимости метода. При констатации неосложненного течения послеабортного периода оценка цитограмм осуществлялась на 3 и 5 сутки, выявлении признаков воспалительного процесса в эндометрии – продолжалась до 11 суток.

При детальном изучении образцов биоптатов, полученных при выскабливании слизистой стенок матки с целью прерывания беременности, нами использована патоморфологическая классификация с условным выделением трех доминирующих типов: аутоиммунного, воспалительного, гормонального. Соотнесение результатов цитологической оценки метроаспираатов с данными морфологии показало наличие воспалительного процесса слизистой матки у 52 женщин без гистероскопического контроля при опорожнении полости матки. Данные УЗИ на признаки ХЭ, осуществляемая в рамках макротипов, показали несоответствие эндометрия нормальным эхографическим критериям более чем в половине случаев. Гиперэхогенные образования в базальном слое эндометрия (очаги фиброза, кальциноза) - у

каждой пятой со смешанным и гипопластическим макротипом (в среднем 23,4%), практически у трети (29,8%) – с гиперпластическим. Варикозное расширение вен параметрия – у половины (50,5%) со смешанным вариантом, что практически в два раза чаще, чем при гипопластическом (26,7%) ($p < 0,05$) и почти у трети (35,9%) – с гиперпластическим. Гипоэхогенный контур матки – как изолированно, так и в сочетании с варикозным расширением вен параметрия – преимущественно при гипопластическом макротипе ХЭ – практически у каждой второй (60,8% и 50,8%), при смешанном – комбинация признаков определена в четыре раза чаще, чем при регистрации одного. Истончение эндометрия (менее 8 мм) – при гипопластическом макротипе – в три раза чаще, чем при смешанном варианте (56,7% и 22,5%, соответственно). Несоответствие эхоструктуры эндометрия фазе менструального цикла – при смешанном макротипе (28,8%) реже, чем при остальных – гипопластическом (46,1%) ($p < 0,05$) и гиперпластическом макротипе (36,5%) ($p < 0,05$).

Несмотря на разнообразие предлагаемых вариантов терапии ХЭ, лечение данного заболевания сопряжено со значительными методологическими трудностями. При назначении противомикробных средств необходимо учитывать видовой и количественный состав микроорганизмов, обнаруженных в эндометрии. Антибактериальные препараты, вероятно, не целесообразно назначать пациентам, у которых не выявлены возбудители, так как неадекватное использование противомикробных средств может приводить к трансформации заболевания в латентную форму, к развитию устойчивости флоры к применяемым препаратам. В связи с угнетением местного иммунитета при ХЭ, целесообразно назначение иммунокорректирующей терапии.

Выводы. Хронический эндометрит является причиной нарушений репродуктивной функции и высоких показателей репродуктивных потерь при последующих беременностях. Высока частота хронического эндометрита у женщин с репродуктивными нарушениями и в современных условиях не имеет тенденции к снижению. Прогностическая скудность определения нарушений репродуктивной функции женщин после инвазивных процедур в полости матки, толкает современных учёных к глубокому изучению данной нозологии. ХЭ диагностируется при обязательном наличии его клинических маркеров и морфологических признаков в эндометрии. Дополнительными визуальными критериями ХЭ являются воспалительные микрополипы (41,8%), внутриматочные синехии (31,9%), неравномерная толщина эндометрия (36,3%), представленные в различных сочетаниях и выявляемые в 91,2% случаев при гистероскопии. Неблагоприятный прогноз течения ХЭ во многом объясняется отсутствием алгоритмизированного подхода в диагностике и лечении женщин с ДМК, самопроизвольным выкидышем, неразвивающейся беременностью, тогда как

информированность об иммунологических событиях, сопровождающих различные варианты ХЭ, позволит дифференцированно назначать иммунокорректирующую терапию.

Выбор противовоспалительной терапии при ХЭ зависит от присутствия в эндометрии возбудителя и степени активности локального иммунного ответа. Антибактериальная терапия показана во всех случаях при выявлении инфекционных агентов в эндометрии. При этом купирование ДМК отмечено в 70,3% случаев, нормализация морфологической структуры эндометрия - в 68,4%, реализация репродуктивной функции - в 42,1%. При отсутствии микробных агентов в биоптатах эндометрия эффективно назначение селективных НПВС. Всем женщинам необходимо назначить иммуномоделирующую терапию.

Эффективность лечения пациенток с ХЭ повышается при использовании на диагностическом этапе гистероскопии и выскабливания слизистой оболочки полости матки, что подтверждается нормализацией морфологической картины эндометрия в 80 и 46,2% ($p=0,048$) случаев соответственно, за счет удаления из полости матки пораженного эндометрия и продуктов воспаления, поддерживающих хронизацию процесса.

Заключение. Актуальной медико-социальной проблемой сегодня остается проблема хронического эндометрита после аборта, неразвивающейся беременности, выкидыша. Наряду с высокой частотой встречаемости хронических воспалительных заболеваний малого таза, повысилась и частота синдрома невынашивания плода. Это в свою очередь, наводит на мысль, что на сегодняшний день в арсенале клинического врача акушер-гинеколога для прогноза и предупреждения нарушений репродуктивной функции женщин, необходимы четкие диагностические критерии для верификации диагноза ХЭ, мероприятия профилактики осложнений и реабилитации женщин с данной патологией.

Использованная литература:

1. Адамян, Л.В. Роль Современной гормонмодулирующей терапии в комплексном лечении генитального эндометриоза / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева // Проблемы репродукции. – 2011. – № 6. – С. 66-77.
2. Балан, В.Е. Постабортная реабилитация - залог успеха повторной беременности: Эффективная фармакотерапия / В.Е. Балан // Акушерство и гинекология. - 2011. - № 1. - С. 78-80.
3. Бурлев В.А., Ильясова Н.А., Шишканова О.Л., Серов В.Н. Хронический эндометрит: ангиогенные факторы роста в цервикальной слизи у больных с нарушениями репродуктивной функции на фоне импульсной электротерапии//Проблемы репродукции. 2014. №3. С. 10-15.
4. Бурменская, О.В. Молекулярно-генетические маркеры иммунного ответа при воспалительных заболеваниях органов женской репродуктивной системы: дис. ... д-ра мед. наук: 03.03.03 / Бурменская Ольга Владимировна.– М., 2014.–249 с.

5. Гомболевская Н.А., Бурменская О.В., Демура Т.А., Марченко Л.А., Коган Е.А., Трофимов Д.Ю., Сухих Г.Т. Оценка экспрессии мРНК генов цитокинов в эндометрии при хроническом эндометрите. *Акушерство и гинекология*. 2013;11:35-40.
6. Зароченцева Н.В., Аршакян А.К., Меньшикова Н.С., Титченко Ю.П. Хронический эндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение. // *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2013. №5 С 21-27
7. Мальцева, Л.И. Медицинский аборт и репродуктивный потенциал женщин / Л.И. Мальцева, А.К. Боронбаев // *Медицинский альманах*, -2010.-№3.-С. 160-163.
8. Михнина, Е.А. Морфофункциональное состояние эндометрия с бесплодием и невынашиванием беременности: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.01 / Михнина Елена Андреевна. – СПб., 2009. – 40 с.
9. Петров Ю.А. Информативность гистероскопии в диагностике хронического эндометрита при ранних репродуктивных потерях. *Фундаментальные исследования*. 2012;1:85-88.
10. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Лебедева М.Г., Чакчурина И.А. Аборт - проблема национальной безопасности страны. Охрана репродуктивного здоровья - будущее России: Матер. Всеросс. конф. с междунар. участием, посвящ. 10-летию кафедры акушерства и гинекологии медицинского ф-та Белгородского гос. университета /. - Белгород, 2010. - С. 165-167.
11. Сидорова, И.С. Патогенез и патогенетически обоснованная терапия хронического эндометрита (клиническая лекция) / И.С. Сидорова, И.О. Макаров, А.Л. Унанян // *Акушерство, гинекология и репродукция*. – 2010. – № 3. – С. 21–24.
12. Сухих, Г.Т. Хронический эндометрит. Рук-во / Г.Т. Сухих, А.В. Шуршалина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 64 с.
13. Унанян, А.Л. Хронический эндометрит: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение. Роль антифиброзирующей терапии. / А.Л. Унанян, Ю.М. Коссович // *Лечащий врач*. – 2012. – № 11. – С. 35–40.
14. Aboussahoud W., Aflatoonian R., Elliott B. et al. Expression and function of Toll-like receptors in human endometrial epithelial cell lines // *J. Reprod. Immunol.* - 2010. - Vol.84, Is.1 - P. 41-51.
15. Adegboyega, P.A. Relationship between eosinophils and chronic endometritis / P.A. Adegboyega, Y. Pei, J. McLarty // *Hum Pathol.* – 2010. – Vol. 41. – P. 33– 37.
16. Boonyarangkul, A. Comparison of level of pain between using manual vacuum aspiration and sharp curettage in management of abnormal uterine bleeding / A. Boonyarangkul, O. Leksakulchai // *J. Med. Assoc. Thai* - 2011-Vol. 94, №7.-P.57-61.
17. Chai, J. Placenta accreta: a cause of failed medical abortion / J. Chai, V.Y. Cheung // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* - 2011. - Vol. 90, №4. - P. 413.

- 18.Changes in endometrial receptivity in women with Asherman's syndrome undergoing hysteroscopic adhesiolysis / N. Malhotra [et al.] // Arch. Gynecol. Obstet. – 2012. – Vol. 286 (2). – P. 525-530.
- 19.Kitaya K, Matsubayashi H., Yamaguchi K, Nishiyama R, Takaya Y, Ishikawa T, Yasuo T, Yamada H. Chronic endometritis: potential cause of infertility and obstetric and neonatal complications. *Am J Reprod Immunol.* 2016;75:1:13-22.
- 20.Kushnir VA, Solouki S, Sarig-Meth T, Vega MG, Albertini DF, Darmon SK, Deligdisch L, Barad DH, Gleicher N. Systemic inflammation and autoimmunity in women with chronic endometritis. *Am J Reprod Immunol.* 2016;75:6:672-677.
- 21.McQueen DB, Bernardi LA, Stephenson MD. Chronic endometritis in women with recurrent early pregnancy loss and/or fetal demise. *Fertil Steril.* 2014;101:4:1026-1030.
- 22.Hart K.M., Murphya A.J., Barrett K.T. et al. Functional expression of pattern recognition receptors in tissues of the human female reproductive tract// J. Reprod. Immunol. - 2009. - Vol.80. - P. 33-40.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

НОВЫЙ ПОДХОД ПО ВЫЯВЛЕНИЮ И ВЕДЕНИЮ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА.

М. Н.Негматуллаева¹, Ш.Ш.Насырова¹.

¹*Бухарский медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

Гестационный сахарный диабет (ГСД) — это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности. Беременность представляет собой физиологический стрессовый тест для β -клеток поджелудочной железы, являясь для организма «диабетогенным фактором». Синтез плацентой стероидных гормонов (плацентарного лактогена, эстрогенов, прогестерона), а также повышение образования кортизола корой надпочечников при одновременном изменении метаболизма и тканевого эффекта инсулина, ускоренное разрушение инсулина почками и активизация инсулиназы плаценты приводят во время беременности к состоянию физиологической инсулинорезистентности с компенсаторной гиперинсулинемией. Основными факторами риска гестационный сахарный диабет являются: избыточный вес матери, ожирение, поздний возраст беременной, гестационный сахарный диабет в анамнезе, отягощенная наследственность по сахарному диабету 2 типа и этническая принадлежность. Основным методом лечения ГСД является диетотерапия. Диета с низким и средним гликемическим индексом продуктов, дробное питание с учетом физиологической секреции инсулина и инсулинорезистентности во время беременности позволяет добиться целевой нормогликемии у

беременных с ГСД, снижения частоты назначения инсулинотерапии в связи с внутриутробными проявлениями ДФ, снижения риска развития макросомии новорожденного и частоты кесарева сечения в связи с крупными размерами плода. Последствиями гестационного сахарного диабета сталкиваются не только эндокринологи и акушер-гинекологи, но и врачи других специальностей, поэтому на сегодняшний день гестационный сахарный диабет является междисциплинарной проблемой.

Ключевые слова: Беременность, инсулинорезистентность, гестационный сахарный диабет

A NEW APPROACH FOR THE DETECTION AND MANAGEMENT OF GESTATIONAL DIABETES.

Negmatullaeva M.N¹., Nasyrova Sh.Sh¹.

¹Bukhara Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino

Resume: Gestational diabetes mellitus (GDM) is a disease characterized by hyperglycemia first diagnosed during pregnancy. Pregnancy is a physiological stress test for pancreatic β -cells, being a “diabetogenic factor” for the body. Synthesis of steroid hormones (placental lactogen, estrogens, progesterone) by the placenta, as well as an increase in the formation of cortisol by the adrenal cortex, while changing the metabolism and tissue effect of insulin, accelerated destruction of insulin by the kidneys and activation of placental insulinase lead during pregnancy to a state of physiological insulin resistance with compensatory hyperinsulinemia. The main risk factors for gestational diabetes mellitus are: maternal overweight, obesity, late pregnancy, history of gestational diabetes mellitus, family history of type 2 diabetes, and ethnicity. The main treatment for GDM is diet therapy. A diet with a low and medium glycemic index of products, fractional nutrition, taking into account the physiological secretion of insulin and insulin resistance during pregnancy, allows achieving target normoglycemia in pregnant women with GDM, reducing the frequency of prescribing insulin therapy due to intrauterine manifestations of DF, reducing the risk of neonatal macrosomia and the frequency of caesarean section due to the large size of the fetus. The consequences of gestational diabetes mellitus are faced not only by endocrinologists and obstetrician-gynecologists, but also by doctors of other specialties, so today gestational diabetes mellitus is an interdisciplinary problem.

Keywords: *Pregnancy, insulin resistance, gestational diabetes mellitus*

HOMILADORLIK QANDLI DIABETINI ANIQLASH VA DAVOLASHDA YANGI YONDASHUV.

Negmatullaeva M.N¹., Nasyrova Sh.Sh¹.

¹Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro tibbiyot instituti

Rezume: *gestatsion qandli diabet (GQD) homiladorlik paytida birinchi marta tashxis qo'yilgan giperglikemiya bilan tavsiflangan kasallikdir.*

Homiladorlik - bu organizm uchun "diabetogen omil" bo'lgan oshqozon osti bezi b-hujayralari uchun fiziologik stress testidir. Yo'ldosh tomonidan steroid gormonlar (platsenta laktojeni, estrogenlar, progesteron) sintezi, shuningdek, kortizol hosil bo'lishining ko'payishi. adrenal korteks, insulinning metabolizmi va to'qimalariga ta'sirini o'zgartirganda, buyraklar tomonidan insulinning tez yo'q qilinishi va homiladorlik davrida platsenta insulinzaning faollashishi kompensatsion giperinsulinemiya bilan fiziologik insulin qarshiligi holatiga olib keladi. Homiladorlik qandli diabetning asosiy xavf omillari: onaning ortiqcha vazni, semizlik, kech homiladorlik, homiladorlik qandli diabet tarixi, oilada 2-toifa diabet kasalligi va etnik kelib chiqishi. GDM ni davolashning asosiy usuli bu parhez terapiyasi. Homiladorlik davrida insulinning fiziologik sekretsiyasi va insulin qarshiligini hisobga olgan holda mahsulotlarning past va o'rta glisemik indeksli dietasi, fraksiyonel ovqatlanish GQD bilan og'rikan homilador ayollarda maqsadli normoglikemiyaga erishishga, intrauterin ko'rinishlar tufayli insulin terapiyasini buyurish chastotasini kamaytirishga imkon beradi. DF, neonatal makrosomiya xavfini va homilaning kattaligi tufayli sezaryen chastotasini kamaytiradi. Homiladorlik qandli diabetning oqibatlari nafaqat endokrinologlar va akusher-ginekologlar, balki boshqa ixtisoslikdagi shifokorlar tomonidan ham duch keladilar, shuning uchun bugungi kunda homiladorlik qandli diabeti fanlararo muammodir.

Kalit so'zlar: *Homiladorlik, insulin qarshiligi, homiladorlik qandli diabet*

Гестационный сахарный диабет (ГСД) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний при беременности [1, 2] и ассоциирован с высоким риском развития такой патологии, как преэклампсия, преждевременные роды, гипоксия и внутриутробная гибель плода, макросомия плода, родовой травматизм матери и плода [3, 4], а также развитие сахарного диабета у ребенка и матери после беременности [5]. Частота ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1 до 17% [1—3]. Столь выраженные колебания обусловлены в первую очередь использованием разных способов и критериев диагностики ГСД. Указанные вариации обусловлены различиями в способах его диагностики и напрямую связаны с распространенностью сахарного диабета 2 типа (СД2) в отдельных этнических группах. В положениях ВОЗ и IDF указано, что ГСД представляет серьезную медико-социальную проблему, т. к. в значительной степени увеличивает частоту нежелательных исходов беременности для матери и для плода (новорожденного). Так как беременность является состоянием физиологической инсулинорезистентности, то она сама по себе является значимым фактором риска нарушения углеводного обмена и требуются единые стандарты диагностики и лечения нарушений углеводного обмена во время беременности.

Согласно данным атласа Международной Федерации Диабета (International Diabetes Federation) 2019 г., беременность у 15,8% (20,4 млн) женщин сопровождалась гипергликемией, в 83,6% из этих случаев был установлен диагноз «гестационный сахарный диабет» [2]. В основе патогенеза данного состояния лежит недостаточная секреция инсулина бета-клетками

поджелудочной железы женщины в ответ на закономерно развивающуюся во время беременности инсулинорезистентность (ИР) [3]. Во время беременности в организме женщины происходят генетически детерминированные изменения, главным образом направленные на создание оптимальных условий функционирования органов и систем беременной, обеспечивающих нормальное развитие плода. В I триместре наблюдается снижение гликемии натощак (в среднем на 0,5–1,0 ммоль/л), обусловленное как расходом глюкозы для обеспечения энергетических потребностей при формировании фетоплацентарного комплекса, так и уменьшением субстратов глюконеогенеза вследствие активного транспорта аминокислот через плаценту к плоду [4, 5]. Однако в дальнейшем прогрессирует ИР (↑ до 50–60% на 34–36-й неделях [6]), ключевым звеном развития которой является эндокринная функция плаценты — синтез плацентарного лактогена (плацентарного соматомаммотропина) и прогестерона, обладающих контринсулярными свойствами [3]. Вклад в снижение чувствительности тканей к инсулину вносит и повышенный уровень кортизола вследствие стимуляции коры надпочечников беременной гипофизарным адренокортикотропным гормоном под воздействием плацентарного кортикотропин-рилизингового гормона [7, 8]. Также необходимо отметить ряд негормональных факторов, влияющих на развитие гипергликемии, таких как снижение физической активности беременной, повышение калорийности рациона, увеличение массы тела за счет жирового компонента, снижение моторики желудочно-кишечного тракта [9]. Ведущая роль в патогенезе связанных с гипергликемией осложнений беременности принадлежит микроциркуляторным нарушениям. Оксидативный стресс, индуцированный в ишемизированной плаценте, сопровождается активацией апоптоза, эндотелиальной дисфункцией с возможным развитием плацентарной недостаточности, преэклампсии, гипоксии плода [4, 10, 12]. В ответ на гипергликемию матери у плода компенсаторно прогрессирует гиперинсулинемия [3, 6], приводящая к активации анаболических процессов и формированию макросомии (9,5%) [6, 11, 13]. Предрасполагающими факторами в развитии макросомии плода также являются: индекс массы тела (ИМТ) матери до беременности, гестационный возраст при родах, патологическая прибавка массы тела во время беременности, рост матери, артериальная гипертензия (АГ), курение. В родах макросомия плода увеличивает риски как со стороны плода (дистоция плечиков, переломы ключиц и травмы плечевого сплетения (1,3%), неврологическая симптоматика) [11], так и со стороны матери (кесарево сечение (КС), послеродовое гипотоническое кровотечение и глубокие разрывы промежности) [13]. Кроме того, гиперинсулинемия плода обуславливает принадлежность новорожденных от матерей с синдромом гипергликемии (в том числе, вследствие ГСД) к группе риска развития неонатальной гипогликемии (2,1%) [11]. Таким образом, возрастающая распространенность

данного заболевания, высокая вероятность неблагоприятных исходов беременности для матери и плода, а также ряд отдаленных последствий при ГСД являются серьезной медико-социальной проблемой и диктуют необходимость его профилактики с помощью коррекции факторов риска, своевременной диагностики и эффективного лечения заболевания [1, 11]. В последние годы ГСД занимает лидирующие позиции в структуре эндокринных проблем у беременных женщин. Согласно данным литературы, заболеваемость ГСД во всех странах за последние 20 лет увеличилась с 2–4 до 7–22% [11]. По данным атласа Международной диабетической федерации за 2021 год [1], 1 из 6 новорожденных детей родился от матери с ГСД. Всего было зарегистрировано 21,1 миллиона (16,7%) случаев рождения детей от матерей с нарушениями углеводного обмена. Однако точные показатели распространенности ГСД в общей популяции не установлены и колеблются в пределах от 1 до 30%. Данные отличаются в разных странах в зависимости от используемых подходов к определению гестационных нарушений углеводного обмена. Сохраняются разногласия в отношении универсального или избирательного подхода при скрининге, количества проводимых этапов диагностики и критериев определения данного заболевания.

Для большинства международных диабетологических и акушерских сообществ основой для принятия решения о необходимости активного выявления ГСД и определения критериев его диагностики стало фундаментальное исследование НАРО [27] (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes – Гипергликемия и неблагоприятные исходы беременности) с участием 23 316 беременных (2000–2006 гг.). Крупномасштабное многоцентровое исследование НАРО продемонстрировало, что риск неблагоприятных исходов для матери и ее потомства увеличивается в зависимости от уровня гликемии на сроке 24–28 недель беременности, даже в пределах, ранее считавшихся нормальными для беременности. При этом для большинства осложнений не было порога риска. Эти результаты привели к тщательному пересмотру диагностических критериев ГСД. Опираясь на результаты исследования НАРО и других опубликованных исследований, после обширного консенсусного процесса, в 2010 г. Международная Ассоциация групп изучения диабета и беременности (IADPSG) опубликовала новые рекомендации по выявлению и классификации гипергликемии во время беременности [28]. В качестве диагностического критерия были предложены усредненные показатели уровня глюкозы через 1 и 2 часа после перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ), при которых риск развития осложнений (вес новорожденного, процент жировой ткани у новорожденного, концентрация С-пептида в пуповинной крови выше 90-го перцентиля) достигал высоких значений (ОР 1,75 и более).

Согласно консенсусу IADPSG всем женщинам, не имеющим в анамнезе СД, рекомендован одноэтапный скрининг нарушений углеводного обмена на сроке 24–28 недель гестации,

закрывающийся в проведении ПГТТ с 75 г глюкозы. Аналогичный подход к скринингу нарушений углеводного обмена среди беременных женщин был поддержан многими крупными профессиональными сообществами. В 2013 году Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) и Американской Диабетической Ассоциацией также были пересмотрены и приняты новые критерии диагностики ГСД, основанные на результатах исследования HAPO и предписывающие универсальный скрининг всех беременных женщин на предмет нарушений углеводного обмена. [29] В нашей стране для диагностики ГСД используются рекомендации ВОЗ, согласно которым диагностика ГСД базируется на проведении после ночного голодания двухчасового ПГТТ с 75 г глюкозы в группах высокого и среднего риска. ГСД является промежуточным заболеванием, характеризующимся гипергликемией, выходящей за пределы нормы, но недостаточной для диагностики манифестного СД.

К основным факторам риска развития ГСД традиционно относят:

- Возраст старше 30 лет
- Избыточную массу тела/ожирение
- СД 2 типа у близких родственников
- ГСД в анамнезе
- Нарушенную толерантность к глюкозе в анамнезе
- Многоводие и/или крупный плод в анамнезе
- Рождение ребенка с массой тела более 4000г или мертворождение в анамнезе
- Чрезмерную прибавку массы тела во время данной беременности
- Артериальную гипертензию
- Синдром поликистозных яичников (СПКЯ)
- Многоплодную беременность
- Малоактивный образ жизни до и во время беременности

Прегестационное ожирение – один из ключевых и самых распространенных факторов риска развития ГСД, связанный с уменьшением числа рецепторов к инсулину на поверхности клеток и снижением его эффектов. У женщин с исходной избыточной массой тела действие плацентарных гормонов может привести к усилению уже имеющейся ИР, в результате чего риск развития нарушений углеводного обмена увеличивается в 2-6,5 раза, а при ожирении эти показатели еще выше, - до 17%. При прогрессировании беременности и развитии ГСД чувствительность к инсулину снижается еще больше. Схожие данные имеются о влиянии избыточной гестационной прибавки массы тела на усугубление ИР и развитие ГСД. В то же время, снижение чувствительности к инсулину может наблюдаться и у женщин с нормальной или пониженной массой тела [48]. А в отношении отдаленных последствий известно, что избыточная масса тела и отсутствие снижения веса в послеродовом периоде являются значимым

факторами риска трансформации ГСД в СД 2 типа. Таким образом, вклад тех или иных факторов риска развития гестационных углеводных нарушений все еще остается предметом изучения как в реальной клинической практике, так и в исследовательских работах.

У большинства пациенток ГСД протекает латентно, без выраженных клинических симптомов и может выявляться очень поздно (по наличию многоводия, макросомии или двойных контуров головки и/или животика плода, свидетельствующих о длительной гипергликемии). К сожалению, нередко диагноз ГСД устанавливается ретроспективно после родов по типичному внешнему виду новорожденного, клиническим симптомам неонатальной гипогликемии, либо вообще пропускается. Именно поэтому во многих развитых странах проводится активный скрининг на выявление этого серьезного осложнения гестации. В настоящее время, пероральные сахароснижающие препараты беременным с ГСД широко не назначаются в связи с вероятным тератогенным действием (особенно в I триместре), невозможностью достичь оптимального метаболического контроля, а также из-за высокой вероятности гипогликемических состояний у плода и новорожденного вследствие стимулирующего действия производных сульфонилмочевины на инсулярный аппарат поджелудочной железы плода. В то же время, в последнее время в литературе появились сведения об эффективном применении препарата глибурид (производное сульфонилмочевины), как альтернатива инсулинотерапии, а также эффективности и безопасности метформина при лечении ГСД и профилактике спонтанных аборт в I триместре и тяжелых форм гестоза, особенно у женщин с ожирением и СПКЯ. Следует отметить, что в настоящее время в нашей стране применение препаратов сульфонилмочевины и метформина во время беременности не разрешено. Для инсулинотерапии при ГСД необходимо использовать только препараты рекомбинантного человеческого инсулина для предотвращения образования инсулинсвязывающих антител. Поскольку у женщин с ГСД собственная продукция инсулина чаще всего сохранена и покрывает базальную потребность, часто достаточно введения инсулина короткого или ультракороткого действия перед основными приемами пищи, но при выраженной инсулинорезистентности, для достижения нормогликемии может потребоваться базис-болюсная схема инсулинотерапии.

Всем акушер-гинекологам и эндокринологам необходимо иметь высокую бдительность в отношении выявления гестационного сахарного диабета, особенно у беременных, имеющих догестационные факторы риска.

Литература:

1. Забаровская З.В. Прегестационные и гестационные факторы риска развития гестационного диабета // Военная медицина. - 2016. - № 4. - С. 8-15.

2. Клинические рекомендации (протокол лечения) Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовой уход. - 2013. - 18 с.
3. Краснопольский В.И., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф. Гестационный сахарный диабет – новый взгляд на старую проблему // Акушерство и гинекология. - 2016. - № 2. - С. 3-6.
4. Federation, I.D., IDF Diabetes Atlas. 9-е издание, Брюссель, Бельгия: Международный диабет. Федерация; 2019. - 47 с.
5. Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф. Гестационный сахарный диабет. 2014.
6. Башмакова Х.Б. Структура нарушений углеводного обмена у беременных /Н.В. Башмакова, Ю.С. М., 2010. - С. 440.
7. Ведмедь А.А. Особенности течения беременности, родов и состояния новорожденных у больных гестационным сахарным диабетом / А. А. Ведмедь, Е. В. Шапошникова» // Вестник Российского университета дружбы народов. 2009. — № 7. — С. 348- 351.
8. Григорян О.Р. Влияние прибавки массы тела при беременности на риск развития гестационного сахарного диабета (обзор литературы) / О. Р. Григорян, Е. В. Шереметьева, Е. Н. Андреева, Г. А. Мельниченко, И. И. Дедов / Проблемы репродукции. - 2010. - №4 URL:
- 9.Ф.А. Снижение адаптации В-клеток поджелудочной железы во время беременности является основным причинным фактором гестационного диабета: современные знания и метаболические воздействия на потомство. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(12):1266-70.
10. Wasalathanthri S. Ослабление диабета 2 типа с помощью послеродовых вмешательств после гестационного сахарного диабета. Мирской диабет J. 2015;6(4)

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ
ГЕМОДИНАМИКИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

Негматуллаева М.Н¹, Нажметдинова Д.Ф¹.

¹Бухарского медицинского института имени Абу Али ибн Сино

Резюме: Цель исследования определить роль и значимость мониторинга внутрисердечной, центральной гемодинамики в ранней диагностике преэклампсии. Для изучения характера изменений центральной и регионарной гемодинамики комплексное обследование беременных выполнялось во II и III - триместре беременности в сроки 20 -24 и 28 -32 недель гестации. Оценка кардио- и центральной гемодинамики, позволяет выявить системные

нарушения гемодинамики у матери. Маркером неадекватной сердечно – сосудистой перестройки при ПЭ является развитие непропорционально высокой ММЛЖ, с формированием изолированной диастолической дисфункции левого желудочка.

Ключевые слова: *центральной гемодинамики, внутрисердечной гемодинамика, беременность, преэклампсия, геометрию левого желудочка*

MODERN ASPECTS OF INTRACARDIAC AND CENTRAL HEMODYNAMICS IN THE EARLY DIAGNOSIS OF PREECLAMPSIA

Negmatullaeva M.N¹., Nazhmetdinova D.F¹.

¹Bukhara Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino.

Summary: The purpose of the study is to determine the role and significance of monitoring intracardiac, central hemodynamics in the early diagnosis of preeclampsia. To study the nature of changes in central and regional hemodynamics, a comprehensive examination of pregnant women was performed in the II and III trimesters of pregnancy at 20-24 and 28-32 weeks of gestation. Evaluation of cardio- and central hemodynamics, allows you to identify systemic hemodynamic disorders in the mother. A marker of inadequate cardio - vascular restructuring in PE is the development of a disproportionately high LVMM, with the formation of an isolated diastolic dysfunction of the left ventricle.

Keywords: central hemodynamics, intracardiac hemodynamics, pregnancy, preeclampsia, left ventricular geometry

PREEKLAMPSIYANING ERTA TASHXISLASHDA YURAKICHI VA MARKAZIY GEMODINAMIKANING ZAMONAVIY JIHATLARI

Negmatullaeva M.N¹., Nazhmetdinova D.F¹.

¹Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro tibbiyot institute.

Rezyume: Tadqiqotning maqsadi preeklampsianing erta tashxislashda yurak ichi, markaziy gemodinamikasining o'rnini va ahamiyatini aniqlashdan iborat. Markaziy va mintaqaviy gemodinamikadagi o'zgarishlarning tabiatini o'rganish uchun homiladorlikning II va III trimestrlarida 20-24 va 28-32 haftalik homiladorlik davrida homilador ayollarni kompleks tekshirish o'tkazildi. Kardio- va markaziy gemodinamikani baholash onada tizimli gemodinamik buzilishlarni aniqlash imkonini beradi. Preeklampsieada yurak-tomirlarning noto'g'ri tuzilishining belgisi - bu chap qorinchaning izolyatsiya qilingan diastolik disfunktsiyasining shakllanishi bilan nomutanosib ravishda yuqori CHQMM rivojlanadi.

Kalit so'zlar: *markaziy gemodinamika, yurak ichi gemodinamika, homiladorlik, preeklampsi, chap qorincha geometriyasi.*

В настоящее время преэклампсия является одной из самых актуальных проблем современного акушерства ввиду широкой распространенности, сложности этиопатогенеза, отсутствия ранних и достоверных мер профилактики и лечения, высокого показателя материнской, перинатальной заболеваемости и смертности, экономических затрат на проведение интенсивной терапии и реанимации пациенток. Частота преэклампсии к сожалению, не имеет тенденции к снижению, при этом отмечается рост тяжелых, а также малосимптомных и атипично протекающих форм, являющихся причиной материнской и перинатальной смертности [1,3,4]. В Республике Узбекистан среди причин материнской смертности преэклампсия стоит на втором месте после акушерских кровотечений [2]. Частота гипертензивных состояний у беременных колеблется от 15 до 20% в различных регионах нашей республики Узбекистан, зачастую составив знак равенства между хронической артериальной гипертензией и преэклампсией. Артериальная гипертензия при преэклампсии является только вершиной айсберга, в глубине которого выраженные нарушения во всех органах и системах, связанные с дисфункцией эндотелия, генерализованным спазмом сосудов и гиповолемией. 25-30% гипертензивных расстройств связано с хронической артериальной гипертензией, 70-75% - вызвано беременностью [6,8].

В последние годы значительно расширились представления о физиологии и патологии беременности как процесса, протекающего на фоне разных типов системной гемодинамики в женском организме [7]. Вместе с тем, пока недостаточно очерчены критерии значимости тех или иных параметров кровообращения для гестационного процесса. Мало исследована связь особенностей центральной гемодинамики с доминирующим типом нейровегетативной регуляции в организме беременных. Указанные вопросы представляются важными для ведения женщины на амбулаторной стадии, так как от их решения зависит организация адекватных профилактических и лечебных мероприятий и, в конечном счете, исход беременности [5].

Несмотря на большую практическую значимость в проблеме преэклампсии, ее этиологии, патогенезе еще много неясного. Отмечаются несогласованностью сведения о характере изменений центральной и регионарной гемодинамики у беременных с различными вариантами преэклампсии [8]. Неоднозначны данные структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) и его диастолической функции у беременных с различными степенями тяжести преэклампсии [5,6].

Обсуждается возможность корреляции и неблагоприятных исходов беременности с различными вариантами геометрии левого желудочка (ЛЖ), характером почечной, печеночной и маточно-плацентарной гемодинамики, метаболическими параметрами микроальбуминурией [7]. Отсутствие прогностически значимых диагностических тестов указывает на недостаточное использование возможностей современной медицины, тогда как с помощью гемодинамических маркеров тяжести преэклампсии различных лабораторно-диагностических методов

исследования была бы возможной своевременная диагностика форм с невыраженной клинической картиной легких форм, и, следовательно, предотвращения перехода ее в тяжелые формы преэклампсии. Это, в свою очередь, оптимизировало бы тактику ведения, лечения и родоразрешения женщин с преэклампсией в интересах жизни и здоровья матери и плода.

Цель исследования. Определить роль и значимость мониторинга внутрисердечной, центральной гемодинамики в ранней диагностике преэклампсии.

Материалы и методы исследования. Для проведения сравнительного анализа частоты осложнений, особенностей течения беременности, родов и их исходов при традиционном обследовании и ведении женщин с преэклампсией, нами проведен ретроспективный анализ 250 историй, родов имевших место с 2020-2022 годы.

Собственный материал обобщает проведенное нами комплексное исследование течения беременности, родов, послеродового периода и исхода для новорожденного в зависимости от состояния центральной и кардиогемодинамики, а также регионарного: печеночного, почечного и маточно - плацентарного проведено за период 2011-2014 год у 290 беременных, которые были госпитализированы в городском родильном доме №2 г. Бухары Республики Узбекистан. Из них 210 пациенток с преэклампсией (основная группа), 50 соматически здоровых с физиологическим течением беременности составили контрольную группу (I группа). Для изучения характера изменений центральной и регионарной гемодинамики комплексное обследование беременных выполнялось во II и III - триместре беременности в сроки 20 -24 и 28 -32 недель гестации.

Все наблюдаемые пациентки проходили полное клиническое обследование в условиях родильного дома и филиала Республиканского научного центра экстренной неотложной помощи Бухарской области. Диагноз преэклампсии ставился на основании жалоб, анамнеза, дополнительных методов обследования, а степень ее тяжести оценивалась по классификации ВОЗ гипертензивных состояний при беременности МКБ - 10 (2003г).

Во всех случаях преэклампсия была сочетанной на фоне различных экстрагенитальных заболеваний.

Критерии включения:

- А/Д 130/90 мм.рт.ст.,
- ДАД более 90 мм.рт.ст.,
- протеинурия >0,033г/л.

Пациентки с изолированными отеками во внимание не принимались, так как отечный синдром в большинстве стран мира не является критерием оценки степени тяжести преэклампсии. Все наблюдаемые больные были в возрасте от 17 до 38 лет, средний возраст составил $22,3 \pm 2,1$ лет. Контрольную группу составили 50 здоровых женщин с нормальным

течением беременности и идентичные основной группе по сроку беременности и интергравидарному интервалу. Для проведения клинико-статистического анализа и при обследовании беременных основной группы, нами также учитывались анамнестические данные, сопутствующие экстрагенитальные и гинекологические заболевания, начало и характер течения менструальной, половой и детородной функций

Особое внимание нами уделялось установлению сроков преэклампсии, времени ее начала. При изучении течения беременности учитывались частота и тяжесть осложнений в виде угрозы прерывания беременности, степень анемизации, форма и степень гипертонической болезни, эффективность проведенного лечения.

При анализе клинического течения родов изучались сроки их наступления, длительность, частота и характер осложнений, методы индукции родов, метод родоразрешения, состояние внутриутробного плода, клиническая характеристика новорожденного и структура перинатальной заболеваемости и смертности. Всем беременным во всех сроках проводимых наблюдений, осуществляли клинико-лабораторные исследования, включающие общий анализ крови, мочи, гематокрит, количество белка в разовой и суточной моче, мочевую кислоту в моче и сыворотке крови, микроальбуминурию, ферменты крови, креатинин, общий белок, мочевины в крови. Количественная оценка размеров камер сердца массы и функции левого желудочка является одной из наиболее важных и востребованных задач эхокардиографии. Для анализа диастолической функции ЛЖ применяли традиционный метод исследования трансмитрального потока (ТМП) в импульсно - волновом доплеровском режиме и методом тканевой доплеровской визуализации.

Для правильного измерения толщины межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки, а также внутренних размеров ЛЖ, мы получали изображения в парастернальной позиции по длинной оси ЛЖ. Измеряли внутренние размеры ЛЖ (КДР и КСР) и толщину стенок на уровне малой оси ЛЖ, приблизительно на уровне кончиков створок митрального клапана.

Эти линейные измерения производили как непосредственно в В- режиме, так и в М-режиме под контролем В- режима. Внутренний размер ЛЖ, а также толщину МЖП и задней стенки измеряли в конце диастолы и в конце систолы, в нескольких сердечных циклах. В клинической практике линейные показатели ЛЖ чаще используется для оценки систолической функции и основным применением ЭхоКГ является оценка массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ). $ММЛЖ (г) = 0,8 \times [1,94 \times (КДР + ТЗСд + ТМЖПд)^3 - (КДРЛЖЗ)] - 0,6$ грамм

Нами было вычислена индекс относительной толщины (ИОТ) и ее характер при различных типах ремодулерования. У пациентов с нормальной ММЛЖ может определяться как концентрическое ремодулерование (нормальная ММЛЖ при увеличении ИОТ > 0,42), так и нормальная геометрия ЛЖ (ИОТ < 0,42). У пациентов с повышенной ММЛЖ может определяться

как концентрическая (ИОТ>0,42), так и эксцентрическая (ИОТ<0,42) гипертрофия. Приведенные значения ММЛЖ основаны на линейных измерениях. $ИОТ = ТМЖП + ТЗСЛЖ \setminus КДР \text{ ММЛЖ}$ рассчитывали в двухмерном режиме по методу <площадь длина>. Для изучения связи исследуемых показателей и непропорционально высокой массы миокарда левого желудочка придерживались понятия коэффициента диспропорциональности (КД) увеличения ММЛЖ. КД вычисляли как соотношение фактической ММЛЖ к должной ММЛЖ: $КД\% = \text{фактическая ММЛЖ} / \text{должная ММЛЖ} * 100$

-КД>_ 128%, свидетельствовал о непропорционально высокой ММЛЖ

-КД <128%, свидетельствовал о пропорциональной ММЛЖ.

Длину ЛЖ измеряли от середины фиброзного кольца митрального клапана до верхушки ЛЖ из апикальной четырёхкамерной позиции. Данные измерения выполняли в конце диастолы и в конце систолы, после чего рассчитывали объем по формуле:

$Объем = [5 * (\text{площадь}) * (\text{длина})] / 6$ Для индексирования объемных показателей наиболее часто использовали площадь поверхности тела (ППТ) в м². Конечно диастолический (КДО) и конечно-систолический (КСО) объемы определяли по нижеописанным формулам: конечно-систолический объем-это количество (минимальный объем) крови, остающейся в желудочке сердца сразу после завершения систолы, к началу диастолы;

$$КСО = 7,0 \times КСРЛЖ / 2,4 + КСРЛЖ \text{ (мл);}$$

конечно - диастолический объем (КДО) - это количество (максимальный объем) крови, поступившей в каждый желудочек сердца до конца диастолы, к началу систолы:

$$КДО = 7,0 \times КДРЛЖ / 2,4 + КДРЛЖ \text{ (мл);}$$

После этого рассчитывали фракцию выброса (ФВ) по формуле:

$$ФВ = \frac{КДО - КСО}{КДО} * 100\%$$

Термин "ремодулерования ЛЖ" обозначает процесс изменения размеров, геометрии и функции сердца во времени. При помощи количественной оценке данных двухмерной трансторакальной эхокардиографии определяли изменение размера и геометрии ЛЖ при артериальной гипертензии беременных.

Концентрический тип гипертрофии ЛЖ ассоциировали с высоким АД и высоким ОПСС. При эксцентрической гипертрофии ЛЖ отмечали нормальное ОПСС и высокий сердечный индекс. Концентрическое ремодулерование (нормальная ММЛЖ при увеличении индекса относительной толщины стенок) характеризуется высоким ОПСС, низким сердечным индексом и повышенной жесткостью артерий. Американское ЭхоКГ общество рекомендует использовать количественную оценку объемов ЛЖ, фракции выброса ЛЖ, массы миокарда и геометрии ЛЖ для оценки ремодулерования ЛЖ на фоне физиологических и патологических процессов. Эти показатели обладают дополнительной прогностической ценностью к клиническим данным

пациенток с преэклампсией. Для изучения состояния сердечно - сосудистой системы у беременных проводилось исследование центральной гемодинамики методом ультразвуковой комбинированной эхокардиографии и доплерометрии. Допплероэхокардиографическое исследование выполнялось на аппарате (серия номер S/N1407392) фирмы "Sono Scare" модел SSI-5000 (Китай) обладающим анатомическим М - режимом, с использованием секторального датчика С 2,5 МГц, характеризующегося наличием широкополосной 2-й тканевой гармоники. ДЭхоКГ параметры определяли по стандартной методике измерением основных гемодинамических показателей. Беременные в момент исследования располагались в положении лежа на левом боку. Исследование выполняли при свободном дыхании пациенток либо при неглубоком выдохе. Для улучшения контакта датчика с телом пациентки использовали специальный гель. Для оценки показателей центральной гемодинамики определяли следующие параметры:

1. Ударный объем (УО) ЛЖ - выбрасываемый желудочком сердца за одну систолу, или как разность систолического и диастолического объемов:

$$УО = КДО - КСО \text{ (мл);}$$

2. Минутный объем (МО) - это количество крови, выбрасываемой левым желудочком в минуту или как произведение УО и частоты сердечных сокращений:

$$МО = УО \times ЧСС \text{ (л/мин);}$$

3. Сердечный индекс (СИ) - который представляет собой отношение МО крови к площади поверхности тела:

$$СИ = МО / S \text{ (л/мин/ м}^2\text{);}$$

4. Ударный индекс (УИ) - отношение ударного объема к площади поверхности тела:

$$УИ = УО / S \text{ (л/ м}^2\text{);}$$

5. Общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС)

вычислялось по формуле:

$$ОПСС = (АД ср \times 60 \times 1332) / МО \text{ (дин сек см}^{-5}\text{);}$$

где АД - среднее артериальное давление в мм рт. ст.; 1332 - коэффициент перевода мм рт. ст. в дины; 60 - коэффициент для перевода минуты в секунд. Статистический анализ результатов производили с использованием критерия Стьюдента, точного метода Фишера, χ^2 (Пирсона), проводили корреляционный анализ с помощью пакета программ Stat Graf и Microsoft excel.

Результаты исследования: Нами было проведено изучение внутрисердечной и центральной гемодинамики у 50 беременных с нормально протекающей беременностью (контрольная группа) в сроки 20 – 24 недель гестации. Указанные сроки беременных данной группы нами были взяты сознательно, учитывая наиболее интенсивные изменения

гомеостаза у беременных женщин в данные сроки (увеличение ОЦК, полное формирование второго круга кровообращения, выраженные дыхательные и гемодинамические изменения) и возможность развития начальных симптомов преэклампсии.

Обращали внимание заниженные показатели Нв, Нт и эритроцитов, свидетельствующие о наличии анемии. Все остальные показатели крови и мочи, не претерпевали каких – либо изменений. Параллельное изучение у женщин контрольной группы показателей ЭХОКГ свидетельствовало о том, что размеры миокарда левого желудочка, межжелудочковой перегородки у беременных женщин контрольной группы укладывались в рамки физиологических. Показатели КДР и КСР в наших исследованиях превышали нормальные значения данных других авторов на 5,1 и 3,7% соответственно. Индекс относительной толщины миокарда ЛЖ у обследованных нами женщин с нормально протекающей беременностью оказался выше этого же показателя, приведенного Кулиевой С. Ч., на 18,9%, что также с большой очевидностью указывает на влияние хронической анемии на деятельность миокарда. Показатель КД, характеризующий степень пропорциональности и непропорциональности увеличения массы миокарда левого желудочка у обследуемых нами беременных женщин, превышал этот же показатель, приводимый Кулиевой С.Ч на 9,8%, укладываясь в рамки пропорционального увеличения массы миокарда левого желудочка. Анализируя приведенные данные геометрии сердца у беременных контрольной группы, мы можем констатировать увеличенную нагрузку на миокард, вызванную самой беременностью.

А более высокие их значения относительно данных литературы подчеркивают роль анемии в происходящих изменениях показателей ЭХОКГ у обследуемых нами женщин.

Проведенные нами определения параметров центральной гемодинамики у пациенток контрольной группы свидетельствуют об удовлетворительном состоянии разовой и минутной производительности сердца. Удовлетворительные значения МОК - (6,00±0,27 л/ мин) и ДАД (73,6±3,7ммНд) коррелировали с показателями ОПСС 1302,4±29,6дин.сек.см-5. В рамках физиологических значений в указанные сроки гестации оставались и такие показатели как КСО и КДО. Фракция выброса, составив 72,2%, также укладывалась в нормальные физиологические рамки.

Таким образом, показатели ЦГ у беременных контрольной группы в сроки гестации 20 -24 недели, претерпевая изменения связанные с беременностью и сопутствующей хронической анемии, укладываются в рамки физиологических значений указанного срока гестации. Сопоставляя показатели ЦГ с таковыми ЭХОКГ данными (геометрией сердца), надо полагать, что увеличение размеров и массы миокарда левого желудочка и являются факторами в обеспечении удовлетворительных показателей центральной гемодинамики, выступающего в роли компенсаторного механизма. С повышением сроков гестации

значительно возрастают разовая и минутная производительность сердца. У пациенток контрольной группы в сроки гестации 28 -32 недели отмечено повышения УИ на 12,4%, а СИ 17,4%. В обоих случаях, эти увеличения были статистически достоверными. Увеличение ДАД было статистически недостоверным, как и рост ОПСС.

КСО и КДО были увеличены на 9,0 и 6,8% соответственно, статистически не достоверным. Более углубленный анализ указанных выше результатов показателей ЦГ с акцентом на 9 беременных с измененной геометрией сердца и кардиогемодинамики, нами констатировано более выраженные изменения ЦГ, чем у 41 беременной женщины в сроки гестации 28-32 недели. Статистически значимо у этих 9 беременных женщин с повышением сроков гестации увеличивались показатели ЧСС, ДАД и ОПСС на 8,3, 15,1 и 9,6% соответственно. У 9 пациенток данной группы показатели ЦГ характеризовали более низкий прирост разовой и минутной производительности сердца с одновременным ростом ЧСС, ДАД за счет выраженного повышения ОПСС. Все указанные изменения у 9 пациенток естественно влияли на показатели КДО, КСО и ФВ, которые с ростом сроков гестации практически не изменялись, что свидетельствовало о недостаточности компенсаторной реакции у 9 пациенток беременных контрольной группы, которые должны были бы проявиться в сроки гестации 28- 32 недель, что и указывало на развитие преэклампсии у них. Данную группу составили 169 беременных женщин, из которых 160 женщин поступили в родовспомогательное учреждение с признаками ПЭ и 9 пациенток, переведенных из контрольной группы в связи с начальными проявлениями преэклампсии.

Все изучаемые клинико- биохимические показатели крови и мочи у беременных с клиническими проявлениями ПЭ претерпевают значительные изменения относительно таковых беременных женщин контрольной группы. Достоверно нарастает анемия, гипопропротеинемия, происходит снижение суточного диуреза на 21,7% с повышением МАУ на 33,6% и мочевой кислоты на 66,6%. При статистически значимых изменениях всех изучаемых клинико- биохимических параметров наибольшим изменениям подверглись показатели мочевой кислоты в крови и в моче у беременных с легкой ПЭ, которые возрастали относительно контрольных значений на 60 и 66, 6% соответственно, что, на наш взгляд, диктует необходимость мониторинга этого показателя у беременных с осложненной беременностью, проявляющейся преэклампсией. У них был установлен диагноз преэклампсия с выраженной триадой симптомов. Основными проявлениями являлись: выраженные отеки, артериальная гипертензия, протеинурия и.т.д. Изучение ЭхоКГ показателей у беременных данной группы выявили следующие изменения относительно таковых в контрольной группе. В ответ на артериальную гипертензию, уже в стадии легкой ПЭ растет ММЛЖ и ИММЛЖ/ППТ в сравнении с контрольными значениями на 3,5 -3,4%. Растет и КД (2,6%) что свидетельствует

о некотором изменении морфофункциональной характеристики левого желудочка в ответ на генерализованный сосудистый спазм и артериальную гипертензию.

Достоверным в наших исследованиях изменениям подвергался лишь показатель КДР, который на 15,7% ($p < 0,05$) был выше этого же показателя контрольной группы.

Резюмируя полученные данные ЭхоКГ, можно отметить, что генерализованный сосудистый спазм и артериальная гипертензия довольно быстро вызывают изменения в геометрии сердца и прежде всего левого желудочка, который вынужден работать с повышенной нагрузкой против давления. Уже в стадии легкой ПЭ, по нашим данным, достоверно повышаются масса миокарда левого желудочка, индекс ее и конечно – диастолический размер, тогда как все остальные показатели (ТМЖП, ТЗСЛЖ, КД, КСР и ИОТ), лишь намечали тенденцию к увеличению. Параллельно изучение показателей доплерометрии свидетельствовало, что с присоединением даже легкой степени ПЭ все показатели ЦГ подвержены изменениям в худшую сторону. Статистически значимо ухудшились относительно контрольных значений показатели разовой производительности сердца (УО, УИ) и фракция выброса, которые были снижены на 11,2, 10,7 и 6,2% соответственно. Минутная производительность сердца намечала тенденции к снижению лишь за счет роста ЧСС. КСО и КДО снижались на 10 и 5,5%. Особо необходимо отметить ОПСС, которое уже в ранней стадии ПЭ повышается на (10,6%), свидетельствуя о значительной констрикции на уровне артериол, повышающей нагрузочные реакции на всю систему кровообращения и прежде всего на миокард.

Анализируя показатели доплерометрического исследования у беременных женщин с проявлениями ПЭ легкой степени, характеризующие геометрию левого желудочка (ГЛЖ) и всего сердца, сравнивая их с таковыми в контрольной группе женщин с нормально протекающей беременностью, можно отметить, что в обеих группах происходят изменения морфофункциональной структуры сердца в процессе эволюции беременности (с увеличением сроков ее). Детальный анализ происходящих изменений в геометрии сердца у здоровых беременных женщин и таковых с осложненной ПЭ, наглядно демонстрирует неоднородность происходящих изменений. Так, если в контрольной группе на фоне незначительного увеличения толщины стенок левого желудочка происходит увеличение размеров (КСО и КДО) полостей сердца (левого желудочка), что свидетельствует об эксцентрической гипертрофии левого желудочка, связанной в основном за счет эффекта гиперволемии в сроки гестации 28 -32 недели (увеличения ОЦК за счет обеих своих ингредиентов, но преимущественно за счет плазменного объема), то в группе женщин с легкой ПЭ имеет место ремоделирование сердца под действием такого патологического фактора как генерализованный спазм сосудов с развитием артериальной гипертензии с повышением ОПСС (постнагрузка).

По мнению некоторых авторов возникновение концентрических форм геометрии левого желудочка является прогностически более неблагоприятным, чем эксцентрическая модель гипертонии (авторы). Это и понятно, так как у здоровых беременных женщин ремодулирование сердца наступает компенсаторно в ответ на физиологическую гиперволемию, в то время, как у беременных даже с легкой ПЭ ремодулирование сердца происходит в ответ на патологические факторы (вазоспазм, артериальная гипертензия).

При ПЭ независимыми предикторами являются со второго триместра беременности достоверные высокие корреляционные связи между непропорционально высокой ММЛЖ и параметрами, определяющими тип геометрии ЛЖ – КСО, КДО, ИОТ, диастолической функции левого желудочка и менее выраженная зависимость их от ФВ и УО. Таким образом, оценка кардио- и центральной гемодинамики, позволяет выявить системные нарушения гемодинамики у матери. Маркером неадекватной сердечно – сосудистой перестройки при ПЭ является развитие непропорционально высокой ММЛЖ, с формированием изолированной диастолической дисфункции левого желудочка. В результате развития диастолической дисфункции ЛЖ развиваются системные нарушения кровообращения во всех органах, тканях.

Это позволяет определить прогноз течения преэклампсии, является предиктором развития преэклампсии до ее клинической манифестации и, возможно, показанием к пересмотру тактики ведения беременности и родов.

Литература:

1. Ахмедов Ф.К., Курбонова З.Ш. Мочевая кислота - маркер развития преэклампсия //Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. - 2017. - №3-4(II). - С. 27-29.
2. Ахмедов Ф.К., Курбанова З.Ш. Преэклампсияни ташхислашда қон ва сийдикда сийдик кислотаси концентрациясининг роли// Тиббиётда янги кун. - 2017.- №1. - Б. 119-122.
3. Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н., Особенности состояния центральной гемодинамики и гемостаза у беременных с преэклампсии различной степени и тяжести// Новый день медицины. - 2020. - №1(29) - С. 147-150.
4. Туксанова Д.И., Д.К.Нажмутдинова., Д.Я.Зарипова. Влияние давности течения преэклампсии на исходы беременности и родов// Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. - 2015. - №3. - С. 119-120.
5. Туксанова Д.И. Особенности состояние параметров гомеостаза и кардиогемодинамики у женщин с физиологическим течением беременности// Новый день медицины. - 2019. - №1(25). - С. 159-163.
6. Туксанова Д.И. Особенности изменений показателей системного и органного кровотока у женщин при тяжёлой преэклампсией// Международный Казахско-Турецкий Университет “Современная медицина традиции и инновации”. – Казакстан 2018. - С. 151-155.

7. Туксанова Д.И., Шарипова М. Анализ комплексного обследования женщин с преэклампсией и сочетанной анемией// Проблемы медицины и биологии. – Кемерово 2018. - №4. - С. 195-198.
8. Маркеры преэклампсии в I и III триместрах беременности / Т. Ю. Иванец [и др.] // Проблемы репродукции. – 2012. – Т. 18, № 3. – С. 83–87.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г.Фергана

10.03.2023г.

OILADA OTA-ONALARNING KOMPETENTLILIGI - REPRODUKTIV

SALOMATLIKNING GAROVI

N.V.Nosirov¹, R.M.Eshonov², M.E.Eshonova³, Sh.S.Ismoilova⁴.

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

²Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

³O'rta tibbiyot xodimlari malakasini oshirish va qayta tayyorlash markazi

Farg'ona filiali

⁴Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Annotatsiya: Maqolada, oilada ota-onalarning kompetentligi reproduktiv salomatlikning garovi farzandlarning muvaffaqiyatli kamol topishi uchun ota-onalarning vakolatlari ta'rif va mohiyati ko'rib chiqilgan, ijtimoiy-madaniy, ekologik, siyosiy, mafkuraviy va boshqa shart-sharoitlarning o'zgarishi oila tizimidagi, ota-onalik qadriyatlar va ustivorlikdagi o'zgarishlarini belgilaydi uning o'ziga xosligi va farzand tarbiyasidagi roli ko'rsatib berilgan.

Kalit so'zlar: kompetensiya, ota-ona kompetensiyasi, ota-ona munosabati, bola, moslashish, ijtimoiy tayyorgarlik, barkamol rivojlanish, maktabgacha ta'lim tashkiloti, reproduktiv salomatlikning garovi.

**КОМПЕТЕНТНОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ В СЕМЬЕ – ЗАЛОГ РЕПРОДУКТИВНОГО
ЗДОРОВЬЯ**

Н.В.Носиров¹, Р.М.Эшонов², М.Е.Эшонова³, Ш.С.Исмоилова⁴.

¹Ферганского медицинского института общественного здоровья

²Ферганского медицинского института общественного здоровья

³Ферганского медицинского института общественного здоровья

⁴Ферганский филиал Центра повышения квалификации и переподготовки медицинских кадров

Аннотация: В статье компетентность родителей в семье является залогом репродуктивного здоровья, рассматривается определение и сущность компетентности родителей для успешного развития детей, изменение социокультурных, экологических, политических,

идеологических и др. условия в семейной системе, отец -определяет изменения материнских ценностей и приоритетов, показывает его своеобразие и роль в воспитании ребенка.

Ключевые слова: компетентность, родительская компетентность, родительское отношение, ребенок, адаптация, социальная подготовка, целостное развитие, организация дошкольного образования, гарантия репродуктивного здоровья.

COMPETENCE OF PARENTS IN THE FAMILY IS THE GUARANTEE OF REPRODUCTIVE HEALTH

N.V.Nosirov¹., R.M.Eshonov²., M.E.Eshonova³., Sh.S.Ismoilova⁴.

¹Fergana Public Health Medical Institute

²Fergana Public Health Medical Institute

³Fergana Public Health Medical Institute

⁴Ferghana Branch of the Center for Advanced Medical Staff Training and Retraining

Annotation: In the article, the competence of parents in the family is the guarantee of reproductive health, the definition and essence of the competence of parents for the successful development of children is considered, the change of socio-cultural, ecological, political, ideological and other conditions in the family system, father -determines changes in maternal values and priorities, shows its uniqueness and role in child upbringing.

Key words: competence, parental competence, parental attitude, child, adaptation, social preparation, holistic development, organization of preschool education, guarantee of reproductive health.

Kirish: O‘zbekiston Respublikasida oila masalalariga davlat siyosati darajasida bajarilishi lozim bo‘lgan ustuvor vazifa sifatida qaralmoqda. O‘zbekiston Respublikasining Konstitutsiyasining 63-moddasiga ko‘ra, Oila jamiyatning asosiy bo‘g‘ini hisoblanib, u jamiyat hamda davlat tomonidan muhofazada bo‘lish huquqiga ega. Onalik va bolalikni muhofaza qilish bo‘yicha boshqa qonuniy hujjatlar ham qabul qilinib, amaliy tadbirlar belgilangan. Jumladan, “Kam ta‘minlangan oilalarni ijtimoiy himoya qilish choralari to‘g‘risida”gi 1994 yil 22 avgustida farmon chiqarilib, yordamga muhtoj oilalarga moddiy va ma‘naviy yordam berishning ko‘lami kengaytirildi. Oilani jamiyatda ravnaq topishidagi o‘rni va ishtirokini yanada oshirish, oilalarning huquqiy, ijtimoiy-iqtisodiy, ma‘naviy-axloqiy manfaatlarini va farovonligini yaxshilashni davlat tomonidan qo‘llab-quvvatlanishi kuchaytirilgi. Shunga asosan, oila manfaatlarini ta‘minlash borasida amalga oshiriladigan tadbirlar to‘g‘risida davlat dasturi ishlab chiqilgan. O‘zbekiston Respublikasi Xotin-qizlar qo‘mitasi huzurida Respublika “Oila” ilmiy amaliy markazi tashkilgan bo‘lib, oilaviy hayot masalalarini huquqiy tartibga solishga bag‘ishlangan O‘zbekiston Respublikasining “Oila kodeksi” qabul qilingan. “Oila kodeksi”ning e‘lon qilinishi, O‘zbekiston qonunchiligi uchun yangilik bo‘lgan nikoh shartnomasi, qarindosh-birodarlik va bolalarning nasl-nasabni belgilash, alimentlar to‘lash to‘g‘risida kelishish,

bolalarning oiladagi huquqlari va ota-onalarini moddiy ta'minlash to'g'risidagi majburiyatlar, ota-ona qaramog'idan mahrum bo'lgan bolalarning huquq va manfaatlarini himoya qilish kabi muhim qoidalar oila tarbiyasida axloqiy madaniyatni qonunlashtirish, huquqiy asoslarini yaratishda muhim ahamiyat kasb etadi. Xotin-qizlar qo'mitasi huzurida "Oila" ilmiy amaliy markazining tashkil etilishi oilaga ta'luqli axloqiy munosabatlarni yo'lga qo'yish ya'ni milliy an'analarni, umumbashariy qadriyatlar bilan uyg'unlashtirish, oila a'zolarining huquqiy savodxonligini oshirish yo'lida katta qadam qo'yildi. Ota-onalarning vazifasi bolalariga psixologik, hissiy qulaylik, aqliy va jismoniy rivojlanishida yordam berishidir. Bu esa ota-onalardan farzandlar tarbiyasi bilan shug'ullanishlari ya'ni kompetentli bo'lishni talab qiladi.

Usullar: "Kompetensiya" atamasi pedagogikaga mehnat va korxonalar dunyosidan kirib kelgan. Keng va umumiy shaklda kompetensiya ma'lum hayotiy vazifalarni hal qilishga imkon beruvchi bilim, ko'nikma va kompetensiya tizimi sifatida tushuniladi. "Kompetentlik" so'zi tom ma'noda qismlarning izchilligi, mutanosiblik, simmetriya ma'nolarini bildiradi. Adabiyotlarda kompetensiya deganda "chuqur bilim", "faoliyatni amalda bajarish qobiliyati", "harakat samaradorligi" tushunchalari mavjud. Ko'pgina tadqiqotchilar "kompetentlik" tushunchasini birinchi navbatda, muayyan faoliyatni amalga oshirish qobiliyati, potensial qobiliyati bilan bog'laydilar. Kompetensiyaga asoslangan yobdashuv pedagogika va psixologiyada tobora ommalashib bormoqda. Bugungi kunda "ijtimoiy-psixologik kompetensiya", "psixologik-pedagogik kompetensiya", "shaxsiy kompetensiya", "boshqaruv kompetensiyasi", "tayanch kompetensiya" tushunchalari muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda. Ota onalarning vazifasi bolalariga psixologik, hissiy qulaylik, aqliy va jismoniy rivojlanishida yordam berishidir. Shu bilan birga, ota-onalarning yordami pedagogik jihatdan malalakali va maqsadli bo'lishi kerak, chunki haddan tashqari vasiylik bolaning o'sish jarayonini sekinlashtiradi, uni kelajakdagi kuch, yetuklik va mustaqillikdan mahrum qiladi. Biroq qarama-qarshi tendensiya ota-onadan voz kechish va yetarli darajada yordam bermaslik bolani uning o'sishi uchun muhim bo'lgan yordamdan mahrum qiladi, bu holda bola o'sishdagi qiyinchiliklarni mustaqil ravishda yengib chiqa olmaydi, bu esa unga to'liq rivojlanish imkoniyatini bermaydi. To'liq hayot uchun zarur bo'lgan fazilatlar va xususiyatlar shakllanmay qoladi.

Natijalar: Zamonaviy maktabgacha ta'lim sharoitida oila va maktabgacha ta'lim tashkiloti o'rtasidagi o'zaro munosabatlar modelini yaratish maqsadida "ota-onalarning vakolati" tushunchasi kiritilgan. Ota-ona rolini sifatli, ongli ravishda bajarish, ota-onaning vakolatlarining mavjudligi yoki yo'qligi jamiyatning holatini va keyingi avlodlar shaxsining psixologik salomatligini belgilaydi. "Kompetensiya" atamasi so'nggi paytlarda maktabda ta'lim va tarbiya bo'yicha tadqiqotlarda keng qo'llanilmoqda. Shu bilan birga, ushbu masala bo'yicha psixologik-pedagogik va o'quv adabiyotlarini tahlil qilish "kompetentlik" tushunchasining keng qirrali ekanligini ko'rsatadi. Tadqiqotchilarning fikr-mulohazalarini tahlil qilish asosida shunday xulosaga keldikki, ota-onalarning kompetensiyasi ota-

onalar madaniyatining yetakchi tarkibiy qismi bo'lib, ma'lum miqdordagi psixologik, pedagogik, fiziologik, gigiyenik va huquqiy kompetensiyalar bilan tavsiflanadi. Ota-onalarning eng muhim qobiliyati ta'lim faoliyatini amaliyotda qo'llay olishi hisoblanadi. Shu bilan birgalikda oilada ona-onalarning farzandlar bilan uzviyligi oiladagi reproduktiv salomatlikni yaratadi. Reproductiv salomatlik – sodda qilib aytganda, faqat insonning reproduktiv tizimi va funksiyalari hamda jarayonlariga oid barcha masalalarda xastalikning yo'qligini anglatmaydi, balki uning jismoniy, ruhiy va ijtimoiy jihatdan to'liq mo'tadil holatini ifoda etadi. Reproductiv huquq nima? Reproductiv huquq – bu barcha er-xotin juftliklar va alohida shaxslarning bolalar soni, ular orasidagi oraliq va ularning tug'ilish vaqti haqida erkin hamda to'liq mas'uliyat hisi bilan qaror qabul qilishi va buning uchun shart bo'lgan ma'lumot va vositalarga ega bo'lishi borasidagi asosiy huquqlarni tan olishidir.

Reproduktiv salomatlikni tashkil etuvchi omillar deganda quyidagilar nazarga tutiladi:

- ❖ kontratsepsiya xizmati bu istalmagan homiladorlikning oldini olish bo'lib, hozirgi kunda kontratseptiv vositalarning ko'plab turlari mavjud bo'lib, ulardan mamlakatimizning har bir nuqtasida ayollarimiz salomatligi uchun ular bepul foydalanish imkoniyatiga ega.
- ❖ aholining tibbiy madaniyatini oshirish ayniqsa, mahallalar, kollej, maktab, oliygohlar bilan ishlash, ular orasida tibbiy ko'riklarning ahamiyati va buning uchun har bir insonning o'zi mas'ul ekanligini tushuntirish.

Muhokama: Ma'lumki, so'nggi yillarda sog'liqni saqlash tizimining eng ustivor yo'nalishlaridan biri hisoblangan aholi reproduktiv salomatligini mustahkamlash va sog'lom oilani shakllantirish borasida muxtaram yurtboshimiz tomonlaridan ko'plab qarorlar chiqarildi. Ayniqsa, yurtboshimizning "Ona va bola salomatligini muhofaza qilish, sog'lom avlodni shakllantirishga doir qo'shimcha chora-tadbirlar tug'risida"gi hamda aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, sog'lom bola tug'ilishi, jismoniy va ma'naviy barkamol avlodni voyaga etkazish borasidagi ishlarni yanada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari to'g'risidagi qator qarorlari qabul qilinib, joylarda aniq manzilli va malakali tadbirlar amalga oshirilib kelinmoqda. Har bir insonga o'z sog'ligi uchun o'zi mas'ul ekanligini tushuntirish va bu borada etarli bilim, malaka va ko'nikmalarni shakllantirish bugun nafaqat sog'liqni saqlash tizimining, balki butun jamiyat oldida turgan eng dolzarb masalalardan biridir. 1992 yil 8 dekabrda qabul qilingan O'zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasining 40-moddasida "Har bir inson malakali tibbiy xizmatdan foydalanish huquqiga ega" ekanligi aniq ko'rsatilgan va tibbiyotning kelajakdagi istiqbolli yo'nalishlari belgilab berildi. "O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash tizimini isloh qilishning davlat dasturi tug'risida"gi Prezident Farmoni va qator boshqa hukumat qarorlarining ham asosida insonlarda sog'lom turmush tarzini shakllantirish masalalariga katta e'tibor qaratildi. Ayniqsa, ushbu qonun va farmonlarning ijrosi sifatida Respublika salomatlik markazi negizida "Salomatlik instituti"ning tashkil etilishi, Sog'likni Saqlash Vazirligi Axborot-taxlil markazining ushbu institut tarkibiga kiritilishi masalaga yanada chuqurroq, aholi

kasalligidagi ko'rsatkichlarini e'tiborga olgan holda yondashish imkonini yaratadi. Yuqorida qayd etilgan onalik va bolalikni himoya qilish sog'lom avlodni kamol toptirish sohasida hukumatimiz tomonidan qabul qilingan barcha qarorlar va dasturlar asosida aholi orasida reproduktiv salomatlikni va sog'lom turmush tarzini shakllantirish va ommalashtirish bo'yicha targ'ibot-tashviqot ishlarini olib borish mutaxassis tibbiy xodimlar oldida turgan vazifalaridan biridir.

Xulosa: Xulosa, qilib aytganda "ota-onalarning kompetensiyasi" bu ota-ona uchun o'z ta'lim faoliyatini muvaffaqiyatli amalga oshirish uchun sifat, potensial imkoniyatdir. Faoliyatning o'zi uchun "ota-ona yordami, ota-ona ishtiroki, hamkorlik" ta'riflari ko'proq mos keladi. Shunday qilib, psixologik-pedagogik adabiyotlarni tahlil qilish va ko'rib chiqilayotgan muammolarga qarashlarimizni hisobga olgan holda ota-onalarning kompetentligi reproduktiv salomatlikning garovi ularning farzandlariga nisbatan o'rnatilgan va sifatli tarbiyaviy ta'sir ko'rsatishi uchun zarur bo'lgan ijtimoiy-pedagogik jarayondir. Bundan tashqari, ijtimoiy-madaniy, ekologik, siyosiy, mafkuraviy va boshqa shart-sharoitlarning o'zgarishi oila tizimidagi, ota-onalik qadriyatlari va ustivorlikdagi o'zgarishlarini belgilaydi va ota-onalarning vakolatlarini shakllantirish muammosi rivojlanadi degan fikrimizni tasdiqlaydi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. O'zbekiston Respublikasining oila kodeksi. – T.: O'zbekiston, 1998 y. 66 bet.
2. Maktabgacha ta'lim va tarbiya to'g'risida"gi Qonun. – T.: 2019-yil 16 dekabr, O'RQ-595-son.
3. S. Zohidova "Oilada ota-onalarning kompetentligi - bolalarning muvaffaqiyatli ijtimoiy moslashtirish omili sifatida" "Oila instituti rivojlanishida qadriyatlarning o'rni: milliy va xorijiy tajriba" xalqaro ilmiy-amaliy konferensiya. 17.05.2022 y 306-309 betlar.
4. N.Nosirov "Bo'lajak texnologiya fani o'qituvchilarini kasbiy va metodik kompetentligini takomillashtirishning pedagogik-psixologik asoslari" «НамДУ илимий хабарлари» Илмий журнали. Наманган 11-сон. 2022 йил. 636-641 betlar.
5. N.Nosirov "Bo'lajak texnologiya fani o'qituvchilarini metodik kompetentligini rivojlantirish mezonlari" "Criteria for the Development of Methodological Competence of Future Teachers of Technology" International Journal on Integrated Education. Research Parks Publishing Indonesia. In Vol.6 No r (2023) 81-85 betlar.
6. N.Nosirov "Criteria for the Development of Methodological Competence of Future Teachers of Technology" International on Integrated Education (IJIE) In Vol.6 Nor 2023. <https://journals.researchparks.org/index.php/IJIE>. 98-102 betlar.

**TUG'RUQDAN OLDIN QOG'ONOQ PARDA YORILISHI BILAN KELGAN HOMILADOR
AYOLLARDA HOMILADORLIKNI OLIB BORISH**

D.S.Nurimbetova¹, N.M.Magzumova¹, D.T.Kayumova¹.

¹*Toshkent tibbiyot akademiyasi*

Dolzarlighi. Tug'ruqdan oldin qog'onoq pardaning yorilishi homilani ham, onani ham infeksiya xavfi ostida qoldiradi. Ushbu xavfni kamaytirish uchun tug'ruqni chaqirish kerak bo'ladi, ammo uning neonatal va ona uchun xavflari va kutish taktikasi muvozanatlashtirilgan bo'lishi kerak.

Maqsad: Tug'ruqdan oldin qog'onoq parda yorilishi bilan kelgan homilador ayollarda homiladorlik kechishi, tug'ruq jarayoni va tug'ruqdan keying asoratlarni organish.

Material va usillar: Qog'onoq parda yorilishi bilan kelgan 38ta homilador ayollar tashxisi qin ko'zgusi yordamida ko'rildi. Homilador ayollardan akusherlik, ginekologik va somatik anamnezlar yig'ildi. Bemorlarda klinik- laborator va instrumental tekshiruvlar(ultratovuch tekshiruvi) o'tqazildi.

Natijalar: Homilador ayollar 2 guruhga ajratildi. Nazorat guruhi 9ta homilador ayol olindi. Tug'uvchi ayollar dinamikada leykositoz, termometriya, qon bosimi va ona va homila holati kuzatilib borildi. Kutish taktikasida suvsizlik davri 18 soattan ochish kuzatilgan tug'uvchi ayollarda profilaktik antibakterial davo boshlandi. Homilador ayollar ichida qayta tug'uvchilar 18ta(62%(n=5(55,5%)) va birinchi tug'uvchilar 11ta (38%(n=4(44,5%)) ni tashkil etdi. Homiladorlik kechishi bilan: kamkonlik 82,7%(n=77%), xomila tu'shish xavfi 20.6%(n=0), o'tkir respirator infeksiya 31%(n=11%), xomiladorlar qusishi 17.2% (n=22.2%), yengil gestasion gipertenziya 10.3% kuzatildi. Tug'ruq olib borilishi bilan: kesarcha kesish- 16 nafar (42.1%), fiziologik tug'ruq 22 nafar homilador ayolda kuzatildi. Kesarcha kesish amalyotiga ko'rsatmalar: homila chanoq bilan kelishi, bachadon chandig'i, chanoq va boch nomutonosiqligi, miopiya o'rta daraja bo'lib hisoblanadi. Homila oldi suvi 8ta bemorda xira, 30ta bemorta tiniq bo'ldi. Tug'ruqdan keying davrdagi asoratlar: 8 ta tug'uvchi ayolda oraliq yirtilish xavfi bilan epiziotomiya-epiziografiya amalyoti amalga oshirildi. Tug'ruqdan keying davrda 2 ta chaqolaq nafas yetishmovchili orta darajasi bilan asoratlandi.

Xulosa: Malumotlar chuni ko'rsatdiki homiladorlik davrida kamkonlik 82,7 % ini tashkil etgan. Homilador ayollarda tug'ruqdan keying davrda isitmalash kuzatilmadi. Suvsizlik davri 18 soatdan ochgan bemorlar 6 nafarni tashkil etdi va ularda profilaktik anti bacterial davo boshlandi. Tug'ruq induksiyasi 3ta bemorda amalga oshirildi. Chunday qilib, homilador ayollarni dinamikada kuzatish va profilaktik antibakterial davo o'tqazish bilan ona va bolada rivojlanadigan asoratlar oldini olish mumkin.

**УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ
ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ И ИХ КОРРЕЛЯЦИЯ С БИОХИМИЧЕСКИМИ
ПОКАЗАТЕЛЯМИ**

Н.О.Нурханова¹, Д.И.Туксанова¹.

¹Бухарский государственный медицинский институт

Ключевые слова: *перименопауза, толщина эндометрия, морфология эндометрия, онкомаркёры.*

Резюме. В данной статье обсуждаются результаты оригинального исследования, посвящённой проблеме перименопаузального кровотечения, которая является следствием гиперплазии эндометрия. Всем известно, что в данный период жизни у женщин происходит гормональный дисбаланс в результате которого происходит неровное покрытие эндометрием. Мы в ходе исследования решили разделить обследуемых женщин на три группы две из которых, основные группы и одна контрольная для сравнения результатов с нормальными показателями.

**ЭНДОМЕТРИЙ ГИПЕРПЛАЗИЯСИНИ БАХОРАТЛАШДА ЭНДОМЕТРИЙНИНГ
УЛЬТРАТОВУШ КЎРСАТГИЧЛАРИ ВА УЛАРНИНГ БИОКИМЁВИЙ ТАХЛИЛЛАР
БИЛАН АЛОҚАСИ.**

Н.О.Нурханова¹, Д.И.Туксанова¹.

¹Бухоро давлат тиббиёт институти

Таянч сўзлар: *перименопауза, эндометрий калинлиги, эндометрий морфологияси, онкомаркёрлар.*

Резюме. Ушбу мақолада перименопауза даврида содир бўлувчи эндометрий гиперплазияси бўйича ўтказилган тадқиқотнинг натижалари келтирилган. Ҳаммага маълумки, аёлларда ушбу даврда гормонал номуносиблик кузатилиши натижасида эндометрий каватининг носимметрик ўсиши кузатилади. Биз тадқиқотимиз давомида текширув гуруҳлари аёлларини уч гуруҳга бўлдик, иккитаси асосий гуруҳлар бўлиб, 1 таси эса, назорат гуруҳидир.

**ULTRASONIC ENDOMETRIUM PARAMETERS IN PREDICTION OF ENDOMETRIAL
HYPERPLASIA AND THEIR CORRELATION WITH BIOCHEMICAL INDICATORS**

N.O.Nurkhanova¹, D.I.Tuksanova¹

¹Bukhara State Medical Institute

Key words: *perimenopause, endometrial thickness, endometrial morphology, tumor markers.*

Summary. This article discusses the results of an original study on the problem of perimenopausal bleeding, which is a consequence of endometrial hyperplasia. Everyone knows that,

during this period of life in women, there is a hormonal imbalance, as a result of which there is uneven coverage of the endometrium. In the course of the study, we decided to divide the examined women into three groups, two of which are the main groups and one control group to compare the results with normal indicators.

Введение. Перименопауза – это переходный период за 8-10 лет, который обычно характеризуется изменением нормального менструального цикла. Циклы могут быть длиннее или короче, а поток может варьироваться от легкого до тяжелого. Поскольку функция яичников снижается, овуляция может не наступить. Непреодолимый эстроген без прогестерона вызывает утолщение слизистой оболочки матки. Это утолщение вызывает гиперплазию и карциному эндометрия, полипы и миомы также могут вызывать изменения характера кровотечения [1,5,8,10].

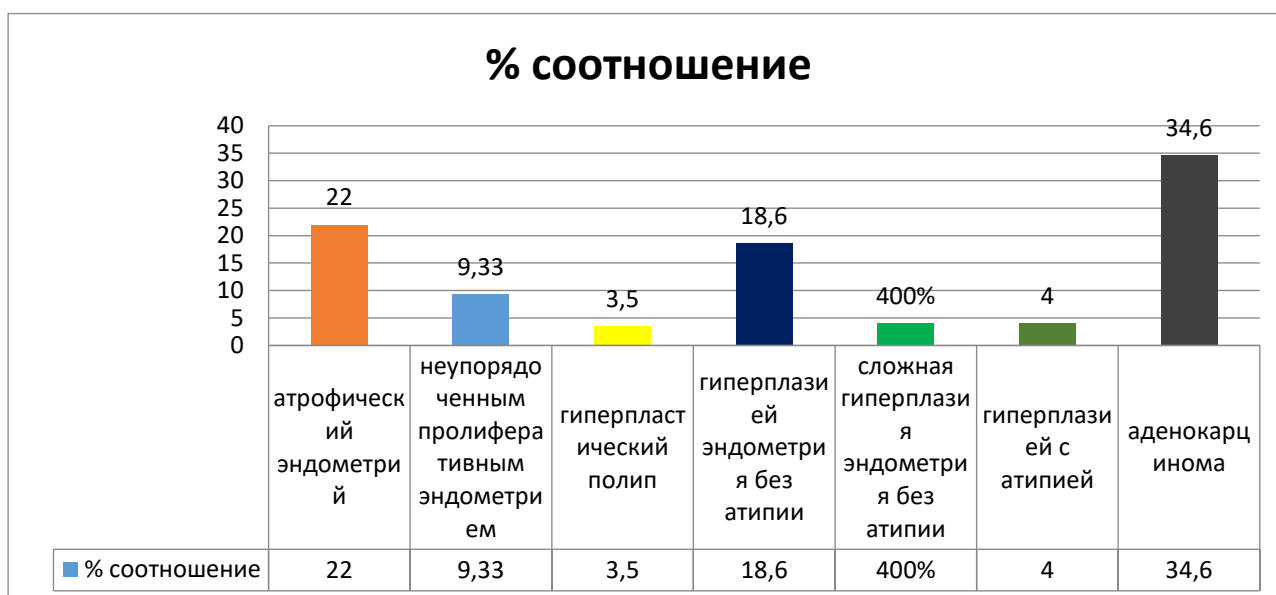
Биопсия эндометрия является золотым стандартом диагностики аномалий в тканях эндометрия с чувствительностью 85-95%. Растет тенденция использования неинвазивных процедур, таких как трансвагинальное УЗИ, для измерения толщины эндометрия, диагностики дисфункциональных маточных кровотечений, аденомиоза, полипов эндометрия и лейомиом [2,4,7,12]. Еще одной важной возможностью трансвагинального УЗИ является расчет объема с помощью автоматизированного анализа виртуального органа (VOCAL) даже в структурах неправильной формы [3,6,9,11]. Было продемонстрировано, что этот метод более точен, чем двухмерная оценка объема. Дифференциация доброкачественной патологии эндометрия, гиперплазии эндометрия и карциномы была невозможна из-за перекрытия измерений толщины эндометрия. Когда выполнялись трехмерные объемные измерения, перекрытие было намного меньше, что значительно улучшало диагностику рака.

Материалы и методы исследования. Семьдесят пять женщин с кровотечением в перименопаузе были отобраны из РНЦЭМП БФ (Республиканский научно-исследовательский центр экстренной медицинской помощи Бухарского филиала). Исследование проводилось с мая (2021 г.) по январь (2022г.). Объем эндометрия, полученный с помощью трансвагинального УЗИ и результаты гистопатологического исследования ткани эндометрия оценивали для определения порогового значения объема эндометрия для диагностики гиперплазии эндометрия и карциномы. Критерии включения: возраст 40-55 лет с симптомами аномального кровотечения, например меноррагии, метроррагии и полименореи. Критерии исключения: общие или местные причины кровотечения, прием наркотиков или недавняя гормональная контрацепция. У каждой больной были выполнены следующие методы исследования: полный сбор анамнеза с особым вниманием к подтверждению критериев отбора. Комплексное общее и гинекологическое обследование, трансвагинальное УЗИ измерение объема эндометрия с помощью VOCAL. Выскабливание эндометрия и гистологическое исследование. Сравнение объема эндометрия, полученного с

помощью VOCAL, и результатов гистопатологического исследования ткани эндометрия. При пустом мочевом пузыре пациентка обследована в положении для литотомии с использованием датчика Voluson Pro 720 с диапазоном частот 5-8 МГц.

Все статистические анализы проводились с использованием статистического программного обеспечения MedCalc версии 18.10.2. Все пациентки дали письменное информированное согласие на использование их данных в исследовательских целях.

Результаты исследования: Гистологическое исследование показало что, 16 случаев с атрофическим эндометрием (22%), 7 случаев с неупорядоченным пролиферативным эндометрием (9,33%), 7 случаев с гиперпластическим полипом (9,33%), 14 случаев с гиперплазией эндометрия без атипии. (18,67%), 3 случая со сложной гиперплазией эндометрия без атипии (4%), 3 случая с гиперплазией с атипией (4%) и 26 случаев с аденокарциномой (34,67%). Все данные указаны в рисунке 1.



Медианный объем эндометрия доброкачественного эндометрия составлял 9,6 с межквартильным отношением (7,1-12,5), в то время как средний объем эндометрия при гиперплазии эндометрия составлял 11,4 с межквартильным соотношением (7,4-14,7), а средний объем эндометрия при карциноме эндометрия составлял 17,26 с межквартильным соотношением (14,9-24.1). Разница была высоко статистически значимой с использованием теста Крускала-Уоллиса.

У женщин исследуемых групп мы провели биохимическое исследование, определили уровень глюкозы, эстрадиола, прогестерона, онкомаркеров СА- 125, СА -15-3. Уровень глюкозы в среднем во второй группе составил 6,66 ммоль/л, эстрадиола 120,5 пг/мл, прогестерона 3,90 нг/мл, онкомаркера СА- 125, 136,04 Ед/мл, онкомаркера СА -15-3, 29,9 Ед/мл. Уровень глюкозы в среднем в третьей группе составил 6,14 ммоль/л, эстрадиола 113,95 пг/мл, прогестерона 2,285

нг/мл, онкомаркера СА- 125 96,595 Ед/мл, онкомаркера СА -15-3 27,92 Ед/мл. Данные указаны в таблице 1.

Таблица 1. Сравнительные показатели 2-й и 3-й группы.

Биохимические показатели	Глюкоза (4,2-6,4 мМоль/л)	Эстрадиол (Менопауза 18.4- 64.0 пг/мл)	Прогестерон (Менопауза 0,1-1,0 нг/мл)	Онкомаркер СА- 125 (До 35 Ед/мл)	Онкомаркер СА-15-3 (До 35 Ед/мл)
2-группа	6,66	120,5	3,90	136,04	29,9
3- группа	6,14	113,95	2,285	96,595	27,92

Примечание: Достоверность результатов $p \geq 0,05$.

Как видно из таблицы все показатели второй и третьей группы были относительно выше нормы. Так можно отметить что, уровень глюкозы был выше на 0,26 мМоль/л, эстрадиола 56,5 пг/мл, прогестерона 2,90 нг/мл, онкомаркера СА- 125 101,04 Ед/мл, а онкомаркера СА -15-3 оставался в норме. В третьей группе уровень глюкозы и онкомаркера СА -15-3 оставался в пределах нормы, а эстрадиола 49,95 пг/мл, прогестерона 1,185 нг/мл, онкомаркера СА- 125, 61,595 Ед/мл был повышенным относительно референтных значений.

Обсуждение. До 33% женщин, обращающихся в гинекологические поликлиники, имеют аномальные маточные кровотечения, а в пременопаузальной группе эта доля возрастает до 69%. Традиционно дилатация и выскабливание были основными направлениями исследования аномальных маточных кровотечений, но они не точны для диагностики очаговых внутриматочных поражений, которые имеют небольшие размеры или расположены в областях, трудно поддающихся кюретажу. Кроме того, в исследованиях, в которых участвовали женщины перименопаузальном периоде с аномальными маточными кровотечениями, 43-66% случаев гиперплазии были пропущены.

Заключение. Гиперплазия эндометрия является наиболее часто наблюдаемой аномалией эндометрия у пациенток в пременопаузе с аномальными маточными кровотечениями. Несмотря на то, что гистопатологическое исследование эндометрия является золотым стандартом для диагностики или исключения патологии эндометрия, трансвагинальное УЗИ является достаточно точным, полезным и неинвазивным инструментом для оценки состояния эндометрия. В комплексе с биохимическими показателями оно позволяет дать оценку состояния эндометрия, которая является прогностической ценной информацией для принятия решения относительно лечения данной патологии.

Список литературы:

1. Ашурова Н. Г., Рахматуллаева М. М., Наврузова Н. О. Роль кольпоскопии в ранней диагностике заболеваний шейки матки // Альманах молодой науки. – 2018. – №. 4. – С. 21-23.
2. Ахметова Е.С. Воспалительные цитокины при диспластических процессах эндометрия / Е.С. Ахметова, Т.Е. Белокрыницкая, Ю.А.Витковский // Материалы 9-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя».- Москва, 2007 г. - С. 328-329.
3. Бессмертная В. С. Рецепторы к эстрогенам и прогестерону в эндометрии женщин при бесплодии / В. С. Бессмертная, М. В. Самойлов, И. И. Бабиченко // Вестн. РУДН. Сер. Медицина. 2007. - № 2. -С. 48 - 52.
4. Нурханова Н.О., Туксанова Д.И. Диагностические аспекты аномальных маточных кровотечений женщин перименопаузального возраста// Новый день в медицине. Бухара. № 8 (46). 2022 - С.84-88.
5. Давыдов А.И. Атипичная гиперплазия эндометрия: вопросы морфогенеза, классификации, диагностики и лечения / А.И. Давыдов, О.В. Крыжановская // Вопр. гин., акуш. и перинатол. 2009. - Т. 8, №3 -С.93-96.
6. Исмаилова З.И. Ранняя диагностика и профилактика гиперпластических процессов эндометрия : научное издание / З. И. Исмаилова // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2013. - N3- - С. 127-128
7. Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н. Особенности течения перименопаузального перехода женщин с ожирением. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. № 1-2.2020 Стр.39-42.
8. Jacobs I, Gentry–Maharaj A, Burnell M, et al. Sensitivity of transverse vaginal ultrasound screening for endometrial cancer in postmenopausal women: a case–control study within the UKCTOCS cohort. The lancet oncology. 2011;12(1):38–48.
9. Nandi A, Poretsky L. Diabetes and the female reproductive system. Endocrinol Metab Clin North Am. 2013;42(4):915–946.
10. Nurkhanova N.O. Assessment of the risk of endometrial hyperplasia in the perimenopausal period. / International Journal of Advanced Research in Engineering and Applied Sciences, 2022. Vol. 11. No. 6. P. 8-15. <https://garph.co.uk/IJAREAS/June2022/2.pdf>
11. Zaripova D.Ya., Sharipova R.G. Efficiency of hormone replacement therapy in prevention menopausal therapy. Academicia an international multidisciplinary research journal.2020.Vol.10, issue 8. Page 422
12. Goldstein F.H. Modern evaluation of the endometrium. Obstet Gynecol. 2010;116(1):168–176.

ЗДОРОВОЕ МАТЕРИНСТВО – ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ

М.И.Плугина

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Ключевые слова: воспитание, дети, здоровое материнство, личностная ценность, ответственное родительство.

Резюме: в статье проведен анализ вопроса о роли здорового и ответственного материнства в воспитании детей; феномен материнства рассматривается как условие и ресурс, основа обеспечения процесса рождения и воспитания здорового ребенка.

SOG'LOM ONA - SOG'LOM BOLALAR

M.I.Plugina

Kalit so'zlar: ta'lim, bolalar, sog'lom onalik, shaxsiy qadriyat, mas'uliyatli ota-onalik.

Xulosa: maqolada sog'lom va mas'uliyatli onalikning bolalarni tarbiyalashdagi o'rni masalasi tahlil qilinadi; onalik hodisasi sog'lom bolaning tug'ilishi va tarbiyalanishi jarayonini ta'minlashning sharti va manbai, asosi sifatida qaraladi.

HEALTHY MOTHERHOOD - HEALTHY CHILDREN

M.I. Plugina

Key words: education, children, healthy motherhood, personal value, responsible parenthood.

Summary: the article analyzes the issue of the role of healthy and responsible motherhood in raising children; the phenomenon of motherhood is considered as a condition and resource, the basis for ensuring the process of birth and upbringing of a healthy child.

Ситуация развития современного общества обусловлена влиянием как позитивных, так и негативных факторов. И это проявляется в тенденциях развития мира, отдельных стран и народов. Анализ сущностного содержания тенденций общественного развития (интеграция, технократизация, глобализация, индивидуализация, цифровизация, гуманизация, демократизация, построение рыночных отношений, создание поликультурного пространства и др.) позволяет сделать вывод, что в одних случаях они сходны и способствуют прогрессу, в других – могут противоречить друг другу и тормозят процессы развития. Но, безусловным является тот факт, что именно они обуславливают состояние и специфику формирования отдельных больших и малых групп, включая семью, и/или отдельной личности. Однако, при рассмотрении личности, нельзя акцентировать внимание только на том, что формируется под влиянием тенденций общественного развития. Существует множество и других условий, факторов, механизмов, детерминирующих ее становление и развитие. Среди этих

детерминант правомерно выделить семью, как самостоятельный социальный институт. Именно семье принадлежит ведущая роль в воспитании человека «завтрашнего дня», востребованного в этом сложном, противоречивом, постоянно меняющемся мире. В свою очередь, качество функционирования, уровень благосостояния семьи опосредованы тем, как государство относится к проблемам семьи и семейного воспитания. А связь таких феноменов как «личность», «семья» и «государство» достаточно очевидна. Так показателем уровня развития и процветания отдельной страны является то, как она относится к семье и детям; какие создает условия и установки; какие ценности воспитывает у молодого поколения; как вопросы воспитания, поддержки семьи и материнства представлены в законодательной базе и др. Обращение к Стратегии развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года позволяет увидеть, что приоритетная роль в воспитании отводится семье как социальному институту. Однако, некоторые исследователи достаточно критично относятся к этому и некоторым другим положениям Стратегии, отмечая их недостаточную конкретность относительно правового содержания данного положения. Известно, что все эти моменты официально закреплены в п. 1 ст. 63 и 65 и в п.2 Семейного Кодекса РФ. В этих статьях четко и однозначно указывается на приоритетное право родителей воспитывать и обучать детей, защищать их права и интересы в системе воспитания. В связи с этим Ильинский И.М. и Луков В.А. в своем исследовании отмечают, что сама Стратегия рассматривает ребенка лишь как объект, но не как субъект воспитания, а отдельные позиции в ней можно трактовать произвольно. Но, несмотря на имеющиеся недостатки, данный документ, по мнению исследователей, поднимает важные для страны вопросы воспитания будущего поколения, без решения которых невозможно обеспечение национальной безопасности, экономического, политического, социального, культурного развития страны. [3]. И, если говорить о значимости вопросов воспитания детей и молодежи для любой страны в целом, то в качестве примера следует обратиться к другим исследованиям И.М. Ильинского.

Исследователь указывал на то, что в случае пренебрежения со стороны государства к идеям воспитания, ухода от решения актуальных задач этого процесса – возникает прямая угроза национальной безопасности для самого государства. Следовательно, вопрос воспитания надо обсуждать именно с точки зрения национальной безопасности, устойчивого развития страны, создания необходимых для этого условий [4]. В связи с этим представляется, что анализ отдельных проблем воспитания детей, поддержки семьи следует начинать с вопроса о материнстве. В контексте заявленной темы этот вопрос необходимо рассматривать более широко, т.е. рассуждать не о материнстве вообще, а о здоровом материнстве, являющемся основополагающим для воспитания здорового поколения. Иначе

говоря, здоровое материнство должно рассматриваться в качестве основы формирования здоровой во всех отношениях личности. Конечно, центральным здесь является феноменом «материнство», который исследователи определяют в качестве:

- социального и личностного феномена;
- условия обеспечения процесса развития ребенка и части личностной сферы женщины;
- определенного уровня развития самосознания женщины-матери;
- результата свободного и духовного выбора женщины, которая является активным самостоятельным субъектом [2; 6].

В других исследованиях «материнство» рассматривается:

- как феномен развития общества, который подразумевает идентичность в контексте ведущего социокультурного эффекта образования, фундамента, на котором строится каркас личности, а именно, ее самосознание, ценностные ориентации, ведущие мотивы и прочие образования;

- как психологическое состояние и социальная ответственность женщины, как составная часть ее ментальности [5; 7; 8] и др.

Но, как было сказано выше, здесь важным является не просто понимание феномена «материнство», а его анализ в сочетании с термином «здоровье», т.е. речь в статье идет о «здоровом материнстве». И для того, чтобы описать это словосочетание, требуется выделить те характеристики, которые отражают смысл каждой его составляющей. Рассмотренные выше определения показывают, что при описании понятия «материнство» системообразующим в его содержании является следующее: самостоятельный субъект, свободный духовный выбор, личностная сфера, самосознание, идентичность, ценности, социальная ответственность, мотивация к осознанному материнству и др.

Если говорить о здоровье, то здесь в качестве наиболее значимых рассматриваются такие характеристики как: личностная ценность, стрессоустойчивость, способность к саморегуляции и самоуправлению, физическая активность, рациональное питание, ответственность, мотивация к здоровому образу жизни, культура межличностного взаимодействия, адаптированность, уверенность, независимость и т.д.

Относительно последнего понятия видно, что здоровье, являясь одной из главных личностных ценностей, в последующем становится общественной ценностью. Это объясняется тем, что благодаря представленности у большинства граждан перечисленных выше и других, не менее значимых качеств, характеризующих социальную зрелость, качество здоровья личности или группы людей, общество способно продвигаться к вершинам своего благополучия. Именно на это обращала свое внимание Т.Н. Горобец, подчеркивая, что здоровье должно рассматриваться не столько как биопсихосоматическое, сколько как психосоциальное понятие, т.к. оно

затрагивает основу жизнедеятельности человека во всех его сферах: семья, работа, межличностные отношения и пр. [1]. С этим можно согласиться, т.к. здоровый во всех отношениях человек может проявлять активность, выступать субъектом общения, познания и деятельности, успешно адаптироваться в обществе, быть независимым и уверенным, отвечать за свои действия, передавать накопленный опыт последующим поколениям и пр. А главное, сохранное физическое, психическое и психологическое здоровье способствует эффективному выполнению тех или иных жизненно значимых ролей и функций. И, как известно, одна из главных ролей женщины – роль матери. Сравнительный анализ заявленных выше понятий показывает, что при рассмотрении характеристик «материнства» и «здоровья» общими являются такие показатели как «ценность», «мотивация», «активность», «ответственность». Это говорит о том, что и в первом, и во втором случае речь идет:

- о понимании и принятии здоровья / материнства как ценности;
- о мотивации к здоровому образу жизни / к осознанному материнству;
- об активности, обеспечивающей субъекту возможность проявлять самостоятельность в работе по сохранению, укреплению и поддержанию здоровья / осознанно и целенаправленно готовиться к реализации функций материнства;
- об ответственности за собственное здоровье / за реализацию функции материнства, а также за жизнь и здоровье своего ребенка. Последнее сравнение показывает при рассмотрении такой характеристики как «ответственность», позволяет использовать в качестве близких, но тождественных феномены «здоровое материнство» и «ответственное материнство».

При этом необходимо признать, что чаще всего исследователи используют понятие «ответственное родительство». И это верно, т.к. именно родители несут ответственность за здоровье, развитие, воспитание и образование детей. А их ценностные ориентации по отношению к детям, по мнению Чумичевой Р.Н. и Грабаровской Л.В., должны быть связаны с уважением достоинства личности ребенка, учетом его интересов, поддержкой потребности в общении и т.д.

И главное, в чем видят исследователи личностную, нравственную и гражданскую ответственность родителей - осознанное влияние родителей на процесс сохранения жизни и здоровья ребенка [9]. На это указывают и другие исследователи, заявляя, что ответственный родитель – это, прежде всего, гарантия успешного преодоления семьей возникающих проблемами в процессе воспитания детей [2]. Однако, практика показывает, что несмотря на сходство в наличии ряда качеств, характеризующих ответственное отцовство и материнство (приоритетность интересов ребенка, систематическая забота о детях, удовлетворение их базовых потребностей и принятие детей как главного смысла семейной жизни), именно мать берет на себя большую долю ответственности за решение задач и разрешения проблем, возникающих в процессе воспитания детей. Поэтому у психологов появился такой термин как «интенсивное

материнство», который предполагает возложение нагрузки, по организации жизни ребенка, в первую очередь, на матерей. И вот в этом проявляется тесная связь между «ответственным» и «здоровым» материнством. Если признавать тот факт, что именно женщина большую часть забот о воспитании детей берет на себя, то она должна осознавать важность роли материнства в воспитании здорового, активного, позитивного ребенка с устойчивыми, социально одобряемыми формами поведения. Выполнять эту роль может только та женщина, для которой при подготовке к освоению роли матери главной личностной ценностью станет ее здоровье. Проведенный выше анализ позволяет сделать следующий вывод: здоровое и ответственное материнство правомерно рассматривать как первостепенное условие, ресурс, основу для обеспечения процесса вынашивания, рождения и воспитания здорового ребенка, а в будущем – активного, успешного и здорового гражданина общества.

Использованная литература:

1. Горобец Т.Н. Акмеологические аспекты здоровья человека / Акмеология, 2005, №4. С.42-50.
2. Залужная М.В., Заярная М.В. Ответственное родительство в контексте российских реалий // Современные проблемы науки и образования. 2019, №4. URL:<https://science-education.ru/ru/article/view?id=29002> (дата обращения: 31.01.2023).
3. Ильинский И.М., Луков В.А. О Стратегии развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года [Электронный ресурс] // Научные труды Московского гуманитарного университета. 2015, №1. URL: <http://journals.mosgu.ru/trudy/article/view/6>
4. Ильинский И.М. Воспитание новых поколений: назревшие проблемы //Знание. Понимание. Умение. 2016, № 2. С.5-9.
5. Мухина В. С. Проблема материнства и ментальности в местах лишения свободы // Развитие личности. 2003. № 1. С. 141-154.
6. Пьянкова Л.А. Ретроспективный анализ проблемы материнства как условия психолого-педагогической и социальной поддержки детства //Вестник Томского педагогического университета, 2015. №6 (159). С.43-48.
7. Филиппова Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. 240 с
8. Чибисова М. Ю. Феномен материнства и его отражение в самосознании современной молодой женщины: дис. ... канд. психол. наук. М., 2003. 272 с.
9. Чумичева Р.Н., Грабаровская Л.В. Ответственное родительство: постановка проблемы и результаты диагностики //Проблемы современной науки и образования, 2014.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Г.Р.Расулова¹, О.С.Юлдашева¹.

¹Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Гипертензивные состояния - это наиболее частое осложнение беременности неблагоприятно влияющий на исход беременности и родов для матери и плода. Частота возникновения тяжелой преэклампсии колеблется от ,2% до 5%, по данным разных авторов, а материнская летальность от 1,1% до 75% и перинатальная смертность достигает от 4% до 60% риск его развития.

Методы исследования: За период с 2020 по 2021 нами изучено течение беременности и исход родов у 25 беременных с тяжёлой преэклампсии. Средний возраст обследованных беременных находился в пределах от 20 до 38 лет, и составив 25,2±4,6 лет.

Результаты исследований. Изучение паритета у данных больных выявило, что преэклампсия тяжёлой степени и эклампсия более выраженные у первобеременных (56,2%), в то время как у повторнобеременных встречается на фоне экстрагенитальной патологии. Практически у всех беременных тяжелая преэклампсия протекала на фоне экстрагенитальной патологии, наиболее частыми и основными заболеваниями являлись железодефицитная анемия - 92,3%, пиелонефрит- 47,4%, нарушения гепатобилиарной системы- 21,4%. Наиболее частыми клиническими симптомами заболевания были головная боль тошнота рвота мелькание мушек перед глазами, болезненность в правом подреберье, субиктеричность склер и кожных покровов на фоне артериальной гипертензии .Умеренные отеки и протеинурия имели место у всех беременных, а у 6 носило характер анасарки с наличием трансудата в брюшной полости. У 12 больных был снижен суточный диурез, моча была цвета "мясных помоев". Лабораторными критериями, на основании которых в сочетании с клиническими данными была диагностирована тяжелая преэклампсия являлись увеличение содержания креатинина мочевины билирубина и его непрямой фракции количества трансафераз - АЛТ (от 0,94 до 3,22ммоль/л), АСТ (от 0,74 до 1,94 ммоль/л) , тромбоцитопения, прогрессирующая анемия.

Через естественные родовые пути родоразрешено 5 пациенток в связи с тем, что они поступили в I периода родов. Из 5-ти беременных, которые были родоразрешены через естественные родовые пути, преждевременные роды произошли у 3 пациенток, у 2 были преждевременные роды с мертвым плодом. 20 беременных с тяжелой преэклампсией были родоразрешены абдоминальным путем, у 2-х операция сразу была расширена до ампутации ,у 8 произведена перевязка 3 пар сосудов. 5 беременным мы применили простагландины вагинально

роды произошли через естественные родовые пути. Все больные выписаны домой в удовлетворительном состоянии. В данной группе новорождённые родились с различной степенью асфиксии, после лечения 18 новорожденных выписаны домой и 7 новорождённых переведены на второй этап в детскую больницу.

Заключение. 1. Наиболее оптимальным методом родоразрешения при тяжелой преэклампсии было оперативное родоразрешение посредством кесаревого сечения и при необходимости перевязка 3 пар сосудов. 2. При тяжелой преэклампсии необходимо своевременно начать магниезальную терапию, проводить коррекцию гемостаза, а с целью профилактики септических осложнений проводить антибиотикотерапию.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

USE OF CHICORY ORDINARY IN FOLK MEDICINE

Kh.A.Rakhimova

Fergana Medical Institute of Public Health

Abstract: Learning how to grow medicinal plants and how to use them wisely is one of the urgent issues of today. According to the data of the World Health Organization, 60% of the available medicines are preparations obtained from the raw materials of medicinal plants. Long-term consumption of any chemical drug obtained by synthesis in the current ecological environment causes various complications in living organisms. In the current 21st century, violations of the nutritional rations among people are due to non-compliance with the rules of nutritology (healthy eating) and various other. Many people suffer from diabetes due to various factors. Many drugs and medicinal plants are used for diabetes. , little information is given in medical sources about the beneficial properties of Chicory ordinary

Purpose: To study how correct it is to use the wild Chicory ordinary mushroom plant in the treatment of diabetes patients and sunstroke patients and to apply it to medicine based on the positive results obtained.

Methods and techniques: For this purpose, the Chicory ordinary mushroom, which grows wild, was selected from among the types of mushroom. Because this species is common in the Fergana Valley, it can be planted between crops in the field from the middle of summer, or We can see it on the banks and along the ditches. Chicory ordinary is a plant belonging to the family of sedges. It is the only species of the Chicory ordinary family that grows in Uzbekistan. All the flowers in the Chicory ordinary basket are blue and bisexual. Chicory ordinary stem is collected at the time of flowering. The above-ground

part of the stem is harvested from the bottom of the stem before the leaves, and the easiest and simplest way is to dry it under natural conditions, protected from sunlight. It is beneficial to wash the dried stalks and drink them instead of dry tea in boiling water that is not very hot, i.e., not exceeding 50 degrees Celsius. if done, the benefits will increase even more.

Results: Of the 80 patients who came to the medical institution in the Cnust district of Namangan region, when they studied medicinal herbs and more precisely the wild Chicory ordinary plant and its use, 89% of the patients used naturally growing medicinal plant rose hip, deer They said that they use ti, frankincense, chamomile, and other medicinal plants. Based on the results of the study, the following information was collected.

Chicory ordinary composition

1. 49%-75% in the stem of cyanobacteria
2. Jerusalem artichoke 14%,
3. 16% in garlic,
4. 2-6% in onions
5. 0.5-1% in barley,
6. The spike contains 0.5-1.5% inulin.

Inulin is an organic substance that belongs to the group of polysaccharides and is a polymer of D-fructose. Inulin is an organic natural substance that can replace insulin released from the back of the pancreas. Inulin plays an important role in the conversion of glucose into glycogen. can replace insulin. In addition, 17% - 20% carotene is found in Chicory ordinary Carotene is considered the basis of vitamin A. Carotene shows its benefits to the human body, to the integrity of the skin and mucous membranes, to the health of the eyes. B-carotene in the Chicory ordinary plant improves pka strength.

Tannins help to bind collagen proteins, it increases the strength of the skin and makes it more resistant. When we use it for muscle pain, it improves the physiology of skeletal muscles. The most important benefit of tannins is that it protects the plant. It is rough on the plant stem. due to the fact that it gives mass, it reduces the demand for its consumption. Up to 4% of protein substances are found in the composition of the plant. If an adult human body has 80-120 high-quality protein compounds in its daily diet, it is possible for the body to carry out the activities of vital organs for a day. We can say that we cannot replace the necessary mass with the plant we eat, but it is clear that the protein contained in the sprout is an addition to the protein consumed with our other products, which is among the quality proteins. The choline content of Chicory ordinary differs sharply from that of other plants. We know that choline belongs to group B vitamins. Thiamines in the plant are very common, and the consumed plant extract is beneficial for carbohydrate metabolism disorders in the body. In addition, the plant contains vitamins A, B, C, E. K, Mg from microelements. Fe .Ca occurs It is not for nothing that scholars call our

country a paradise. In our country, plants with all the useful properties are not found in other regions. Such a paradise given by Allah, the presence of 4 seasons in its place, the presence of all the useful climate for every plant makes it possible for the plant to grow. How many useful roofs are there in one mushroom plant that we have discussed above. Knowing this, we medical workers should take natural treatment measures without using chemical preparations produced in various foreign countries.

Conclusions: Based on the results obtained, the validity of the popular use of the wild Chicory ordinary mushroom in the treatment of diabetic patients and sunstroke patients, it is necessary to conduct research on this plant and to Isa should be applied to medicine.

References:

1. Biologiya darsligi Pratov.O'.129- 131 betlar.
- 2.Farmakognoziya darsligi X.X Xolmatov 251 -254 betlar.
3. Рахимова Х.А // Значение Лекарственных Растений, Используемых В Здравоохранении В Узбекистане// Pedagogical Sciences And Teaching Methods Volume Berlin 11 December 2021 237-239
4. Махмудова Хурматой Тоштемировна Тишабаева Наргиза Алимджановна// Заболевания Эндокринной Системы Актуальность и Показатели Заболеваемости Населения Города Ферганы//“Актуальные проблемы диагностики и лечения внутренних болезней” 2022.0518. 245-248
5. Махмудова Х.Т// Халк табобати усули билан даволашнинг хозирги кундаги самарадорлиги //“Актуальные проблемы диагностики и лечения внутренних болезней”2022.05. 249-255

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИКРОБИОТЫ ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С
БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ**

М.М.Рахматуллаева

Бухарский государственный медицинский институт

Введение. Актуальность проблемы вагинальных инфекций во время беременности определяется прежде всего их высокой частотой и осложнениями беременности, как невынашивание, плацентарная недостаточность, внутриутробные инфекции плода. Восстановление вагинального биотопа после антибактериальной терапии при лечении БВ в первом триместре важно для сохранения противoinфекционной защиты нижнего отдела репродуктивного тракта женщины на протяжении всей беременности.

Цель исследования: изучить эффективность дифференцированного подхода к выбору метода коррекции микробиоты влагалища у беременных женщин с БВ.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное обследование 45 беременных женщин в сроке гестации 8-12 недель. Бактериальный вагиноз диагностировался на основании наличия как минимум трех из четырех критериев Амселя: беловато-серые, густые гомогенные вагинальные выделения, pH >4,5, положительный аминный тест и наличие при микроскопии «ключевых» клеток. Оценка микрофлоры влагалища проводилась микроскопическим исследованием влагалищных мазков по Граму.

Все включенные в исследование беременные с БВ были разделены на 2 группы. В основную группу (n=16) вошли беременные, которым назначали препараты для восстановления микробиоценоза влагалища дифференцированно, с учетом количества грампозитивной палочковой вагинальной микрофлоры после применения антисептика. Группу сравнения составили беременные женщины (n=17), которым восстановление микробиоты влагалища проводили без дифференцированного подхода. 12 беременных женщин с нормоценозом влагалища составили контрольную группу.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе применяли антисептик хлоргексидин (по 1 вагинальной таблетке в сутки в течение 6 дней). С целью оценки эффективности терапии антисептиком, наряду с клиническим обследованием, проводили микроскопическое исследование вагинального отделяемого (окраска по Граму), оценивая лейкоцитарную реакцию, количество эпителиальных клеток и состояние микрофлоры.

Критериями эффективности терапии считали отсутствие жалоб, патологических выделений при гинекологическом осмотре, а также отсутствие лейкоцитарной реакции, отсутствие дрожжеподобных грибов рода *Candida*, кокковой флоры. Эффективность терапии БВ хлоргексидином в I триместре беременности составила 90%. В 10% случаев выявлена вегетация дрожжевых грибков, что явилось показанием к назначению антимикотических препаратов перед началом второго этапа лечения. При умеренном количестве грампозитивных палочек (от 11 до 50 в поле зрения) после применения антисептика мы решили использовать кислотосодержащие препараты, при незначительном количестве грампозитивных палочек (при микроскопии единичные клетки в мазке или их отсутствие) – пробиотики.

После проведенного лечения в группе сравнения, где лечение проводилось без дифференцированного подхода, частота рецидивов составила 35,7%, в основной группе – 12,5%.

Заключение. Новые терапевтические стратегии включают использование пребиотиков и/или пробиотиков для профилактики гестационных осложнений. Второй этап лечения, направленный на восстановление микробиоценоза влагалища, должен быть дифференцированным в зависимости от количества лактобактерий.

**ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ РОДИЛЬНИЦЫ. ВОССТАНОВЛЕНИЕ
МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Н.Г.Рахмонкулова

Бухарский государственный медицинский институт

Аннотация: Послеродовым (пуэрперальным) периодом называют период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6 - 8 недель. В послеродовом периоде организм роженицы почти полностью возвращается к тому состоянию, которое было до беременности. Изучена ВДМ после родов в зависимости от способа родоразрешения у 150 рожениц.

Ключевые слова: физиологические роды; лактация; послеродовая аменорея, восстановление менструального цикла.

Введение. В течение этого времени в организме роженицы совершаются важные физиологические процессы: проходят почти все изменения, возникшие в связи с беременностью и родами в половых органах, эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой и других системах. Исключение составляют молочные железы, функция которых достигает расцвета именно в послеродовой период. Важно отметить, что в этот период происходят формирование чувства материнства и соответствующая перестройка поведения женщины. Наиболее выраженные инволюционные процессы происходят в половых органах, особенно в матке. Темп инволюционных процессов максимально выражен в первые 8 — 12 дней. Не исчезают лишь некоторые изменения, связанные с беременностью и родами (щелевидная форма наружного зева, складчатость влагалища, величина и форма молочных желез и др.).

Послеродовой период условно делят на:

- немедленный послеродовой период, продолжающийся в течение 24 ч после родов. В эти сроки наиболее часто возникают осложнения, связанные с анестезиологическим пособием в родах или непосредственно с самими родами;
- поздний послеродовой период, продолжающийся 6 нед и завершающийся в основном полной инволюцией всех органов и систем роженицы.

Цель: исследования: изучить изменения в организме в роженицы. Восстановление менструальной функции в послеродовом периоде.

Материал и методы. Изучена ВДМ после родов в зависимости от способа родоразрешения у 150 рожениц..

Результаты и обсуждение. Методы исследования матки в послеродовом периоде. Восстановление менструального цикла после родов. Высоту стояния дна матки над лоном измеряют сантиметровой лентой, при этом мочевого пузыря должен быть опорожнен. Величина ее в первый день составляет 15—16 см. Снижаясь ежедневно на 2 см, дно матки к 10-му дню нормального послеродового периода над лоном не определяется. Матка при пальпации, как правило, безболезненная, подвижная, плотная. Регулярное опорожнение мочевого пузыря и кишечника способствует активной инволюции матки. При болезненных схватках можно назначить обезболивающие и спазмолитические средства. Изучена ВДМ после родов в зависимости от способа родоразрешения у 150 родильниц. Измерение ежедневно было выполнено со второго дня до 5-го дня при вагинальных родах и до 7-го дня при КС.

Установлено, что степень инволюции матки при первых и преждевременных вагинальных родах величина ВДМ вначале была ниже, чем у повторнородящих и в случаях родов в срок. Показатель степени инволюции матки у первородящих возрастает постепенно в течение самого раннего дня после родов (от 0.95 до 1.6 см за день), в то время как у повторнородящих это повышение начинается после 4-го дня. Когда выполнена операция КС и в случаях преждевременных родов показатели степени инволюции матки снижены и неодинаковы. В случаях вагинальных родов преждевременных и при макросомии замедляется степень инволюции матки. Инволюция матки после КС замедлена и неустойчива, что более выражено при повторных операциях (Dimitrov A. et al., 2007)

Более достоверную информацию об инволютивных процессах в матке в послеродовом периоде можно получить при ультразвуковом исследовании (трансабдоминальная и трансвагинальная эхография). При этом определяют длину, ширину, переднезадний размер матки. Отмечаются существенные различия в темпах инволюции отдельных размеров матки в первые дни послеродового периода. В первые 8 сут после родов инволюция матки в основном происходит за счет изменения длины, ширины и значительно меньшей степени переднезаднего размера матки. Наибольшая скорость уменьшения длины матки установлена со 2-х по 5-е сутки, ширины — со 2-х по 4-е сутки послеродового периода.

При исследовании полости матки оценивают ее размеры и содержимое. Полость матки в первые 3 сут после родов определяется при эхографии в виде структуры шелевидной формы с четкими контурами. На 5—7-е сутки неосложненного послеродового периода полость матки идентифицируется у 66,7 % родильниц после самопроизвольных родов и у 77,8 % — после кесарева сечения. Переднезадний размер полости матки составляет: на 2—3-й сутки — $1,5 \pm 0,3$ см; на 5—7-е сутки — $0,8 \pm 0,2$ см; на 8—9-е сутки — $0,4 \pm 0,1$ см.

У первородящих женщин, перенесших кесарево сечение, параметры высоты и ширины матки достоверно превышали таковые у женщин, родивших через вагинальные родовые пути, на 2-е

сутки - на 8,7% и 12,1% ($P < 0,001$), на на 4-й день - на 18,5% и 19,5% ($P < 0,001$), а на 6-7-й день - на 13,9% и 9,1% ($P < 0,001$). Наибольшая задержка инволюции матки отмечена у оперированных женщин на 4-е сутки. В результате исследования установлено, что женщины с дислипидемией дольше инвазируют матку, чем женщины с нормальным весом [1]. К 3-м суткам послеродового периода содержание полости матки при ультразвуковом исследовании характеризуется наличием небольшого количества кровяных сгустков и остатков децидуальной ткани. Наиболее часто указанные структуры локализуются в верхних отделах полости матки на 1—3-й сутки послеродового периода. В дальнейшем частота обнаружения эхоструктур в полости матки снижается. При этом к 5—7-м суткам послеродового периода они, как правило, локализуются в нижних отделах матки в непосредственной близости к внутреннему зеву.

Ультразвуковая картина послеродовой матки зависит от метода родоразрешения: после кесарева сечения уменьшение матки в длину происходит значительно медленнее, чем при родах через естественные родовые пути. Кроме того, после абдоминального родоразрешения отмечается утолщение передней стенки матки, особенно выраженное в области шва (нижний маточный сегмент) В проекции шва визуализируется зона с неоднородной эхоплотностью, шириной 1,5—2,0 см, в структуре которой идентифицировали точечные и линейные сигналы с низким уровнем звукопроводимости — отражение лигатур.

Восстановление менструального цикла после родов Одним из вопросов, который мало изучен, является вопрос о том, когда в норме должен восстанавливаться менструальный цикл, и с чем связано либо раннее, либо позднее наступление месячных после родов. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что после физиологических родов восстановление менструальной функции происходит рано в первые 40 дней послеродового периода у 1/3 женщин, и в течение первых 3 месяцев – у 55,0%, в течение 6 месяцев после нормальных родов – у 72,5% (29) кормящих матерей. Эти данные свидетельствуют о недостаточном подавлении пролактином выработки ФСГ и ЛГ при кормлении грудью, что способствует восстановлению менструального цикла [2]. В течение тысячелетий существования человеческого рода ребенок рождался только естественным путем, питался исключительно материнским молоком, причем, конечно, без всякого режима, т.е. по требованию. Матери кормили детей не до полугода или года, как в настоящее время, а до двух-трех лет, то есть до тех пор, пока малыш не мог перейти на полноценную взрослую пищу. И на протяжении всего этого длительного периода месячных у женщины не было - это и есть физиологическая норма, на которую ориентирована эндокринная система женщины.

Раннее введение прикорма и раннее отлучение ребенка от груди тоже влияют на более раннее восстановление менструального цикла. Если женщина не кормит грудью вообще — в этом случае месячные могут прийти и через месяц после родов. Во время беременности и родов

многие системы в организме женщины претерпевают достаточно серьезные изменения. На их восстановление, как правило, требуется 6—8 недель. Однако, для гормональной системы и молочных желез этот срок увеличивается за счет лактации. В послеродовом периоде эндокринная система женщины, под воздействием гипофиза («дирижера эндокринной системы»), начинает активно вырабатывать гормон пролактин, «молочный гормон». Пролактин стимулирует выработку молока у родившей женщины и одновременно подавляет циклическую выработку гормонов в яичнике. Эта функция пролактина и приводит к тому, что овуляция не происходит и месячные не наступают.

У большинства некормящих женщин на 6-8-й неделе после родов наступает менструация. У кормящих женщин в основном менструаций не бывает несколько месяцев или в течение всего времени кормления грудью, хотя у некоторых из них менструальная функция возобновляется вскоре после окончания послеродового периода, то есть через 6-8 недель после родов. Здесь не стоит искать ни норму, ни патологию, так как сроки восстановления менструального цикла после родов у каждой женщины индивидуальны. Так как восстановление менструаций — это в первую очередь гормональный процесс, его скорость связана со скоростью восстановления гормонального фона женского организма после родов, которая в свою очередь зависит, прежде всего, от того, как проходит грудное вскармливание.

Установлено, что если ребенок находится на полностью естественном, то есть грудном вскармливании и получает только грудное молоко по требованию, в любое время дня и ночи, то менструация часто наступает только к концу первого года жизни малыша, то есть к окончанию периода лактации. Если вводится прикорм, то менструация может наступить и до окончания лактации. Возраст ребенка при введении дополнительного питания значительно был связан с возобновлением менструации в 6-7 мес после родов (Simondon K.B., et al., 2003). Если вскармливание ребенка с самого начала смешанное, то менструации обычно восстанавливаются к 3—4-му месяцу после родов. Если женщина не кормит грудью совсем, то способность к овуляции, а значит, и менструальный цикл, восстанавливаются еще раньше, примерно на 10—12-й неделе после родов. Считают, что восстановление менструального цикла не зависит от способа родоразрешения: и после родов через естественные родовые пути, и после кесарева сечения восстановление менструального цикла может произойти позже или раньше, и зависит, в основном от способа вскармливания. На восстановление менструальной функции оказывают влияние многие факторы, такие как:

- течение беременности и осложнения родов,
- возраст женщины, правильное и полноценное питание,
- соблюдение режима сна и отдыха,
- наличие хронических заболеваний,

- нервно-психическое состояние и многие другие факторы.

Период аменореи обнаруживался короче при более низком паритете и у более молодых матерей. Продолжительность аменореи увеличивается при продолжительном интервале между родами и при длительном грудным вскармливании. Паритет, возраст матерей, статус выживания ребенка, метод грудного питания и социально-экономический статус матерей являются основой, влияющей на показатели послеродовой аменореи среди сельских матерей в Непале (Aryal TR.,2007).

После прихода первой настоящей менструации после родов можно говорить о начале восстановления менструального цикла. После родов менструации могут стать сразу регулярными, но могут устанавливаться в течение 4-6 месяцев, то есть в этот период промежутки между ними могут несколько варьироваться, отличаться друг от друга более чем на 3 дня. В это время менструации могут быть нерегулярными, приходить раньше срока или с задержкой. Часто после родов характер менструации меняется. Месячные после родов могут стать более регулярными, чем были до беременности, а также менее болезненными или же совсем безболезненными. Дело в том, что болезненность месячных, как правило, бывает вызвана загибом матки, который затрудняет отток менструальной крови. Во время родов загиб матки, естественно, исчезает, изменяется взаиморасположение органов в брюшной полости, в результате чего положение матки становится более физиологичным и болезненные ощущения при менструации исчезают. Восстановление менструального цикла после родов не всегда проходит гладко. В некоторых случаях после родов возникают осложнения, чаще всего связанные с гормональными нарушениями, которые ведут к проблемам с восстановлением месячных после родов. Механизм действия лактационной аменореи основан на блокаде овуляции, поскольку кормление грудью обеспечивает достаточный для этого уровень пролактина. Этот метод успешен в том случае, если кормление грудью осуществляют не реже, чем каждые 3-4 ч днём и, по меньшей мере, один раз ночью[4].

Одной из причин, по которым может нарушиться процесс восстановления менструального цикла после родов, становится гиперпролактинемия. В норме уровень пролактина повышается после родов, и понижается после уменьшения активности лактации. Однако в некоторых случаях уровень пролактина остается высоким даже после прекращения грудного вскармливания и это ведет к развитию аменореи (то есть отсутствию менструаций). Впрочем, симптомом гиперпролактинемии может быть не аменорея, а нарушение ритма менструаций: их учащение или урежение.

Причиной гиперпролактинемии чаще всего становится какое-либо нарушение работы гипофиза, чаще всего пролактинома — доброкачественная опухоль гипофиза, вырабатывающая пролактин. Кроме того, гиперпролактинемия может быть вызвана недостаточностью функции

щитовидной железы — гипотиреозом. Для диагностики гиперпролактинемии применяется анализ крови на содержание пролактина и гормонов, характеризующих функцию щитовидной железы, а также исследование гипофиза при помощи компьютерной томографии. Для лечения гиперпролактинемии, как правило, назначаются лекарственные препараты, способствующие уменьшению выделения пролактина, уровень которого в крови часто снижается до нормы уже через несколько недель, после начала лечения. По мере того, как нормализуется уровень пролактина, восстанавливается и менструальный цикл. Если роды у женщины сопровождались преэклампсией, тяжелыми септическими или бактериальными осложнениями или в послеродовом периоде имело место массивное кровотечение, то это может привести к возникновению некротических изменений клеток гипофиза - послеродового гипопитуитаризма (синдром Шихана). Синдром Шихана — заболевание достаточно редкое, однако его частота увеличивается до 40% при массивных послеродовых или послеабортных кровотечениях. При синдроме Шихана в результате поражения гипофиза появляются такие симптомы, как головная боль, быстрая утомляемость, слабость, зябкость, гипотония (снижение артериального давления), значительное снижение массы тела, небольшие отеки (пастозность) нижних и верхних конечностей, сухость кожных покровов, облысение. Одним из проявлений синдрома Шихана становится аменорея или, как возможный вариант, олигоменорея — уменьшение количества менструальной крови вплоть до небольших мажущих выделений. Насколько сильными будут нарушения менструальной функции при синдроме Шихана, зависит от того, насколько сильно поражен гипофиз. Диагноз послеродового гипопитуитаризма ставится, исходя из данных о течении беременности и родов, кроме того, учитываются симптомы послеродового гипопитуитаризма и данные гормональных исследований. Лечится синдром Шихана, как правило, с помощью гормонально-заместительной терапии. Таким образом, исходя из полученных результатов, можно заключить, что у кормящих матерей данные доплерометрии сосудов матки на 3 сутки после физиологических родов могут служить контрольными маркерами.

Выводы. Восстановление менструальной функции после кесарева сечения мало изучено, хотя известно, что осложненное течение родов также может приводить к различным нарушениям менструаций. Считают, что у женщин после кесарева сечения менструации приходят, как правило, в те же сроки, что и после обычных родов. Однако, при осложнениях в послеоперационном периоде менструальная функция может долго не восстанавливаться в связи с более длительным периодом инволюции матки из-за наличия шва, а также более длительного процесса нормализации функции яичников при инфекционных осложнениях. [3].

Литература:

1. Rakhmonqulova Nargiza Gofurovna .Ultrasound examination of the restoration of reproductive

- function in women who underwent a cesarean section . Galaxy International Interdisciplinary Research Journal 10 (1),195-198
2. Rakhmonqulova Nargiza Gafurovna. Characteristic of reproductive function restoration nursing mothers. 3 rd International Multidisciplinary Scientific Conference on Ingenious Global Thoughts
 3. Рахмонкулова Наргиза Гофуровна. Academic Research in Educational Sciences. Характеристика инволюции матки после родов у кормящих матерей по данным ультразвукового исследования.
 4. Джаббарова Юлдуз Касымовна и Рахманкулова Наргиза Гафуровна «Биология и интегративная медицина» 2016 №5 (сентябрь-октябрь). Лактационная Аменорея Как Способ Послеродовой Контрацепции

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАРКЕРОВ ГЕМОСТАЗА И ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ
НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Рузимова С.Б¹., Матякубова С.А².

¹Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

²Хорезмский областной перинатальный центр

Актуальность. Одной из актуальных проблем в акушерской практике как в клиническом аспекте, так и в социальном является неразвивающаяся беременность (НБ). По данным многочисленных научных исследований «... задержка погибшего плода в матке отрицательно сказывается на последующей репродуктивной функции женщины, угрожает ее жизни за счет нарушений в системе гемостаза, которые проявляются коагулопатией потребления и геморрагическими осложнениями»

Цель исследования: дать оценку состоянию системы гемостаза и уровня прокальцитонина при неразвивающейся беременности.

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные обследования 72 женщин с НБ в первом триместре. Контрольную группу составили 30 беременных с нормально протекающей беременностью без осложнений в первом триместре. D-димер и уровень прокальцитонина изучали с помощью тест набора количественного экспресс анализа основанной на технологии иммунофлюоресцентного анализа с анализатором Fineware TM FIA, используется сэндвич-иммунодетекции.

Результаты исследования и их обсуждение. На основании оценки клинических симптомов, установлено, что 15 женщин (20,5%) предъявляли жалобы на боли внизу живота, 13 пациенток (17,8%) на кровянистые выделения из половых путей, у 27 (37,0%) женщин отсутствовали жалобы. Кровотечения были зарегистрированы у 5 женщин (6,8%) с НБ. Анализ менструальной функции показал, что средний возраст менархе составил $13,6 \pm 0,9$ лет, продолжительность менструального цикла – $25,9 \pm 1,3$ дней, длительность менструации – $3,9 \pm 0,06$ дней. В анамнезе у 3 женщины (4,1%) отмечены нарушения менструального цикла. Возраст начала половой жизни составил в среднем $19,7 \pm 1,8$ лет.

Установление НБ в среднем отмечалось на $8,91 \pm 0,09$ гестационной неделе, диссоциация развития плода в среднем составила $2,83 \pm 0,06$ гестационной недели.

Уровень гемоглобина (Hb) в основной группе контроля был достоверно ниже в сравнении с контрольным показателем ($109,7 \pm 1,42$ г/л).

Показатели лейкоцитов в периферической крови у беременных при НБ в среднем составляет $8,58 \pm 0,28 \cdot 10^9$ /л, что не превышало нормативных значений у беременных в первом триместре беременности. При анализе показателей прокоагулянтного звена системы гемостаза у больных с НБ было обнаружено незначительное колебание концентрации фибриногена от 2,2 до 4,1 г/л, средняя величина этого показателя не отличалась от нормы ($P > 0,5$). При исследовании тромбоцитарного звена системы гемостаза количество тромбоцитов у беременных основной группы было несколько сниженным и в среднем соответствовало: в основной группе – $210,7 \pm 3,16 \cdot 10^9$ /л, в контрольной группе – $211,7 \pm 2,95 \cdot 10^9$ /л, что не носило достоверный характер. При изучении D-димера нами было обнаружено достоверное различие его усредненных значений в группах обследуемых женщин ($P > 0,05$). Высокие концентрации D-димера – $1,31 \pm 0,31$ мкг/мл (превышающие нормативные показатели 0-0,55 мкг/мл) у женщин с НБ. Показатели прокальцитонина у беременных с НБ превышали референтные значения (0,05-0,1 нг/мл), что свидетельствует развитию локального воспаления, так в основной группе данный показатель в среднем составил $0,33 \pm 0,03$ нг/мл, у беременных с нормально протекающей беременностью средние показатели прокальцитонина составили – $0,23 \pm 0,03$ нг/мл ($P < 0,05$).

Нами была установлена корреляционная взаимосвязь между показателями гемоглобина, прокальцитонина и D-димера. Средняя обратная взаимосвязь была установлена с показателями прокальцитонина и D-димерам ($r = -0,341$; $P < 0,05$), также установлена прямая корреляционная взаимосвязь между показателями гемоглобина и пролактином ($r = 0,413$; $P < 0,05$).

Выводы:

1. Установлена тенденция к повышению концентрации фибриногена у беременных с НБ на фоне снижения тромбоцитов;

2. Высокие концентрации D-димера – $1,31 \pm 0,31$ мкг/мл у женщин с НБ, по нашему мнению, связаны с активацией фибринолитической активности при НБ.
3. Показатели прокальцитонина у беременных с НБ превышали референтные значения (0,05-0,1 нг/мл), что свидетельствует о развитии локального воспаления.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОДНЫХ

КИСТ И ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ.

А.С.Садуллаев¹, М.В.Медведев¹.

¹Днепровский государственный медицинский университет Днепр, Украина

Яичники являются одной из часто распространенной локализацией эндометриоза. Эндометриомы яичников составляют 35% всех доброкачественных кист яичников и встречаются у 17-44% женщин с эндометриозом и являются частой причиной бесплодия. Хирургия играет основополагающую роль в лечении эндометриом. Эксцизия эндометриом считается золотым стандартом для хирургического лечения этих кист. Однако ущерб яичникового резерва, нанесенный хирургическим вмешательством, представляет собой серьезную проблему в балансе между репродуктивными преимуществами и рисками, так как удаление стенки кисты приводит к потере паренхимы яичника.

Цель исследования - сравнение эффективности и безопасности лечения эндометриодных кист для сохранения овариального резерва с применением PRP-терапии при лапароскопической цистэктомии и трансвагинальной склеротерапии.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 3х клиниках г. Днепр, Украина: КП «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова» ДООС, «Хирургический центр им Н.И. Пирогова», «Клиника доктора Медведева» с 2019 г. В исследование были включены 71 женщина с первичным и вторичным бесплодием, репродуктивного возраста младше 35 лет. Из них 20 женщинам (I группа) была проведена склеротерапия эндометриодной кисты под сонографическим контролем с последующим введением в ткань яичника PRP из аутологической крови пациентки. 21 женщине (II группа) была проведена лапароскопическая цистэктомия путем стриппинга с последующим введением PRP из аутологической крови пациентки подготовленной интраоперационно. Контрольную группу составляли 30 женщин, которым проводилась только лапароскопическая цистэктомия путем стриппинга. Всем пациенткам до операции и через 3 и 6 месяцев после операции был оценен овариальный резерв с помощью Антимюллеров гормона (АМГ) и подсчет количество

антральных фолликулов (КАФ) при УЗИ. Статистическую обработку результатов проводили с помощью Microsoft Excel. Для сравнения числовых данных двух связанных групп использовался критерий ранговых знаков Вилкоксона (Т), числовых данных более чем двух групп – критерий Краскела-Уоллиса (Н) и однофакторный дисперсионный анализ.

Критическое значение уровня статистической значимости для всех видов анализа принималось на уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования. До операции показатели АМГ ($p=0,79$) и КАФ ($p=0,17$) между группами не различались. В I группе показатели АМГ через 3 и 6 мес. после операции практически не изменился ($p=0,081$, $p=0,07$). Во II группе АМГ сначала снизился, а через 6 мес. показатели увеличились практически до исходного уровня $p=0,44$. В контрольной группе его показатели уменьшились в 1,7 ($p < 0,001$) и 1,86 ($p < 0,001$) раза соответственно. Через 3 мес. медиана АМГ в I и II группах была выше, чем в контрольной группе, в 1,49 и 1,46 раза соответственно, а через 6 мес — в 1,6 и 1,5 раза соответственно. КАФ в I группе через 3 мес. также практически не изменился $p=0,53$. На 6 мес. исследования он увеличился по сравнению с исходным уровнем $p=0,0078$. Снижение КАФ через 3 месяца наблюдалось в II группе $p < 0,001$, а через 6 месяцев она восстановилась до исходных значений $p=0,21$. В контрольной группе его показатель через 3 месяца снизился почти в 2 раза $p < 0,001$, а при повторном измерении на 6-м месяце также оставался в низком уровне, чем исходные цифры $p < 0,001$.

Выводы. Применение склеротерапии в комбинации с PRP при эндометриоидных кистах улучшает показатели овариального резерва, по сравнению с классическим лапароскопическим стриппингом эндометриомы. А комбинация применения лапароскопической эксцизии эндометриомы с PRP-терапией дает возможность сохранить овариальный резерв чем, когда PRP не используется.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОБОСНОВАННОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСКО-
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

М.Д.Сазонова¹, В.Н.Рыбников¹.

¹*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»*

Введение: В современной хирургической практике все большее значение приобретает использование лапароскопических и малоинвазивных способов диагностики и лечения, в

частности, это касается и использования эндоскопических манипуляций в акушерстве и гинекологии.

Методы: Мы провели ретроспективный анализ 2441 истории болезни женщин, проходивших лечение в I гинекологическом отделении ОБУЗ «Курского городского клинического родильного дома», за последние 5 лет (2017-2021 года). Показателями экономической эффективности работы лечебного учреждения была принята средняя длительность стационарного лечения в целом за указанный промежуток времени и количество проведенных койко-дней после операций, выполненных эндоскопическим и лапаротомическим способом за 2017-2019 гг. Статистические данные обработаны при помощи программы Microsoft Office Excel.

Результаты: В 2021 году I гинекологическое отделение ОБУЗ «Курского городского клинического родильного дома» работало как родильный дом фактически 5 месяцев. Остальное время учреждение использовалось в качестве ковидного госпиталя. Аналогичная ситуация была также и в 2020 году, что повлияло на данные и результаты исследования. Использование лапароскопических операций относительно всех проведенных методов оперативного вмешательства возросло с 2017 года по 2021 год с 69,4% до 74,7%. Эти цифры обратно пропорциональны сведениям о проведенных в стационаре койко-днях. Так, среднее пребывание больных в 2017 году составило 7,5 дней, что на 45% менее результативно, чем в 2021 году (3,4 койко-дней). Сравнивая же показатели 2021 года и 2020 года, можно наблюдать увеличение экономической эффективности на 13% (среднее число койко-дней в 2020 году составило 3,9 дней). Полученные данные говорят о высокой интенсивности работы отделения за отчетный период.

Достижение таких результатов стало возможно, в связи с увеличением роли малоинвазивных методов лечения, что свидетельствует об эффективности и обоснованности использования эндоскопических операций в акушерско-гинекологической практике. В период с 2017 года по 2019 год выполнено 1859 операций, из них экстренных – 310, плановых – 1549. Длительность лечения после лапаротомий за указанный промежуток времени значительно не изменилась (за 2017 год 7,8 койко-дней при плановых операциях, 9,2 при экстренных; в 2019 году – 8 койко-дней и 9,7 койко-дней соответственно). Небольшое увеличение среднего пребывания больных в 2019 году связано с увеличением доли прооперированных больных с сочетанной гинекологической патологией (48,1%) и наличием спаечного процесса брюшной полости II-IV ст. у 9,3% пациенток, в 2018 году этот показатель составлял 7,5%. Касательно операций, выполненных лапароскопическим доступом, заметно значительное снижение количества койко-дней за весь исследуемый промежуток времени (с 2017 года по 2019 год), как при плановых оперативных вмешательствах, так и при экстренных.

Заключение: Анализ положительных и отрицательных сторон лапароскопического метода доказывает обоснованность его использования. Такие недостатки эндоскопических методов, как сложность выполнения и более высокая стоимость операции, нивелируются тем, что снижается травматичность операций, ускоряется реабилитация после них, уменьшается количество проведенных в стационаре койко-дней. Следовательно, применение эндоскопических операций выгодно как экономически, так и с точки зрения ускорения восстановления пациенток после хирургических вмешательств.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЎЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г.Фергана

10.03.2023г.

HOMILADORLAR UCHUN FOYDALI MASLAXATLAR.

К.М.Сайдуддайева¹, Н.А.Ахунжонова¹, У.А.Тешабоев¹.

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Homilador ayollar uchun foydali damlama: olxo'ri va turshakdan 4-5 donadan hamda 30 dona na'matakni termosda 1,5 litr qaynagan suvga damlab qo'yib kun mobaynida ichib yurish foydali Hisoblanadi. Bu damlama qabziyatni oldini oladi.

Homilador ayollar uchun foydali salat: qaynatilgan (yoki konservalangan) qizil loviyaga (yoki boshqa loviya turi) quritilgan bug'doy non va ko'katlar solamiz. Ta'bgga qarab sarimsoq piyoz, tuz va murch qo'shib smetana bilan aralashiramiz. Ham to'yimli, ham foydali. Ayol organizmini oqsilga bo'lgan ehtiyojini qondiradi.

Emizikli ayolning ovqatlanishi: farzandlarning sog'lom va barkamol o'sib rivojlanishi uchun ham muhim ahamiyatga ega. U chilla davrida vitamin va mineral tuzlarga boy ovqatlarni iste'mol qilishi kerak. Chunki ushbu davrda ularga bo'lgan talab yuqori bo'ladi. Aks holda organizmda moddalar almashinuvi buziladi. Shu sababli emizikli ayol tvorog, pishloq, sut, tuxum, sabzavot, ho'l mevalar iste'mol qilib turishi va har kuni 1 stakan sut ichishi kerak. Organizmda oxak tuzining singishiga salbiy ta'sir qilgani sababli ovqat judayam yog'li bo'lmasligi lozim. Jigar, asal iste'mol qilish ham foydali. Bir kunda ichiladigan suyuqlik miqdori ikki litrdan oshmasligi kerak. Emizish davrida iste'mol qilayotgan oziq - ovqatlardan qaysi biri bolangizga zarar keltirishi haqida o'yilansangiz, quyidagi svetofor qoidasini eslab qoling:

Qizil rang - aslo mumkin emas! Bu turkumdagi mahsulotlar bolaga salbiy ta'sir ko'rsatadi;

- Vino - alkogol 100 % ga yaqin ona suti bilan bolaga o'tadi;
- Xom va konservadagi piyoz, sarimsoq, garimdori, mayonez va souslar – sut mazasini achchiqlashtirib buzadi;

- Gorchitsa (mustard, xantal), achchiq qahva, achchiq shokolad, har - xil xidli qo‘shimchalarga boy bo‘lgan pishloq - sut mazasini buzadi;
- Selyodka, dengiz mahsulotlari, ikra - sutni sho‘r qiladi;
- Xom va konservalangan baliq va krevetka - allergiya sababchisi bo‘ladi.

Sarq rang - mumkin lekin ehtiyotlik bilan! Bu turkumdagi mahsulotning zarari bo‘lmasada, ularni ko‘p va ehtiyotsizlik bilan iste‘mol qilish mumkin emas;

- Qovun, lavlagi, qatiq, no‘xat, o‘simlik yog‘i - ushbu mahsulotlarning ko‘pligi bola qornida og‘riq va ich ketishiga olib kelishi mumkin;
- Nok, anor, xurmo, guruch, non va pishiriqlar - bola ichini qotirishi mumkin;
- Sigir suti, apelsin, greypfrut, qorag‘at (smorodina), tuxum, qizil ikra, baliq, mannali, jo‘xorili va bug‘doyli bo‘tqalar - allergik reaksiyalar chaqirishi mumkin.

Yashil rang - hohlagancha iste‘mol qilish mumkin! Bu turkumdagi mahsulotlarni iste‘mol qilish mumkin va foydali.

- Sabzi, petrushka, ukrop - bola ko‘ziga ijobiy ta‘sir ko‘rsatadi;
- Salat barglari, krijovnik, qorag‘at (smorodina) - immunitetni oshiradi;
- Kabachka, qovoq, treska balig‘i - bola rivojlanishi va o‘shishiga ijobiy ta‘sir ko‘rsatadi;
- Tvorog, yogurt - suyak va tishlarni mustahkamlaydi;
- Kefir, qatiq, ayron, sulili bo‘tqa, gulkaram - hazm qilish tizimini yaxshilaydi.

Yuqori allergik mahsulotlar: - Sigir suti - ayrim bolalarda juda yuqori allergik reaksiyalar chaqiradi.

Sutni ozginadan sinab - sinab, bolangizni kuzatib ichiring;

- Tuxum oqi - haftada bitta tuxum yesangiz yetarli, aks holda bolada allergiya qo‘zg‘ashi mumkin;
- Parda pishgan go‘sht - agar bolangizda allergiyaga moyilliq bo‘lsa, muzlagan go‘shtni ishlating. Unda allergenlar darajasi pastroq bo‘ladi.

Quyida homiladorlarga kunlik ratsionni tuzishlari uchun amaliy tavsiyalar keltirilgan.

- Birinchi ovqat: qora non va sariyog‘ning kichik bo‘lagi, tuxum, bir ctakan qatiq;
- Ikkinchi ovqat: bir stakan choy, ko‘katli salat;
- Uchinchi ovqat: tovuq go‘shiti, kartoshka bo‘tqasi, bitta nok, bir stakan qatiq yoki ko‘ngli tusagan mevadan qilingan yogurt;
- To‘rtinchi ovqat: djem yoki sariyog‘li non bo‘lagi, bir stakan sharbat;
- Beshinchi ovqat: guruch, qaynatib pishirilgan baliq, sabzavotlardan tayyorlangan salat, bir stakan shirin choy;
- Oltinchi ovqat: bir stakan qatiq yoki kam miqdorda ko‘ngli tusayotgan meva.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

Л.В.Саркисова

Бухарский Государственный Медицинский институт имени Абу Али ибн Сино

Ключевые слова: *преждевременные роды, соматическая патология, генетические полиморфизмы IL-10 (1800896) и IL-1b (1143627), перинатальные осложнения*

Резюме: Проблема преждевременных родов (ПР) является актуальной в акушерстве и перинатологии, поскольку недоношенность обуславливает значительную долю перинатальной заболеваемости и смертности. Большие надежды возлагаются на современные иммунологические и в большей мере генетические методы, что позволит оценить риск развития преждевременных родов.

В современном акушерстве одной из актуальных проблем остается самопроизвольное прерывание беременности в сроке 22- 36 нед. Несмотря на многочисленные исследования, проблема преждевременных родов продолжает оставаться актуальной и нерешенной.

Нами было изучено течение беременности и родов 223 женщины в сроке гестации 22-36недель, из них 65женщин с угрозой прерывания беременности , 52 с преждевременными родами , в группу контрольную вошли 106 женщин. У всех женщин наблюдаемой основной группы было проведено генетическое исследование полиморфизма генов интерлейкинов IL-1b (T31C) и IL10 (G1082A).

**ERTA TUG'ILISHNI BASHORAT QILISHDA GENETIK BELGILARNING
DIAGNOSTIK AHAMIYATI**

L.V.Sarkisova.

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

Annotatsiya: Erta tug'ilish (ET) muammosi akusherlik va perinatologiyada dolzarbdir, chunki erta tug'ilish perinatal kasallanish va o'limning katta qismini keltirib chiqaradi. Zamonaviy immunologik va ko'proq darajada genetik usullarga katta umid bog'lanadi, bu bizga erta tug'ilish xavfini baholash imkonini beradi.

Zamonaviy akusherlikda dolzarb muammolardan biri 22-36 haftalik davrda spontan abort qilishdir. Ko'pgina tadqiqotlarga qaramay, erta tug'ilish muammosi dolzarb bo'lib qolmoqda va hal qilinmagan. 22-36 haftalik homiladorlik davridagi 223 nafar ayolda homiladorlik va tug'ish jarayonini o'rgandik, shundan 65 nafari abort qilish xavfi ostida, 52 nafari erta tug'ilgan, 106 nafari nazorat

guruhiga kiritilgan. Kuzatilgan asosiy guruhning barcha ayollarida IL-1b (T31C) va IL10 (G1082A) interleykinlari genlarining polimorfizmini genetik o'rganish o'tkaziladi.

Kalit so'zlar: *erta tug'ilish, somatik patologiya, immunopatogenez, IL-10 (1800896) va IL-1b (1143627) genetik polimorfizmlari, perinatal asoratlar.*

DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF MOLECULAR GENETIC FACTORS IN PREDICTION OF PRETERM BIRTH

L.V. Sarkisova.

Bukhara State Medical Institute. Bukhara, Uzbekistan

Annotation: The problem of preterm birth (PR) is relevant in obstetrics and perinatology, since prematurity causes a significant proportion of perinatal morbidity and mortality. Great hopes are placed on modern immunological and, to a greater extent, genetic methods, which will allow us to assess the risk of preterm birth. In modern obstetrics, one of the urgent problems is spontaneous abortion in the period of 22-36 weeks. Despite numerous studies, the problem of preterm birth continues to be relevant and unresolved. We have studied the course of pregnancy and childbirth in 223 women in the gestation period of 22-36 weeks, of which 65 were women with threatened miscarriage, 52 with premature birth, 106 women were included in the control group. In all women of the observed main group, a genetic study of the polymorphism of the genes of interleukins IL-1b (T31C) and IL10 (G1082A) was carried out.

Key words: *preterm birth, somatic pathology, immunopathogenesis, genetic polymorphisms of IL-10 (1800896) and IL-1b (1143627), perinatal complications.*

Введение Преждевременные роды (ПР) являются одной из основных проблем современного акушерства во всем мире, поскольку недоношенность обуславливает значительную долю перинатальной заболеваемости и смертности. По данным ВОЗ ежегодно рождается 12,9 миллионов (9,6%) недоношенных новорожденных.(2,4). Основным принципом организации медицинской помощи при данной патологии является своевременное прогнозирование и ранняя субклиническая диагностика ПР , определение тактики ведения беременности , выбор медикаментозной терапии с целью пролонгирования беременности и достижения зрелости внутриутробного плода (1,5). Несмотря на большое количество известных методов прогнозирования и биомаркёров ,более половины случаев ПР остаются не прогнозированными .

В последние годы активно изучается роль генетических факторов в формировании механизмов врожденного иммунного ответа. Принципиальное значение в генезе преждевременных родов отводится внутриклеточным изменениям, нарушению процессов , обеспечивающих функции отдельных миоцитов , для них характерными изменениями являются уменьшение объемной плотности миоцитов, их дистрофия, и нарушения организации в строме(3,8,10).

Изучение генного полиморфизма позволяет использовать генетические маркеры в качестве неинвазивных предикторов формирования группы риска и возможного прогнозирования преждевременных родов. (4,6,11) Исходя из вышеизложенного более перспективным является определение полиморфизмов их генов, при изучении иммунно-генетического патогенеза преждевременных родов, особый интерес вызывает генетические полиморфизмы IL-1b (T31C) и IL10 (G1082A), которые определяют соотношение активностей Т- цитотоксической и В –клеточной системы иммунитета. (2,7,9)

В связи с вышеизложенным целью исследования явилось изучение полиморфизма генов интерлейкинов IL-1b (T31C) и IL10 (G1082A) в сыворотке крови у женщин с угрозой прерывания беременности и преждевременными родами

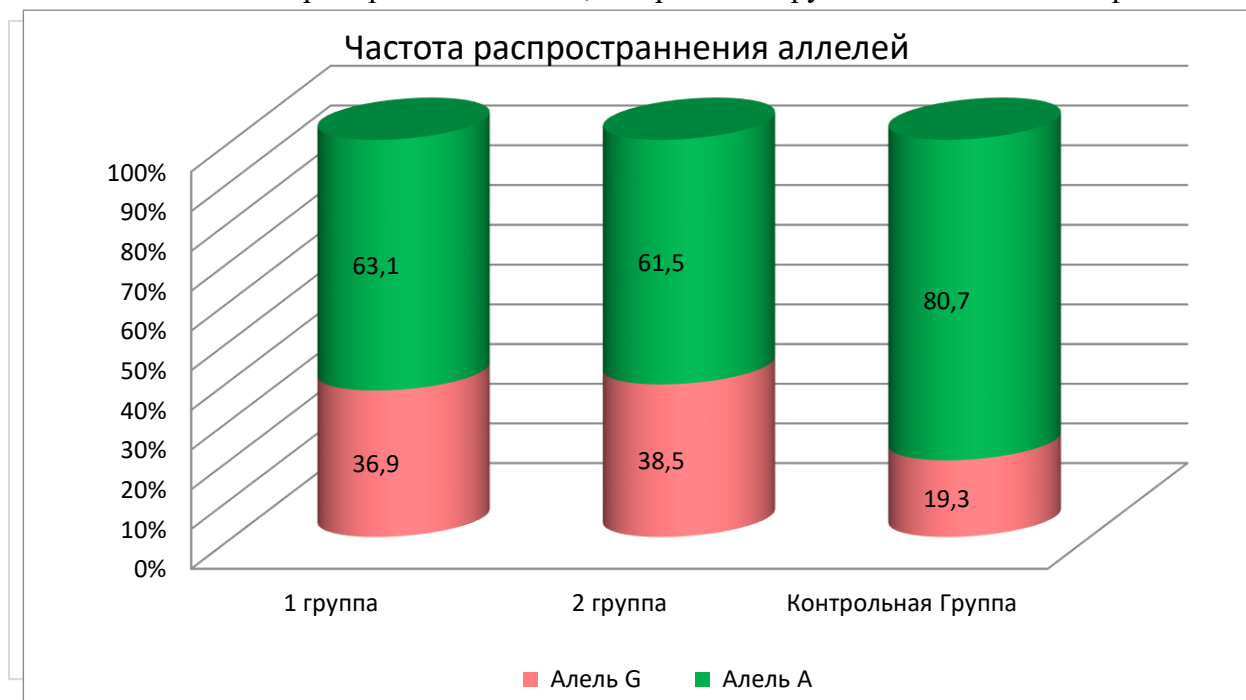
Методы обследования В соответствии с целью и задачами научно-исследовательская работа проведена в городском родильном комплексе Мохи-Хоса и областном перинатальном центре города Бухары. Нами было изучено течение беременности и родов 223 женщины в сроке гестации 22-36недель, из них 65женщин с угрозой прерывания беременности, 52 с преждевременными родами, В группу контрольную вошли 106 женщин. Генетические исследования выполнялись в в Республиканском научно-исследовательском медицинском центре Гематологии в отделении Молекулярной клеточной медицинской технологии, во главе д.м.н., профессора Бобоева Қ.Т. методом ПЦР (в режиме реал. Тайм) Исследования проводились на аппарате «Rotor-Gene Q». Материалом явилось выделенная из периферической венозной крови беременных женщин ДНК.

Результаты и обсуждение У всех женщин наблюдаемой основной группы было проведено генетическое исследование полиморфизма генов интерлейкинов IL-1b (T31C) и IL10 (G1082A). Нами изучено частотное распределение аллелей и генотипов полиморфизма гена IL-1b (T31C) в группе беременных с угрожающими преждевременными родами, с преждевременными родами и нормально протекающей беременностью, включённых в наше исследование. Изучено частотное распределение аллелей и генотипов Несколько исследований коррелируют увеличение провоспалительных цитокинов, включая ИЛ1b, с риском ПВР. В нашем исследовании мы обнаружили, что у пациентов основной группы гомозиготный ТТ или генотип дикого типа гена IL-1b (T31C) был у 31,6%, гетерозиготный генотип ТС у 43,6%, СС гомозиготный СС или генотип недикого типа выявлен у 24,8% больных. Что касается изучения полиморфизма T31C в генезе IL1b и экспрессии цитокина IL1b, существует множество исследований, которые коррелируют с аллелем недикого типа и высокой концентрацией IL1b [8; 37-51-ст., 9; 123-133-ст.]. Следовательно, женщины, имеющие этот аллель, могут столкнуться с риском гиперэкспрессии IL1b, что приводит к эндотелиальной дисфункции и даже к преждевременным родам. В частности, доля гомозиготного генотипа ТТ составила 35,8%, а в

контрольной группе гетерозиготный генотип ТС и гомо зиготный генотип СС показали результат 44,3% и 19,8% соответственно(рис. 1).

Рис1. Распределение генотипов полиморфизма Т31С у гена IL-1b у беременных основной группы

Что касается пропорции генотипов, в первой подгруппе гомозиготный вариант не дикого



типа (СС генотип) и гетерозиготный генотип были статистически достоверно выше чем в контрольной группе (27,7% и 50,8% в первой подгруппе; 19,8% и 44,3% в контрольной группе, соответственно), тем временем процент гомозиготный нормальный вариант (ТТ генотип) преобладал у контрольной группе, 35,8% (в то время как в первой подгруппе этот показатель был 21,5%). Таким образом, можно сделать вывод, что мутантный гомозиготный генотип более распространен в основной группе, в то время как в нормальной группе контрольная группа доминировала по определению нормального. В нашем исследовании распределение аллелей полиморфизма G, A, расположенных в промоторной области 1082G>A (rs1800896) гена IL10, показало, что доля аллеля G достоверно выше в основной группе по сравнению с контрольной группой (37,6% и 19,3% соответственно), при этом аллель A гена ИЛ-10, чаще встречалась в контрольной группе (80,7% и 62,4% соответственно). Когда мы исследовали распределение аллеля полиморфизма G1082A в гене IL10, мы обнаружили, что в первой группе аллель A составляет 63,1%, а аллель G 36,9%, тогда как во второй группе распределение аллеля A составляет 61,5% и Аллель G 38,5%(Рис. 5.5)

Рис. 2. Частота распространения аллелей генотипов полиморфизма

Заключение: Являясь ключевым регулятором иммунитета, IL-10 не только обладает иммуномодулирующей активностью, но также оказывает непосредственное благотворное влияние на сосудистую систему и способствует успешному клеточному взаимодействию на

границе между матерью и плодом. В отношении полиморфизма гена IL10 G1082A мы обнаружили статистически достоверную связь между полиморфным вариантом гена и преждевременными родами. Более конкретно, в нашем исследовании аллель G играл инициативную роль в патогенезе преждевременных родов, в то время как аллель A защищал женщин от преждевременных родов, в узбекской популяции. Кроме того, гомозиготный генотип G/G достоверно повышал риск преждевременных родов, а гомозиготный A/A снижал этот риск. Все эти результаты были надежными и значимыми ($\chi^2 > 3,84$; $P < 0,05$). С другой стороны, хотя гетерозиготный генотип G/A немного повышал риск преждевременных родов, этот результат не был надежным ($\chi^2 < 3,84$; $P > 0,05$).

Использованная литература:

1. Pandey M, Chauhan M, Awasthi S. Interplay of cytokines in preterm birth. *Indian J Med Res.* 2017 Sep;146(3):316-327. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_1624_14. PMID: 29355137; PMCID: PMC5793465.
2. Green ES, Arck PC. Pathogenesis of preterm birth: bidirectional inflammation in mother and fetus. *Semin Immunopathol.* 2020 Aug;42(4):413-429. doi: 10.1007/s00281-020-00807-y. Epub 2020 Sep 7. PMID: 32894326; PMCID: PMC7508962.
3. Dutta, Sulagna & Sengupta, Pallav. (2017). Defining pregnancy phases with cytokine shift. *Journal of pregnancy.* 1. 10.15761/JPR.1000124.
4. Nadeau-Vallée M, Obari D, Quiniou C, et al. A critical role of interleukin-1 in preterm labor. *Cytokine Growth Factor Rev.* 2016;28:37-51. doi:10.1016/j.cytogfr.2015.11.001.
5. Bhat IA, Naykoo NA, Qasim I, Ganie FA, Yousuf Q, Bhat BA, Rasool R, Aziz SA, Shah ZA. Association of interleukin 1 beta (IL-1 β) polymorphism with mRNA expression and risk of non small cell lung cancer. *Meta Gene.* 2014 Jan 17;2:123-33. doi: 10.1016/j.mgene.2013.12.002. PMID: 25606396; PMCID: PMC4287803.
6. Langmia IM, Apalasy YD, Omar SZ, Mohamed Z. Impact of IL1B gene polymorphisms and interleukin 1B levels on susceptibility to spontaneous preterm birth. *PharmacogenetGenomics.* 2016;26(11):505-509. doi:10.1097/FPC.0000000000000243
8. Jafarzadeh L, Danesh A, Sadeghi M, Heybati F, Hashemzadeh M. Analysis of Relationship between Tumor Necrosis Factor Alpha Gene (G308A Polymorphism) with Preterm Labor. *Int J PrevMed.* 2013;4(8):896-901.
9. Cubro H, Kashyap S, Nath MC, Ackerman AW, Garovic VD. The Role of Interleukin-10 in the Pathophysiology of Preeclampsia. *CurrHypertens Rep.* 2018;20(4):36. Published 2018 Apr 30. doi:10.1007/s11906-018-0833-7.
10. Pandey, Monika. (2018). Interplay of cytokines in preterm birth. *Indian Journal of Medical Research.* 146. 10.4103/ijmr.IJMR_1624_14.

11. Jafarzadeh L, Danesh A, Sadeghi M, Heybati F, Hashemzadeh M. Analysis of Relationship between Tumor Necrosis Factor Alpha Gene (G308A Polymorphism) with Preterm Labor. Int J Prev Med. 2013 Aug;4(8):896-901. PMID: 24049615; PMCID: PMC3775166.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВИТАМИНА Д ПРИ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Л.В.Саркисова¹, Н.М.Шарипова¹.

¹Бухарский Государственный Медицинский институт имени Абу Али ибн Сино

Введение: Несмотря на все усилия научного и практического акушерства, частота преждевременных родов за последние десятилетия не снижается и остается одним из главных актуальных проблем современного акушерства. Для выявления и формирования группы пациенток с высоким риском развития осложненного течения беременности порождается необходимость проведения биохимического скрининга. Витамин D оказывает ингибирующее действие на пролиферацию В- и Т-лимфоцитов, и особенно за счет индукции Т-хелперов 2-х клеток (Тх2) к увеличению отношения Тх1/Тх2. оказывает провоспалительное действие, усиливает воспалительный процесс, Это в свою очередь, влияет на иммунитет матери, что может оказать агрессивное воздействие на развитие плода, и создает условия для нормального течения беременности.

Методы обследования В соответствии с целью и задачами настоящего исследования нами было изучено течение беременности и родов 105 женщин в сроке гестации 22-36 недель. Пациентки основной группы (n=105) были разделены на две группы: в первую группу (n=65) вошли пациентки с риском преждевременных родов и во вторую группу (n=40) пациентки с преждевременными родами., контрольную группу составили (n=50) женщин с физиологическим течением беременности. Для оценки состояния витамина D использовали определение в сыворотке крови наиболее стабильной формы витамина D-25(ОН)D (кальцидиола) относительно международных стандартов (DEQAS, NIST) иммуноферментным методом.

Результаты Анализ уровня 25-(ОН)D в сыворотке крови беременных контрольной группы показал, что его уровень составляет $43,5 \pm 1,78$ нг/мл. В сыворотке крови беременных 1-й группы с риском преждевременных родов содержание 25-(ОН)D было достоверно снижено в 1,44 ($p < 0,01$) раза относительно значений контрольной группы беременных и составило $30,2 \pm 1,40$ нг/мл. При этом адекватный уровень данного витамина был отмечен лишь у 50,8% обследованных, недостаточность отмечена у 26,2%, дефицит – у 15,4% и выраженный дефицит – у 7,7%

беременных с угрозой преждевременных родов. У беременных 2-й группы с уже состоявшимися преждевременными родами гиповитаминоз витамина D был более выражен.

Заключение Полученные результаты указывают на необходимость назначения лечебных доз препаратов витамина D для профилактики присоединения ряда гестационных осложнений и улучшения перинатальных исходов. Беременным с нормальным уровнем витамина D в сыворотке крови необходимо назначение профилактических доз в мире, в том числе среди беременных женщин. Нормальный уровень витамина D снижает риск присоединения большинства гестационных осложнений.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ АЛЬФА-1-МИКРОГЛОБУЛИНА В
ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.**

Л.В.Саркисова.

Бухарский Государственный Медицинский институт имени

Абу Али ибн Сино.

Введение: Несмотря на все усилия научного и практического акушерства, частота преждевременных родов за последние десятилетия не снижается и остается одним из главных актуальных проблем современного акушерства. Угроза прерывания беременности – наиболее часто встречающаяся патологии периода гестации и клиническая диагностика ее представляет определенные трудности, в связи с чем возникает необходимость в разработке новых, малоинвазивных и эффективных методов диагностики. Для выявления и формирования группы пациенток с высоким риском развития осложненного течения беременности порождается необходимость проведения биохимического скрининга. Особый интерес имеет нарушения продукции биоактивных веществ- составных частей соединительной ткани, ее функцией является регуляторная за счет биологически активных веществ - а-1 микроглобулина. Рост продукции альфа1- микроглобулина препятствует внедрения цитотрофобласта в спонгиозный слой эндометрия за счет чего нарушается формирование полноценного трофобласта и формирования плаценты. Повышение содержания а-1 микроглобулина в крови беременных может служить предиктором прогнозирования преждевременных родов.

Методы обследования В соответствии с целью и задачами настоящего исследования нами было изучено течение беременности и родов 200 женщин в сроке гестации 22-36 недель. Пациентки основной группы (n=150) были разделены на две группы: в первую группу (n=65) вошли пациентки с риском преждевременных родов и во вторую группу (n=85) пациентки .

поступившие в родильное отделение с преждевременными родами 2-А группа (n=40), пациентки с преждевременными родами без излития околоплодных вод, 2-Б группа (n=45), пациентки, у которых были преждевременные роды с излитием околоплодных вод), контрольную группу составили (n=50) женщин с физиологическим течением беременности. Содержание альфа 1 микроглобулина определено методом ИФА на иммуноферментном анализаторе в сыворотке крови беременных с угрожающими и преждевременными родами

Результаты Проведенные исследования показали, что уровень А1М в сыворотке крови беременных с риском развития преждевременных родов статистически значимо возрастает в 1,4 ($p<0,01$) раза относительно значений контрольной группы беременных. Во второй группе беременных с уже состоявшимися преждевременными родами продолжает возрастать и во 2А и 2Б подгруппах превышает в 1,47 ($p<0,01$) и 1,45 ($p<0,01$) раза показатели контрольной группы, соответственно. Причем, эти показатели несколько превышали и значения 1-й группы. Существенных различий в 2А и 2Б подгруппах мы не выявили. Уровень $\alpha 1$ -микроглобулина в сыворотке крови беременных с риском развития преждевременных родов и, особенно с состоявшимися преждевременными родами компенсаторно повышается для утилизации токсичных метаболитов, кислородных радикалов и сывороточного гема. . Анализ специфичности, чувствительности и диагностической эффективности уровня $\alpha 1$ -микроглобулина показал отличную значимость в прогнозировании преждевременных родов.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**БИОХИМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ У ЖЕНЩИН С РИСКОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ
РОДОВ И С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ .**

Л.В.Саркисова¹, М.Н.Негматуллаева¹.

¹Бухарский Государственный Медицинский институт имени Абу Али ибн Сино

Ключевые слова: *преждевременные роды, факторы риска, биохимические маркёры, гематологические факторы, альфа-1-микроглобулин*

Резюме: Несмотря на все усилия научного и практического акушерства, частота преждевременных родов за последние десятилетия не снижается и остается одним из главных актуальных проблем современного акушерства. Своевременно проведенный комплексный биохимический скрининг беременных с риском на невынашивание беременности и в частности с преждевременными родами позволит своевременно решить вопросы акушерской тактики с целью снижения перинатальных потерь.

MUDDATDAN OLDINGI TUG'RUQ XAVFI BOR VA MUDDATDAN OLDINGI TUG'RUQNING BIOKIMYOVIY PREDIKTORLARI

L.V.Sarkisova^{1.}, M.N.Negmatullaeva^{1.}

¹*Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro Davlat tibbiyot instituti.*

Tayanch so'zlar: *muddatdan oldingi tug'ruq, xavf omillari, biokimyoviy markyorlar, gemotologik omillar, alfa 1-mikroglobulin.*

Rezume: Ilmiy va amaliy akusherlikdagi izlanishlarga qaramay oxirgi va o'n yillikda muddatdan oldingi tug'ruq xavfi kamaymadi va zamonaviy akusherlikdagi actual muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Muddatdan oldingi tug'ruq xavfi va muddatdan oldingi tug'ruqda o'z vaqtida o'tkazilgan kompleksli biokimyoviy skrining tekshiruvlar maqsadi akusherlik taktikasini o'z vaqtida va to'g'ri belgilashga, hamda perinatal yo'qotishlar xavfini kamaytirishga yordam beradi.

BIOCHEMICAL PREDICTORS IN WOMEN AT RISK OF PRETERM BIRTH AND WITH PRETERM BIRTH

L.V.Sarkisova^{1.}, M.N.Negmatullaeva^{1.}

¹*Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino*

Key words: *preterm birth, risk factors, biochemical markers, hematological factors, alpha-1-microglobulin.*

Summery: Despite all the efforts of scientific and practical obstetrics, the frequency of preterm birth has not decreased over the past decades and remains one of the main pressing problems of modern obstetrics. Timely comprehensive biochemical screening of pregnant women at risk of miscarriage and, in particular, with preterm birth will allow timely resolution of obstetric tactics in order to reduce perinatal losses.

Введение:Преждевременные роды являются одной из самых важных аспектов проблемы охраны здоровья матери и ребенка во всем мире(1,9.).

Данная акушерская патология является не только медицинской, но и социальной проблемой, что в первую очередь связано с их последствиями для детей: перинатальная смертность и заболеваемость у недоношенных новорожденных в 40 раз выше, чем у доношенных и которые провоцируют на дальнейших этапах детства развития инвалидизации, которое резко влияет на социально- экономическое развитие государства.(3,5,11.). Для выявления и формирования группы пациенток с высоким риском развития осложненного течения беременности порождается необходимость проведения биохимического скрининга. Установлено, что ПР–результат не одной, а многих причин, приводящих к несвоевременному усилению маточной активности, только суммарное действие многих биактивных компонентов реализуют данный патологический процесс. Особый интерес имеет нарушения продукции биоактивных веществ- составных частей соединительной ткани, ее функцией является

регуляторная за счет биологически активных веществ - а-1 микроглобулина. Рост продукции альфа1- микроглобулина препятствует внедрения цитотрофобласта в спонгиозный слой эндометрия за счет чего нарушается формирование полноценного трофобласта и формирования плаценты. Повышение содержания а-1 микроглобулина в крови беременных может служить предиктором прогнозирования преждевременных родов (4,6,10).

Различные нарушения в системе гемостаза выявляются у 20-25% населения, но длительное время они могут остаться незамеченными и проявляться лишь под действием провоцирующих факторов, в том числе во время беременности (2). В связи с этим на этапе подготовки к беременности обязательным является исследование состояния системы гемостаза, особенно у пациенток группы высокого риска(7,8).

Исходя из вышеизложенного можно сделать заключение о том, что своевременно проведенный скрининг биохимического лабораторного исследования дает возможность определять ранние маркеры патологического течения беременности, в частности преждевременных родов, прогнозировать развитие родовой деятельности, своевременно решать вопросы тактики их лечения и выбора акушерских позиций.

В связи с вышеизложенным целью настоящей работы явилось - изучение диагностической ценности биохимических маркёров пациенток с угрозой прерывания беременности и с преждевременными родами.

Методы обследования В соответствии с целью и задачами настоящего исследования нами было изучено течение беременности и родов 200 женщин в сроке гестации 22-36 недель. Пациентки основной группы (n=150) были разделены на две группы: в первую группу (n=65) вошли пациентки с риском преждевременных родов и во вторую группу (n=85) пациентки с преждевременными родами. Аналогичным образом пациентки второй группы были разделены на две подгруппы в зависимости от того, протекал ли преждевременный родовой процесс с излитием или без излития околоплодных вод (соответственно: группа 2-А (n=40), пациентки с преждевременными родами без излития околоплодных вод, 2-Б группа (n=45), пациентки, у которых были преждевременные роды с излитием околоплодных вод). , контрольную группу составили (n=50) женщин с физиологическим течением беременности. Определение основных параметров гемостаза осуществлялось при помощи коагулометра «Human Clot Junior», фирмы «Human Gesellschaft Biochemicaund Diagnostica» (Wiesbaden, Germany). Для оценки состояния витамина D использовали определение в сыворотке крови наиболее стабильной формы витамина D-25(OH)D (кальцидиола) относительно международных стандартов (DEQAS, NIST) иммуноферментным методом.

Результаты и обсуждение Анализ уровня фибриногена, отражающий 3-ю фазу плазменного гемостаза, показал статистически значимое увеличение его содержания в 1-й и

группе пациентов в 1,2 ($p<0,05$) раза относительно значений контрольной группы. Во 2А и 2Б подгруппах содержание данного белка достоверно превышало значения контрольной группы в 1,42 ($p<0,01$) и 1,38 ($p<0,05$) раза, соответственно и имело тенденцию к увеличению относительно значения 1-й группы. В связи с этим мы определили уровень D-димера в плазме крови обследованных женщин. Проведенные исследования показали, что содержание D-димера у беременных с риском развития преждевременных родов статистически значимо возрастает в 3,67 раза ($p<0,001$) относительно значений контрольной группы. У женщин 2-й группы значения были несколько ниже по сравнению с показателями беременных 1-й группы. Так, во 2А подгруппе уровень D-димера статистически значимо возрос в 3,09 ($p<0,001$) раза, тогда как во 2Б подгруппе - в 2,78 ($p<0,001$) раза относительно значений контрольной группы беременных. У пациенток с риском преждевременных родов и преждевременными родами концентрация D-димера и фибриногена выше, чем в контрольной группе, а показатели АЧТВ, МНО и ПТИ увеличены. Это состояние означает, что в результате усиления процессов тромбообразования снижаются факторы гемостаза и развивается гипокоагулопатии по сравнению с контрольной группой.

То есть этот процесс означает, что существует риск развития синдрома ДВС у пациентов первой и второй групп. Таким образом, , снижение качества и количества эритроцитов, уменьшение количества тромбоцитов, удлинение показателей АЧТВ, МНО, ПТИ, увеличение количества D-димера и фибриногена обуславливают развитие хронической ишемии у матери и плода. Это индуцирует развитие родового процесса, вызывая развитие гипоксии и оксидативного стресса у плода и занимает большое значение в прогнозировании развития преждевременных родов, что было подтверждено нашими исследованиями. В сыворотке крови беременных 1-й группы с риском преждевременных родов содержание 25-(ОН)D было достоверно снижено в 1,44 ($p<0,01$) раза относительно значений контрольной группы беременных и составило $30,2\pm 1,40$ нг/мл. При этом адекватный уровень данного витамина был отмечен лишь у 50,8% обследованных, недостаточность отмечена у 26,2%, дефицит – у 15,4% и выраженный дефицит – у 7,7% беременных с угрозой преждевременных родов.. Как видно из приведенных цифр, по мере уменьшения количества витамина D увеличивается вероятность преждевременных родов (только если, подтверждено, что результат, наблюдаемый в первой группе, статистически достоверно выше, чем во второй группе) (см.табл № 1).

Таблица № 1 Показатели воспалительного процесса и содержание 25-(ОН) витамин D в сыворотке крови беременных

Показатели	1-я группа, n=65	2-я группа, n=85		Контрольная группа, n=40
		А подгруппа, n=40	Б подгруппа, n=45	

25-(ОН)D, нг/мл	30,2±1,40 ^a	19,1±1,43 ^{ab}	16,5±1,27 ^{ab}	43,5±1,78
Альфа-1-микроглобулин, нмоль/л	129,8±2,15 ^a	136,5±2,04 ^a	134,4±1,92 ^a	92,7±0,57
Прокальцитонин, нмоль/л	0,07±0,005 ^a	0,40±0,012 ^{ab}	1,55±0,015 ^{abc}	0,16±0,029
С-реактивный белок, мг/л	1,9±0,20	3,9±0,38 ^{ab}	6,66±0,13 ^{abc}	2,6±0,36

Примечание: а – статистическая достоверность по сравнению с контрольной группой – $p < 0,05$; б - статистическая достоверность по сравнению с первой группой - $p < 0,05$; в - статистическая достоверность по сравнению со второй (А) группой - $p < 0,05$.

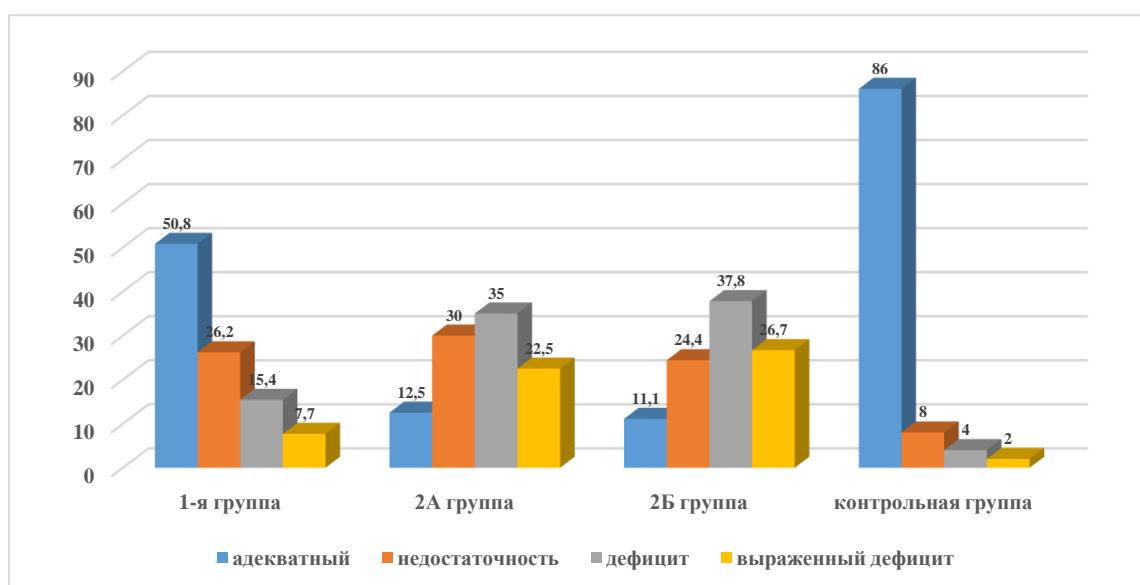


Рис.1. Распределение пациентов по критериям дефицита витамина 25-(ОН)D в различных группах, %.

Проведенные исследования показали, что уровень альфа-1-микроглобулина в сыворотке крови беременных с риском развития преждевременных родов статистически значимо возрастает в 1,4 ($p < 0,01$) раза относительно значений контрольной группы беременных. Во второй группе беременных с уже состоявшимися преждевременными родами продолжает возрастать и во 2А и 2Б подгруппах превышает в 1,47 ($p < 0,01$) и 1,45 ($p < 0,01$) раза показатели контрольной группы, соответственно. Причем, эти показатели несколько превышали и значения 1-й группы.

Таблица № 2. Значение показателя альфа-1-микроглобулина в прогнозировании преждевременных родов у разных групп пациенток

Показатели	Чувствительность	Специфичность	Диагностическая эффективность
------------	------------------	---------------	-------------------------------

Группа I	1,0	0,8	0,91
Группа II (А).	1,0	0,8	0,88
Группа II (Б).	1,0	0,8	0,89

Как показано в таблице №2 было обнаружено, что качество диагностической эффективности маркера альфа-1-микροглобулина было отличным для первой группы и очень хорошим для вторых групп А и Б. Это может быть причиной принятия маркера альфа-1-микροглобулина в качестве важного фактора в прогнозировании преждевременных родов.

Заключение: Таким образом, по результатам, обнаруженным нашими исследованиями можно сделать заключение что , развитие преждевременных родов зависит от сложного взаимодействия нескольких факторов, в основном, этих эффектов совместно (в частности, снижения уровня витамина D), вызывая нарушение иммуномодуляции у матери. Причиной может быть развитие воспалительного состояния при беременности (повышение уровня альфа-1-микροглобулина и маркеров СРБ свидетельствуют о наличии воспаления). Это считается сильным фактором, провоцирующим преждевременные роды плода. Из изученных биохимических показателей было подтверждено, что маркеры витамина D, эстрадиола, прогестерона и альфа-1-микροглобулина являются маркерами, имеющими значительную прогностическую значимость в развитии преждевременных родов.

Использованная литература:

1. Aleksenko L, Åkerström B, Hansson E, Erlandsson L, Hansson SR. Pregnant alpha-1-microglobulin (A1M) knockout mice exhibit features of kidney and placental damage, hemodynamic changes and intrauterine growth restriction. *Sci Rep.* 2020 Nov 26;10(1):20625. doi: 10.1038/s41598-020-77561-6. PMID: 33244052; PMCID: PMC7691512
2. Badfar G, Shohani M, Soleymani A, et al. Maternal anemia during pregnancy and small for gestational age: a systematic review and meta-analysis. *J Maternfetal Neonat Med.* 2018;1–7.
3. Bianco B, François-Garret B, Butin M, Dalmasso C, Casagrande F, Mokhtari M, Eleni Dit Trolli S. Procalcitonin in Preterm Neonates: A Different Threshold and Prolonged Interpretation. *Front Pediatr.* 2021 May 17;9:623043. doi: 10.3389/fped.2021.623043. PMID: 34079778; PMCID: PMC8165309.
4. Ducarme G, Desroys du Roure F, Le Thuaut A, Grange J, Vital M, Dimet J. Efficacy of serum procalcitonin to predict spontaneous preterm birth in women with threatened preterm labour: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018 Mar 7;18(1):65. doi: 10.1186/s12884-018-1696-2. PMID: 29514604; PMCID: PMC5842551.
5. El Kassas GM, Shehata MA, El Wakeel MA, Amer AF, Elzaree FA, Darwish MK, Amer MF. Role of Procalcitonin As an Inflammatory Marker in a Sample of Egyptian Children with Simple Obesity.

Open Access Maced J Med Sci. 2018 Aug 17;6(8):1349-1353. doi: 10.3889/oamjms.2018.323. PMID: 30159055; PMCID: PMC6108804.

6 Kashanian M, Eshraghi N, Rahimi M, Sheikhsari N. Evaluation of placental alpha microglobulin-1(PAMG1) accuracy for prediction of preterm delivery in women with the symptoms of spontaneous preterm labor; a comparison with cervical length and number of contractions. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022 Feb;35(3):534-540. doi: 10.1080/14767058.2020.1728246. Epub 2020 Feb 18. PMID: 32068450.

7 Keane K.N., Cruzat V.F., Calton E.K., Hart P.H., Soares M.J., Newsholme P., Yovich J.L. Molecular actions of vitamin D in reproductive cell biology. *Reproduction.* 2017;153:R29–R42. doi: 10.1530/REP-16-0386.

8 Martin A, Faes C, Debevec T, Rytz C, Millet G, Pialoux V. Preterm birth and oxidative stress: Effects of acute physical exercise and hypoxia physiological responses. *Redox Biol.* 2018 Jul;17:315-322. doi: 10.1016/j.redox.2018.04.022. Epub 2018 May 1. PMID: 29775962; PMCID: PMC6006904

9 Olsson MG, et al. Pathological conditions involving extracellular hemoglobin: molecular mechanisms, clinical significance, and novel therapeutic opportunities for alpha (1)-microglobulin. *Antioxid. Redox Signal.* 2012;17:813–846. doi: 10.1089/ars.2011.4282.

10 Rahmati S, Delpishe A, Azami M, et al. Maternal anemia during pregnancy and infant low birth weight: a systematic review and meta-analysis. *IJRM.* 2017;15(3):125–134.

11 Wang Bin, Zeng Hongtao, Liu Jingliu, Sun Miao. Effects of Prenatal Hypoxia on Nervous System Development and Related Diseases. *Frontiers in Neuroscience* VOLUME=15 YEAR=2021 URL=<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2021.755554> DOI=10.3389/fnins.2021.755554 ISSN=1662-453X.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОГО БАЛЛОНА ПРИ РАННЕМ
ПОСЛЕРОДОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ**

**Сармулдаева Ш.К¹, Бикебаева А.Ж¹, Шарипбаева М.К¹,
Нугманова Г.Ф¹, Естемисов М.З¹.**

¹КазНУ, факультет медицины и здравоохранения, Высшая школа медицины, кафедра клинических дисциплин, Городской перинатальный центр г.Алматы, Республика Казахстан

Актуальность: Ранние послеродовые кровотечения занимают одно из первых мест среди причин материнской смертности во всем мире. The National Vital Statistics System (NVSS) констатирует, что в 2018 году показатель материнской смертности составил 17,4, в 2019 году уже

20,1 на 100 тысяч живорожденных, [1]. Нами проведено исследование эффективности внутриматочных баллонов отечественной компании Алмерек при лечении раннего послеродового кровотечения.

Методы исследования: *клинический, статистический.*

Внутриматочные баллоны путем случайной выборки введены 6 женщинам, у которых развилось послеродовое кровотечение. Возраст женщин варьировал от 25 до 41 года, средний возраст составил $32,3 \pm 0,6$. Паритет беременностей от 1 до 6, средний паритет составил 3,3 беременности. Многорожавших из них было 3 (50%), с отягощенным анамнезом 1 (16,7%).

Все пациентки родоразрешены естественным путем в доношенном сроке, из них у 2 (33,3%) проведена индукция родов, по поводу гестационной артериальной гипертензии (16,7%) и тенденции к перенашиванию (16,7%). Продолжительность родов не превышала физиологические значения, от 5 до 9 часов. Длительность второго периода родов занимала от 20 до 65 минут. Все дети рождены в удовлетворительном состоянии, с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов. Вес плодов составлял от 2885 до 4865, средний вес плода 3806 ± 200 . У 1 (16,7%) пациентки кровотечение началось через 15 минут после родов, у остальных через 5 минут после родов. Установка катетера занимала от 3 до 5 минут и через 20-50 минут (в среднем 28 минут) кровотечение останавливалось. Длительность нахождения баллона в матке занимало от 4 до 7 часов, в среднем 5,4 часа. У одной пациентки (16,7%) кровотечение продолжилось, что привело к гистерэктомии, общая кровопотеря при этом составила 2000 мл. Так же одной пациентке (16,7%) пришлось наложить швы по Б-Линчу, но репродуктивная функция была сохранена. Максимальное падение гемоглобина (76 г/л) было отмечено у 1 пациентки (16,7%), которой провели гистерэктомию. У ней же отмечено изменение коагулограммы в сторону гиперкоагуляции, и незначительные гипопропротеинемия и гипергликемия. У остальных женщин параметры свёртывания крови и биохимические показатели остались стабильными. Уровень гемоглобина у женщин при выписке колебался от 87 до 111 г/л, в среднем 103,17 г/л. Общий объем кровопотери составил от 700 до 2000 мл, в среднем $941,67 \pm 220$ мл. В общем анализе крови при выписке у 2 (33,3%) женщин отмечался незначительный лейкоцитоз, у остальных в пределах нормы. Длительность нахождения в родильном доме составила от 2 до 6 суток, в среднем 3,33 дня.

Выводы: Применение внутриматочных баллонов с целью остановки послеродового кровотечения имеет эффективность 83,3%, только в 16,7% случаев пришлось провести гистерэктомию, в 16,7% прибегнуть к оперативным методам остановки кровотечения – шов по Б-Линчу. Нахождение баллона в полости матки не привело к гнойно-септическим послеродовым осложнениям, не изменило параметры коагулограммы и биохимического анализа крови. Не было отмечено критического падения гемоглобина, как при нахождении баллона в матке, так и при

выписке. Применение баллона с целью остановки раннего послеродового кровотечения доказывает свою эффективность, что подтверждено, как собственным практическим опытом, так и доказательными источниками.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА
НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Т.А.Себякина¹, О.Ю.Иванова¹.

¹ФГБОУ ВО « Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Курск, Россия

Введение: за последние три десятилетия отмечается увеличение частоты разрывов матки. Этот показатель варьирует от одного до пяти на 10 тысяч родов и резко увеличивается при оперированной матке с 14 до 67 на 10 тысяч родов (2022 г.). Основопологающей причиной разрывов являются гистопатические изменения тканей области предшествующего рубца. Латентные клинические проявления приводят к таким серьёзным осложнениям, как мертворожденность, оргоаноуносящие операции и материнская смертность. Отдалёнными последствиями являются вращение плаценты в область рубца, хроническая тазовая боль, эндометриоз рубца, дисменорея и др.

Цель исследования: определить клиничко-морфологические предикторы несостоятельности рубца на матке после абдоминального родоразрешения.

Методы: было выполнено клиничко-анамнестическое исследование 120 беременных женщин, 80 из которых были с рубцом на матке после кесарева сечения (КС) в нижнем маточном сегменте. Первая группа (I) – 39 женщин, с признаками морфологической несостоятельности рубца. Вторая группа (II) – 41 пациентка, у которых отсутствовали выраженные морфологические изменения миометрия, а также 40 пациенток (контрольная группа) которые впервые были родоразрешены путём кесарева сечения по различным показаниям. Интраоперационно выполняли забор тканей нижнего маточного сегмента. Полученные срезы фиксировали в 10 % растворе формалина, в последующем их окрашивали гематоксилином, эозином и по Маллори. Статистическую обработку полученных результатов проводили используя электронные таблицы «Microsoft Excel» и программу «Биостатистика» (версия 4.03). Корреляционную зависимость между изучаемыми критериями определяли с использованием

коэффициента Пирсона. Достоверность различий средних величин оценивали по t-критерию Манна-Уитни.

Результаты. Анализируя полученные результаты было выявлено, что к клиничко-анамнестическим факторам риска по формированию несостоятельного рубца на матке относятся: 1) интергравидарный период менее 2 лет; 2) наличие интра- и послеоперационных осложнений после предшествующего кесарева сечения; 3) «незрелая» шейка матки на доношенном сроке беременности по шкале Bishop; 4) аномалии родовой деятельности среди показаний к первому кесареву сечению.

Морфологическое исследование послужило основой формирования балльной шкалы для оценки качества рубца на матке. Критериями морфологической оценки рубца на матке являются: степень дезорганизации и разобщённости мышечных пучков, интенсивность и распространённость вакуольной дистрофии и изолирующихся гладких миоцитов и их балльную оценку от 0 до 3. Сумма более 9 баллов, либо 7 баллов, но с учётом значительной степени выраженности хотя бы двух из четырёх предложенных критериев, свидетельствует о риске возникновения аномалий родовой деятельности и несостоятельности послеоперационного рубца на матке.

Заключение. Таким образом, определены предикторы формирования несостоятельного рубца после первого КС, а также и разработаны критерии комплексной оценки нижнего сегмента матки во время и после кесарева сечения. Для определения состояния нижнего сегмента матки во время абдоминального родоразрешения необходимо выполнять биопсию миометрия для последующего гистологического исследования, а также учитывать клиничко-анамнестические факторы неполноценности нижнего сегмента матки. Анализ и учёт этих данных будет являться основой реабилитации и прегравидарной подготовки, включая возможную метропластику для уменьшения частоты неблагоприятных исходов как для матери, так и для плода.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**STRUCTURE OF THE ETIOLOGICAL FACTORS OF ADHESIONS
IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE.**

U.Kh.Solieva¹, D.D.Saidjalilova¹.

¹Tashkent Medical Academy.

Relevance. More than 75% of operative interventions are complicated sooner or later by adhesions, and this represents one out of two women who have undergone an operation. More than 45% of cases of abdominal pain and menstrual disorders result from the formation of adhesions in the pelvis. It remains unclear not only the predominant cause of adhesions in the pelvis but also the overlooked factors that, all else being equal, turn a physiological process of peritoneal confinement to a pathological site into a pathological process of severe adhesions which requires proper diagnosis and correction of this process.

Study objective: to determine the structure of etiological factors in the development of pelvic adhesions in women of reproductive age.

Material and methods: Were examined 183 women who underwent surgical interventions for various gynecological pathologies. The study group included 106 patients with pelvic adhesions (R-AFS classification) and a comparison group comprised 77 patients without pelvic adhesions.

Results: The incidence of adhesions in the structure of intraoperative diagnoses in the Department of Operative Gynecology, Obstetric Complex 9, Tashkent was 57.9%. The incidence of adhesions was 57.9%. An analysis of the causes of adhesions showed a history of previous abdominal and pelvic surgery (laparotomy, laparoscopy), inflammatory diseases of the pelvic organs and external genital endometriosis. When a combination of causes led to adhesions, patients were allocated to a separate group in which the leading factor could not be identified. If only a history of surgery was available, postoperative adhesions were diagnosed; if inflammatory diseases of the uterine appendages of any etiology were indicated, pelvic peritoneal adhesions (PPA) were diagnosed; if endometriosis was diagnosed by laparoscopy and no other cause of adhesions was present, endometriosis-related adhesions were diagnosed. The above analysis of the causes of adhesions shows that only 49.1% of women could identify a single cause of pelvic speckle formation, among which PPA was more frequently identified (19.8%). As for the combination of the causes of adhesions, the most frequent was the combination of PPA and postoperative commissures (21.7%), which did not differ significantly from the rates of the combination of endometriosis and postoperative commissures (18.9%). Whereas the combination of PPA and endometriosis-related adhesions was twice as rare. During laparoscopy in women with adhesions, the prevalence of adhesions was analyzed. The predominance of patients with grade III-IV adhesions (according to the R-AFS classification) was 66 (62.3%), whereas the number of patients with mild forms of adhesions (grade I-II) was 40 (37.7%), irrespective of the etiological factor ($p < 0.05$).

We thus identified exogenous risk factors associated with surgical trauma. These included: laparotomy access ($r=0.439$; $p<0.01$;) the presence of repeated operations on different parts of the abdomen ($r=0.355$; $p<0.01$;) emergency of a previous operation ($r=0.219$; $p<0.01$;) abdominal cavity drainage ($r=0.324$; $p<0.01$).

АНАЛИЗ ПРИЧИН АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА.

**Б.О.Султанбекова¹, М.Ә.Тәліп¹, Э.Р.Калимуллина¹, А.Д.Мазнарканова¹,
Г.Б.Каимбекова¹. Л.К.Смаилова¹.**

¹НАО «Медицинский университет Астана» г.Астана, Казахстан

Ключевые слова: беременность, антенатальная гибель плода.

Актуальность: Антенатальные потери являются общемировой проблемой, выступая в структуре перинатальной смертности наиболее стабильной и наименее управляемой составляющей. Они характеризуются стабильной частотой, множеством факторов риска, низкой диагностикой причин, нерешенными вопросами патогенеза и неясным танатогенезом. При этом именно антенатальная смертность является «верхушкой айсберга» состояния здоровья не только матери и внутриутробно страдающего плода, но и качества оказанной им медицинской помощи. Немаловажная роль в патогенезе данного акушерского осложнения в работах многих авторов отводится инфекционному фактору, разработке организационных и профилактических мероприятий, направленных на минимизацию этих социально значимых потерь.

Антенатальная гибель плода (внутриутробная гибель плода) – смерть плода в период внутриутробного развития (до начала родов). Является причиной 39% мертворождений. Статистические данные о распространенности данной патологии существенно варьируются, что обусловлено различием классификации внутриутробных смертностей в разных странах. В Великобритании уровень перинатальной смертности (включает в себя антенатальную и интранатальную смертность) составляет 0,58%, в США – 1% без учета выкидышей до 20-22 недели беременности. Антенатальная гибель плода провоцируется различными внешними и внутренними факторами.

Целью нашего исследования было выявление факторов риска и их оценка.

Модель исследования: проведена ретроспективная экспертная оценка 20 случаев антенатальной смертности плода по АГО ГП№10 г. Астаны с 2020 по 2022 год.

Объект исследования: случаи антенатальной смертности 10% (2) доношенных плодов и 90% (18) случаев недоношенных плодов.

Материалы исследования: история родов, индивидуальная карта беременной, обменно-уведомительная карта беременной, протоколы гистологической характеристики последа и патолого-анатомического вскрытия плода

Результаты исследования и обсуждение Возрастной состав беременных находился в пределах от 20 до 35 лет. 75%(15) родильниц до 35 лет, 25% (5) моложе 35 лет. Частота антенатальной гибели плода у первородящих 11(55%), у повторнородящих 9(45%). Только 5% женщин прошли предгравидарную подготовку, 95% женщин предгравидарную подготовку не проходили. У 10% имелись в анамнезе неразвивающиеся беременности и 20% самопроизвольные аборты. Анализ исследования показал, что в 80% случаев произошла антенатальная гибель плода, в 15% - ранняя неонатальная смерть, 5% интранатальная гибель плода. Роды в 30% случаев были индуцированные, в 70% - оперативные. В одном случае была многоплодная беременность (погиб второй плод). По половой принадлежности женского пола 55%, мужского 45%. Анализ показал, что беременность у 20% протекала на фоне угрозы прерывания, из них 50% получали сохраняющую терапию Дюфастоном, другая половина Утрожестан в сочетании с дюфастоном или с Этамзилатом.

По результатам биохимического скрининга в 35% определен низкий генетический риск, в 35% - повышенный риск, 30% женщин не прошли биохимический скрининг, что говорит о низкой солидарной ответственности. В 40% причиной антенатальной гибели плода возможно на фоне ИППП. Причиной антенатальных потерей по частоте заболевания крови – 40% на первом месте, сердечно-сосудистых заболеваний – 25%, мочевыделительной системы – 20%, эндокринные заболевания, заболевания глаз, пищеварительной системы по 15% каждый, опорно-двигательной системы – 10%. Антенатальная потеря плода в 35% произошла на фоне ПОНРП, 10% ПРПО, на фоне гипертензивных нарушений во время беременности 15%, холестаза 10%, что в свою очередь явились причиной в одном случае развитием матки Кювелера и ДВС синдрома с геморрагическим шоком 2-3 степени. Оценка фетоплацентарного комплекса при проведении ультразвукового скрининга показала, что при антенатальных потерях чаще выявлялись эхоскопические маркеры плацентарной недостаточности. В 33,3% случаев определена 3 степень плацентарных нарушений, в 22,2% случаев – 1 степень нарушения. В 44,4% по результатам доплерометрии нарушений кровотоков не были выявлены, В 10% случаев по УЗИ имело место ВПР, в 10% маркеры ХА, РХГ в 10%, многоводие в 10%, ЗВУР плода в 15%, маловодие в 10%, низкая плацентация – 5%, краевая плацентация в 5%, плацентомегалия в 5%.

Выводы: Результаты нашего исследования показали, что антенатальная гибель плода чаще встречается у первородящих старшего возраста, что составляло 55%, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в 30%, заболевания крови-40%, ИППП-40%. К факторам риска антенатальной гибели плода можно отнести: отслойку нормально расположенной плаценты - 35%, гипертензивные нарушения во время беременности - 10%, ПРПО 10% случаев. Со стороны плода: задержка внутриутробного развития плода - 15%, врожденные пороки развития - 10% случаев, и такие осложнения как маловодие, многоводии по 10% случаев

соответственно. Таким образом, причина антенатальной гибели плода многообразна и часто наблюдается сочетание нескольких факторов, приводящих к её развитию. Женщины с антенатальной гибелью плода в анамнезе заслуживают особого внимания со стороны не только акушеров-гинекологов, но и мультидисциплинарного подхода. Необходимо обследование женщин в прегестационном периоде на перинатально значимые инфекции, а также с целью пренатальной диагностики раннее выявление формирующейся первичной плацентарной недостаточности. Наличие необследованных беременных свидетельствует о недостаточном уровне антенатального наблюдения на уровне ПМСП.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**АНАМНЕЗ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПЛАНОВОМ КЕСАРЕВОМ
СЕЧЕНИИ.**

**Б.О.Султанбекова¹, М.Мараткызы¹, У.Б.Кадырбек¹,
С.С.Искаков¹, Г.Т.Билялова¹, Д.М.Нурмагамбетова¹.**

¹*НАО «Медицинский университет Астана», г.Астана.*

Ключевые слова: *беременность, кесарево сечение, родоразрешение, кровопотеря*

Цель: состояла в том, чтобы определить, существует ли зависимость кровопотери во время операции кесарево сечения от анамнестических данных пациенток.

Материалы и методы: За период январь 2021г – сентябрь 2022г в «Городской многопрофильной больнице №2» г. Астана, проведен клинико-статистический анализ 80 истории беременных, родоразрешенных путем плановой операции кесарево сечения, изучены социально-демографические, медицинские данные акушерско-гинекологического анамнеза, особенности течения беременности и исходы родов.

Результаты исследования и их обсуждение: Проведен ретроспективный анализ 80 историй родов. По величине кровопотери все родильницы были разделены на 2 группы: в первой группе 41 женщина с кровопотерей до 1000 мл, во второй группе – 39 родильниц с кровопотерей свыше 1000 мл.

Анализ полученных данных позволил установить, что возраст женщин был от 21 до 43 лет. Беременных от 20 до 30 лет -56 (70%), от 31 до 44 лет -24 (30%). Срок родоразрешения варьировал от 37 недель до 41 недель. В целом, ожирением страдали 52 (65%) пациентки, причем наиболее часто встречалось ожирение 1 степени 40 (50%). Во 2 группе пациенток с патологической кровопотерей преобладали многорожавшие 25 (62,5%), когда в 1-й группе их было всего 13(32,5%) Было установлено, что пациентки с патологической кровопотерей чаще

болели экстрагенитальными и гинекологическими заболеваниями, которые встречались, по нашему наблюдению, в 81,3% случаев. В большинстве своем, это анемии средней и тяжелой степени тяжести – у 30(75%), варикозная болезнь – у 25 (27,6%) женщин. Однако, заболевания органов дыхания и пищеварения в этой группе встречались не часто. Артериальной гипертензией (АГ) до беременности страдали 7 (17,5%) пациенток, беременность осложнилась гестационной АГ у 3(7,5%) женщин, и преэклампсией у 5(12,5%) женщин. Избыточный рост плода наблюдался у 17(42,5%) беременных, ЭКО индуцированных было 5(12,5%) женщин, гестационный сахарный диабет - 7(17,5%) беременных, гипотиреоз – у 12(30%), пиелонефрит – у 26 (65%), коагулопатия - также у 26(65%) пациенток, ВСД - у 11(27,5%). Отягощенный акушерский анамнез и рубец на матке был у 28 (70%) женщин. Установлено также, что определенное неблагоприятное значение имел паритет хирургических вмешательств на матке в виде прямо пропорциональной зависимости. Длительность операции в 1-й группе составила 55 мин, во второй группе 74 мин. Занятость койко- дней в 1-й группе 4 дня, во второй группе - 7 дней.

Выводы: При изучении гинекологического анамнеза, времени наступления менархе, характера менструального цикла, начала половой жизни существенных различий между группами не выявлено. Ведущими факторами риска развития патологической кровопотери явились паритет, возраст пациентки старше 30 лет, патологические изменения тромбоцитарного или коагулопатического звена системы гемостаза, нарушение жирового обмена. При анализе течения беременности выявлены: высокий уровень экстрагенитальной патологии; отягощенный акушерский анамнез; осложнение течения беременности.

Занятость койки в стационаре при патологической кровопотери была больше (7дней) во 2-й группе, чем в 1-й группе.

Список литературы:

1. Сарбасова А.Е. Кесарево сечение в современном акушерстве: эпидемиология, значение для предупреждения акушерской и перинатальной патологии, осложнения / А.Е.Сарбасова, С.П.Синчихин, О.Б.Мамиев, З.Д.Джуманова // Астраханский медицинский журнал. – 2016.– №2.– С.57- 63. (ВАК Минобрнауки России).
2. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):323-333. 2. Berg CJ, Harper MA, Atkinson SM, et al. Preventability of pregnancy-related deaths: results of a state-wide review. Obstet Gynecol. 2005;106(6):1228-1234.
3. Сарбасова А.Е. Современные аспекты профилактики повышенной кровопотери при кесаревом сечении / С.П.Синчихин, А.Е.Сарбасова, Л.В.Степанян, О.Б.Мамиев // Акушерство и гинекология – 2018. – №4.– С.49-58. (ВАК Минобрнауки России и международная база данных Scopus).

4. Al Kadri HM, Al Anazi BK, Tamim HM. Visual estimation versus gravimetric measurement of postpartum blood loss: a prospective cohort study. Arch Gynecol Obstet. 2011;283(6):1207-1213.
5. Brant HA. Precise estimation of postpartum haemorrhage: difficulties and importance. Br Med J. 1967;1(5537):398-400.
6. Duthie SJ, Ghosh A, Ng A, Ho PC. Intra-operative blood loss during elective lower segment caesarean section. Br J Obstet Gynaecol. 1992;99(5):364-367

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ УЛУЧШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО
ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН/СЕМЬИ (на примере Ферганской области)**

М.Э.Суяркулова¹, Г.С.Бабаджанова².

¹*Ферганский областной перинатальный центр, к.м.н.*

²*Ташкентская Медицинская Академия д.м.н. профессор*

Актуальность. В начале 1990-х гг. Узбекистан вступил в период «демографического взрыва», который был вызван бурным развитием здравоохранения в Республике и полностью обусловлен снижением смертности вследствие увеличения продолжительности жизни и сверхвысокой рождаемостью. Такие же перемены наблюдались и в Ферганской области. Ферганская область по количеству родов в году за последние 10 лет стоит на 2-ом месте после Самаркандской области, 3-е место по рождаемости занимает Кашкадарьинская область. Численность населения по оценке службы государственной статистики в Ферганской области на 1 января 2021 года составило 3млн 892 тыс. 253 человека [1]. По численности населения Узбекистан (34млн 376 тыс.418) входит в десятку крупнейших стран мира. С 2013 г. численность узбекистанцев проживающих в Ферганской области вновь начала расти и на 1 января 2021 г. она составила 3млн 849 тыс. чел. Число родившихся детей в абсолютных числах составило в 1990 – 55тыс.448, 2010 году – 67тыс. 679, 2015 году – 76тыс.015, 2019году – 85тыс.423, в 2020 году – 91тыс.813, а в 2021году – 98тыс.653. соответственно.

Важным резервом для улучшения демографической ситуации является снижение детской, в первую очередь, младенческой, и материнской смертности, и являются общепризнанными критериями оценки эффективности репродуктивно-демографического развития и индикатором социально-экономического благополучия общества. В 2017 году ООН были приняты «Цели тысячелетия», среди основных целей которой было снижение в мире смертности детей до пяти лет в 2 раза и материнской смертности в 1,5 раза. В 1990 году смертность детей в возрасте до пяти лет по Ферганской области достигла 18,7%, в

2010г – 14,2‰, в 2013г – 13,5‰, 2017г – 11,6‰, в 2018г – 9,4‰ и в 2021г – 8,9‰. Материнская смертность также имела тенденцию к снижению, например по Ферганской области показатель материнской смертности в 1991 году составлял 43,0 промилей, в 2009 году – 29,5, в 2021 году – 21,0, а по данным 2022 года – 16,6 промили. Наибольший удельный вес материнской смертности приходится на возраст самой высокой плодовитости (20—30 лет), наибольшие значения этого показателя отмечены у первородящих, причем с увеличением количества родов материнская смертность нарастает. По данным Госкомстата в 2020 г. более 50% случаев материнской смертности были вызваны кровотечениями, акушерской эмболией, тяжелыми преэклампсиями и тяжелыми ЭГЗ. За последние 20 лет отмечалось снижение показателя материнской смертности по годам. Для дальнейшего снижения и предотвращения младенческой и материнской смертности необходимо укрепление служб охраны репродуктивного здоровья и обеспечение предпочитаемым методам контрацепции для женщин и семейных пар, что крайне важно для достижения благополучия и независимости, гендерного равенства женщин.

Цель исследования: - снизить частоту нежелательных беременностей и риск для здоровья женщины, связанных с ним: - снизить показатели материнской и детской смертности; - снизить число беременностей среди девушек-подростков; - предотвратить ИППП и ВИЧ-инфекции в рамках предоставленных услуг; - предоставление семьям и парам права принятия свободного и информированного решения в выборе безопасных и эффективных методов контрацепции с целью создания здоровой семьи;

Материалы и методы. Провести ретроспективное исследование женщин фертильного возраста, которым в 2009 году был использован один из видов контрацепции – контрольная группа. 2-ая группа – это женщины ФВ которым не проведен инструктаж по контрацепции и не применен какой-либо из методов контрацепции, и 3-ая группа ЖФВ у которых имеется ЭГЗ, которым необходим особый инструктаж по контрацепции и подбор контрацептивных средств.

Результаты и обсуждение. В Узбекистане по оценкам около 5 миллионов женщин фертильного возраста хотели бы отложить или исключить наступление беременности, но по разным причинам не пользуются каким-либо видом контрацепции. Из-за низкой медицинской осведомленности жительниц Узбекистана о методах контрацепции, начиная с 1990 годов по сей день отмечается рост родов и количества живорожденных. Кроме того высокий уровень неудовлетворенности населения в современных методах контрацепции также стал результатом высокого показателя абортов и связанных с этим случаев материнской смертности. Согласно данным репродуктивных центров республики, на сегодняшний день охват контрацептивами населения составляет всего 60%. Система здравоохранения Узбекистана на сегодняшний день испытывает трудности в создании устойчивой базы данных (электронной) по обработке

индикаторов и предоставлению высококачественных услуг по контрацепции, с учетом прав пациента.

Выводы: Рост рождаемости в области требует анализа, определения частоты нежеланных беременностей, степени использования контрацептивов для улучшения качества жизни и здоровья женщин/семьи.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

ОДАТИЙ БОЛА ТАШЛАШ КУЗАТИЛГАН АЁЛЛАРДА ЎЗ-ЎЗИДАН ҲОМИЛА
ТУШИШНИ ТАШХИСЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЖИҲАТЛАРИ

Н.А.Султонова

Бухоро Давлат Тиббиёт Институту

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ
ВЫКИДЫШЕЙ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ

Султонова Н.А.

Бухарского медицинского института имени Абу Али ибн Сино

Резюме. Ҳомила тушиши, қоида тариқасида, бир вақтнинг ўзида бир неча сабаблар натижасидир. Ҳомиланинг тушиши кўп омилли касаллик эканлигини ҳисобга олган ҳолда, бир беморнинг ўзида бир неча сабаблар борлигини эътироф этиш лозим. Беморларни текшириш кенг камровли бўлиши ва барча керакли замонавий, клиник, инструментал ва лаборатория усуллари ўз ичига олиши керак.

Калит сўзлар: одатий бола ташлаш, ташишлаш маркерлари, ўз-ўзидан ҳомила тушиши.

Резюме. Невынашивание беременности, как правило, является следствием не одной, а нескольких причин, оказывающих свое действие одновременно или последовательно. Принимая во внимание, что невынашивание беременности является многофакторным заболеванием, при котором у большинства больных имеет место сочетание нескольких причин, то и обследование пациенток должно быть комплексным и включать в себя все необходимые современные клинические, инструментальные и лабораторные методы.

Ключевые слова: преычное невынашивание беременности, маркеры диагностики, самопроизвольный выкидыш.

Summary. Miscarriage, as a rule, is the result of not one, but several causes that act simultaneously or sequentially. Taking into account that miscarriage is a multifactorial disease, in which most patients have a combination of several causes, then the examination of patients should be comprehensive and include all the necessary modern clinical, instrumental and laboratory methods.

Key words: *recurrent miscarriage, diagnostic markers, spontaneous miscarriage.*

Долзарблиги. Ҳомила тушиши муаммоси долзарб тиббий ҳамда ижтимоий бўлиб қолмоқда. Ушбу патологиянинг статистик таҳлили унинг кўп циллар давомида пасаймаётганлигини кўрсатади [1,3,7,10]. Ҳомиладорликнинг ноқулай фон асносида вужудга келиши унинг асоратлар билан кечишига замин яратади. Бунда ҳомила тушиши эҳтимоллиги бир неча баравар ошади [2,4,6]. Ўрганилаётган патология кўп омилларга боғлиқ [5,8]. Замонавий тиббиёт кундан кунга ҳомила тушишига сабаб бўлаётган янги маркерларни аниқлаётган бўлсада, ушбу патологик ҳолатнинг узил-кесил ечими мавжуд эмас.

Тадқиқот мақсади. Ҳомила тушиши мавжуд аёлларда уни аниқлашга ёрдам берувчи ташхислаш мезонларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқотда олдимизга қўйилган вазифаларни амалга тошириш мақсадида 116 нафар анамнезида одатий бола ташлаш булган репродуктив дарвдаги аёллар жалб қилинди. Биринчи гуруҳни аввалги ҳомиладорликлари физиологик кечган 30 нафар, (I- гуруҳ), кейинги гуруҳга 40 нафар- ҳомила тушиши кузатилган ААА 4-9 ҳафталик ҳомиладорлиги билан ҳисобга олинган аёллар киритилди учинчи гуруҳга ҳомиладорликнинг каттароқ муддатидаги 9-14 ҳафтадаги 46 нафар ҳомиладор аёллар (III- гуруҳ) киритилди. Тадқиқотга киритилган беморлар аёллар маслаҳатхоналари ва РШТЁИМ БФ да текширилиб, даволандилар. Тадқиқотга киритиш мезонлари: одатий ҳомила ташлаш ташхиси, биринчи триместрдан бошлаб, ҳомиладорларни тадқиқот давомида текширишга бўлган ёзма розилиги.

Гуруҳларга булинишининг асосий мезонлари: анамнезида ҳомиладорликнинг 14-ҳафтасигача икки ёки ундан ортиқ ҳомила тушиши кузатилган, ҳомилада генетик аномалиялар ёки антифосфолипид синдром (АФС) мавжуд бўлмаган аёллар, жинсий аъзолар инфекцияси бўлмаган ёхуд эндокрин тизим патологияси кузатилмаган ҳомиладор аёллар киритилди. Гуруҳларга киритилган барча аёллардан тадқиқот ўтқазилма мақсадида розилик хати олинган. Барча тадқиқот гуруҳидаги аёлларга ишлаб чиқилган анкеталар ёрдамида, уларнинг анамнези тўлиқ ўрганилиб олинган натижалар математик ва статистик ишлаб чиқилди.

Статистик таҳлилда Стьюдент усулидан фойдаланган ҳолда, Фишер усулида, X^2 (Пирсон) услубида StatGraf и Microsoft excel программаси ёрдамида корреляцион таҳлил олиб борилди.

Тадқиқот натижалари. Чуқурлаштирилган текшириш ва давонинг самарадорлигини баҳолаш мақсадида ҳомиладорликнинг эрта муддатларидан бошлаб, 116 нафар ҳомиладор аёлларда ўтказилди. Биз уларни қуйидаги гуруҳларга бўлиб ўргандик:

* Биринчи гуруҳни 30 нафар ҳомиладорлиги физиологик кечаётган аёллар киритилди (I- гуруҳ);

* II-гурухни ААА мавжуд бўлган ҳомила тушиши кузатилган ҳомиладорликнинг 4-8 ҳафтасида ҳисобга олинган аёллар киритилди (n=40);

*III – гуруҳни ҳомиладорликнинг 8-12 ҳафтасида ҳисобга олинган аёллар киритилди (n=46).

Ҳомила тушишига бугунги кунда гемостаз кўрсаткичларининг бузилиши сабаб деб келтирмоқдалар. Маълумки, гемостаз тизими коагуляцион гемостазда муҳим ўрин эгаллайди, чунки бунда плазма омилларининг босқичма-босқич активлашиши содир бўлади. Коагуляцион гемостазнинг 3 босқичи мавжуд: биз уларнинг ҳар бирини алоҳида ўргандик. Биричи босқич учун асосий кўрсаткичлари бўлиб, ҚИВ (қон ивиш вақти) ва ҚТВА (қисман тромбопластин вақтининг активлашиши); иккинчи босқич учун эса, ПВ (протромбин вақти), ПТИ (протромбиновый индекси) ва ХНО (халқаро норматив муносабат); фибриноген эса, 3-босқич учун жавобгар бўлиб ҳисобланади. Биз ҳомила тушиш хавфи вақтида даволанмаган (3-гурух) ва ушбу ҳолатда даволанган (2-гурух) ва физиологик ҳомиладорлик билан мурожаат этишган аёллар (1-гурух) нинг кўрсаткичларини ўргандик.

Ҳомила ташлаш хавфи бўлган аёллар гуруҳида қон ивиш вақтининг қисқаришини аниқ кузатмадик (1-жадвалга қаранг). 1 ва 2-чи гуруҳ ҳомиладорларда қон ивишининг бошланиши 98,59±1,99 ва 97,95±1,20 сонияни, коагуляциянинг охири 255,35±2,47 ва 264,95±1,25 сонияни ташкил этди. Назорат гуруҳида ушбу кўрсаткичлар куйидагича эди: қон ивишининг бошланиши 108,13±5,00 сония, якунланиши 253,4±4,38 сония бўлди. Назорат гуруҳига жалб қилинган ҳомиладор аёлларга қараганда ҚИВ, асосий гуруҳ ҳомиладор аёлларида бу кўрсаткични узайганлигини кўрдик, бизнинг фикримизча қиндан қонли ажралмалар келишига олиб келган.

Олинган натижалар плазмадаги АҚТВ кўрсаткичини физиологик ҳомиладорлик гуруҳи кўрсаткичлардан кўпам фарқланмаганини кузатдик ва бу ҚИВ билан мос келди. Назорат гуруҳида АҚТВ 27,37±0,13 сонияни ташкил этган бўлса, 2 ва 1- гуруҳларда бу кўрсаткич 26,31±0,29 ва 26,12±0,35 сонияни кўрсатди. Қисқаришига моиллик 2- гуруҳ аёлларда кузатилди. 1- гуруҳ ҳомиладорларга босқичли профилактика чораларини олиб бориш АҚТВ вақтини статистик ишонарли узайишига олиб келди (39,77±0,96 сониягача, P<0,05).

1-жадвал. Ҳомила тушиш хавфи мавжуд бўлган аёлларда коагуляциянинг 1-босқичига баҳо бериш, M±t

Гуруҳлар	ҚИВ, сек.		АҚТВ, сек.
	Бошл.	охири	
1-гурух, n=30	108,13±5,00	253,4±4,38	27,37±0,13
2-гурух, n= 40	97,95±1,20	264,95±1,25	<u>26,12±0,35</u> 29,01±0,57 ^{б,в}
3-гурух, n= 46	98,59±1,99	255,35±2,47	26,31±0,29

Изоҳ: а – физиологик ва патологик ҳомиладорлиги кечаётган аёллар кўрсаткичларининг ишончилиги ($P < 0.05$); б – даволанган ва даволанмаган аёлларнинг қиёсий кўрсаткичларининг ишончилиги ($P < 0.05$); 2-ва 3-гурӯҳлар қиёсий кўрсаткичларининг фарқи ишончилиги ($P < 0.05$).

Ушбу ҳолат антифосфолипид синдромида антикоагулянтларнинг кенг ишлатилишига боғлиқ бўлиб ҳисобланади. Маълумки, АҚТВ протромбокиназининг пайдо бўлиши ҳақида маълумот беради. Шунинг учун ушбу тест гепарин қўллаган вақтда бажарилади. Антикоагулянт терапия қўлланилган пайтда ушбу тест гипокоагуляциянинг олдини олиш учун ишлатилинади.

Маълумки, гемостазнинг иккинчи плазма коагуляцияси босқичини аниқлаш учун протромбин вақти, протромбин индекси ва ХНО дан фойдаланилади. ПТВ плазма гемостазининг I ва II-босқичи ҳақида маълумот бериб, у протромбин комплекси активлигини кўрсатади. Бизнинг тадқиқотимизда ПТВ иккинчи ва учинчи гуруҳ беморларида ишончли фарқланмади (2-жадвалга қаранг). Учинчи гуруҳ аёлларида ушбу кўрсаткичнинг $19,50 \pm 0,72$ секундгача ишончли узайиши (назорат гуруҳида $16,06 \pm 0,36$ секунд) кузатилди. Ушбу кўрсаткичнинг узайиши ҳомиладорлик вақтида профилактик антикоагулянт терапияни олаётган аёлларда кузатилди ($24,00 \pm 1,00$ секундгача, $P < 0,05$). Ушбу ҳолат эса, уларнинг гипокоагуляцияга мойиллигидан далолат берди.

2-жадвал. Ҳомила тушиш хавфи мавжуд бўлган аёлларда коагуляциянинг 2-босқичига баҳо бериш, $M \pm t$

Гуруҳлар	ПТВ, сек	ПТИ, %	ПО	ХНО
1-гуруҳ, n=29	$16,06 \pm 0,36$	$78,8 \pm 1,01$	$1,10 \pm 0,01$	$1,03 \pm 0,03$
2-гуруҳ, n= 40	<u>$16,88 \pm 0,29$</u>	$81,18 \pm 0,81$	$1,12 \pm 0,01$	$1,09 \pm 0,03$
	$17,24 \pm 0,4$	$86,18 \pm 1,49$	$1,15 \pm 0,03$	$1,11 \pm 0,04$
3-гуруҳ, n= 46	$16,67 \pm 0,3$	$79,65 \pm 1,32$	$1,05 \pm 0,03$	$0,99 \pm 0,05$

Изоҳ: а – физиологик ва патологик ҳомиладорлиги кечаётган аёллар кўрсаткичларининг ишончилиги ($P < 0.05$); б – даволанган ва даволанмаган аёлларнинг қиёсий кўрсаткичларининг ишончилиги ($P < 0.05$); 2-ва 3-гурӯҳлар қиёсий кўрсаткичларининг фарқи ишончилиги ($P < 0.05$).

Протромбин индекси маълум бир формулалар ёрдамида аниқланиб, у 3-гуруҳда $75,44 \pm 0,63\%$ ни, назорат гуруҳида эса, $78,8 \pm 1,01\%$ ни ташкил этди (2-жадвалга қаранг). Шунга ўхшаш ўзгаришлар 2-гуруҳда ҳам содир бўлди. Ушбу гуруҳда даволаш-профилактик ишлар бажарилгандан сўнг ПТИ нинг чўзилиши кузатилиб, бу ҳолат ҳомила тушиш хавфи клиник белгиларининг камайишига олиб келди ва у $113,30 \pm 0,88\%$ ни ташкил этди. Худди шунга ўхшаш ҳол ПО ва ХНО кўрсаткичларида ҳам содир бўлди. Иккинчи гуруҳдаги даволанган аёлларда ва

ҲЎОҚС (ҳомила ўсишдан орқада қолиш синдроми) кузатилган аёлларда ушбу кўрсаткич $1,77 \pm 0,13$ ва $1,65 \pm 0,03$ атрофида эди.

Таъкидлаб ўтиш керакки, протромбин мажмуаси жигар гепатоцитларида ишлаб чиқарилади. Ҳомиладорликда кўп ҳолларда ўт қопи қисилиши оқибатида сафронинг ишлаб чиқарилиши камаяди ва бу ҳолат К витаминининг ёмон ўзлаштирилишига олиб келиб, бу эса протромбин мажмуаси ишлаб чиқарилишининг камайишига сабаб бўлади. Бундан ташқари протромбин мажмуаси ишлаб чиқарилишига айрим дори воситаларининг ҳам таъсири мавжуд (тўғридан-тўғри таъсир этувчи антикоагулянтлар, анаболик стероидлар, антибиотиклар, ацетилсалицил кислотаси, ичак спазмолитиклари, метотрексат, никотин кислотаси, тиазидли диуретиклар). Коагуляция иккинчи босқичини ўрганиш давомида ҳомила тушиш хавфи мавжуд бўлган аёлларда антикоагулянт даво чораларини олиб бориш коагуляцион гемостазга таъсир этади шунинг учун гемостаз кўрсаткичлари гипокоагуляцияни олдини олиш мақсадида доимий назоратда бўлиши керак. Шунинг таъкидлаб ўтиш лозимки, коагуляциянинг учинчи босқичига баҳо бериш мақсадида плазмадаги фибриногеннинг миқдори, гепаринга нисбатан плазманинг толерантлиги, тромботест ва тромбин вақтини ўрганиш керак. Шунинг учун биз фибриноген ва D-димерни ўргандик (3-жадвалга қаранг). Фибриноген – бу жигарда ишлаб чиқарилувчи биринчи фактор бўлиб ҳисобланади. Фибриноген миқдорини ўрганиш шунинг кўрсаткичи, унинг миқдори сезиларли ошди, бу эса кучли гиперкоагуляцион силжишга олиб келди. 2-ва 3-гурӯҳда фибриноген миқдори $3033,6 \pm 54,12$ ва $3211,0 \pm 85,78$ мг/л ($P < 0,001$) атрофида бўлиб, 1-гурӯҳда эса, у $2672,14 \pm 105,2$ мг/л ни кўрстади. Хулоса қилиб айтганда, шунинг айтиб ўтиш мумкинки, учинчи босқич кўрсаткичларини ўрганиш ҳомила тушиш хавфи мавжуд бўлган аёлларда гиперкоагуляция кузатилганлигидан далолат беради.

3-жадвал. Ҳомила тушиш хавфи бўлган аёлларда фибриногена ва D-димернинг миқдори, $M \pm m$

Гурӯҳлар	Фибриноген, мг/л	D-димер, нг/мл
1-гурӯҳ, n=29	$2672,2 \pm 105,2$	$63,26 \pm 3,81$
2-гурӯҳ, n= 40	$3211,0 \pm 85,78^a$	$209,24 \pm 31,75^{a,b}$
	$3159,1 \pm 96,82^a$	$122,2 \pm 15,63^{a,b}$
3-гурӯҳ, n= 46	$3033,6 \pm 54,12^a$	$332,28 \pm 27,64^a$

Изоҳ: а – физиологик ва патологик ҳомиладорлиги кечаётган аёллар кўрсаткичларининг ишончилиги ($P < 0,05$); б – даволанган ва даволанмаган аёлларнинг қиёсий кўрсаткичларининг ишончилиги ($P < 0,05$); 2-ва 3-гурӯҳлар қиёсий кўрсаткичларининг фарқи ишончилиги ($P < 0,05$).

Проспектив таҳлилда фибриноген миқдорини аниқлаганимизда, мақбул сақлаб қолувчи даवони қўллаганимизда, унинг миқдори $2981,5 \pm 108,06$ ва $3225,87 \pm 99,74$ мг/л ($P < 0,05$) атрофида бўлиб, ҳомиладорликнинг биринчи триместридан бошлаб, ўз вақтида даво чораларини қўлламаган беморларда эса, $3233,3 \pm 190,2$ ($P < 0,05$) ва $3517,5 \pm 85,39$ мг/л ($P < 0,05$) атрофида эди, 2-гуруҳдаги аёлларнинг 6 тасида ва 3-гуруҳнинг 13 та беморларида эса, ҳомила тушиши содир бўлиб, фибриногеннинг миқдори $3994,5 \pm 176,7$ ($P < 0,01$) ва $4480,0 \pm 80,00$ мг/л ($P < 0,01$) кўрсаткичи атрофида бўлиб, ушбу ҳолат яққол гиперкоагуляциядан далолат берар эди. Даовлаш-профилактик чоралар олиб борилганидан сўнг қолган 67 та аёлда ва ХЎОКС (ҳомила ўсишдан орқада қолиш синдроми) кузатилган беморларда эса, ушбу кўрсаткич $3031,32 \pm 84,21$ ва $2777,0 \pm 230,35$ мг/л гача камайиши кузатилган.

Бугунги кунда қондаги D-димер миқдори гемостазнинг фаоллиги маркери сифатида кўриб чиқилади. Ушбу модда фибрин толалари парчаланиши туфайли кузатилади. Унинг миқдори махсус антителолар иммунофермент таҳлил ёрдамида усули аниқланилиб, бу фибринолизнинг нақадар фаоллигидан далолат беради. D-димер миқдори фибринни аниқлашдаги муҳим унинг парчаланиши асосан тромбозлар ва ДВС синдромида кузатилади. D-димернинг қонда пайдо бўлиши ҳомиладорликнинг бошидан бошланиб, унинг охирига қадар нормадан 3-4 баравар кўпаяди. Асосан ушбу ҳолат ҳомиладорликдаги гипертензив ҳолатлар ва преэклампсияда кўпроқ кузатилади. Шунинг учун биз D-димер миқдорини 2-ва 3-гуруҳларда нормадан 3,31 баравар ($P < 0,001$) ва 1-гуруҳга нисбатан 3,99 ($P < 0,001$) юқори бўлиб, $209,24 \pm 31,75$ ва $332,28 \pm 27,64$ нг/мл ни ташкил этди. Биринчи гуруҳда эса, у $63,26 \pm 3,81$ нг/мл ни ташкил этди. Таъкидлаш жоизки, унинг миқдори ўзгарувчан. Мақбул терапияни қабул қилган иккинчи ва учинчи гуруҳ аёлларида ушбу кўрсаткич $197,6 \pm 25,62$ ва $117,02 \pm 10,23$ нг/мл ни ташкил этиб, бунда у статистик жиҳатдан биринчи гуруҳ кўрсаткичларидан ундан 3,13 ($P < 0,001$) фарқ қилиб, 1,85 раз ($P < 0,01$) марта орти эди. Учинчи гуруҳ аёлларида D-димер миқдори $676,53 \pm 104,02$ нг/мл ни ташкил этиб, у биринчи гуруҳ кўрсаткичларидан 10,69 ($P < 0,001$) марта кўп эди. Ҳомила тушиши кузатилган беморларда унинг миқдори $586,64 \pm 46,04$ ва $488,28 \pm 8,81$ нг/мл ни ташкил этиб, у биринчи гуруҳ кўрсаткичларидан 9,27 ($P < 0,001$) ва 7,72 ($P < 0,001$) марта ортиқ эди. Ушбу кўрсаткичлар иккинчи гуруҳ кўрсаткичларидан статистик ишонарли фарқ қилиб, 1,59 ($P < 0,01$) ва 1,69 ($P < 0,01$) марта кам эди.

Учинчи гуруҳда профилактик даво чоралари олиб борилганидан сўнг D-димер миқдори статистик жиҳатдан ишонарли равишда 1,71 ($P < 0,001$) марта ортиқ бўлиб, $122,2 \pm 15,63$ нг/мл ни ташкил этди. Аммо у биринчи гуруҳ кўрсаткичларидан 1,93 ($P < 0,001$) марта ортиқ эди. Таъкидлаш жоизки, ушбу мусбат ўзгаришлар ушбу гуруҳ ва иккинчи гуруҳ аёлларида даво самарасидан далолат берарди. Ўтказилган даво чораларидан сўнг D-димер миқдори статистик жиҳатдан ишонарли равишда 1,57 ($P < 0,01$) ва 4,04 ($P < 0,001$) марта кам бўлиб, $75,92 \pm 5,63$ ва

167,33±16,97 нг/млни ташкил этди. Ушбу кўрсаткич 1-гурухдагилардан 1,2 (P<0,05) ва 2,64 (P<0,001) марта ортиқ эди. Ушбу ўзгаришлар бизнинг фикримизча, гепаринсимон воситалар ёки билвосита таъсир этувчи антикоагулянтлар таъсири бўлиши мумкин. Адабиётлардан маълумки, билвосита таъсир этувчи антикоагулянтлар D-димер миқдорига аста-секинлик билан таъсир қилиб, унинг миқдорини камайтиради.

Маълумки, гиперкоагуляция жараёни атероген ҳодисаларга ҳам таъсир кўрсатади. ПЗЛП (паст зичликдаги липопротеидлар) ва холестерин ошиши натижасида эндотелийда атероген пиллакчалар ҳосил бўлади. Шунинг учун биз қондаги ПЗЛП, ЮЗЛП (юқори зичликдаги липопротеидлар) ва ХС (холестерин) ни аниқлашга қарор қилдик. Тадқиқот натижасида ПЗЛП ва ХС миқдори иккинчи ва учинчи гуруҳ аёлларида биринчи гуруҳ аёлларига нисбатан 1,31 баравар юқори эди (P<0,05) (4-жадвалга қаранг). Аммо проспектив тадқиқотда қуйидагилар аниқланди. Ҳомила тушиш содир бўлган аёлларда иккала гуруҳда ҳам ушбу кўрсаткичларнинг 1,55 (P<0,01) ва 1,56 (P<0,01) марта ошиши аниқланди. Ҳомила тушиш хавфи мавжуд бўлган аёлларда ПЗЛП ва ХС миқдори қарийб ўзгармаган эди.

4-жадвал. Ҳомила тушиш хавфи мавжуд бўлган аёлларда СРО ва ёғ кислоталари миқдорининг ўзгаришлари, M±m

Гуруҳлар	Ташувчиларда холестерин миқдори, мг/дл		СРБ, МЕ/л
	ЗПЛП	ЗЮЛП	
1-гуруҳ, n=30	84,75±4,85	42,57±1,75	5,76±0,62
2-гуруҳ, n= 40	96,93±7,27	43,66±1,08	11,79±1,51 ^a
3-гуруҳ, n= 46	110,78±8,01 ^{a,b}	41,63±1,19	15,88±1,81 ^a

Изоҳ: а – физиологик ва патологик ҳомиладорлиги кечаётган аёллар кўрсаткичларининг ишончилиги (P <0.05); б – даволанган ва даволанмаган аёлларнинг қиёсий кўрсаткичларининг ишончилиги (P <0.05); 2-ва 3-гуруҳлар қиёсий кўрсаткичларининг фарқи ишончилиги (P <0.05).

Маълумки, D-димер миқдорига инфекция ва яллиғланиш жараёнлари ҳам таъсир кўрсатади. Яллиғланиш маркери сифатида бунда СРО (С-реактив оксил)ни эътироф этиш лозим. Уни ишлаб чиқарилиши жигарда ИЛ-6 ва цитокинлар таъсири остида фаоллашади. СРО нинг асосий вазифаси қондаги Т-лимфоцитлар ва лейкоцитларни боғлашдан иборат. Кальций ионлари микроорганизмлар лигандларига боғланиб, унинг элиминациясига сабаб бўлади. Шунинг учун унинг миқдори яллиғланиш ва инфекция жараёнларида ошади. СРО яллиғланиш жараёнининг даражасини белгилайди. Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, биз ҳомила тушиш хавфи мавжуд бўлган аёлларда СРО нинг миқдорини аниқлашга қарор қилдик. Тадқиқот натижасида 2-ва 3-гуруҳ аёлларида СРО нинг миқдорини биринчи гуруҳ аёллари кўрсаткичларига нисбатан

2,05 ($P<0,001$) ва 2,76 ($P<0,001$) марта юқори бўлиб, $11,79\pm 1,51$ ва $15,88\pm 1,81$ МЕ/л ни ташкил этди (3.2.7.-жадвалга қаранг). Проспектив таҳлилда гестациядан олдинги даврда ва ҳомиладорликнинг эрта муддатларида ўз вақтида этиопатогенетик даво чораларини олган аёлларда СРО миқдори норма чегарасида бўлиб, биринчи триместр охирига келиб, унинг миқдори кўтарилди бошлади. Ушбу ҳолат аёниқса, 3-гуруҳ аёлларида яққол намоён бўлиб, (нормага нисбатан 3,89 марта ортиқ эди ($P<0,001$)) бу эса яллиғланиш жараёнидан далолат беради. Унинг миқдори қондаги D-димер миқдорига мос келади. Унинг энг баланд кўрсаткичлари иккинчи ва учинчи гуруҳларда аниқланилиб, норма чегарасидан 3,66 ($P<0,001$) ва 5,6 ($P<0,001$) марта биринчи гуруҳ кўрсаткисларига нисбатан юқори эди, унинг миқдори $21,10\pm 2,82$ ва $32,23\pm 5,25$ МЕ/л ни ташкил этади.

Хулоса. Коагуляциянинг учинчи ҳалқасини ўрганиш давомида ҳомила тушиш хавфи мавжуд бўлган аёлларда гиперфибринемия ва гиперкоагуляция аниқланилиб, бу ҳолат D-димер миқдорининг ошишига сабаб бўлади. Ҳомила тушиш хавфи мавжуд бўлган аёлларда холестерин шаклидаги атероген липопротеидлар яллиғланиш маркерларидан бири бўлган СРО нинг ошиши D-димер миқдорининг пропорционал равишда ошиши унинг ҳомила тушиши хавфи мавжудлигидан далолат беради.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Аполихина И.А., Шнейдерман М.П, Тетерина Т.А., Горбунова Е.А. Причины невынашивания беременности. // Гинекология, 2013. 15(5): 60-65.
2. Базина М.И., Сыромятникова С.А., Егорова А.Т., Кириченко А.К., Хоржевский В.А. Прегестационная иммуноморфологическая оценка эндометрия и обоснование терапии у женщин с нарушением репродуктивной функции// Акушерство и гинекология. 2013; 10: 46-50.
3. Гончарова А.А., Кравченко Е.Н., Кривчик Г.В., Вотрина И.Р., Чебакова В.Ю. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике // Мать и дитя в Кузбассе. 2018. № 1 (72). С. 52–56.
4. Дубоссарская З.М., Дука Ю.М. Место тромбофилии в структуре синдрома потери плода. Таврический медико-биологический вестник. 2011; 14 (3; 1): 75-77.
5. Каюмова Г., Саркисова Л.В. Морфологические аспекты плацент при преждевременных родах. Материалы XXVI конференции молодых ученых и студентов БГМИ. 2018. С.14.
6. Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н. Особенности течения перименопаузального перехода женщин с ожирением. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. № 1-2.2020 Стр.39-42.
7. Зенкина В.Г., Сахоненко В.А., Зенкин И.С. Патоморфологические особенности плаценты на разных этапах гестации // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 6.;48-54.

8. Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н., Ахмедов Ф.К., Ашурова Н.Г. Влияние магний дефицитного состояния и дисбаланса стероидных гормонов жизнедеятельности организма женщины. Тиббиётда янги кун 2019; 3 (27) Стр- 14-18.
9. Султонова Н.А. Роль патологии эндометрия при репродуктивных потерях в ранних сроках беременности. Тиббиётда янги кун №4 (34) 2020 392-395 стр.
10. Султонова Нигора Азамовна. Ранняя диагностика недостаточности плаценты у женщин с репродуктивными потерями в республике Узбекистана. Новый день медицины // 2020 . - 4 (34).- С.-366-368.
11. Solieva N.K., Negmatullaeva M.N., Sultonova N.A. Features Of The Anamnesis Of Women With The Threat Of Miscarriage And Their Role In Determining The Risk Group// The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. - 2020. - № 2(09). - P. 32-34.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

«РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ»

Д.М. Гиллабаева

Наманганский областной Перинатальный Центр

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

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

«ЎСМИР КИЗЛАРДА ТУХУМДОН РЕТЕНЦИОН КИСТАЛАРИ»

Д.М. Гиллабаева

Наманган вилоят перинатал маркази

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

Резюме: Маколада усмир кизларда тухумдонларнинг функционал кисталарини консерватив даволашнинг анъанавий ва такомиллаштирилган усуллари тахлил килинган. Органларни саклаш ва реабилитация килишга ёрдам берадиган комплекс даволаш усули таклиф

этилган. Сунгра витамин-минерал комплекслар ёрдамида даволашнинг патогенетик асослари ишончли тарзда исботланган.

"FUNCTIONAL OVARIAN CYSTS IN ADOLESCENT GIRLS"

B.M.Tillabaeva

Perinatal center of Namangan region

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

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

Одной из сложных задач для детских гинекологов являются функциональные кисты яичников – фолликулярные, эндометриоидные и кисты желтого тела, поскольку они наиболее часто сопровождаются нарушением менструального цикла. Врач оказывается перед выбором, что предпочесть: излишняя оперативная активность не всегда оправдана, консервативное лечение опасно из-за возможных критических осложнений.

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

Материал и методы: Обследовано 44 девочки-подростка в возрасте 14-19 лет (средний возраст составил 16,75±0,37 лет), обратившихся к детскому гинекологу с жалобами на боли внизу живота, выделения из влагалища, нарушения ритма и длительности менструации. Всем обратившимся больным была проведена УЗИ-верификация патологического образования яичников и выявлены функциональные кисты яичника (ФКЯ) разной величины от 3.5 см до 8.5 см. Впервые киста возникла у 67% обследованных девочек-подростков в течение первых 1.5 лет после менархе, в 33% случаях отмечены рецидивы

Обследованные пациентки были разделены на две группы: 1 группа (n=28) – пациенткам проводилась традиционная консервативная терапия с включением противовоспалительных средств и КОК, согласно гинекологическим стандартам; II группа (n=26) – проводилась консервативная противовоспалительная и гормонотерапия с последующим использованием витаминно-минерального комплекса (ВМК); Витаминно-минеральный комплекс представлен препаратом Инотир (по 1п 10 дней в течении 2 месяцев). Данный комплекс представлен смесью 5 активных компонентов, взаимодействие которых является синергическим и эффективным. Наблюдалась выраженная положительная клиническая

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

Результаты проведенного исследования позволили нам сделать следующие выводы:

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

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

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

Использованная литература:

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

**РОЛЬ АНГИОГЕННЫХ МАРКЕРОВ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ
С ПЛАЦЕНТА-АССОЦИИРОВАННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ**

Н.А.Тишабаева¹, Ш.Д.Бабажанова².

¹*Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана, Узбекистан.*

²*Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан.*

**PLASENTA BILAN BOG'LIQ ASORATLARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARNI
DAVOLASH TAKTIKASINI TANLASHDA ANGIOGEN MARKERLARNING ROLI.**

N.A.Tishabayeva¹, Sh.D.Babajanova².

¹*Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti,*

²*Respublika Perinatal Markazi, Tashkent, Uzbekistan,*

**ROLE-ANGIOGENIC MARKERS IN THE CHOICE OF MANAGEMENT TACTICS FOR
PREGNANT WOMEN WITH PLACENTA-ASSOCIATED COMPLICATIONS**

N.A.Tishabayeva¹, Sh.D.Babazhanova².

¹*Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan.*

²*Republican Perinatal Center, Tashkent, Uzbekistan.*

Ключевые слова: *Ангиогенные маркеры, преэклампсия*

Калит сўзлар: *Angiogen markerlar, preeklampsiya*

Key words: *Angiogenic markers, pre-eclampsia*

Актуальность: На сегодняшний день плацента-ассоциированные осложнения (преэклампсия, эклампсия и гипотрофия плода) являются основной причиной летальности и осложнений беременности со стороны матери и плода.

Материалы и методы исследования: Статистические данные ФОПЦ за 2022 год.

Цель: Исследование влияния ангиогенных факторов на развитие плацента-ассоциированных осложнений и профилактика их путем раннего выявления.

Из наиболее значимых факторов риска развития преэклампсии во время беременности являются: повторная беременность у первородящих, наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии (гипертензивных состояний, патологии почек, ожирения), наличие в анамнезе тяжелой преэклампсии, невынашивания, осложнение данной беременности угрозой прерывания, острые вирусные инфекции во время беременности, обострение хронического пиелонефрита. По данным статистики ФОПЦ за 2022 год из общего числа родов-6916, у 848 родивших женщин беременность протекала с осложнениями, что составляет 12.26 %, из них тяжёлая преэклампсия развилась у 537 беременных, что составляет 63.3 % из всех осложнений; эклампсия составляет

0,8%. Из 537 случаев преэклампсии операция кесарева сечения была произведена в 202 случаях, что составляет 36,7 %. Таким образом в 1/3 части случаев преэклампсии проводится оперативное родоразрешение, что в свою очередь может быть причиной осложнений в последующих беременностях (ФПН, несостоятельность рубца на матке, травматизм при родах и нарушения процесса плацентации с последующей преэклампсией) В значительной степени развитие преэклампсии зависит от процесса плацентации, при нарушении которого происходит изменение циркуляции в плаценте вследствие чего происходит окислительный стресс в плаценте и выброс факторов эндотелиальной дисфункции в систему кровообращения. Важнейшими регуляторами процесса ремоделирования и роста плацентарных сосудов являются ангиогенные факторы, состоящие из проангиогенов (сосудистый эндотелиальный фактор роста (УБОР-Л) и плацентарный фактор роста (PlGF)) и антиангиогенов, являющихся их рецепторами, — fms-подобная тиро-зинкиназа (Flt-1, также обозначаемая как sVEGFR1) и III тип рецептора тирозинкиназы — KDR (kinase insert domain receptor), также обозначаемый как VEGFR2. В то время как VEGF связывается с обоими рецепторами, PlGF — только с Flt-1.

Многочисленные исследования последних лет убедительно показали, что развитие различных осложнений беременности, в том числе и ПЭ, обусловлены дисбалансом проангиогенных и анти-ангиогенных факторов, циркулирующих в материнской крови. В настоящее время изучено более 50 генов, связанных с развитием преэклампсии. Из них наиболее изученные ангиогенные факторы-растворимая FMS-подобная тирозинкиназа-1(sFlt) или рецептор-1 фактора роста эндотелия сосудов(VEGF-R1), повышение которого прогнозирует развитие преэклампсии, при этом низкое его содержание в I триместре прогнозирует развитие ранней преэклампсии, в то время как низкая концентрация PlGF (фактора роста плаценты) во втором триместре прогнозирует позднее развитие преэклампсии, также развитие преэклампсии прогнозируется с помощью растворимого эндоглина(sEng), повышенный уровень которого обнаруживается за 2—3 месяца до развития клинических признаков преэклампсии. Одним из органов-мишеней является материнский эндотелий. Большое количество плазменных маркеров активации и дисфункции эндотелия находится в состоянии дизрегуляции у женщин с ПЭ, включая антигены Виллебранда, фибронектин, растворимый E-селектин и эндотелин. Инкубация эндотелиальных клеток в плазме крови, полученной у женщин с ПЭ, приводит к дисфункции этих клеток. Предполагается, что циркулирующие в крови вазоактивные агенты, источником которых является плацента, воздействуют на эндотелий сосудов мозга, почек, сердечно-сосудистой системы матери.

Плацентарный белок-13 (PP-13) - это еще один маркер, прогнозирующий не только преэклампсию, но и задержку внутриутробного роста плода. В сыворотке крови пациенток при развитии преэклампсии концентрация PP13 увеличивается, несмотря на уменьшение его

эксекреции плацентой. Хотя плацента, по-видимому, играет значительную каузальную роль в возникновении преэклампсии, одним из органов-мишеней является материнский эндотелий. Большое количество плазменных маркеров активации и дисфункции эндотелия находится в состоянии дисрегуляции у женщин с преэклампсией, включая антигены Виллебранда, фибронектин, растворимый Е-селектин и эндотелин. Инкубация эндотелиальных клеток в плазме крови, полученной у женщин с преэклампсией, приводит к дисфункции этих клеток. Предполагается, что циркулирующие в крови вазоактивные агенты, источником которых является плацента, воздействуют на эндотелий сосудов мозга, почек, сердечно-сосудистой системы матери. Дисбаланс синтеза про- и антиангиогенных факторов, вероятно, играет ключевую роль в патогенезе преэклампсии.

Увеличение экспрессии растворимой fms-подобной тирозинкиназы 1 (sFlt-1), ассоциированное с ним уменьшение синтеза плацентарного фактора роста и изменение синтеза VEGF являются одними из наиболее ярких признаков нарушения баланса продукции эндотелиальных факторов.

VEGF стабилизирует эндотелиальные клетки сосудов и особо важен для поддержания функции эндотелия почек, печени и головного мозга. VEGF взаимодействует с двумя основными рецепторами: Flk и Flt-1. Вариантом мембранно-связанного рецептора к VEGF (его часто обозначают VEGFR1) является sFlt-1, который дает антиангиогенный эффект. Растворимый антиангиогенный фактор sFlt-1 секретируется в основном синцитиотрофобластом в кровотоке матери. Фактор sFlt-1 способен связывать как VEGF, так и PlGF и не позволяет этим ростовым факторам взаимодействовать с соответствующими рецепторами. При преэклампсии наблюдается увеличение экспрессии sFlt-1, коррелирующее с клиническими проявлениями патологии.

Выводы: Одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства является поиск способов диагностики преэклампсии у беременных, раннего выявления и мониторинга преэклампсии, поддерживающей терапии при этой патологии. Показано, что оценка уровней циркулирующих про- и антиангиогенных факторов позволяет в некоторых случаях за несколько недель прогнозировать наступление преэклампсии. В первую очередь это касается оценки концентрации в плазме sFlt-1 и sEng, увеличение которой наблюдается за 5—8 нед до клинического проявления преэклампсии. Отношение этих антиангиогенных факторов к концентрации PlGF расценивается как один из лучших маркеров наступления преэклампсии. Своевременная диагностика позволит вовремя начать профилактику тяжелой преэклампсии, внутриутробного страдания плода и, как следствие, снизить процент реанимационной помощи новорожденным при необходимости досрочного родоразрешения, снизить показатели перинатальной заболеваемости и смертности.

Літэратура / References:

1. Brown M. et al. The classification and diagnosis of the hypertensive disorders of pregnancy: statement from the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). *Hypertension in pregnancy: official journal of the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy*. 2001; IX—XIV.
2. Steegers E.A.P. et al. Pre-eclampsia. *Lancet*. 2010; 376 (9741): 631—44.
3. Young B.C., Levine R.J., Karumanchi S.A. Pathogenesis of preeclampsia. *Ann. Rev. Pathol.* 2010; 5: 173—92.
4. Granger J.P. et al. Reduced uterine perfusion pressure (RUPP) model for studying cardiovascular-renal dysfunction in response to placental ischemia. *MethodsMol. Med.* 2006; 122: 383—92.
5. Naljayan M. V., Karumanchi S.A. New Developments in the Pathogenesis of Preeclampsia. *Adv. Chronic Kidney Dis.* 2013; 20 (3): 265—270.
6. Levine R.J. et al. Soluble endoglin and other circulating antiangiogenic factors in preeclampsia. *N. Engl. J. Med.* 2006; 355 (10): 992—1005.
7. Conti E. et al. Growth factors in preeclampsia: A vascular disease model: A failed vasodilation and angiogenic challenge from pregnancy onwards? *Cytokine Growth Factor Rev.* 2013; 24 (5): 411—25.
8. Verlohren S., Stepan H., Dechend R. Angiogenic growth factors in the diagnosis and prediction of pre-eclampsia. *Clin. Sci.* 2011; 122 (2): 43—52.
9. Lassus P. et al. Vascular endothelial growth factor and angiogenin levels during fetal development and in maternal diabetes. *Biol. Neonate.* 2003; 84 (4): 287—92.
10. Kleinrouweler C.E. et al. Accuracy of circulating placental growth factor, vascular endothelial growth factor, soluble fms-like tyrosine kinase 1 and soluble endoglin in the prediction of pre-eclampsia: A systematic review and meta-analysis. *BJOG An Int. J. Obstetr. Gyn-aecol.* 2012; 119 (7): 778—87.
11. Espinoza J. et al. Identification of patients at risk for early onset and/ or severe preeclampsia with the use of uterine artery Doppler velocimetry and placental growth factor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2007; 196 (4): 326.e1—326.13.
12. Levine R.J. et al. Circulating angiogenic factors and the risk of preeclampsia. *N. Engl. J. Med.* 2004; 350 (7): 672—83.
13. Maynard S.E. et al. Excess placental soluble fms-like tyrosine kinase 1 (sFlt1) may contribute to endothelial dysfunction hypertension, and proteinuria in preeclampsia. *J. Clin. Invest.* 2003; 111 (5): 649—58.
14. Shibuya M. Vascular endothelial growth factor and its receptor system: Physiological functions in angiogenesis and pathological roles in various diseases. *J. Biochem.* 2013; 153 (1): 13—9.

15. Romero R. et al. An imbalance between angiogenic and anti-angiogenic factors precedes fetal death in a subset of patients: results of a longitudinal study. J. Matern. Fetal. Neonatal Med. 2010; 23 (12): 1384—99.
16. Foidart J.M. et al. Dysregulation of anti-angiogenic agents (sFlt-1, PLGF, and sEndoglin) in preeclampsia—a step forward but not the definitive answer. J. Reprod. Immunol. 2009; 82 (2): 105—10.
21. Wada Y. et al. Effects of KRN633, an inhibitor of vascular endothelial growth factor receptor-2 tyrosine kinase, on vascular development of placenta and fetus of mid-pregnancy in mice. J. Pharmacol. Sci. 2010; 112 (3): 290—8.
22. Levine R.J. et al. Soluble endoglin and other circulating antiangiogenic factors in preeclampsia. N. Engl. J. Med. 2006; 355 (10): 992—1005.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Н.А.Гишабаева¹, М.Ш.Алимжанова¹.

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья,

Ключевые слова: *киста, онкомаркеры, лапароскопия.*

Актуальность: Согласно данным современной мировой литературы причинами развития у девочек заболеваний, связанных со снижением репродуктивной функции (синдром поликистозных яичников, эндометриоз и др.), являются в том числе нарушения развития половых желез девочки в пренатальном периоде. Поэтому столь важно контролировать состояние яичников девочки с периода новорожденности. В гинекологии актуальной проблемой, по-прежнему, остаются кистозные образования в яичниках. Частота данной патологии возросла за последние 10 лет с 6 - 11% до 19 - 25% среди других опухолей женских половых органов. На долю доброкачественных приходится около 75 - 87% всех истинных опухолей яичников. Чаще всего кистами страдают лица женского пола детородного возраста.

Это значит, что с приходом месячных возрастает риск появления у девочки кисты яичника. Именно в момент полового созревания и диагностируется около 50 % кист яичников. Это связывают с гормональными перестройками у девочек в этом возрасте и воздействием в этом возрасте следующих факторов риска: лишний вес, инфекции половой системы, вредные привычки, особенности строения детских органов, стресс, проблемы в работе щитовидной железы, ранние и нерегулярные месячные, наследственность, тяжелые нагрузки. Кисты яичников у детей и подростков являются предметом повышенного внимания специалистов, в связи их

поздней диагностикой, высокой частотой малигнизации и, как следствие, неудовлетворительными результатами лечения. По данным литературы новообразования яичников: в период новорожденности выявляются несколько более 1%; от 1мес. до 3 лет - до 3 %; от 3 до 7 лет - 8-9%; от 7 до 9 лет – 14,5%; от 9 до 12 лет – 17%. Наиболее часто они выявляются в возрастном отрезке 12-15 лет, составляя 56% всех наблюдений. Цель: изучить частоту встречаемости кист яичников у девочек. Материалы и методы исследования: материалом для исследования служили статистические данные отчётной документации Ферганского городского медицинского объединения за 2022 год.

Результаты и обсуждения: Сравнительная характеристика проводилась в двух возрастных категориях. Были обработаны данные в двух возрастных категориях: с 8 до 12 лет - 1 группа (40 девочек), с 13 до 17 лет - 2 группа (60 девочек). В 1группе из 40 девочек был установлен диагноз с кистой яичника у 5 девочек, что составляет 12.5% из общего числа в этой группе, Во 2ой группе из 60 девочек был установлен диагноз с кистой яичника у 12 девочек, что составляет 20 % из общего числа в этой группе. При этом были сопоставлены данные о наличии эндемического зоба у 15 девочек в первой обследуемой группе и у 30 девочек во второй обследуемой группе, что в общем составляет 45% из всех возможных этиологических причин, 10%-ожирение, 15%-аднексит и 30%- не выясненной этиологии. Также были исключены с целью дифференциальной диагностики: острый аппендицит, острый гастроэнтерит, инфекция мочеполовых путей, острый цистит, почечная колика, атония лоханок с обеих сторон, мезаденит, лимфаденит, люмбалгия, острым дивертикулит, кишечная колика.. Диагностика кисты яичника:

УЗИ малого таза трансвагинальным или трансабдоминальным датчиком. ультразвуковое исследование органов малого таза, которое должно быть дополнено МРТ органов малого таза в том случае, если обнаруженная ранее киста яичника сохраняется до срока беременности 12-ть недель (для исключения злокачественного характера процесса);

МРТ или КТ. Высокоточные диагностические процедуры, назначаемые, когда результаты других диагностических методов не позволяют установить окончательный диагноз.

Необходимым является исследование крови на онкомаркеры опухолей яичника — СА-125, НЕ-4, индекс ROMA, однако во время беременности данные показатели могут быть недостоверными. Рентгенологическое исследование. Если дермоидная киста с зубами, рентген поможет обнаружить костные включения.

Лечение: На современном этапе основным методом лечения кист яичников является оперативная лапароскопия.

Выводы: Своевременное и точное определение характера кист яичников имеет важное практическое значение. В настоящее время эта проблема с разной эффективностью решается с

помощью комплексного ультразвукового исследования. Кроме УЗИ, ценными диагностическими методами являются компьютерная (КТ) и магнитнорезонансная томография (МРТ).

От своевременности и аккуратности проведенной операции зависит репродуктивная функция пациентки и вероятность развития рецидива. Целью лапароскопической операции, при наличии доброкачественной кисты яичника, является максимально аккуратное и щадящее, по отношению к здоровым тканям, вылушивание её капсулы, остановка кровотечения и восстановление целостности яичника.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ
РУБЦОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ**

Н.А.Тишабаева¹, Р.И.Фуломова¹.

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья

**OPERATSIYALARDAN KEYIN PATOLOGIK CHANDIQLAR PAYDO BO'LISHINING
PATOGENETIK MEKANIZMLARI VA ULARNI TUZATISH USULLARI**

N.A.Tishabayeva¹, R.I.G'ulomova¹.

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiot instituti

**PATHOGENETIC MECHANISMS OF FORMATION OF PATHOLOGICAL SCARS AFTER
OPERATIONS AND WAYS OF THEIR CORRECTION**

N.A.Tishabaeva¹, R.I.Gulomova¹.

¹Fergana medical institute of public health

Актуальность: Процесс реабилитации пациентов в послеоперационном периоде тесно связан с заживлением раны и формированием послеоперационного рубца. Одним из способов уменьшения травматичности проводимых операций служит снижение объема операционной раны путем внедрения малоинвазивных (эндоскопических, лапароскопических, торакокопических операций) и применение щадящих методов закрытия ран

Материалы и методы: *Литературный обзор*

Морфологический процесс образования рубца: В настоящее время четкого разделения терминов «рубец» и «рубцовая ткань» нет. По своей сути рубец представляет собой соединительнотканное образование, которое формируется в процессе заживления раны, а рубцовая ткань возникает в последней фазе раневого процесса – фазе эпителизации. Процесс формирования рубца включает в себя внешние (объем, локализация, вид заживления раны) и

внутренние факторы (реактивность организма, особенность строения соединительной ткани и т. д.). Выраженность рубцового процесса зависит от объема повреждения: он больше при глубоком повреждении с поражением потовых и сальных желез, волосяных фолликулов.

В процессе заживления раны условно выделяют несколько фаз, сменяющих и часто наслаивающихся друг на друга: фаза экссудации и воспаления, фаза пролиферации, фаза реорганизации. В 1-ю фазу (экссудации и воспаления) происходит активация системы свертываемости крови и образование тромбоцитарно-фибринового сгустка на месте повреждения, что приводит к остановке кровотечения и созданию временной матрицы, состоящей из гликопротеинов (коллаген), протеогликанов и гиалуроновой кислоты, служащей основой для синтеза соединительной ткани. В дальнейшем на фоне фибринолиза и разрушения тромбоцитов происходит выброс многочисленных факторов роста (трансформирующий фактор роста β , эпидермальный фактор роста, инсулиноподобный фактор роста, фактор роста тромбоцитов и др.) и аттракция нейтрофилов, фагоцитирующих чужеродные частицы и активирующих кератиноциты и макрофаги.

Во 2-ю фазу (пролиферации) происходит формирование молодой соединительной ткани, богатой сосудами и клетками, и синтез коллагена фибробластами. Особенностью данной фазы является преобладание в тканях послеоперационного рубца эмбрионального коллагена (III типа), представляющего собой тонкие волокна и характеризующегося эластичностью и хорошей растяжимостью. В дальнейшем коллаген III типа замещается на менее эластичный коллаген I типа. Одновременно с этим миофибробласты синтезируют белки актин и десмин, улучшающие сближение краев раны.

В 3-ю фазу заживления раны (фаза реорганизации) происходит синтез сократительных белков и различных компонентов внеклеточного матрикса фибробластами. Фибробласты, тучные клетки и макрофаги синтезируют матриксные металлопротеиназы, которые разрушают компоненты внеклеточного матрикса. Таким образом, в фазе реорганизации осуществляется поддержка баланса между синтезом и деструкцией коллагена, что приводит к формированию нормального рубца.

Патогенез: Достоверные причины развития гипертрофических и келоидных рубцов в настоящее время не выявлены. В основе образования таких рубцов лежат нарушения процессов синтеза и деградации коллагена на различных этапах формирования рубца, нарушения обусловлены следующими причинами.

- 1) интенсификация синтеза коллагеновых волокон в послеоперационной ране в течение длительного времени;
- 2) влияние различных факторов роста (трансформирующий фактор роста β) на развитие гипертрофических рубцов путем стимуляции ангиогенеза, синтеза коллагена, пролиферации

фибробластов, ингибиции деградации цитоплазматического матрикса.

3) повышение активности ингибиторов металлопротеиназ, приводящее к образованию избыточного коллагена и фибронектина;

4) нарушения процессов апоптоза фибробластов послеоперационной раны на фоне супрессии белка p53, являющегося регулятором клеточного цикла.

Патологические рубцы могут появляться в любом возрасте, но чаще всего они встречаются у молодых пациентов. Это связано с особенностями их кожного покрова – эластичностью и растяжимостью за счет синтеза большого количества коллагена, в то время как у пожилых пациентов кожа более ригидная.

Классификация рубцов В настоящее время принята следующая классификация рубцов.

I. Физиологические (нормотрофические) рубцы.

II. Патологические рубцы:

1. Атрофические рубцы: колотые, прямоугольные, закругленные, стрии.

2. Гипертрофические рубцы.

3. Келоидные рубцы:

A. По этиологии: истинные келоидные рубцы, ложные келоидные рубцы.

B. По морфологии: фибробластические (активные), фиброзные (стабильные).

Нормотрофические рубцы развиваются вследствие физиологически протекающего процесса заживления раны.

Развитие атрофических рубцов происходит на месте язвенных дефектов, пиогенных инфильтратов, инфекционных гранулем, в очагах хронического воспаления. Основным отличием атрофических рубцов является отсутствие клеток и сосудов, атрофия дермы и выраженный фиброз. Также для стрий характерен разрыв эластических волокон вместе с дефицитом коллагена и эластина.

Гипертрофические рубцы характеризуются достаточно плотной консистенцией, они возвышаются над поверхностью кожи, но не выходят за границы повреждения. При гистологическом исследовании отмечается разрастание коллагеновых волокон, увеличение количества фибробластов, наличие развитой сосудистой сети.

Келоидный рубец представляет собой новообразование незрелой соединительной ткани, распространяющейся за пределы зоны повреждения и характеризующейся наличием большого количества фибробластов и облитерированных сосудов, пучков коллагеновых волокон, образующих узловые структуры.

В настоящее время деление келоидных рубцов на истинные (возникающее спонтанно) и ложные (возникающие на месте микротравмы) претерпело некоторые изменения, т. к. было

доказано, что истинные келоидные рубцы также возникают на фоне микротравматизации послеоперационной раны.

Лечение: Проблема лечения больных с келоидными и гипертрофическими рубцами полостью не решена. Это связано с тем, что единственного эффективного метода ведения таких пациентов не существует. Рациональная тактика борьбы с патологическими рубцами включает терапевтические, физиотерапевтические, рентгенологические, хирургические и косметические методы .

Терапевтические методы: Препараты, применяемые для лечения пациентов с патологическими рубцами, относятся к различным фармакологическим группам и имеют точки приложения в каждой стадии развития рубца.

А.Кортикостероидные препараты Кортикостероидные препараты являются основными в лечении пациентов с келоидными рубцами. В основе их действия лежит ингибирование синтеза медиаторов воспаления и пролиферации фибробластов, что приводит к снижению уровня глюкозаминогликанов и коллагена в ране. К препаратам данной группы относятся:

- *Гидрокортизон*, применяется в виде инъекций и местно;
- *Триамцинолона ацетат*, применяется инъекционно в зону повреждения с интервалом 4–6 нед.;
- *Бетаметазона дипропионат*, применяется в виде топических форм. Особенностью действия этого препарата является уменьшение рельефа рубцовой ткани за счет изменения кинетики фибробластов и резорбции соединительной ткани.

При применении кортикостероидных препаратов возможно развитие таких осложнений, как атрофия кожи, телеангиоэктазии и нарушение пигментации.

Б.Ферментные препараты К ферментным препаратам, применяемым в лечении пациентов с патологическими рубцами, относятся *коллагеназы и гиалуронидазы*, гидролизующие коллаген и гликозаминогликаны в рубцовой ткани с дальнейшим восстановлением нормального состава и структуры внеклеточного матрикса.

Специфическим субстратом гиалуронидазы являются гликозаминогликаны – «цементирующее» вещество соединительной ткани. В результате гидролиза уменьшается вязкость гликозаминогликанов, способность связывать воду и ионы металлов. Как следствие, увеличивается проницаемость тканей, улучшается их трофика, уменьшаются отеки, повышается эластичность рубцово-измененных участков. Эффект наиболее выражен в начальных стадиях патологического процесса. Проблемой многих ферментных препаратов является их инактивация при введении. Указанного недостатка лишен препарат Лонгидаза[®], представляющий собой конъюгат гиалуронидазы с высокомолекулярным носителем, благодаря чему клинический эффект препарата выше, чем нативного фермента. Конъюгация повышает устойчивость гиалуронидазы к действию температуры и ингибиторов, увеличивает эффективность, приводит

к пролонгированию действия, сохраняя фармакологические свойства носителя, обладающего хелатирующей, антиоксидантной, противовоспалительной активностью. Благодаря своим политропным свойствам Лонгидаза® подавляет обратную реакцию, направленную на синтез компонентов соединительной ткани, оказывает противofиброзное действие, ослабляет выраженность воспалительной реакции. Хорошо переносится пациентами. Для профилактики формирования гипертрофического рубца после хирургических операций или в случае уже сформированного гипертрофического рубца Лонгидазу вводят внутрирубцово или подкожно вблизи места поражения 1 раз в 3 дня, курсом до 15 инъекций в дозировке 3000–4500 МЕ. В зависимости от размера и давности образования рубца возможно чередование подкожного и внутримышечного введения препарата 1 раз в 5 дней в дозировке 3000 МЕ, курсом до 20 инъекций.

Проведенные клинические исследования демонстрируют значительный эффект препарата, заключающийся в уменьшении плотности рубца и восстановлении эластичности кожи, у пациентов с гипертрофическими и келоидными рубцовыми изменениями с различной локализацией и давностью патологического процесса.

В настоящее время появился крем, содержащий стабилизированную гиалуронидазу, – Имофераза®, который может применяться пациентами самостоятельно в домашних условиях для продолжения лечения или ухода. Крем наносится 2 раза в день (не требуется предварительной подготовки кожи), легко впитывается и не оставляет следов на одежде.

Иммуномодуляторы Применение иммуномодуляторов является относительно новым методом лечения пациентов с патологическими рубцами.

- *Интерферон-α2b*, вводится инъекционно в линию шва после иссечения патологического рубца, предотвращает его рецидив за счет угнетения синтеза коллагена типов I и III, которые являются основными структурными компонентами рубцовой ткани ;

- *Меглюмина акридоацетат*, является индуктором интерферона и воздействует на Т-клеточное звено иммунитета. Препарат оказывает ингибирующее влияние на синтез провоспалительных цитокинов и снижает уровень хронического воспаления в рубце, которое стимулирует рост келоидной ткани.

Г.Витамиотерапия Применение витаминов местно или путем внутрикожных инъекций является новым направлением в лечении пациентов с патологическими рубцами.

- *Ретинол (витамин А)*, ускоряет заживление ран, подавляет рост патологической рубцовой ткани, повышает пролиферацию клеток эпидермиса и угнетает пролиферацию фибробластов. Применение витамина А приводит к угнетению роста келоидных фибробластов и снижает уровень коллагена [19];

• *Токоферол (витамин E)*, активный антиоксидант, тормозящий перекисное окисление липидов, стабилизирующий лизосомальные мембраны эндотелиоцитов, что снижает степень эндотелиальной дисфункции.

Д. Флавоноидные соединения К данной группе препаратов относятся различные фитоэкстракты (*кверцетин, кемпферол, протокатехин* и др.), применяющиеся местно в составе различных повязок. Воздействие флавоноидных соединений на развитие рубцовой ткани объясняется их антиокислительными свойствами, способностью ингибировать процесс перекисного окисления липидов и липопероксидации мембранных фосфолипидов, что влияет на активность мембран эндотелиоцитов. Также отмечается угнетение продукции коллагена и фибронектина за счет ингибирования специфических генов, участвующих в работе некоторых факторов роста.

Е. Аминокислоты В настоящее время наиболее изучена эффективность *глицина* в лечении пациентов с патологическими послеоперационными рубцами. Эта аминокислота участвует в процессах образования новых клеток, обладает гидратирующей способностью. Применение глицина местно позволяет сохранить защитную функцию эпидермиса, а проникновение его в дерму улучшает микроциркуляцию, замедляет процессы деградациии соединительной ткани. Исследования показали, что применение его в высоких дозах позволяет проводить профилактику келоидообразования за счет эндотелиопротекторного действия препарата.

Ж. Комбинированные препараты для лечения пациентов с патологическими рубцами
Многокомпонентные препараты для лечения пациентов с патологическими рубцами обладают большей эффективностью по сравнению с монокомпонентными, т. к. воздействуют на разные звенья процесса образования рубца.

Физиотерапевтические методы Данные методы лечения основаны на различных физических воздействиях на патологический рубец и включают:

А. Средства, содержащие силикон (пластины, пластыри, гели) Воздействие силиконовых пластин и пластырей на келоиды осуществляется за счет их равномерного давления на рубец, что приводит к уменьшению объема внеклеточного матрикса и к правильному, упорядоченному расположению коллагеновых волокон в ране. Применение силиконовых пластин позволяет постоянно содержать поверхность рубца в увлажненном виде, защищать его от высыхания и травматизации. Постоянное увлажнение рубцовой ткани способствует восстановлению водного баланса эпидермиса и нормализации активности фибробластов, что препятствует избыточному разрастанию соединительной ткани, а воздействие отрицательно заряженного статического электрического поля силикона может приводить к регрессу келоидного процесса.

Б. Рентгенотерапия Использование рентгенотерапии обусловлено воздействием ионизирующего излучения на соединительную ткань, что приводит к отеку и разрушению как

фибробластов, так и коллагеновых волокон. Особенностью метода является то, что облучение воздействует только на эпидермис и поверхностные слои дермы (в т. ч. рубец), в то время как нагрузка на подлежащие ткани минимальна. К противопоказаниям при назначении рентгенотерапии относятся:

•болезни почек, •декомпенсация нарушений кровообращения, •наличие дерматитов.

Общая доза облучения составляет 15–20 Гр. Для предотвращения развития келоидного рубца возможно одноразовое облучение раны в день снятия швов.

В. Воздействие низкими температурами (криодеструкция)

Криовоздействие на патологический рубец (жидким азотом) приводит к повреждению сосудов микроциркуляторного русла и гибели клеток в результате образования микрокристаллов внутри клеток. Недостатком метода являются болезненность и частое развитие гипо- и депигментаций, которые в некоторых случаях могут быть необратимыми.

Г. Лазерная терапия Применение лазерной терапии у пациентов с патологическими рубцами основано на способности коллагена сокращаться на фоне локального нагрева (при использовании углекислого лазера) или разрушаться в процессе фототермолиза (при использовании импульсных лазеров на красителях). Использование лазеров приводит к уменьшению размеров рубца и его размягчению. Однако при использовании только лазерного воздействия на патологический рубец отмечается достаточно высокий процент рецидивов. Поэтому представляет интерес метод фотофореза, когда предварительно на рубец наносится лекарственный препарат, а затем проводится облучение лазером по контактно-стабильной, квазисканирующей или контактно-лабильной методике. Используют низкоэнергетическое инфракрасное лазерное излучение (импульсная мощность составляет 2–8 Вт/имп) с частотой следования импульсов 80 или 1500 Гц. Следует отметить, что препараты Лонгидаза® и Имофераза® могут применяться для фотофореза. Лонгидазу растворяют в воде для инъекций, процедуры проводятся ежедневно или через день курсом до 15 процедур. Повторные курсы показаны через 2 мес. Данный физиотерапевтический метод наиболее эффективен при свежих рубцах давностью от 2-х недель до 2-х месяцев.

Д. Использование ультразвуковых колебаний в рамках метода ультрафонофореза

Методика осуществляется с помощью сочетанного применения лекарственного препарата (например, Лонгидазы или Имоферазы) и ультразвуковых колебаний в непрерывном или импульсном режиме с частотой 880 кГц – 1 мГц. Лонгидазу перед применением разводят в 1 мл жидкости (раствор натрия хлорида 0,9%, вода для инъекций, раствор новокаина и др.) и наносят на рубец, затем без временного интервала по контактной методике проводится воздействие ультразвуком, интенсивность составляет при локализации процесса на лице 0,2 Вт/см², при локализации на других участках тела – 0,4–0,8 Вт/см². Общая продолжительность процедуры не

превышает 15 мин, процедуры проводятся ежедневно или через день курсом до 20 процедур. Повторный курс ультрафонофореза допускается не ранее чем через 3 мес. Важно отметить, что данный метод в сочетании с внутрирубцовым и подкожным (вблизи места поражения) введением Лонгидазы эффективен для лечения рубцовых изменений давностью даже более 1 года.

Следует отметить, что эффективность применения терапевтических и физиотерапевтических средств зависит от срока образования рубца – чем он «старше», тем эффективность лечения меньше. Это связано с преобладанием рубцовой ткани и уменьшением количества сосудов в соединительно-тканном образовании, что нарушает его трофику.

Хирургическое лечение: Хирургическое иссечение келоидных рубцов применяется крайне редко, так как травматическое воздействие на рубец практически всегда приводит к рецидиву келоида. В основе метода лежит удаление рубцовой ткани и создание оптимальных условий для заживления первичным натяжением: сопоставление однородных тканей и краев раны, очищение раны, ушивание раны атравматичной рассасывающейся нитью. Хирургическое лечение обязательно должно сопровождаться другими методами профилактики и лечения патологических рубцов.

Корректирующие косметические методы: Применяемые в настоящее время косметические процедуры (пилинги, мезотерапия, дермабразия) выполняют эстетическую коррекцию рубцов небольших размеров, но не имеют какого-либо терапевтического эффекта. При этом косметические методы можно использовать только в 3-й фазе организации рубца. Для получения удовлетворительных результатов косметические процедуры необходимо сочетать с терапевтическими методами.

Заключение: Процесс заживления послеоперационной раны зависит от объема повреждения и особенностей организма пациента. Профилактические меры, направленные на предупреждение келоидных рубцов, включают применение малоинвазивных методик, уменьшающих травматизацию кожных покровов, и использование различных терапевтических и физиотерапевтических средств, препятствующих формированию келоидной ткани. Применение лечебных средств в профилактических целях должно начинаться уже во 2-й стадии формирования рубца (фаза пролиферации). Раннее начало терапии (например, назначение конъюгированной гиалуронидазы (бовгиалуронидазы азоксимер) сразу после эпителизации раны) способствует предотвращению образования грубого косметического дефекта.

Использованная литература:

1.Галлямова Ю.А., Кардашова З.З. Гипертрофические и келоидные рубцы // Лечащий врач. 2009. №10. С.20–23 [Galljamova Ju.A., Kardashova Z.Z. Gipertroficheskie i keloidnye rubcy // Lechashhij vrach. 2009. №10. S.20–23 (in Russian)].

2. Вертеева Е.Ю., Олисова О.Ю., Кочергин Н.Г., Пинсон И.Я. Обзор патогенетических механизмов и методов коррекции рубцов // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2015. Т.18. №1. С.51–57 [Vertieva E.Ju., Olisova O.Ju., Kochergin N.G., Pinson I.Ja. Obzor patogeneticheskikh mehanizmov i metodov korrekcii rubcov // Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. 2015. T.18. №1. S.51–57 (in Russian)].
3. Wolfram D., Tzankov A., Pülzi P., Piza-Katzer H. Hypertrophic scars and keloid – a review of their pathophysiology, risk factors and therapeutic management // *Dermatol. Surg.* 2009. Vol. 35(2). P.171–181.
4. Dallan J.C., Sherratt J.A., Maini P.K. Modeling the effects of transforming growth factors- β on extracellular matrix alignment in dermal wound repair // *Wound Repair. Regen.* 2001. Vol. 9(4). P.278–286.
5. Ulrich D., Ulrich F., Piatkowski A., Pallua N. Matrix metalloproteinases and tissue inhibitors of metalloproteinases in patients with different types of scars and keloids // *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* 2010. Vol. 63(6). P.1015–1021. doi: 10.1016/j.bjps.2009.04.021
6. Penn J.W., Grobbelaar A.O., Rolf J.K. The role of TGF- β family in wound healing, burns and scarring: a review // *Int. J. Burn. Trauma.* 2012. Vol. 2(1). P.18–28.
7. Арндт К.А. Коррекция рубцов. Пер. с англ. М.: Практическая медицина (Рид Элсивер). 2009 [Arndt K.A. Correction of scars. Transl. from Engl. Moscow: Prakticheskaiya meditsina (Red Elsevier). 2009 (in Russian)].
8. Tuan T.L., Nichter L.S. The molecular basis of keloid and hypertrophic scar formation // *Mol. Med. Today.* 1998. Vol. 4(1). P.19–24.
9. Slemper A.E., Kirshner R.E. Keloids and scars: a review of keloid and scars, their pathogenesis, risk factors, and management // *Curr. Opin. Pediatr.* 2006. Vol. 18(4). P.396–402.
10. Парамонов Б.А. Современное состояние теории и практики лечения рубцов кожи (взгляд на проблему) // *Косметика и Медицина.* 2015. №4. С.29–34 [Paramonov B.A. Sovremennoe sostojanie teorii i praktiki lechenija rubcov kozhi (vzgljad na problemu) // *Kosmetika i Medicina.* 2015. №4. S.29–34 (in Russian)].
11. Воронков А.В., Степанова Э.Ф., Жидкова Ю.Ю., Гамзелева О.Ю. Современные подходы фармакологической коррекции патологических рубцов // *Фундаментальные исследования.* 2014. № 3–2. С.301–308 [Voronkov A.V., Stepanova Je.F., Zhidkova Ju.Ju., Gamzeleva O.Ju. Sovremennye podhody farmakologicheskoy korrekcii patologicheskikh rubcov // *Fundamental'nye issledovanija.* 2014. №3–2. S.301–308 (in Russian)].
12. Карапетян Г.Э., Пахомова Р.А., Кочетова Л.В. и др. Лечение гипертрофических и келоидных рубцов // *Фундаментальные исследования.* 2013. №3. С.70–73 [Karapetjan G.Je., Pahomova R.A.,

Kochetova L.V. i dr. Lechenie gipertroficheskikh i keloidnyh rubcov // Fundamental'nye issledovaniya. 2013. №3. S.70–73 (in Russian)].

13. Инструкция по медицинскому применению препарата Лонгидаза: http://www.grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=8a04cecd-2469-4a16-af64-d38665fd7b39andt [Instrukcija po medicinskomu primeneniju preparata Longidaza: http://www.grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=8a04cecd-2469-4a16-af64-d38665fd7b39andt=dab2b051-c2e1-4d80-ba2d-3156cbea9666 (in Russian)].

14. Снарская Е.С., Корнева Л.В., Кряжева С.С. Комплексная терапия рубцовых изменений кожи с применением ферментных препаратов // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012. №2. С.28–32 [Snarskaya E.S., Korneva L.V., Kryazheva S.S. Therapy of scars skin lesions using ferments // Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney. 2012. №2. С.20–3 (in Russian)].

15. Круглова Л.С., Течиева С.Г., Стенько А.Г., Шматова А.А. Современные методы коррекции патологических рубцовых деформаций // Инъекционные методы в косметологии. 2014. №4. С.3–15 [Kruglova L.S., Tchieva S.G., Sten'ko A.G., Shmatova A.A. Sovremennyye metody korrekcii patologicheskikh rubcovykh deformacij // In'ekcionnyye metody v kosmetologii. 2014. № 4. S.3–15 (in Russian)].

16. Имофераза – официальный сайт (интернет-ресурс) <https://imoferaza.ru/> [Imoferaza – oficial'nyj sajt (internet-resurs) <https://imoferaza.ru/> (in Russian)].

17. Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б. Эффективность крема, содержащего стабилизированную гиалуронидазу, для коррекции рубцовых изменений кожи // Consilium Medicum. Дерматология (Прил.). 2017. №1. С.5–9 [Perlamutrov Ju.N., Ol'hovskaja K.B. Jefferktivnost' krema, soderzhashhego stabilizirovannuju gialuronidazu, dlja korrekcii rubcovykh izmenenij kozhi // Consilium Medicum. Dermatologija (Pril.). 2017. №1. S.5–9 (in Russian)].

18. Pacher P., Beckman J.S., Liaudet L. Nitric oxide and peroxynitrite in health and disease // *Physiol Rev.* 2007. Vol. 87(1). P.315–424.

19. Al-Attar A., Mess S., Thomassen J.M. et al. Keloid pathogenesis and treatment // *Plast Reconstr.Surg.* 2006. №117. P.286–300.

20. Zampieri N. et al. A prospective study in children: Pre- and post-surgery use of vitamin E in surgical incisions // *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery.* 2010. Vol. 63(9). P.1474–1478.

21. Turenkov I.N., Voronkov A.V., Slietsans A.A., Volotova E.V. Endotelioprotectori – noviy klass farmakologiceskkih preparatov // *Vestnik Rossiyskoy akademii medicynckikh nauk.* 2012. Vol. 7. P. 50–57.

22. Левин И.И., Саркисян В.М. Профилактика и лечение келоидных рубцов // *Здоровье и образование в XXI веке.* 2007. №12. Т.9. С.445–446 [Levin I.I., Sarkisjan V.M. Profilaktika i lechenie keloidnyh rubcov // *Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke.* 2007. №12. Т.9. S.445–446 (in Russian)].

**ОЖИРЕНИЕ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА
АКТУАЛЬНОСТЬ В НАШИ ДНИ**

Н.А.Тишабаева¹, Н.Б.Жамолиддинова¹.

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья

**SEMIZLIK HAYZ DAVRINING BUZILISHI SABABLARIDAN BIRI SIFATIDA.BUGUNGI
KUNNING DOLZARBLIGI.**

N.A.Tishabaeva¹, N.B.Jamoliddinova¹.

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiot instituti

**OBESITY AS ONE OF THE CAUSES OF MENSTRUAL DISORDERS. RELEVANCE
TODAY**

N.A.Tishabaeva¹, N.B.Jamoliddinova¹.

¹Fergana Medical Institute of Public Health

Актуальность: Ожирение - одно из самых распространенных хронических заболеваний в мире. В последние годы накоплено большое количество данных о влиянии ожирения на менструальный цикл. В основе нарушений функций гипофизарно-гонадной системы у женщин с ожирением лежит изменение центральных механизмов регуляции функции яичников, коры надпочечников, а также метаболизма половых стероидов в периферических тканях. Доказано, что снижение массы тела способствует нормализации цикла.

Ожирение может нарушить гормональный баланс в организме, что может вызвать изменения менструального цикла, такие как нерегулярные месячные, обильные кровотечения и даже полное отсутствие менструаций.

Когда женщина страдает ожирением, ее организм вырабатывает избыток эстрогена, который может нарушать естественный гормональный баланс, регулирующий менструальный цикл. Это может привести к нарушениям менструального цикла: опсоменоррея, гипо и олигоменоррея.

В дополнение к нарушениям менструального цикла ожирение также может увеличить риск других проблем с репродуктивным здоровьем, таких как бесплодие, синдром поликистозных яичников (СПКЯ) и рак эндометрия. Поэтому для женщин важно поддерживать здоровый вес с помощью регулярных физических упражнений и сбалансированного питания, чтобы снизить риск нарушений менструального цикла и других проблем со здоровьем, связанных с ожирением. Обращение за медицинской консультацией и руководством также может помочь эффективно справиться с этими состояниями.

1. Нездоровое питание: диета с высоким содержанием обработанных пищевых продуктов, сахара и вредных жиров может способствовать увеличению веса и гормональному дисбалансу, который может повлиять на менструальный цикл.
2. Недостаток физических упражнений. Недостаток физической активности может привести к увеличению веса и гормональному дисбалансу, что может вызвать нарушения менструального цикла.
3. Генетика: некоторые люди могут быть генетически предрасположены к ожирению и связанным с ним проблемам со здоровьем, включая нарушения менструального цикла.
4. Гормональный дисбаланс. Гормональный дисбаланс, такой как синдром поликистозных яичников (СПКЯ), может вызывать как ожирение, так и нарушения менструального цикла.
5. Стресс. Хронический стресс может нарушить гормональный баланс в организме, что приведет к нарушениям менструального цикла и другим проблемам со здоровьем.
6. Нарушения сна: плохой сон может повлиять на гормональный баланс в организме, способствуя увеличению веса и нарушениям менструального цикла.
7. Лекарства: некоторые лекарства, такие как некоторые антидепрессанты и гормональные противозачаточные таблетки, могут вызывать увеличение веса и нарушения менструального цикла.
8. Заболевания. Заболевания, такие как гипотиреоз, синдром Кушинга и резистентность к инсулину, могут способствовать как ожирению, так и нарушениям менструального цикла.
9. Факторы окружающей среды: Воздействие определенных токсинов окружающей среды, таких как химические вещества, разрушающие эндокринную систему, может повлиять на гормональный баланс в организме и способствовать ожирению и нарушениям менструального цикла.
10. Возраст. С возрастом у женщин замедляется обмен веществ, происходят гормональные изменения, что может способствовать увеличению веса и нарушению менструального цикла.

Список Литературы:

1. Плинер П., Флеминг А.С. Потребление пищи, масса тела (ожирение) и предпочтения в сладком по сравнению с менструальным циклом у людей. *Physiol Behav* 1983; 30: 663–66.
2. Краска Л., Бланделл Дж. Менструальный цикл и контроль аппетита: значение для регулирования веса. *Hum Reprod* 1997; 12: 1142–51.

**ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ И ПРОФИЛАКТИКА
КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.
ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ
КРОВОТЕЧЕНИЯ.**

Н.А.Тишабаева¹, З.А.Иброхимова¹.

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья

**“KESAR KESISH OPERATSIYASIDA ANEMIYA BILAN OG'RIGAN AYOLLARDA QON
YO'QOTISHINING KAMAYTIRISH TAMOYILLARI VA USULLARI VA QON
KETISHINING OLDINI OLISH. QON KETISHINING OLDINI OLISH UCHUN
TRANEXSAMIK KISLOTASIDAN FOYDALANISH”**

N.A.Tishabayeva¹, Z.A.Ibroximova¹.

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiot instituti

**PRINCIPLES AND METHODS FOR REDUCING BLOOD LOSS AND PREVENTING
BLEEDING IN WOMEN DURING CAESAREAN SECTION. THE USE OF TRANEXAMIC
ACID FOR PREVENTING BLEEDING**

N.A.Tishabaeva¹, Z.A.Ibroximova¹.

¹Fergana Medical Institute of Public Health

Ключевые слова: *кровотечение, транексамовая кислота, кесарево сечение.*

Калит сўзлар: *кон кетиши, транексамик кислота, кесар кесиши.*

Key words: *bleeding, tranexamic acid, caesarean section.*

Резюме: Акушерские кровотечения входят в тройку лидеров причин материнской смертности. При этом на ранние послеродовые кровотечения, возникающие в первые 24 ч после родов, приходится четверть всех случаев материнской смертности во всем мире. Изменения свертывающей системы крови во время беременности заключаются в постоянном снижении фибринолитической активности и повышении коагуляции крови. Эти изменения имеют выраженный адаптационный характер и направлены прежде всего на снижение объема физиологической кровопотери в родах. В статье рассмотрены наиболее частые причины и факторы риска послеродового кровотечения. Представлены возможности лечения послеродового кровотечения. Рекомендуется профилактическое применение транексамовой кислоты у пациенток групп риска. Транексамовая кислота относится к антифибринолитическим средствам. Обладает местным и системным гемостатическим действием при кровотечениях, связанных с повышением фибринолиза. В обзоре представлены современные данные литературы о

возможностях использования транексамовой кислоты. Показано, что применение транексамовой кислоты снижает смертность среди женщин с кровотечением в раннем послеродовом периоде независимо от способа родоразрешения и без увеличения риска тромбоэмболических осложнений. Некоторые авторы высказывают предположения о возможном рутинном использовании препарата в целях профилактики повышенной кровопотери в родах при кесаревом сечении, что особенно важно в группах риска по развитию кровотечений.

Актуальность: За последние годы отмечается снижение уровня материнской смертности в развитых странах (за период 1990–2015 гг. материнская смертность в мире снизилась почти на 44%). Вероятно, это связано с активным внедрением принципов доказательной медицины и современных эффективных протоколов ведения пациенток. Материнская смертность является важным критерием оценки качества акушерской помощи во всем мире [1].

Акушерские кровотечения продолжают входить в тройку лидеров причин материнской заболеваемости и смертности наряду с инфекционными осложнениями и высоким артериальным давлением во время беременности (преэклампсия и эклампсия) [2].

На ранние послеродовые кровотечения, возникающие в первые 24 ч после родов, приходится четверть всех случаев материнской смертности во всем мире. Частота кровотечений в раннем послеродовом периоде колеблется от 3 до 15% от всех родов [3–4]. Эти колебания частично связаны с использованием различных протоколов ведения и методов диагностики, а также отсутствием четко определенного временного интервала раннего послеродового периода — в некоторых странах ранним послеродовым периодом принято считать 2 ч после родов, в других — 24 ч.

Примерно в каждом пятом случае кровотечение переходит в массивное, что угрожает здоровью и жизни матери, увеличивает необходимость в реанимационных мероприятиях и переливании компонентов крови, что, в свою очередь, ведет к увеличению финансовых затрат на лечение и реабилитацию пациентки. Частота тяжелой материнской заболеваемости составляет 0,5–15% от всех родов, а основной ее причиной является кровотечение в раннем послеродовом периоде [3, 4, 6].

Во время беременности в организме женщины возникают физиологические изменения практически во всех системах, что способствует лучшей адаптации материнского организма к меняющимся условиям по мере нарастания срока гестации и благополучному течению беременности и родов.

Причины послеродового кровотечения и возможности снижения объема кровопотери

Наиболее частыми причинами послеродового кровотечения являются: нарушение сокращения матки (гипотония или атония), задержка частей плаценты или сгустков крови в полости матки, травма родовых путей и разрыв матки, нарушения свертывающей системы крови [7].

Факторами риска послеродового кровотечения являются: отягощенный геморрагический анамнез, антенатальное или послеродовое кровотечение в анамнезе, исходные нарушения в системе гемостаза (болезнь Виллебранда, тромбоцитопении, тромбоцитопатии, хронический синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, лейкозы и т. д.), предлежание плаценты, вращение плаценты, затяжные роды (особенно с родовозбуждением), миома матки или миомэктомия во время кесарева сечения, многоплодная беременность, крупный плод или многоводие, повторнородящие (многорожавшие — более 3 родов), ожирение II–III степени, возраст матери старше 40 лет [5, 8, 9]. Тем не менее большинство женщин, у которых развивается кровотечение в раннем послеродовом периоде, не имеют факторов риска по кровотечению [10, 11]. Учитывая вышесказанное, особенно важно проводить профилактику кровотечения в послеродовом и послеродовом периодах всем женщинам независимо от наличия факторов риска [12,13].

На сегодняшний день с целью снижения объема кровопотери после родов широко применяется активное ведение третьего периода родов, включающее профилактическое введение утеротоников сразу после рождения ребенка, активные тракции за пуповину и массаж матки [14]. Применение окситоцина в третьем периоде родов снижает риск кровопотери свыше 500 мл на 50% и свыше 1000 мл на 40% [15, 16]. Однако, как показывают два крупных рандомизированных контролируемых исследования, активные тракции за пуповину, так же как и массаж матки, не оказывают существенного влияния на частоту послеродового кровотечения [17–18]. Таким образом, введение окситоцина после родов является единственным действенным методом профилактики кровотечения в послеродовом периоде. Вместе с тем в последние годы появились данные о целесообразности применения прогемостатических препаратов с целью профилактики кровотечения наряду с введением окситоцина [19].

Эффективность применения транексамовой кислоты

Применение транексамовой кислоты рекомендуется для лечения послеродового кровотечения в случаях продолжающегося кровотечения после введения окситоцина или другого утеротонического препарата либо при кровотечении, связанном с травмой родовых путей [9, 12].

Транексамовая кислота относится к антифибринолитическим средствам. Обладает местным и системным гемостатическим действием при кровотечениях, связанных с повышением фибринолиза, а также противовоспалительным, противоаллергическим, противоинфекционным и противоопухолевым действием за счет подавления образования кининов и других активных пептидов, участвующих в аллергических и воспалительных реакциях. В эксперименте подтверждена собственная анальгетическая активность транексамовой кислоты, а также сверхсуммарный потенцирующий эффект в отношении анальгетической активности опиатов.

Гемостатический эффект реализуется путем специфического ингибирования активации профибринолизина (плазминогена) и его превращения в фибринолизин (плазмин).

Доказано, что антифибринолитические препараты уменьшают объем кровопотери при хирургических операциях, снижают смертность у пациентов с кровотечением после травм без увеличения риска осложнений [12]. Системные антифибринолитические средства широко используются в плановой хирургии для предотвращения раннего распада тромба (фибринолиза) и уменьшения периперационной кровопотери. Доказано, что применение транексамовой кислоты снижает необходимость переливания донорских компонентов крови на 39%, так же как и необходимость в повторной операции из-за кровотечения. Исследование CRASH-2 показало, что применение транексамовой кислоты сокращает смертность пациентов от кровопотери при травме в странах с высоким, средним и низким уровнем доходов [20]. Значительное снижение (на 26–54% по сравнению с применением плацебо) средней менструальной кровопотери было зарегистрировано у женщин с меноррагией, получавших транексамовую кислоту [21].

Эти данные позволяют предположить, что применение транексамовой кислоты может быть эффективным для профилактики не только кровопотери во время хирургических вмешательств, но и послеродового кровотечения.

У пациентов с кровотечением после травмы коагуляция происходит быстро в месте поврежденных кровеносных сосудов путем накопления фибрина в виде плотной сетки, а фибринолитическая система растворяет тромбы для предотвращения постоянной сосудистой окклюзии. Таким образом, коагуляционная и фибринолитическая системы находятся в состоянии динамического баланса.

Транексамовая кислота, являясь мощным антифибринолитическим средством, удлиняет время растворения тромбов и повышает эффективность собственных гемостатических механизмов организма, следовательно, уменьшает объем кровопотери [22]. Во время родов, когда плацента отделяется от стенки матки, одновременно включаются механические и гемостатические механизмы предотвращения кровотечения: матка сокращается, пережимая сосуды, повышается активность тромбоцитов, идет массовый выброс коагуляционных факторов, в то же время повышается активность фибринолитической системы [23]. Введение окситоцина усиливает сокращение матки, а введение транексамовой кислоты снижает активацию фибринолиза, что обеспечивает более надежный гемостаз. Как процессы коагуляции, так и процессы фибринолиза участвуют в контроле послеродовой кровопотери, что подтверждает гипотезу о том, что применение транексамовой кислоты может быть эффективно в профилактике кровотечения в раннем послеродовом периоде.

Соответственно, существует четкое теоретическое обоснование использования антифибринолитических средств для снижения послеродовой кровопотери [24,25].

Кохрейновский систематический обзор, опубликованный в 2011 г., выявил пять рандомизированных контролируемых исследований, оценивающих использование транексамовой кислоты для предотвращения кровотечения в раннем послеродовом периоде, два из них были включены в метаанализ, который охватил в общей сложности 453 женщины [22]. Авторы пришли к выводу, что транексамовая кислота снижает объем послеродовой кровопотери, однако необходимо дальнейшее изучение этого вопроса, чтобы определить целесообразность рутинного назначения транексамовой кислоты для профилактики послеродового кровотечения [22]. С тех пор было опубликовано несколько дополнительных исследований.

Проанализировано 10 опубликованных рандомизированных контролируемых исследований, оценивающих эффективность транексамовой кислоты в профилактике кровотечения в раннем послеродовом периоде после операции кесарева сечения [19]. Во всех исследованиях у женщин, получавших транексамовую кислоту, был меньший объем кровопотери, чем у женщин, получавших плацебо, в то же время не было зафиксировано увеличения частоты неблагоприятных исходов. Однако в этих исследованиях не оценивалась безопасность для новорожденного, хотя транексамовая кислота вводилась в среднем за 10 мин до извлечения плода.

По данным Кохрейновского обзора 2018 г. (проанализированы два исследования, включающих 20 172 женщины), применение транексамовой кислоты уже при лечении кровотечения в послеродовом периоде снижает риски материнской смертности из-за кровотечения, причем препарат более эффективен при введении 1 г в течение 1–3 ч после родов, в то время как при введении препарата через 3 ч не было достоверной разницы в объеме кровопотери. Применение транексамовой кислоты снижает риски смерти после родов от всех причин и не влияет на частоту тяжелой материнской заболеваемости.

Также было отмечено снижение необходимости в хирургическом гемостазе в группе женщин, получивших транексамовую кислоту [26].

Бесспорным преимуществом препаратов транексамовой кислоты является возможность их применения не только после родов, но и во время беременности. Препарат для гемостатической терапии, используемый в I и II триместрах беременности, должен отвечать ряду требований: не иметь эмбриотоксического и тератогенного эффектов, действовать быстро и эффективно (т. к. при угрожающем и начавшемся аборте очень важен фактор времени), не иметь кумулятивного эффекта, оказывать незначительное системное влияние на гемостаз. Последний фактор является особенно важным, т. к. активация внутрисосудистого свертывания, с одной стороны, может вести к микротромбозу, что нарушает плацентацию, особенно в условиях физиологической гиперкоагуляции при беременности, а с другой стороны, небезопасно для организма матери в связи с риском развития тромбоза. Транексамовая кислота, являясь

антифибринолитическим средством, ингибирует действие активатора плазмина и плазминогена. Это позволяет препарату оказывать гемостатическое действие без системного воздействия и выраженного влияния на гемостаз [25, 27, 28]. При применении транексамовой кислоты коагуляционный потенциал крови у беременных не повышался, следовательно, не было отмечено повышения частоты тромботических осложнений по сравнению с пациентками, не принимавшими препарат [29]. Во время беременности Транексам назначается по 500 мг 3–4 р./сут до полной остановки кровотечения. После внутривенного введения целесообразен переход на пероральный прием препарата [30].

Важным фармакологическим свойством транексамовой кислоты, особенно при беременности, является ее противовоспалительное действие, которое обусловлено подавлением образования кининов, провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли, интерлейкина 1, интерлейкина 2) и других активных пептидов, участвующих в воспалительных и аллергических реакциях.

Таким образом, транексамовая кислота может быть использована в качестве гемостатического средства как во время беременности, так и после родов в комплексной терапии послеродового кровотечения.

При внутривенном введении транексамовая кислота снижает смертность среди женщин с кровотечением в раннем послеродовом периоде независимо от способа родоразрешения и без увеличения риска тромбоэмболических осложнений [26].

Заключение: Итак, в последние годы появляются данные, свидетельствующие о снижении объема кровопотери после родов и во время операций кесарева сечения на фоне приема транексамовой кислоты. В этой связи ряд авторов высказывают предположения о возможном рутинном использовании препарата в целях профилактики повышенной кровопотери в родах и при кесаревом сечении [17, 23, 24]. Особую значимость такой профилактический подход приобретает в группах риска по развитию кровотечений (у женщин с тромбоцитопенией, при миоме матки, низком прикреплении плаценты и т. п.) [17, 24]. Профилактическое использование транексамовой кислоты для предотвращения кровотечения в раннем послеродовом периоде продолжает изучаться.

Список литературы:

1. Khan K.S., Wojdyla D., Say L. et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006;367:1066–1074.
2. Say L., Chou D., Gemmill A. et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*. 2014;2(6):e323–e333.

3. Deneux-Tharaux C., Dupont C., Colin C. et al. Multifaceted intervention to decrease the rate of severe postpartum haemorrhage: the PITHAGORE6 cluster-randomised controlled trial *BJOG. Int J Obstet Gynaecol.* 2010;117:1278–1287.
4. Kramer M.S., Berg C., Abenheim H. et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum haemorrhage. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209:449e1–7.
5. Calvert C., Thomas S.L., Ronsmans C. et al. Identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2012;7:e41114.
6. Bateman B.T., Berman M.F., Riley L.E., Leffert L.R. The epidemiology of postpartum haemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries. *Anesth Analg.* 2010;110:1368–1373.
7. Callaghan W.M., Kuklina E.V., Berg C.J. Trends in postpartum haemorrhage: United States, 1994–2006. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202:353e1–6.
8. Bateman B.T., Berman M.F., Riley L.E., Leffert L.R. The epidemiology of postpartum haemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries. *Anesth Analg.* 2010;110:1368–1373.
9. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях. Клинические рекомендации (протокол). М., 2014.
10. Mathai M., Gülmezoglu A.M., Hill S. Saving women’s lives: evidence-based recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage *Bull World Health Org.* 2007;85:322–323.
11. McCormick M.L., Sanghvi H.C.G., Kinzie B., McIntosh N. Preventing postpartum haemorrhage in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;77:267–275.
12. World Health Organization Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. WHO; 2012.
13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Prevention and management of postpartum haemorrhage, RCOG. Guidelines No 52. London; 2009.
14. Begley C.M., Gyte G.M.L., Devane D. et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;11:CD007412.
15. Westhoff G., Cotter A.M., Tolosa J.E. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;10:CD001808.
16. Deneux-Tharaux C., Sentilhes L., Maillard F. et al. Effect of routine controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour on postpartum haemorrhage: multicentre randomised controlled trial (TRACOR). *BMJ.* 2013;346:f1541.
17. Gülmezoglu A.M., Lumbiganon P., Landoulsi S. et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet.* 2012;379:1721–1727.
18. Chen M., Chang Q., Duan T. et al. Uterine massage to reduce blood loss after vaginal delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2013;122:290–295.

19. Sentilhes L., Lasocki S., Ducloy-Bouthors A.S. et al. Tranexamic acid for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. *Br J Anaesth.* 2015;114(4):576–587.
20. CRASH-2 trial collaborators. Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2010;376:23–32.
21. Matteson K.A., Rahn D.D., Wheeler T.L. et al. Nonsurgical management of heavy menstrual bleeding: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2013;121(3):632–643.
22. Novikova N., Hofmeyr G.J. Tranexamic acid for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;7:CD007872.
23. Hellgren M. Hemostasis during normal pregnancy and puerperium. *Semin Thromb Hemost.* 2003;29:125–130.
24. Ducloy-Bouthors A.-S., Jude B., Duhamel A. et al. High-dose tranexamic acid reduces blood loss in postpartum haemorrhage. *Crit Care.* 2011;15:R117.
25. Peitsidis P., Kadir R.A. Antifibrinolytic therapy with tranexamic acid in pregnancy and postpartum. *Expert Opin Pharmacother.* 2011;12:503–516.
26. Shakur H., Beaumont D., Pavord S. et al. Antifibrinolytic drugs for treating primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2:CD012964. DOI: 10.1002/14651858.CD012964.
27. De Lange N.M., Lancé M.D., de Groot R. et al. Obstetric hemorrhage and coagulation: an update. Thromboelastography, thromboelastometry, and conventional coagulation tests in the diagnosis and prediction of postpartum hemorrhage. *Obstet. Gynecol. Surv.* 2012;67(7):426–435.
28. Тетруашвили Н.К., Агаджанова А.А., Ионанидзе Т.Б. Гемостатическая терапия при кровотечениях во время беременности. *Эффективная фармакотерапия.* 2013;4:6–11.
29. Lindoff C., Rybo G., Astedt B. Treatment with tranexamic acid during pregnancy, and the risk of thrombo-embolic complications. *Thromb. Haemost.* 1993;70(2):238–240.
30. Тетруашвили Н.К., Агаджанова А.А., Ионанидзе Т.Б. Кровотечения до 22 недель беременности: клиника, диагностика, гемостатическая терапия. *Медицинский совет.* 2014;9:60–63.
31. Баев О.Р. Профилактика кровотечений в последовом и раннем послеродовом периоде. Активная или выжидательная тактика? *Акушерство и гинекология.* 2011;6:27–30.
32. Onwuemene O., Green D., Keith L. Postpartum hemorrhage.

GASTRO-INTESTINAL GEMORRAGIYADA OPERATIV JARROXLIK USULLARI

Sh.To‘ychiekov^{1.}, N.Fattaxov^{1.}, A.Abdulxakimov^{1.},

M.Tursunboev^{1.}, A.Sotvoldiev^{2.}

¹Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

²Marg‘ilon bolalar shifoxonasi shoshilinch jarroxlik bo‘limi

Bolalarda oshqozon ichak yo‘llaridan qon ketishini davolash sog‘liqni saqlash tizimining dolzarb muamolaridandir. Shifoxonaga oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketib 69 ta bemor murojaat qilgan. O‘tkazilgan tekshiruvlar natijasida bemorlarda oshqozon- ichak yo‘llaridan qon ketishga sabab bo‘lgan quydagi kasalliklar aniqlandi: jigar sirrozi-8ta, ta jigar oldi portal gipertenziyasi-13ta, oshqozon va 12 barmoq ichak yarasi- 6ta, Mekkel divertikuli-7ta, ichak invaginatsiyasi-11ta, to‘g‘ri ichak polipi-11ta, anal teshigi atrofi shilliq qavati va terisini yorilishi-3ta, nospetsefik yarali kolit-2ta, turli dori darmonlar istemol qilish tufayli-4ta, sababi aniqlanmagan qon ketish-3ta.

Portal gipertenziya tufayli qizilo‘ngach va oshqozon varikoz kengaygan vena tomirlardan qon ketayotgan-6ta bemorga o‘tkazilgan konservativ muolajalar 1-3 kun mobaynida ijobiy natija bermagani uchun, ularga shoshilinch gastrotomiya, oshqozon kardial qismii shiliq parda osti varikoz venalarini tikib, bog‘lash taxsisi o‘tkazildi. 5 bemorga qo‘shimcha splenektomiya xam qilindi. Konservativ muolaja olgan-15, bemordan-3 bola o‘tkir qon oqish va jigar yetishmovchiligidan vafot yetdi.12 bemorda oshqozon varikoz venalardan qon ketish to‘xtadi. Ulardan 3 tasiga rejali ravishda omentogepatopeksiya qilinish, taxsis davomida 1 bolaga qo‘shimcha gastrotomiya, oshkozon kardial qismi shilliq osti varikoz kengaygan qon tomirlar tikib bog‘landi,2 bolaga qo‘shimcha splenektomiya qilindi.

Jigar oldi portal gipertenziyasi bo‘lgan 9 bemorga rejali ravishda o‘tkazilgan turli porta-kaval tomir anastamozlaridan (iliomezenterial-3 ta, mezenteriko kaval-2, splenorenal-4) so‘ng ijobiy natijalar olingan. Mekkel divertikulidan qon ketgan 7 bemordan 4 tasiga konservativ muolajalar ijobiy natija berdi. Keyinchalik ularga rejali taxsis qilindi 3 bemorga konservativ muolaja yordam bermagach shoshilinch laparotomiya, dvertikulektomiya qilindi. Ichakdan qon ketishining sababi 11 bemorda ichak invaginatsiyasi bo‘lib, dezinvaginatsiya taxsisidan so‘ng bemorlar sog‘ayib ketgan To‘g‘ri ichak polipi qonab kelgan bemorlarda tashxis aniqlangach, 2 bemorga tekshiruv davomida shoshilinch, qolgan 9 bemorga rejali ravishda taxsis o‘tkazilib, to‘g‘ri ichak polipi olib tashlandi. Qolgan barcha bemorlarda konservativ terapiya ijobiy natija bergan.

Xulosa: Bolalar oshqozon ichak yo‘llaridan qon ketish sabablarini aniqlab, shoshilinch jarroxlik yordami ko‘rsatilganda ijobiy natijalarga erishish mumkin.

БЕСПЛОДИЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА

Ш.Турдиев¹, М.Алимжанова¹.

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Бесплодие - неспособность лиц трудоспособного возраста к воспроизведению потомства. Брак считается бесплодным, если беременность у женщины не наступает в течение года регулярной половой жизни без использования средств и методов контрацепции. Бесплодие может быть мужским и женским. Мужской фактор составляет в бездетном браке 40-60%. Следовательно, диагноз бесплодия у женщины может быть поставлен только после исключения бесплодия у мужчины (при положительных пробах, подтверждающих совместимость спермы и шейки матки). Женское бесплодие может быть первичным (при отсутствии беременности в анамнезе) и вторичным (при наличии беременности в анамнезе). Различают относительное и абсолютное женское бесплодие. Первичная заболеваемость бесплодием, по данным официальной статистики, составила в 2021 г. 12,3 на 100 000 женщин. Всего по поводу бесплодия за год обратилось 28 322 женщины. Это замужние женщины желающие иметь детей и обратившиеся в медицинское учреждение, следовательно, реальный уровень бесплодия значительно выше. По данным специальных исследований, число бесплодных браков Узбекистане составляет 12%, по данным международных экспертов 18-23%. Таким образом, каждая восьмая супружеская пара не может иметь детей.

Причины бесплодия имеют социальную обусловленность, являясь следствием абортов, перенесенных венерических, гинекологических заболеваний, неудачных родов. Зачастую бесплодие формируется еще в детском возрасте. Профилактика бесплодия должна быть направлена на сокращение гинекологической заболеваемости женщин, предотвращение абортов, формирования здорового образа жизни и оптимального сексуального поведения.

Бесплодие является важной медико-социальной проблемой, так как приводит к снижению рождаемости. Решив проблему бесплодия, было бы значительно улучшить показатели воспроизводства населения. Бесплодие является важной социально-психологической проблемой, так как приводит к социально-психологическому дискомфорту супругов, конфликтным ситуациям в семье, росту числа разводов. Социальное и психологическое неблагополучие проявляется снижением интереса к происходящим событиям, развитию комплекса неполноценности, снижению общей активности и работоспособности. В браке могут наблюдаться огрубление нравов, антисоциальное поведение (внебрачные связи, алкоголизм), усугубление эгоистических черт характера, нарушение психоэмоциональной сферы и

сексуальные расстройства у супругов. Длительное бесплодие создает большую нервно-психическую напряженность и приводит к разводам. 86% бесплодных браков расторгается.

Диагностика бесплодия осуществляется женскими консультациями, службой планирования семьи. А в отдельных случаях требуется стационарное лечение в гинекологических отделениях.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ОЦЕНКА ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ В
ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Т.В.Тян¹, Д.А. Алиева¹.

*¹Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр акушерства и гинекологии*

Изучены спектр гистологической картины эндометрия, а также некоторые маркеры пролиферативной активности популяций клеток эндометрия у пациенток в постменопаузе с гиперплазией эндометрия и маточными кровотечениями. Подбор терапии осуществлялся на основании соматического и генитального статуса, результатов гистологического и иммуногистохимического исследований соскоба полости матки. Эффективность терапии оценивали по прекращению кровотечения, нормализации гематологических показателей, а также по улучшению общего самочувствия женщины.

Ключевые слова: *гиперплазия эндометрия, гистология эндометрия, постменопаузальные маточные кровотечения, иммуногистохимические маркеры - CD138, p53, Ki67, подбор терапии.*

**EVALUATION OF THE PROLIFERATIVE ACTIVITY OF ENDOMETRIAL
HYPERPLASIA IN THE POSTMENOPAUSAL PERIOD**

T.V.Tyan¹, D.A.Alieva¹.

¹Republican Specialized Scientific and Practical medical center of obstetrics and gynecology

The spectrum of the histological picture of the endometrium, as well as some markers of the proliferative activity of endometrial cell populations in postmenopausal patients with endometrial hyperplasia and uterine bleeding, were studied. The selection of therapy was carried out based on the somatic and genital status, the results of histological and immunohistochemical studies of the scraping of the uterine cavity. The effectiveness of therapy was assessed by the cessation of bleeding, normalization of hematological parameters, as well as by improving the general well-being of the woman.

Key words: *Endometrial hyperplasia, endometrial histology, postmenopausal uterine bleeding, immunohistochemical markers - CD138, p53, Ki67, selection of therapy.*

POSTMENOPOUZA DAVRIDA ENDOMETRIY GIPERPLAZIYANING PROLIFERATIV FAOLLIGINI BAHOLASH

T.V.Tyan¹, D.A.Alieva¹.

¹*Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy Akusherlik va ginekologiya tibbiyot markazi,*

Endometriymning gistologik rasmining spektri, shuningdek, endometriy giperplaziyasi va bachadondan qon ketishi kuzatilgan postmenopoza davridagi bemorlarda endometriy hujayralar populyatsiyasining proliferativ faolligining ba'zi belgilari o'rganildi. Terapiyani tanlash somatik va genital kasalliklar holatiga, bachadon bo'shlig'idan qirib olingan gistologik va immunohistokimyoviy tadqiqotlari natijalari asosida amalga oshirildi. Terapiyaning samaradorligi qon ketishini to'xtatish, gematologik ko'rsatkichlarni normallashtirish va ayolning umumiy farovonligini yaxshilash orqali baholandi.

Kalit so'zlar: *endometriy giperplaziyasi, endometriy gistologiya, postmenopoza davrida bachadondan qon ketish, immunohistokimyoviy markerlar - CD138, p53, Ki67, terapiyani tanlash.*

Пролиферативные процессы в эндометрии (ППЭ): полипы, железистая и атипическая гиперплазия в структуре внутриматочной патологии у пациенток в пре- и постменопаузе занимают лидирующее место (60—70%) [1,3], имеют тенденцию роста в постменопаузальном периоде [8], часто рецидивируют (0,25—50%) [5] и могут подвергнуться малигнизации. В свою очередь рак эндометрия находится на первом месте в структуре злокачественных гинекологических заболеваний [7], в структуре онкопатологии он расположен после рака молочной железы, прямой кишки и легких [2,4], наибольшая заболеваемость приходится на возрастной период 60—64 года [6,8].

В патогенезе гиперпластических процессов эндометрия большое место занимают обменно-эндокринные нарушения: изменения жирового обмена, метаболизма половых гормонов при патологии гепатобилиарной системы и желудочнокишечного тракта, иммунитета, функции щитовидной железы. В связи с этим у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия нередко отмечаются ожирение, гиперлипидемия, сахарный диабет, АГ, метаболический синдром

Вместе с тем, постоянное развитие новых технологий в медицине позволяет пересмотреть известные постулаты диагностики и лечения различных заболеваний. Учитывая, многообразие данных о методах обследования и лечения пациенток с гиперпластическими процессами в эндометрии, возникает клиническая необходимость в разработке алгоритмов тактики ведения пациенток соответственно возрасту и паталого-морфологической картине. Современные позиции патогенетических особенностей гиперпластических процессов эндометрия. Согласно

общепризнанной точке зрения, ведущее значение в генезе гиперпластических процессов в эндометрии отводится воздействию повышенных концентраций эстрогенов.

В настоящее время не вызывает сомнений, что гистероскопия представляет наиболее информативный инструментальный метод диагностики при ГПЭ. При осмотре визуализируется неравномерно утолщенный, складчатый эндометрий с резко выраженным сосудистым рисунком. Изменение давления в полости матки при ее растяжении жидкими средами позволяет визуализировать волнообразные движения слизистой оболочки — признак «подводных растений». Отличительной особенностью кистозной формы железистой гиперплазии является наличие множественных кистозных полостей, расположенных в проекции поверхностных сосудов слизистой, имеющих различную толщину (так называемый феномен «ловушки»).

Целью исследования: изучить пролиферативной активности гиперплазии эндометрия в постменопаузальном периоде

Материал и методы: В исследование включены клиничко-лабораторные результаты 32 пациенток в периоде постменопаузы, обратившихся в научно-консультативную поликлинику и гинекологическое отделение РСНПМЦ АиГ с жалобами на маточные кровотечения.

Иммуногистохимический метод определения антитела Ki 67, p53, CD138. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось с помощью аппаратов Siemens, Aloka, PhilipsHD 3 в день обращения пациентки к гинекологу консультативной поликлиники или при поступлении в отделение гинекологии с жалобами на АМК, а также в ходе наблюдения на 3, 6 месяцы и через 12 месяцев от начала терапии. В ходе проведения ультразвукового исследования матки оценивалась величина, структура матки, состояние эндометрия.

При оценке эндометрия учитывали следующие критерии:

-толщина, контур маточного эхо;

-характер внешних контуров слизистой тела матки, особенности структуры эндо- и миометрия, количество и размеры миоматозных узлов.

Фиксированные формалином ткани были погружены в парафин, разделены на срезы толщиной 4 мкм и установлены на предметные стекла, покрытые поли-L-лизинном. Для иммуногистохимии срезы депарафинизировали и регидратировали с помощью нисходящих сортов спирта до дистиллированной воды с последующим блокированием эндогенной пероксидазы с использованием 3%(объем/объем) пероксидаза водорода в фосфатно-буферном физиологическом растворе (PBS). После этого их промывали в PBS и блокировали мышинной сывороткой в течение 2 часов. Затем их инкубировали в течение 30 мин с моноклональными антителами CD138, p53, Ki67 (разведенным 1:100). После 3 промывок в PBS срезы инкубировали с вторичным антителом, конъюгированным пероксидазой (1:1000) в течение

1 часа при комнатной температуре. Иммунореактивность была выявлена с помощью диаминобензадина (DAB; Sigma, Германия) для повышения чувствительности, с образованием коричневого нерастворимого осадка в иммунопозитивных участках. Срезы были окрашены гематоксилином и закреплены на покровном стекле. Негативные контрольные образцы инкубировали с раствором, лишенным каких-либо первичных антител. Иммуногистохимическое исследование проведено д.м.н. Д.А.Нишановым.

Результаты исследований обрабатывались с помощью "Облегченных способов статистического анализа в клинической медицине". Статистическую обработку фактического материала и графические изображения проводились на компьютере Pentium-IV.

Результаты исследования: Для атипической гиперплазии эндометрия свойственно преобладание железистого компонента над стромальным, с более выраженной и интенсивной пролиферацией железистого эпителия с признаками атипии. Железы эндометрия в большом количестве, расположены близко по отношению друг к другу, т.е. компактно, последние причудливого и ветвистого вида.

Базальная мембрана желез эндометрия сохранена, имеют узкую прослойку соединительной ткани с фибробластоподобными клетками, несмотря на тесное их расположение «спина к спине». Некоторые железы эндометрия имеют пальцевидные инвагинаты, вдающиеся в их просвет желез.

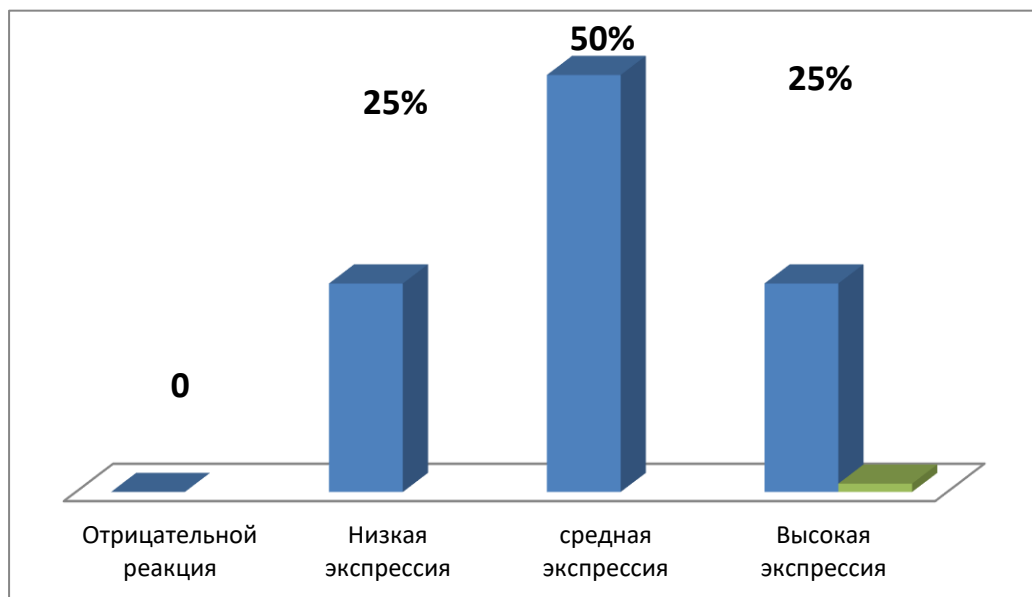
Эпителий желез однородный, местами носит многорядный характер с признаками нарушения полярности, т.е. радиального расположения клеток по отношению к базальной мембране. Железистые клетки с наличием гиперхромных укрупненных овальных ядер (отмечается увеличение ядерно-цитоплазматического соотношения), с различной степенью митотической активности, а также наблюдаются патологические митозы (при исследовании под большим увеличением). Стромальный компонент эндометрия с лимфоцитарной инфильтрацией стромы эндометрия, носящий очаговый, а местами даже диффузный характер.

При исследовании соскобов полости матки у 12 пациенток при атипической гиперплазии эндометрия выявлено, что ни у одной пациентки - не имела место отрицательная экспрессия антитела CD138.

У 4(35,0±13,8%) верифицирована низкая реакция, у 3(25,0±12,5%) – средняя реакция и у почти половины пациенток – 5(41,6±14,2%) высокая позитивная экспрессия антитела CD138.

При исследовании экспрессии маркера Ki67 в соскобе эндометрия с атипической гиперплазией эндометрия (диаграмма 5) выявлено, что у половины пациенток – у 6(50%) отмечена средняя позитивная реакция. У каждой четвертой - 3(25%) пациентки верифицировано наличие средней экспрессии маркера Ki67 и столько же высокой – 3(25%) (диаграмма 1).

1.



Диаграмма

Результаты иммуногистохимического исследования маркера Ki67 при атипической форме гиперплазии эндометрия

При иммуногистохимическом исследовании экспрессии клеточного опухолевого антигена p53 эндометрия при атипической гиперплазии эндометрия у каждой третьей 4(33%) пациентки выявлена низкая позитивная реакция.

У каждой четвертой 3(25,0±12,5%) - низкая позитивная экспрессия клеточного опухолевого антигена p53. У остальных 9(75,0±12,5%) отрицательная реакция экспрессия клеточного опухолевого антигена p53. Ни у одной пациентки не наблюдалась высокая экспрессия клеточного опухолевого антигена p53. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения тщательной морфологической оценки с использованием иммуногистохимических методов исследования, что в значительной степени позволяет выбору правильной тактики ведения таких пациенток. Корректно подобранная терапия с учетом некоторых показателей иммуногистохимических маркеров при АМК на фоне простой гиперплазии эндометрия пациенткам в постменопаузе, дает возможность не только избежать необоснованных оперативных вмешательств, но и значительно повысить индекс здоровья женщин.

Использованная литература:

1. Asatova M.M., Mukhitdinova U.M., Maksudova N.M. Dysfunctional uterine bleeding: diagnosis, principles of treatment (manual for doctors). - Tashkent, 2007.-32 p.
2. Popov A.A., Barinova I.V., Chechneva M.A., Chausova N.A. Minimally invasive methods of treatment of women with hyperplastic processes in the endometrium // Ross. Bulletin of the Obstetrician Gynecologist M 2007, 4, -С.50-53
3. Tikhomirov A.L., Sharkova S.M. Rational use of releasing hormone agonists in the treatment of uterine fibroids// Issues of gynecology, obstetrics and perinatology.-2007.V.6.-No.3-S.7-9

4. Чехоева А.Н., Габараев Г.М., Бароева М.Д. Клинико-диагностические аспекты и лечебная тактика гиперпластических процессов эндометрия с современных позиций (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2019. №4. Публикация 1-4.
5. Bergeron C. A multicentric European study testing the reproducibility of the WHO classification of endometrial hyperplasia with a proposal of a simplified working classification for biopsy and curettage specimens // Am. J. Surg. Pathol. - 1999.-Vol. 23.-P. 1102-1108.
6. Bradshaw KD, Trait D. Postmenopausal bleeding. In: Marshburn PB, Hurst BS (Eds.) Disorders of Menstruation. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2011;29: 2247-52.
7. Fraser I. S. Hysteroscopy and laparoscopy in women with menorrhagia // Amer. J. Obstet. Gynecol. - 1990; 162(5): 1264-9.
8. Skov B. G.. Comparison of the reproducibility of the WHO classifications of 1975 and 1994 of endometrial hyperplasia// Int. J. Gynecol. Pathol. - 1997. -Vol. 16.-P. 33-37.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МАГНИЯ В КРОВИ С ТЯЖЕСТЬЮ
НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У
ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ.**

Р.Ш.Уринова¹, Д.Д.Саиджалилова¹.

¹Ташкентская медицинская академия.

Ключевые слова: *дисплазия соединительной ткани, суточная моча, пролапс гениталий, обмен коллагена.*

Аннотация: В статье проводится исследование и оценка уровня магния в крови у женщин с пролапсом гениталий на фоне нДСТ, что дает возможность судить о состоянии обмена коллагена при заболеваниях, сопровождающихся деструктивными процессами в соединительной ткани. У женщин с пролапсом гениталий в 57,1% была выявлена нДСТ.

**JINSIY ORGANLAR PROLAPSASI BO'LGAN AYOLLARDA
DIFFERENSIYALLANMAGAN BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA DISPLAZIYASI OG`IRLIGI
DARAJASI BILAN QONDAGI MAGNIY DARAJASINING ALOQASI.**

R.Sh.Urinova¹, D.D.Saidjalilova¹.

¹Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

Калит so'zlar: *biriktiruvchi to'qima displaziyasi, kunlik siydik, genital prolaps, kollagen almashinuvi.*

Xulosa: Maqolada differensiyallanmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi fonida genital prolapsi bo'lgan ayollarning qondagi magniy miqdori o'rganiladi va baholanadi, bu biriktiruvchi to'qimalarda destruktiv jarayonlar bilan kechadigan kasalliklarda kollagen almashinuvining holatini baholashga imkon beradi. Jinsiy organlarning prolapsi bo'lgan ayollarda 57,1% differensiyallanmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi aniqlangan.

THE RELATIONSHIP OF MAGNESIUM LEVELS IN THE BLOOD WITH THE SEVERITY OF UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN WOMEN WITH GENITAL PROLAPSE.

R.Sh.Urinova¹, D.D.Saidjalilova¹.

¹Tashkent Medical Academy

Key words: *connective tissue dysplasia, daily urine, genital prolapse, collagen metabolism.*

Abstract: The article studies and evaluates the level of magnesium in the blood of women with genital prolapse against the background of undifferentiated connective tissue dysplasia, which makes it possible to judge the state of collagen metabolism in diseases accompanied by destructive processes in the connective tissue. In women with genital prolapse, 57,1% had undifferentiated connective tissue dysplasia.

Актуальность: В настоящее время широкое распространение получила теория системной дисплазии соединительной ткани (ДСТ) как ведущей причины пролапсов гениталий. Недифференцированная ДСТ представляет собой аномалию тканевой структуры и является системной патологией, было бы логично предположить, что мышцы тазового дна не могут не реагировать на неё своими характеристиками. Т.Ю. Смольнова и соавт. [4, 5] считают, что опущение и полное выпадение внутренних половых органов у женщин является одним из проявлений нДСТ на уровне репродуктивных органов.

В поддержании целостности структуры соединительной ткани важную роль играют ионы магния, которые необходимы для нормального течения многих физиологических процессов в организме. В связи с этим интерес представляет определение особенностей уровня ионов магния в крови при различной степени тяжести пролапса гениталий, так как в литературе описано неблагоприятное влияние дефицита этого элемента в периферической крови на развитие акушерско-гинекологической патологии и структуру соединительной ткани.

Цель исследования: изучить уровень магния в крови у женщин с пролапсом гениталий на фоне нДСТ и определить взаимосвязь со степенью тяжести заболевания.

Материал и методы исследования: были обследованы 83 женщины репродуктивного возраста, из которых у 63 женщин отмечался пролапс гениталий (основная группа). Остальные 20 женщин без пролапса гениталий составили группу сравнения. По степени выраженности пролапса гениталий (по классификации POP-Q) основная группа была разделена на 3 подгруппы:

1 А подгруппу составили 29 женщин с I степенью пролапса; 1 В подгруппу составили 23 женщины со II степенью пролапса гениталий и 1 С подгруппу составили 11 женщин с выраженной степенью.

Наличие нДСТ у исследуемых женщин определяли при выявлении у них 8 признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани из 16 наиболее высокоинформативных маркеров [1]. К ним относятся: гипермобильность суставов, тонкая кожа, дефекты в дентине, астенический синдром, пролапс митрального клапана, варикозная болезнь нижних конечностей, арахнодактилия, гиперрастяжимость кожи, готическое небо, стрии, сколиоз, нейроциркуляторная дистония, искривление носовой перегородки, систолический шум при аускультации сердца, обусловленный малыми аномалиями развития сердца, врожденный вывих бедра, келоидные рубцы. Оценка степени тяжести дисплазии соединительной ткани проводилась по шкале клинических критериев выраженности нДСТ. Также проводилось определение в сыворотке крови уровня магния.

Результаты исследования: В основной группе женщин с пролапсом гениталий нДСТ была выявлена у 36 женщин, что составило 57,1%. Тогда как, в группе женщин без пролапса гениталий данный показатель составил 8,7%, что в 6,6 раза реже, чем в группе с пролапсом гениталий. нДСТ у 2 женщин без пролапса гениталий наблюдалась в легко маловыраженной степени выраженности. При изучении степени выраженности нДСТ в группах женщин с пролапсом гениталий были получены интересные данные (табл.1).

Таблица 1. Степень тяжести нДСТ у женщин с пролапсом гениталий.

Степень выраженности нДСТ (n=36)	1А группа (1 степень, n=29)		1В группа (2 степень, n=23)		1С группа (3 степень, n=11)	
	Абс	%	Абс	%	абс	%
легкая (маловыраженная) степень (n=9)	6	20,7	3	13,04*	-	-
средняя (умеренно выраженная) (n=17)	5	17,2	9	39,1*	3	27,3*
тяжелая (выраженная) степень (n=10)	-	-	2	8,7	8	72,7 [▲]

Примечание: * - достоверные различия показателей групп относительно показателей группы с 1 степенью пролапса гениталий ($p \leq 0,05$); [▲] - различия показателей относительно показателя группы со 2 степенью пролапса гениталий ($p \leq 0,001$)

Как видно из таблицы 1, в группе женщин с легкой степенью пролапса гениталий нДСТ встречалась у 37,9% и почти в равных количествах представлена была маловыраженной (20,7%) и умеренной (17,2%) степенью. В этой группе женщин с тяжелой степенью нДСТ не встречалось. Обратная тенденция наблюдалась у женщин 1С группы с тяжелой формой пролапса гениталий. У 100% женщин с тяжелой формой пролапса гениталий отмечалась нДСТ с преобладанием тяжелой степени (72,4%). В группе женщин со 2 степенью пролапса гениталий нДСТ встречалась у 60,9% женщин, среди которых преобладала нДСТ умеренной степени (39,1%), тогда как нДСТ легкой и тяжелой степени отмечалась в 3 и 4,5 раза меньше, соответственно. Вышеизложенное позволяет нам сделать заключение, что степень тяжести развития пролапса гениталий зависит от степени выраженности нДСТ, и чем выраженные признаки нДСТ, тем более тяжелая форма пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста. Важным показателем метаболизма соединительной ткани считается уровень магния в крови [2, 3].

Именно дефицит магния, как основополагающий элемент формирования соединительной ткани, играет огромную роль как в развитии соматической патологии и может приводить к формированию пороков сердца, подвывихам, так и недоразвитию/недостаточности соединительнотканых структур (в нашем пролапс гениталий) [6, 7]. Для подтверждения роли нДСТ у пациенток с пролапсом гениталий проводилось исследование уровня магния в сыворотке крови. При изучении показателей уровня магния в сыворотке крови установлено, что у женщин контрольной группы (без ПГ и нДСТ) на протяжении всего периода наблюдения уровень магния составил в среднем $0,84 \pm 0,04$ ммоль/л ($p > 0,05$). У женщин с ПГ содержание магния было достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p \leq 0,05$), и зависело от степени выраженности нДСТ (табл.2).

Таблица 2. Уровень магния в сыворотке крови у женщин с ПГ (ммоль/л).

Группы	Легкая степень нДСТ (n=47)	Умеренная и тяжелая степень нДСТ (n=16)	Женщины с ПГ без нДСТ (n=51)
Группа с ПГ 3 степени (n=5)	-	$0,49 \pm 0,12$	-
Группа с ПГ со 2 степенью (n=9)	$0,60 \pm 0,28^*$	$0,53 \pm 0,76^*$	$0,70 \pm 0,05$
Группа с ПГ 1 степени (n=12)	$0,65 \pm 0,21^*$	-	$0,85 \pm 0,07$

Контрольная группа без ПГ и нДСТ (n=88)	0,89±0,19	0,89±0,19	0,89±0,19
--	-----------	-----------	-----------

Примечание: *- достоверное различие показателей группы с нДСТ относительно группы женщин без нДСТ ($p < 0,05$).

Так, уровень магния в сыворотке крови у женщин группы с ИЦН без нДСТ на протяжении всего периода наблюдения менялся, составляя в среднем $0,78 \pm 0,07$ ммоль/л и был ниже референсных значений ($0,8-0,85$ ммоль/л), но в недостоверно значимых пределах. По данным биохимического анализа концентрация общего магния ниже оптимальных для беременных ($< 0,8$ ммоль/л) наблюдалось у 37,3% женщин с ИЦН без нДСТ, у 76,6% и 81,3% - у женщин с нДСТ легкой и тяжелой степени, соответственно.

Концентрация магния в сыворотке менее 0,7 ммоль/л, отражающая глубокий дефицит магния, была выявлена только в группе женщин с ИЦН и нДСТ: у 12,8% женщин с легкой степенью нДСТ и у 18,2% беременных с нДСТ тяжелой степени.

Понимание особенностей метаболизма соединительной ткани, а именно снижение уровня магния в крови, и раннее выявление этих нарушений может составить основу профилактики прогрессирования пролапса гениталий в репродуктивном возрасте.

Выводы: 1. У женщин с пролапсом гениталий в 57,1% была выявлена нДСТ. Нами было установлено, что степень тяжести развития пролапса гениталий зависит от степени выраженности нДСТ, и чем выраженные признаки нДСТ, тем более тяжелая форма пролапса гениталий наблюдается у женщин репродуктивного возраста.

2. У женщин с пролапсом гениталий содержание магния было достоверно ниже в 1,8 – 2 раза, чем в контрольной группе, и зависел от степени выраженности нДСТ. Раннее выявление низкого содержания магния в крови может составить основу профилактики формирования и прогрессирования пролапса гениталий в репродуктивном возрасте.

Литература:

1. Керимкулова Н.В., Никифорова Н.В., Громова О.А., ТоршипИ,Ю. «Способ прогнозирования наличия недифференцированной дисплазии соединительной ткани у беременных» // Патент №2539996 от 11.12.2014.
2. Краснопольская И.В. Дисфункция тазового дна у женщин: клиника, диагностика, принципы лечения. // Акушерство и гинекология. 2018; №2. С. 82-86.
3. Краснопольская И.В. Нарушения мочеиспускания у женщин с дисфункцией тазового дна.// Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2018; 1: 62-7.
4. Смольнова Т.Ю. Пролапс гениталий и дисплазия соединительной ткани. // Клиническая и экспериментальная хирургия. 2015; 2: 53-65.

5. Смольнова Т.Ю., Чупрынин В.Д. Проплапс гениталий: взгляд на проблему//Акушерства и гинекологии. 2018, №10. С.33-40.
6. Touza K.K., Rand K.L., Carpenter J.S., Chen C.X., Heit M.H. A scoping study of psychosocial factors in women diagnosed with and/or treated for pelvic organ prolapse. // Female Pelvic Med. Reconstr. Surg.2018; Mar 5.
7. Barber M.D., Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse // Int. Urogynecol. J. 2013; 24(11): 1783-90.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЪ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ИНОЗИТОЛА АНОМАЛЬНЫХ
МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ**

Н.Ю.Усманова

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Аномальные маточные кровотечения (АМК) в репродуктивном возрасте значительно влияют на здоровье женщин и встречаются с частотой до 30% случаев. Традиционно АМК определяется как кровотечение свыше 80 мл в течение одного менструального цикла (МЦ) при объективном измерении. Однако диагноз АМК обычно основан на личном восприятии объема менструальной кровопотери и его отрицательном влиянии на повседневную жизнь: ограничение двигательной активности, повседневной деятельности, профессиональных функций и социальных взаимодействий.

Цель исследования. Изучить влияние инозитола в сочетании с диетой и физическими нагрузками на регуляцию МЦ (менструального цикла) у женщин с избыточной МТ и ожирением.

Материалы и методы исследования. Обследованы женщины (n=109), госпитализированные в РНЦЭМП (г. Бухара) по поводу лечения АМК у которых было определено ожирение разной степени. Мы провели исследование оценки эффективности модификации образа жизни (диета и физические нагрузки) с включением в качестве нутритивной поддержки комбинации 1000 мг у 53 женщин репродуктивного возраста с АМК-О, избыточной МТ или ожирением на протяжении 2–4 мес. Критерии эффективности: регулярность МЦ, динамика индекса МТ, окружности талии (ОТ), уровня глюкозы в сыворотке крови, свободного тестостерона, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона.

Результаты исследования. При анализе антропометрических параметров 109 женщин с АМК установлено, что медиана (Ме) возраста пациенток составляла 31 ($\pm 5,213$) год при

минимальном возрасте 18 лет и максимальном 46 лет. МТ(массу тела) женщин в среднем составила 83 ($\pm 12,22$) кг при минимальной массе 58 кг и максимальной 138 кг. ИМТ находился в пределах 25–47,75 кг/м², в среднем 30,39 ($\pm 4,16$) кг/м² ОТ (объём талии) составляла 90 ($\pm 12,09$) см. Избыточную МТ имели 39,66% (80) женщин, ожирение той или иной степени – 60,34% (29). Абдоминально-висцеральное ожирение (ОТ>80 см) выявили у 86,97% (79) пациенток. Средний возраст менархе 13 ($\pm 1,6$) лет, минимальный возраст – 10 лет, максимальный – 21 год. На момент первичного осмотра регулярный МЦ определен у 30,88% (25) женщин, а средняя продолжительность МЦ составляла 44 ($\pm 19,51$) дня. Умеренными определяли свои кровянистые выделения при менструации 3 (2,67%) женщины, обильными – 87 (84,65%), скудными – 19 (17,26%), менструации отсутствовали в течение 3–6 мес у 5 (3,42%) пациенток. Уровень глюкозы натощак в среднем составлял 5,2 ($\pm 0,76$) ммоль/л, при этом минимальное значение – 3,1 ммоль/л, а максимальное – 9,8 ммоль/л. При первичном обследовании андрогенного статуса установили, что средний уровень свободного тестостерона равен 2,20 ($\pm 2,09$) пг/л. Уровни же ФСГ и ЛГ в среднем составляли 6,10 \pm 7,68 и 7 \pm 5,1 мМЕ/мл соответственно. На 2-м визите [Ме между визитами 64 ($\pm 21,62$) дня, минимум 31 и максимум 136 дней] зафиксировано изменение ИМТ и уменьшение параметра на 1,33 кг/м² – 29,06 ($\pm 4,2$) кг/м² ($p < 0,05$). На 2-м визите также зафиксировали статистически значимое ($p < 0,05$) уменьшение параметра Ме ОТ на 2,5 см – 87,5 ($\pm 10,79$) см, а число пациенток с абдоминально-висцеральным ожирением уменьшилось на 7,37% до 281 (79,6%). Ко 2-му визиту МЦ стал регулярным у 293 (83%) пациенток, а средняя продолжительность МЦ составляла 31 ($\pm 12,04$) день. Характер маточных кровотечений во время менструации стал умеренным у 96 (83,9%) женщин, сохранился обильным – у 12 (9,6%), скудным – у 8 (5,1%), также отсутствовал – у 5 (1,42%) пациенток. Характер ациклических кровотечений статистически значимо изменился и отсутствовал ко 2-му визиту у 26 (24,4%) женщин, кровотечения стали скудными – у 14 (12,97%), умеренными – у 10 (16,35%), обильными – у 3 (5,85%) пациенток. При вторичном обследовании андрогенного статуса установили, что средний уровень свободного тестостерона снизился до 1,80 ($\pm 1,41$) пг/л. Уровень ФСГ в среднем вырос до 6,2 ($\pm 6,5$) мМЕ/мл, а уровень ЛГ снизился в среднем до 6,2 ($\pm 4,21$) мМЕ/мл. Ко 2-му визиту уровень глюкозы натощак снизился на 0,3 ммоль/л и составлял в среднем 4,9 \pm 0,67 ммоль/л.

Заключение. При ожирении соотношение эстрон/эстрадиол меняется в сторону повышения уровня эстрогена и нарушается механизм обратной связи. Гиперэстрогения сенсibiliзирует гонадотропины гипофиза к ГнРГ и снижает пороговый уровень овариального эстрадиола, необходимого для начала овуляторного подъема ЛГ, поэтому наиболее часто у женщин с избыточной МТ, метаболическим синдромом, ожирением АМК имеют ановуляторный характер.

**BOLALARNI ANTROPOMETRIK KO'RSATKICHLARINI OVQATLANISHIGA BOG'LIQ
HOLDA TEKSHIRISH VA TAHLIL QILISH NATIJALARI.**

G.B.Usmonova.

Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti.

Annotatsiya: Bolalarning rivojlanishida morfologik kursatkichlar juda muxim sanalib, ularning jismonan sog'lom o'sishini nazorat kilishda antropometrik o'lchovlar asosiy o'rin tutadi. Tibbiyotda ayniqsa pediatriyada va neonatologiyada antropometrik ko'rsatkichlarni nazorat kilish muxim. Antropometrik ko'rsatkichlarga bolalarning oziqlanishi, yashash muhiti, iqlim sharoiti, ota-ona geni, boshdan o'tkazgan kasalliklari o'z ta'sirini ko'rsatadi.

Dolzarbliigi: Bolalarnig jismoniy rivojlanishida ota-onalarni irsiyati, zararli odatlari, yashash sharoiti, atrofda iqlim muhiti, kun tartibi, ovqatlanish ratsioni o'zining ta'sir ko'rsatishi to'g'risida adabiyotlarda takidlab o'tilgan. Bolalarning antropometrik ko'rsatkichlari ularning rivojlanishi jarayonini belgilab berishda muhim o'rin tutadi (Daminov T.O. va ham mualliflar 2010 y). SHuningdek, bolalarni perinatal davrida onani boshidan o'tkazgan kasalliklari va ruxiy holati, ovqatlanishi, tug'rukda i patologik nuqsonlar ham o'z ta'sirini ko'rsatishini so'nggi 20 yil ichida ilmiy tahliliy jixatdan o'rganish katta qiziqish uyg'otmoqda. Bundan tashqari irsiy omillar, perinatal davrdagi ekzogen-endogen ta'sirlar; konstitutsiya turi, moddalar almashinuvi intensivligi, organizmning endokrin foni, qondagi fermentlar faolligi, oziqlanish bezlari sekretniyasini ham bolalar organizmini antropometrik ko'rsatkichlariga ta'sirini o'rganish katta ahamiyatga ega. SHu nuqtai nazardan bolalar jismoniy rivojlanish ko'rsatkichlari ular sog'ligining ishonchli ko'rsatgichi bo'lib hisoblanadi.

Kalit so'zlar: *oziqlanish, antropometriya, rivojlanish, ta'sir etuvchi omillar.*

Maqsad: Farg'ona viloyati xududidagi bolalarning antropometrik ko'rsatkichlarini ovqatlanishga bog'liq holda qiyosiy tahlil qilish.

Metodlar va materiallar: Bolalarni jismoniy rivojlanishini baholashda morfologik ko'rsatkichlari hisobga olindi.

Morfologik ko'rsatkichlardan - elektron tarozi yordamida tana vazni va rostometr yordamida bo'yi, santimetr lenta yordamida ko'krak qafasi aylanasi, bosh aylanasi o'lchamlari tekshirildi.

Bu tekshiruvlar Farg'ona viloyati Quva tumani va Farg'ona shahrida yashovchi 150 nafar 0 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda olib borildi. Ko'ruvdan o'tkazilgan bolalarning 75 nafar (50%) ona suti bilan oziqlangan 75 nafar (50%) sun'iy oziqlanish bilan oziqlangan bolalar. Ulardan 89 nafari (59%) o'g'il bolalar, 61 nafari (41%) qiz bolalar, 0-12 oylikkacha 75 nafar, 1- 3 yoshlik bolalar 35 nafar, 3-5 yoshlik bolalar 40 nafar.

Olingan natijalar: Bolalarni antropometrik tekshiruvda asosan ularning yashash sharoiti, ovqatlanish holati hisobga olindi. Sun'iy oziqlanish bilan katta bo'lgan bolalarning 30% da tana vazning kamligi, 45 % bo'yinig uzunligi yoshiga hos bo'y uzunligidan past ekanligi kuzatildi. Bolalarning tana vazni va bo'yini o'lchov ko'rsatkichlari ular sog'lom rivojlanishini belgilab berishini hisobga oladigan bo'lsak ko'rsatkichlar me'yoridan kamligi buning aksini belgilab beradi.

Xulosa: Bolalarni sog'lom rivojlanishiga, ya'ni irsiy kasalliklar, tug'ma nuqsonlar, yashash muhiti, iqlim sharoitidan tashqari ayniqsa oziqlanishi o'rganib, sun'iy oziqlanishni bolani jismoniy rivojlanishiga ta'siy etuvchi omillarni biri sifatida o'rganib chora tadbirlarni tadbiriq qilish. SHuningdek sun'iy oziqlanish bilan katta bo'lgan bolalarning ovqatlanishida ularning sog'lom rivojlanishi uchun kerakli bo'lgan oziq-ovqatlar ratsionini tuzish. Tuzilgan ratsion bukletlarini tayyorlash tadbirlarini ishlab chiqish.

Adabiyotlar:

1. Usmonova Gulizora Bakhtiyorovna "Eurasian journal of social sciences, philosophy and culture." www.in-akademy.uz (25.12.2022. 298-299 page)"The role of nutrition in anthropometric indicators of children." //Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
2. Egamberdieva Gulnora Nematovna "Eurasian journal of medicalan natural sciences" (january 2023. Page 65) Medical and social aspects of reproductive health of children aged 8 to 15 years. Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
3. Bogomolov A. R. Klinicheskie osobennosti zabolevaniy, protekayushix s krovyu v stule u detey: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Nijniy Novgo-rod, 2002. 22 s.
4. Egamberdieva Gulnora Nematovna, Ergasheva Nasiba SHavkatjon kizi. "Teoriya i praktika sovremennoy nauki" №10(88) oktyabr 2022. ISSN 2412-9682 "The role of the nurse in preventing changes in the reproductive health of children in adolescence". Ferghana Medical Imstitute of Public Health, Uzbekistan.
5. Luft V.M., Kostyuchenko A.L. Klinicheskoe pitanie v intensivnoy medi-sine. Sankt-Peterburg, 2002, 173s.
6. A.G. Rumyansev, M.V.Timakova, S.M. CHEchel'nitskaya Nablyudenie za razvitiem i sostoyaniem zdorovya detey.- M.: Medpraktika-M, - 2004.- s.11-5.
9. Pediatriya: natsionalnoe rukovodstvo: v 2 t. – M.: GEOTAR – Media, 2009.-T.1.- s.. 148-177- (Seriya «Natsionalnye rukovodstva»).
10. Usmonova Gulizora Bakhtiyorovna«Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences»(07.01.2023. page49-51.) Dependence of Anthropometric Indicators on Nutrition in Children. Ferghana Medical Institute of Public Health Uzbekistan, Fergana
11. Pediatriya: natsionalnoe rukovodstvo: v 2 t. – M.: Geotar – Media, 2009.-T.2.- s.776-807- (Seriya «Natsionalnye rukovodstva»).

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г.Фергана

10.03.2023г.

DEPENDENCE OF ANTHROPOMETRIC INDICATORS IN CHILDREN ON THE DIET

G.B.Usmonova¹, Kh.A.Mamajonova¹.

¹*Ferghana medical institute of public health*

Annotation: Morphological indicators are considered very important in the development of children, and anthropometric measurements play a key role in monitoring their physically healthy growth. In medicine, especially in pediatrics, it is necessary to monitor these indicators. Anthropometric indicators are influenced by children's nutrition, living environment, and climatic conditions.

Keywords: *anthropometric in dicators, nutrition, children, medicine, research methods, physical development, agehygiene.*

Anthropometry is the simplest, most economical and widespread method of obtaining information that allows you to judge the features of physical development and nutrition of a person or population. Comparing the specific values with the standards established for this age-sex group, the specialist can make a primary conclusion about the status of an individual or group, confirm or reject the assumption of the presence of certain deviations, decide on the need for in-depth research. Such significant discrepancies can only be due to the inconsistency of research methods. If representatives of different organizations and scientific schools use different approaches both in conducting surveys and in processing and interpreting the data obtained, the information obtained locally is unsuitable for generalization and subsequent statistical analysis.

In the proposed analytical review, we will focus on the problem of choosing methods for evaluating anthropometric indicators, paying special attention to two main approaches. On the one hand, it is the establishment of the boundaries of the norm (standards) based on data on the local (population) variability of the relevant characteristics, on the other- the definition of uniform (reference,reference) parameters suitable for use in most regions of the country or the world. Disagreements in terminology, among other things, prevent reaching agreement. In this review, we adhere to the terms and their equivalents adopted by the World Health Organization (WHO). Accordingly, further reference values (in some cases less accurately defined as reference values) are understood as indicators of a specific group (population, sample), sufficient in volume and consisting of healthy and well-fed children. Standards are recommended parameters of growth and development, for which certain health outcomes and minimal risk of developing diseases have been empirically confirmed. The choice of anthropometric methods for assessing the physical

development of children and adolescents is influenced by a variety of factors. Without pretending to create an exhaustive list, let's briefly focus on some of them.

First of all, these are opportunities and limitations on the part of logistics. The instrumental equipment can vary significantly. For a minimum set, only an anthropometer or a height meter and weights are sufficient, but the set can be supplemented with a measuring tape, caliper compass, equipment for bioimpedance analysis, etc. However, the increase in the number of measurements and the expansion of the program affect the duration and cost of the study, increase the volume of data requiring processing and analysis. The objectives of mass examinations are primary screening of deviations in physical development (individuals at risk are sent for in-depth medical research) and assessment of nutritional status and physical development at the population level. Based on this, we should strive to cover the largest number of children with minimal loss of effort and time, i.e. use a program that includes a minimum set of necessary but sufficient indicators. Taking into account these circumstances, WHO experts suggested using a set of indicators to assess the physical development and nutritional status of children and adolescents, among which the main ones are age, weight and body length (height), and additional ones are the thickness of the skin-fat folds and the circumference of the head and shoulder.

Anthropometric indicators recommended by the World Health Organization for assessing the physical development and nutritional status of children and adolescents. The volume and regularity of surveys, the variety of tools and techniques used, the formation and introduction into practice of accumulating databases largely depend on the economic factor. WHO experts emphasize that the assessment of economic efficiency is an important stage in the preparation of screening programs for mass surveys, both when completing logistics and when choosing statistically valid reference values for the population of a particular country or region. Planning shortcomings lead to the inadequacy of the forces and means allocated to solve the tasks set and often to formal, uninformative reports on the surveys conducted. Summarizing, we can conclude that the orientation to local standards of anthropometric indicators of physical development has a number of disadvantages. The creation of such documents requires a large amount of preliminary research—collecting not only anthropometric, but also anamnestic data, as well as analyzing their connection with a complex of medical, physiological and social factors, which is necessary to establish the boundaries of variation of signs in children of the appropriate gender and age. Given that the standards should be based on the characteristics of healthy normally developing children, individuals who do not meet these requirements should be excluded from the "model" samples, which requires a very significant number of those surveyed at the stage of primary data collection. In addition to forming significant samples of each age and gender, it is necessary to compare the characteristics of representatives of not only ethnic, but also social groups. In modern, differences

in income, level and quality of life of parents, their awareness, desire and ability to provide their children with comfortable enough conditions for growth and development are becoming a factor.

That can no longer be ignored, singling out only urban and rural populations, as was previously practiced. When identifying statistically significant differences, regulatory materials should be developed for each of the different groups, even on a region. Accordingly, this will lead to the need to increase the number of published normative documents and methodological materials. Comparable labor costs will be required every 5-10 years to monitor the sensitivity of the evaluation tables and, if necessary, update them.

In general, it can be concluded that the criticism of the WHO uniform standards and reference indicators is based on the position of the statistical norm—the idea that the age norm should be calculated as a set of averages. The WHO approaches, on the contrary, are based on the views according to which the hygienic norm reflects the range of morphofunctional features within which the organism at a certain stage of ontogenesis is able to respond optimally to the influence of environmental factors. The standards proposed by WHO do not reflect how children develop, but are standards of how they should develop in favorable conditions, with adequate nutrition and care. The adoption of these documents means that practical pediatricians and hygienists in the field should move on to assessing the nutritional status of children, focusing on the established and verified characteristics of healthy well-fed representatives of the corresponding age and sex groups, and not on statistically average values of the total population size of individual regions. Medical statistical services will be able to operate with unified data, which will facilitate monitoring of the physical development and nutritional status of the child population.

Traditional approaches for domestic hygiene to the compilation of local (local, regional) standards of anthropometric characteristics of children and adolescents in most cases are based on the use of average statistical values and indicators of variation of signs in this sample. This approach allows us to obtain information about changes in the characteristics of the child population of a particular locality in a number of successive birth cohorts, but not about how healthy children should develop. In particular, the rapid spread of overweight and obesity in children with this approach leads to a right-sided shift in the average values of body weight, reflecting the statistical, but not the physiological and hygienic norm. This reduces the diagnostic value of the final documents. The data on the assessment of the physical development and nutritional status of children obtained in different regions using non-matching (local) criteria are difficult to generalize when forming both a general picture on a national scale and when assessing the dynamics of indicators of the health status, nutrition and physical development of children of different birth cohorts due to the change of evaluation criteria over time.

References:

1. Graitcer P.L., Gentry E.M. Measuring children: one reference for all//Lancet.1981.Vol.2, N 8241. P.297-299.
2. Usmonova Gulizora Bakhtiyorovna "Eurasian journal of social sciences, philosophy and culture." www.in-akademy.uz (25.12.2022. 298-299 page)"The role of nutrition in anthropometric indicators of children." //Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
3. Egamberdieva Gulnora Nematovna "Eurasian journal of medical and natural sciences" (january 2023. Page 65) Medical and social aspects of reproductive health of children aged 8 to 15 years. Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
4. Farhodjonovna F.N. Spiritual education of young in the context of globalization//Мир науки и образования.–2017.–№.1(9).
5. Tanner J.M. A History of Study of Human Growth. Cambridge: Cambridge University Press, 1981. 499p.
6. Isroilovich I.M.et al. PHILOSOPHICAL IDEAS AND VIEWS OF NATIONAL CULTURE IN THE CONDITION OF GLOBALIZATION//PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology.–2020.–Т. 17.–№.7.–С.14289-14295.
7. Farhodjonova N.F. Modernization And Globalization As Historical Stages Of Human Integration//Теория и практика современной науки.–2018.–№.3.–С.16-19.
8. Usmonova Gulizora Bakhtiyorovna «Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences»(07.01.2023. page49-51.) Dependence Of Anthropometric Indicators On Nutrition In Children.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»

г.Фергана

10.03.2023г.

YOSH AVLODNING JISMONIY RIVOJLANISHINI FIZIKAVIY O'LCHASHLAR ORQALI VAHOLASH.

S.A.Usmonov

Farg'ona jamoat salomatligini tibbiyot instituti

Kalit so'zlar: *Mushaklar, mushak tonusi, qaddi-qomat holati, tayanch-harakat apparati.*

Kirish: Insonning fizik rivojlanishi deganda morfologik va funksional belgilar yig'indisi, o'zaro bir-biri bilan bog'liqligi tushuniladi. Bola organizmini shakllanish va rivojlanish jarayoni intensiv kechadi, tashqi muhitga alohida sezgirligini aniqlaydi. Bolaning jismoniy rivojlanishiga iqlim sharoiti, yashash sharoiti, kun tartibi, ovqatlanish xarakteri ta'sir qiladi, shuningdek o'tkazgan kasalliklari. Jismoniy rivojlanish tempiga irsiy omillar, konstitutsiya turi, moddalar almashinuvi intensivligi, organizmning endokrin foni, qondagi fermentlar aktivligi va oziqlanish bezlari sekresiyasi

ham ta'sir ko'rsatadi. Shu sababli, fizikaviy o'lchashlardagi natijalar bolalarni jismoniy rivojlanishini tengligi ular sog'ligini ishonchli ko'rsatgichi bo'lib hisoblanadi.

Material va metodlar: Bolalarni jismoniy rivojlanishini baholashda quyidagi ko'rsatkichlarni hisobga olish kerak:

1. Morfologik ko'rsatkichlar: tana vazni va bo'yi, ko'krak qafasi aylanasi, 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda bosh aylanasi.
2. Funktsional ko'rsatkichlar: o'pkaning tiriklik sig'imi, barmoqlar mushak kuchi va boshqalar.
3. Mushaklar va mushak tonusi rivojlanishi, qaddi-qomat holati, tayanch-harakat apparati, teri osti yog' qatlami rivojlanishi, to'qimalar turlari.

Tana uzunligi. Tana uzunligi ko'rsatkichi jismoniy rivojlanish boshqa ko'rsatkichlarga nisbatan stabil hisoblanadi. Bola hayotining birinchi 3 oyligida bo'yi eng yuqori tempiga chiqadi. Bola to'g'ri rivojlanganda birinchi oylarida bo'yining o'sishi 11-12 sm, uch yoshligida - 8 sm, 4 yoshda - 6 sm. 4 yoshda bolaning boyi 100 sm ga yetadi.

Natijalar: Keyingi davrlarda (10 yoshgacha) bo'yining o'sganligini aniqlash uchun quyidagi formuladan qo'llaniladi: Bola bo'yining uzunligi : $R = 100 \text{ sm} + 6(n-4)$, n - bolaning yoshi, 6 - o'rtacha har yili qo'shiladigan bo'yi uzunligi, sm. Eng intensiv bo'yi 5-7 yoshga va jinsiy shakllanish boshlanish davriga to'g'ri keladi. Ushbu formulani ishlatishda avvalo fizikaviy o'lchashlarni yuqori aniqlikda amalga oshirish zarur, ya'ni bolaning antropometrik ko'rsatkichlarini fizikaviy o'lchov qurilmalarida absolyut va nisbiy xatologini imkon qadar 0% gacha aniqlikda o'lchab, olingan qiymatlarni formulaga kiritib, ifodani hisoblash va olingan natijalarni taqqoslab xulosalar chiqarish mumkin. Masalan: 8 yoshli bolaning bo'yi normal necha sm bo'lishini hisoblaylik: $R = 100\text{sm}+6(8-4)=124\text{sm}$.

Xulosalar: $R=100\text{sm}+6(8-4)=124\text{sm}$. Ushbu qiymat bilan antropometrik ko'rsatkichi olingan bolaning bo'yini taqqoslab xulosa chiqarish mumkin. Agar olingan natija va bolaning bo'y o'lchamlari solishtirilganda keskin farqalansa bolaning jismoniy rivojlanishida yuqoridagi muayyan kamchiliklar bo'lishi to'g'risida xulosa qilish mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Холопов М.В. Дистанционное обучение в медицине / М.В.Холопов.
2. <https://cyberleninka.ru/article/n/tibbiyot-xodimlarini-o-qitishda-innovatsion-texnologiyalar>
3. <https://www.xabar.uz/uz/tahlil/tibbiyotda-iot-texnologiyalar-insoniyat>
4. <http://www.econferencezone.org/index.php/ecz/article/view/822>
5. https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=UajUxKUAAAAJ&citation_for_view=UajUxKUAAAAJ:2osOgNQ5qMEC

**КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ БИОХИМИЧЕСКИМ МОНИТОРИНГОМ И
ИЗМЕРЕНИЕМ ВОЛНОВОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В ПУПОВИНЕ ПЛОДА
ЧЕЛОВЕКА, НА ФОНЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Н.Ш.Файзуллоева¹, М.Т.Хатамова¹.

¹*Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино*

Резюме: Несмотря на клиническую значимость проблемы ВМИ во время беременности, до настоящего времени отсутствует алгоритм, позволяющий осуществлять комплексный подход к проведению диагностических и лечебных мероприятий. Своевременная диагностика и обоснованное применение антимикробных препаратов может стать перспективным направлением в комплексе лечебных мероприятий по профилактике осложнений беременности и неблагоприятных перинатальных исходов при ВМИ, корреляция между биохимическим мониторингом и измерением волновой скорости кровотока в пуповине плода человека, на фоне внутриматочной инфекции.

Ключевые слова: - *внутриматочная инфекция – ВМИ - антимикробные препараты – АП - волновая скорость кровотока – ВСК - пуповина плода – ПП*

**CORRELATION BETWEEN BIOCHEMICAL MONITORING AND MEASUREMENT OF
THE WAVE VELOCITY OF BLOOD FLOW IN THE UMBILICAL CORDE OF THE
HUMAN FETUS ON THE BACKGROUND OF INTRAUTERINE INFECTION**

N.Sh.Fayzulloeva¹, M.T.Khatamova¹.

¹*Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino*

Summary: Despite the clinical significance of the problem of IUI during pregnancy, there is still no algorithm that allows for an integrated approach to diagnostic and therapeutic measures. Timely diagnosis and reasonable use of antimicrobial drugs can become a promising direction in the complex of therapeutic measures for the prevention of pregnancy complications and adverse perinatal outcomes in IUI, the correlation between biochemical monitoring and measurement of wave velocity of blood flow in the umbilical cord of a human fetus against the background of intrauterine infection.

Keywords: - *intrauterine infection - antimicrobials - wave velocity of blood flow - fetal umbilical cord.*

**ODAM HOMILASI KINDIK QON OQIMINING TO'LQINLIK TEZLIGINI
BIOKIMYOVIY MONITORING VA O'LCHASH
O'RASIDAGI KORRELASYON MONITORINGI**

N.Sh.Fayzulloeva¹, M.T.Xatamova¹.

Xulosa: Homiladorlik davrida muammosining klinik ahamiyatiga qaramay, diagnostika va terapevtik tadbirlarga kompleks yondashuvni ta'minlaydigan algoritm hali ham mavjud emas. O'z vaqtida tashxis qo'yish va antimikrobiyal dorilarni oqilona qo'llash homiladorlikning asoratlari va IUIda salbiy perinatal oqibatlarining oldini olish bo'yicha terapevtik chora-tadbirlar kompleksida istiqbolli yo'nalish bo'lishi mumimikin, biokimyikiniy toqon monitoring va lqin tezligini o'lchash o'rtasidagi bog'liqlik. intrauterine infeksiya fonida inson homilasi.

Kalit so'zlar: - *intrauterin infeksiya - mikroblarga qarshi vositalar - qon oqimining to'lqin tezligi - xomilalik kindik ichakchasidagi.*

Intrauterine Infection During Pregnancy: Recently, there have been more and more reports on the role of intrauterine infection (IUI) in pregnant women in the occurrence of a wide range of obstetric and perinatal complications. To date, there is no generally accepted terminology for this complication. IUI should be considered as a spectrum of infectious and inflammatory processes in various structures of the placenta. The diagnosis of IUI during pregnancy presents considerable difficulties. Verification of IUI is possible only on the basis of a morphological study of the placenta. In this regard, this diagnosis is made mainly retrospectively, after the complications associated with it have been realized. At the present stage, the search for non-invasive markers of subclinical IUI continues. Much attention is paid to the peculiarities of the course of pregnancy, ultrasound signs, study of immune factors. No less challenging than diagnosis is the treatment of IUI. A review of the latest publications on the pathogenesis, diagnosis and treatment of IUI during pregnancy was carried out. Despite the clinical significance of the IUI problem during pregnancy, there is still no algorithm that allows for an integrated approach to diagnostic and therapeutic measures. Timely diagnosis and reasonable use of antimicrobials can become a promising direction in the complex of therapeutic measures for the prevention of pregnancy complications and adverse perinatal outcomes in IUI.

At present, a sufficient amount of convincing data has been accumulated on the role of infectious processes in the reproductive tract in the development of obstetric complications. Infectious agents can cause the formation of placental insufficiency, miscarriage, pathology of the fetus and newborn due to the development of a local or systemic inflammatory response. The infectious process, acting as a trigger, launches a chain of immunopathochemical reactions or participates in the maintenance of previously induced pathophysiological changes, contributing to the genesis of major obstetric syndromes.

Most modern publications are mainly devoted to the study of infectious pathology of the lower reproductive tract, namely, dysbiotic and inflammatory processes of the vagina and cervix. The increased interest in the study of disorders of the vaginal microbiocenosis in pregnant women is associated primarily with the emergence in recent years of new diagnostic capabilities, as well as with the accumulated evidence base of the influence of dysbiotic processes on gestation outcomes. So, in women

with miscarriage, pronounced violations of the vaginal microbiocenosis, including differences in the species composition of lactobacilli, were established, compared with healthy ones.

The most discussed form of genital infection in pregnant women remains bacterial vaginosis, the role of which is considered in the development of complications such as intra-amniotic infection, premature rupture of membranes (PROM), and preterm birth. To a lesser extent, information about the inflammatory process of the cervix in pregnant women is presented. However, there are studies in which cervicitis appears as one of the most common forms of genital infection in women with complicated pregnancy [10]. At the same time, the role of almost all microorganisms tropic to its epithelium has been confirmed in the development of the infectious process in the reproductive tract of women. Purpose of the study— correlation between biochemical monitoring and measuring the wave velocity of blood flow in the umbilical cord of a human fetus, due to intrauterine infection. Establish a correlation between fetal oxygenation and CBS, determined using transabdominal blood sampling from the umbilical cord, and the pulsation index (PI) in high-risk pregnancy against the background of intrauterine infection. In 14 high-risk women who were delivered by caesarean section between the 30th and 35th weeks of pregnancy, PI (pulsation index) was determined in the umbilical artery. In 10 of them, blood was taken from the vessels of the umbilical cord by the transabdominal route under ultrasound control. In addition, arterial and venous blood from the umbilical cord was taken from all patients during the operation. Blood gases, KOS and lactate concentration were determined.

Results research: A close relationship was found between PI (pulsation index) and pH, Pco₂ and lactate content in umbilical cord venous blood taken in utero. PI (pulsation index) correlated well with the same indicators of venous and arterial cord blood taken during caesarean section. Cord venous blood obtained transabdominally has a higher O₂ content than blood taken by caesarean section. No significant correlation was found between the content of O₂ in the venous blood of the umbilical cord during transabdominal sampling and PI (pulsation index). With PI (pulsation index) > 1.5, the amount of lactate in the venous blood of the umbilical cord increases sharply. In the development of the infectious process in the fetus, the type of pathogen, its virulence, the ways of infection from mother to fetus, the protective reserves of the mother's body and the ability of the fetus to an immune response are important. According to modern data, the number of IUI cases varies widely from 6 to 70%. Recently, the structure of the infectious morbidity of pregnant women, women in childbirth and puerperas, as well as the fetus and newborn, has changed. It has been proven that the causative agents of IUI are more than 27 species of bacteria, many viruses, parasites, 6 species of fungi, 4 species of protozoa and rickettsia. So, according to a number of researchers, chlamydia (17-50%) and viruses (herpes simplex virus, HSV - 7-47%, cytomegalovirus, CMV - 28-91.6%, enteroviruses - 8-17%) are considered the predominant pathogens of antenatal infections.). The causative agents of intranatal infections are group B streptococcus (3-

12%), staphylococci (1-9%), fungi of the genus *Candida* (3-7%). Associations of pathogens occupy a leading position (75-95%). It is known that most bacteria exist in nature in the form of specifically organized biofilms (biofilms). This form of existence creates a lot of advantages for bacteria. Bacteria in biofilms have an increased survival rate in the presence of aggressive substances, immune defense factors, and antibiotics. In this regard, one of the main problems of practical medicine is the problem of treating diseases of microbial origin. In our study, according to the results of bacteriological analysis of the species composition of the vaginal biotope, the strongest influence of *Streptococcus faecalis* ($p=0.00171$), *E. coli* ($p=0.01424$) and *Staphylococcus epidermidis* ($p=0.02714$) on the implementation of intrauterine infection was revealed. fetus. When assessing the pathogens identified in the cervical canal of pregnant women by polymerase chain reaction (PCR) and enzyme immunoassay (ELISA), the following was established: in the group without the implementation of IUI, mycoplasma, chlamydia and ureaplasma accounted for 8%, CMV - 20%, HSV - 36%, candida - 3%, associations - 60%. When analyzing a group of newborns with the implementation of IUI, the most common pathogens were identified. So, mycoplasmas, chlamydia and HSV were found in 50%, CMV infection was detected in 45% of cases, ureaplasmas (20%) and candida (15%) were less common, associations were observed in 95%.

Conclusion: Thus, the combination of biochemical studies of fetal blood during transabdominal sampling under ultrasound control using the Doppler method allows us to distinguish among high-risk pregnant women those who have an increased risk of fetal disorders.

Bibliography:

1. Elovitz MA, Gajer P., Riis V., Brown AG, Humphrys MS, Holm JB, Ravel J. Cervicovaginal microbiota and local immune response modulate the risk of spontaneous preterm delivery. *Nat. commun.* 2019; 2110(1): 1305. <https://dx.doi.org/10.1038/s41467-019-09285-9>.
2. Khodjaeva Z.S., Priputnevich T.V., Muravieva V.V., Huseynova G.E., Gorina K.A., Mishina N.D. Evaluation of the composition and stability of the vaginal microbiota in pregnant women in the process of dynamic observation. *Obstetrics and gynecology.* 2019; 7:30-8.
3. Kopylov A.V., Ryzhkov V.V. Forensic medical aspects of perinatal losses from intrauterine infections. *Forensic-medical examination.* 2016; 59(6): 18-21.
4. Khamadyanov U.R., Rusakova L.A., Khamadyanova A.U., Tikhonova T.F., Khamadyanova S.U., Galimov A.I., Ivakha V.I. Intrauterine infection of the fetus: a modern view of the problem. *Russian Bulletin of an obstetrician-gynecologist.* 2013; 13(5): 16-9.
5. Bondarenko K.R., Bondarenko V.M. Bacterial liposaccharides in the pathogenesis of gynecological diseases and obstetric complications. *Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology.* 2014; 4:80-6.

6. Sinyakova A.A., Shipitsyna E.V., Budilovskaya O.V., Bolotskikh V.M., Savicheva A.M. Clinical-anamnestic and microbiological predictors of miscarriage. Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2019; 68(2): 59-70.
7. Prince AL, Chu DM, Seferovic MD, Antony KM, Ma J., Aagaard KM The perinatal microbiome and pregnancy: moving beyond the vaginal microbiome. Cold Spring Harb. perspective. Med. 2015; 5(6): a023051. <https://dx.doi.org/10.1101/cshperspect.a023051>.
8. "Tibbiotdayangikun" magazine №2, pages 292-295, 2019. Res.Uzbekistan. MTHotamova, ITosheva. "Aspects of the management of labor at antenatal discharge of amniotic fluid."
9. "Tibbiotdayangikun" magazine №2, pages 345-349, 2019. Res.Uzbekistan. Khatamova MT, "Peculiarities Of Immune-Hormonal Indicators Of The Post-Ferrin Period"
10. "Tibbiotdayangikun" magazine №2, pages 316-319, 2019, Res.Uzbekistan. Sh.Zh.Shukurlaeva, MTHotamova. "Criteria for diagnosis after the birth of septic condition and methods of hemostasis"
11. "Tibbiotdayangikun" №3 magazine page 275-278, 2019, Res.Uzbekistan. Khatamova MT, Soliyeva NK, "Current Features of Chronic Pyelonephritis In Women of Fetal Age".
12. Rogovskaya S.I., Bebnava T.N. Bacterial vaginosis during pregnancy. The second stage of therapy. Obstetrics and gynecology: news, opinions, training. 2014; 4(6): 100-4.
13. Shimaoka M., Yo Y., Doh K., Kotani Y., Suzuki A., Tsuji I. et al. Association between preterm delivery and bacterial vaginosis with or without treatment. sci. Rep. 2019; 9(1): 509. <https://dx.doi.org/10.1038/s41598-018-36964-2>.
14. Dolgushina V.F., Dolgushin I.I., Kurnosenko I.V., Lebedeva Yu.V. Clinical and immunological criteria for intrauterine infection. Obstetrics and gynecology. 2017; 1:40-5.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

ГИРУДОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ.

**Н.Фаттахов¹, А.Абдулхакимов¹, Ш.Тўйчибеков¹,
М.Исроилов¹, С.Болтаев¹.**

¹*Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти*

Актуальность: Головная боль – одна из самых распространенных жалоб пациентов на приеме у невролога. Из всех форм цефалгий хроническая головная боль напряжения является наиболее частой. Актуальность данной патологии диктуется нарушением концентрации на работе снижением качество жизни.

Цель:исследования – оценить влияние курса гирудотерапии на наличие и выраженность головных болей.

Материалы и методы: Материалами послужили 30 пациентов которые жаловались на хронические головные боли. Наиболее частые точки приставки: затылочная зона (по краю роста волос), шейный отдел позвоночника (паравертебрально), сосцевидные отростки, поясничный, крестцовый отделы позвоночника (паравертебрально), копчик (в ягодичной складке), область печени, селезенки, сердца, вокруг пупка.

Результаты исследований и их обсуждение: Положительную динамику в виде прекращения головных болей выявляли при гирудотерапии у пациентов с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. При проведении курса гирудотерапии исчезали головные боли, головокружения, шум в голове, мелькание мушек перед глазами.

Вывод:Гирудотерапия оказывает миорелаксирующее действие, улучшает микроциркуляцию и уменьшает гипоксию напряженных мышц, тем самым разрывает «порочный круг» головной боли, оказывает выраженное антидепрессивное действие и может являться одним из дополнительных методов лечения пациентов с хроническими головными болями переживаниями. Показана безопасность и хорошая переносимость метода.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

ПИЩЕВОЙ СТАТУС И ГИРУДОТЕРАПИЯ

**Н.Фаттахов¹, А.Абдулхакимов¹, Ш.Тўйчибеков¹,
М.Исроилов¹, С.Болтаев¹.**

¹Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Введение: Питание является неотъемлемой составляющей жизнедеятельности человека и одним из важнейших факторов, оказывающих влияние на здоровье. Статус питания - результирующая характеристика этой составляющей. Исходные нарушения питания в значительной степени снижают эффективность лечебных мероприятий, увеличивают риск развития осложнений, отрицательно влияют на продолжительность пребывания больных в стационаре, ухудшают показатели летальности.

Медицинская пиявка имеет округлое, сплющенное в спинно-брюшном направлении тело с двумя присосками на заднем и переднем концах, в центре передней присоски расположено ротовое отверстие. Животное подстерегает жертву, находясь в воде, прикрепившись к подводным растениям или корягам. За одно кормление голодная пиявка массой 1,5-2 г способна высосать до 15 мл крови за один раз, увеличиваясь при этом в 7-9 раз по массе.

Актуальность: Многочисленными исследованиями последних лет с достаточной убедительностью показана тесная корреляционная связь между структурой питания населения и частотой ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, артериальной гипертензии, инсульта, в основе которых лежит нарушение гомеостаза сердечно-сосудистой системы.

Цель: выявить эффект совместного применения пищевого статуса и гирудотерапии

Материалы и методы: Материалами для исследования послужат лица, страдающие гипертонической болезнью, которые желают методами научного изыскания явились медицинское пиявки специальной диеты

Результаты: Проведенное нами исследование позволяет судить об эффективности лечения гирудотерапии, а также пищевой статус и гирудотерапия дает возможность незаменимой эффективностью лечения гирудином совместно с диетой.

Вывод: Сравнительное изучение информативности различных функциональных, химико-биологических исследований даёт возможность точно определить степень нарушения гемодинамических и функциональных изменений организма.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА
ШАХСГА ЙЎНАЛТИРИЛГАН ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ**

Б.А.Хайдарова

Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Глобаллашув даврида жаҳонда илм-фан, техника ва технологиялар шиддат билан ривожланаётган даврда таълим, илм-фан олдига янги талабларни кўндаланг қўймоқда. Таълим тизимини мунтазам ислоҳ этиш, ўқитишнинг замонавий усул ва воситаларини такомиллаштириш, таълим мазмунини бойитиб бориш, олий таълим тизимида тайёрланаётган кадрларнинг тайёргарлик сифати, уларнинг салоҳияти ва рақобатбардошлигини ошириш каби масалалар долзарб муаммога айланмоқда. Таълимнинг бугунги вазифаси таълим олувчиларни кун сайин ошиб бораётган ахборот-таълим муҳити шароити, юқори-илмий техник ривожланиш, глобаллашув, экологик муаммолар кўпайиб бораётган даврда мустақил равишда фаолият кўрсата олишга, ахборот оқимидан оқилона фойдаланишга ўргатишдан иборат бўлиб, бунинг учун уларга узлуксиз равишда мустақил ишлаш имконияти ва шароитини яратиб бериш зарур бўлади. Шундан келиб чиққан ҳолда, талабага нафақат билим бериш, балки таълим олувчиларни мустақил изланиш, ишлаш ва фикрлаш, таҳлил қилиш, таққослаш, ўзгартириш, ҳаётий муҳим вазифаларни ҳал этишга қўллаш, барчага ҳаёт йўли давомида билимларини тезкор янгилаш ва

тўлдиришни ўргатиш, жамият ривожланишининг юксалиш даражасига боғлиқ бўлмаган ҳолда мустақил фаолият кўрсата оладиган ва жамият ривожланишига мослаша оладиган кадрларни тайёрлашдан иборат бўлади. Ушбу долзарб вазифаларни ҳал этишда «Шахсга йўналтирилган таълим»нинг имкониятлари бекиёсдир.

Тадқиқот мақсади: тиббий таълим муассасаларида Акушерлик ва гинекологияда ҳамширалик иши фанини ўқитишда шахсга йўналтирилган таълим орқали методик таъминотини такомиллаштириш технологиялар ва yangi замонавий инновацион педагогик ёндошув усулларни амалиётга жорий этиш бўйича таклиф ва тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Жаҳонда шахсга йўналтирилган таълим технологиялари асосида таълимни ривожлантиришнинг стратегик йўналишларини аниқлаш, билим сифатини ошириш бўйича илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Шахсга йўналтирилган таълимнинг педагогик фаолият концепцияси ва ғоялари юзасидан мустақил давлатлар ҳамдўстлиги мамлакатлари олимларидан С.Багаева, А.Бахмутский, И.Белевцева, Е.В.Бондаревская, И.Гальмукова, С.В.Кульневич, А.Макаров, А.Майоров, С.Хохлова, Ф.Т.Фоменко, И.С.Якиманская ва бошқаларнинг илмий ишларида жорий этиш муаммолари тадқиқ этилган. Узоқ хориж мамлакатлари олимларидан С.Андерсон, Б.Блум, Н.Гронлуд, Л.Хоффманн, Л.Кронбач, Р.Линн, Р.Стиггинс Ҳ.Юлек ва бошқаларнинг тадқиқотларида таълим сифатини бошқариш, баҳолаш ва назорат қилиш масалалари юзасидан тадқиқот ишлари олиб борилган. Умумий ўрта таълим тизимида таълим менежментининг мустақил категорияси ҳисобланган ўқитиш сифати, мониторингини амалга оширишнинг педагогик шарт-шароитлари, замонавий педагогиканинг методологик асослари бўйича мамлакатимиз олимларидан Р.Джураев, Х.Ибрагимов, У.Иноятов, Р.Каримов, Ш.Қурбонов, М.Очилов, Э.Сейтхалилов, С.Турғунов Ш.С.Шариповларнинг тадқиқот ишларида ўз аксини топган.

Шахсга йўналтирилган таълим ва ўзини ривожлантиришни ташкил этиш мониторингини амалга ошириш юзасидан Б.Р.Адизов, Б.Маъмуров, С.Нишанова, Р.Ғ.Сафарова, Э.А.Сейтхалилов, К.Ҳошимов, Ф.Р.Юзликаев, Э.Юзликаева ва бошқалар тадқиқот ишлари олиб боришган.

Тадқиқотнинг вазифалари:

1. тиббий таълим бўлажак ҳамшираларни касбий фаолиятга тайёрлашда шахсга йўналтирилган таълимнинг назарий – методологик асосларини ёритиш;
2. тиббий таълим талабаларини шахсга йўналтирилган таълим орқали Акушерлик ва гинекологияда ҳамширалик иши фанини ўқитишда методик таъминотини такомиллаштириш;
3. замонавий таълим жараёнида бўлажак ҳамшираларни билим даражаси сифатини оширишнинг yangi замонавий инновацион pedagogik ёндошув услубларини такомиллаштириш ва жорий қилиш;

4. тиббий таълим талабаларини касбий фаолиятга шахсга йўналтирилган таълим бўйича ўқув қўлланмалар ва амалий лойиҳалар бўйича тавсиялар ишлаб чиқиш.

II. Тадқиқотнинг объекти бўлажак ҳамшираларни касбий фаолиятга тайёрлашда шахсга йўналтирилган таълим танлаб олинган.

Тадқиқотнинг предмети: тиббий таълимда талабаларни касбий фаолиятга тайёрлашда шахсга йўналтирилган таълим орқали Акушерлик ва гинекологияда ҳамширалик иши фанини ўқитишдаги методик таъминотини такомиллаштириш.

Тадқиқотнинг усуллари: Тадқиқот жараёнида кўзланган мақсадга эришиш ва қўйилган вазифалар ечимини топиш учун тиббий таълим талабаларини орқали Акушерлик ва гинекологияда ҳамширалик иши фанини ўқитишда методик таъминотини такомиллаштириш бўйича кузатиш, материалларни таҳлил қилиш ва умумлаштириш; социологик тадқиқот, сўровлар (ёзма ва оғзаки), анкета сўровномаси; педагогик тажриба-синов, эксперт баҳолаш; тажриба-синов натижаларини математик статистика методи ёрдамида таҳлил қилиш усулларида фойдаланилди.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги. Акушерлик ва гинекологияда ҳамширалик иши фанини ўқитиш мазмунини такомиллаштиришнинг замонавий тенденциялари асосида шахсга йўналтирилган омилларни (шахсга йўналтирилган ёндашув, шахсга йўналтирилган таълим, шахсга йўналтирилган ўқитиш ва шахсга йўналтирилган технология) ўқув амалиётига жорий этиш йўллари ишлаб чиқилган;

Акушерлик ва гинекологияда ҳамширалик иши фанини ўқитиш жараёнида шахсга йўналтирилган технология (шахсий инсонпарварлик, лойиҳалаш, муаммоли ўқитиш, эвристик)лар ва замонавий усуллар (эркин фикрлаш, танқидий тафаккур, ижодий изланиш, мулоқот, диалог)ни қўллашнинг назарий-амалий асослари, ҳозирги ҳолати таҳлиллари асосида, улардан фойдаланишнинг ташкилий-педагогик шарт-шароитлари, мазмуни ва методлари, ўзига хос хусусиятлари (талабанинг индивидуаллигини ошириш, шахс сифатида ривожланиши, амалий кўникмаларини компетенцияларини шакллантиришга йўналтирилганлиги) аниқланиб, такомиллаштирилган; шахсга йўналтирилган технологиялар ва замонавий усуллар асосида Акушерлик ва гинекологияда ҳамширалик иши фанини ўқитишда бўлажак ҳамширалар амалий кўникмаларини ривожлантиришга мотивация берувчи шахсга йўналтирилган дарсларни лойиҳалаш бўйича қўлланмалар, амалий кўникмаларни мустақил бажаришга имкон берувчи муаммоли топшириқлар тизими ишлаб чиқилган; талабаларнинг амалий кўникмаларини компетенцияларини шакллантириш мақсадида “шахс фаолиятига йўналтирилган (фаолият мақсади, мазмуни ва уни ўзлаштириш усуллари, фаолият хусусиятлари ва функциялари, шахс тажрибаси ва сифатлари, эгалланадиган компетентция компонентлари ҳамда фаолият натижалари ўз аксини топган) модел” ишлаб чиқилган.

Президентимизнинг 2017 йил 7 февралдаги "Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида"ги фармонида ижтимоий соҳа, хусусан, таълим ва илм-фан соҳаларини такомиллаштириш борасида қатор вазифалар белгиланган.

Бунда таълим муассасаларининг моддий-техник базасини мустаҳкамлаш, янги таълим муассасалари қуриш, мавжудларини реконструкция қилиш ва капитал таъмирлаш баробарида уларни замонавий ўқув ва лаборатория жиҳозлари, компьютер техникаси, ўқув-методик қўлланмалар билан таъминлаш ҳамда малакали кадрларли тайёрлаш жараёнида интеграциядан кенг фойдаланиш назарда тутилган.

Бугунги кунда соғлиқни сақлаш тизимидаги ўзгаришлар, технологик тараққиёт, замонавий инновацион технологияларни тиббиётга кириб келиши ҳамшираларни амалий фаолиятларида уларни мураккаброқ муолажалар кутаётганлигидан далолат беради. Бу муҳитда ишлайдиган ҳамширалардан билим ва кўникмалар талаб қилиняпти. Ўз устида ишламаган, амалий кўникмаларга эга бўлмаган ҳамширалар учун қийинчиликлар туғдирапти.

Бўлажак ҳамшираларни эгаллаган назарий билимларигина уларнинг тиббий фаолиятда муносиб ўрин топишлари учун етарли эмаслигини бугунги кун тажрибаси яккол кўрсатмоқда. Натижада бўлажак ҳамшираларни ўқитишда замонавий инновацион ҳамширалик таълими керак бўляпти. Ҳамширалик таълими талабани ривожлантиришга ёрдам берадиган янги педагогикадан фойдаланишни лозим. Бўлажак ҳамшираларни Соғлиқни сақлаш соҳасида ишлашга тайёрлашнинг инновацион усулларини излаш лозим. Ҳамширалик таълимида янги инновацион педагогик ёндошув ва амалиётни ҳамкорликда олиб бориш талаб этиляпти.

Бўлажак ҳамшираларни амалий фаолиятга муваффақиятли тайёрлаш шахсга йўналтирилган таълим жараёнининг асосий вазифаларидан биридир. Шахсга йўналтирилган таълим талабаларга назарияни амалиётда қўллаш учун ўрганиш имкониятларини беради. Шахсга йўналтирилган таълим-тарбия жараёнини лойихалаш ва ташкил этишда бўлажак ҳамшираларнинг ўзларини касбий ривожлантиришга бўлган эҳтиёжлари муҳим аҳамият касб этади. Шу мақсадда бўлажак ҳамшираларнинг касбий ривожланишларини таъминлашга қаратилган педагогик чора-тадбирлар тизимини ишлаб чиқишлари керак. Шахсга йўналтирилган таълимнинг долзарблигини фан, маданият ва маърифат масалалари бўйича БМТ таркибидаги нуфузли бўлим - ЮНЕСКО томонидан ҳам тан олинган ва бу ташкилот комиссияси томонидан ишлаб чиқилган «XXI аср таълим концепцияси»нинг асосида ҳам шахсга йўналтирилган таълим принциплари баён этилган.

Охириги йилларда иктисодиётнинг барча тармоқларига замонавий инновацион технологиялар жадаллик билан кириб келмоқда. Мазкур жараёнларга миллиардлаб АҚШ доллари миқдорида хорижий инвестициялар жалб қилинмоқда ва минглаб янги технологик иш ўринлари яратилмоқда. Шу билан бирга, халқаро меҳнат бозори талаблари, интеграцион жараёнларнинг жадаллашуви, рақамлаштириш даврида замон талабларига мос малака ва кўникмаларга эга

рақобатбардош бўлажак мутахассисларини тайёрлашни, уларнинг қобилият ва истеъдодини, интеллектуал салоҳиятини юзага чиқариш бугунги кунда педагоглар олдида турган вазифалардан биридир. Шахсга йўналтирилган таълимнинг асосий моҳияти ўрганилаётган мавзу бўйича таълим олувчининг таълим жараёни марказий субъекти сифатида шахсий тажрибасини очиб бериш, берилаётган билимлар билан мослаштириб бориш ва мос илмий мазмунга ўтказишдан иборат. Шахсга йўналтирилган таълим жараёнида таълим олувчи бутун таълим жараёнининг асосий иштирокчиси, таълим берувчи билан тенг ҳуқуқли мустақил билим олувчи субъектдир, таълим берувчи эса нафақат «маълумот манбаи» ва «назоратчи», балки кўпроқ таълим олувчи шахси ривожланишига ёрдам берувчи, қўллаб-қувватловчи, рағбатлантирувчи ва ташхис қўювчи ҳамдир. Анъанавий таълимдан фарқли равишда, шахсга йўналтирилган таълим таълимни ташкил этишнинг бир тури бўлиб, таълим жараёнида таълим олувчиларнинг имконият ва қобилиятларини тўлалигича ҳисобга олган ҳолда, уларнинг шахсий қобилиятларини ривожлантириш учун зарур шароитларни яратишдан иборат².

Бундай ўқув жараёнини ташкил этиш М.Монтессори таълимотидан олинган «Менга мустақил бажаришимга ёрдам беринг» тамойилига асосланган раҳбарликни тақозо этади (Монтессори педагогикаси ёки Монтессори тизими деб номланган назария XX асрда италян педагог-олими Мария Монтессори томонидан ишлаб чиқилган ва ҳар бир ўқувчига индивидуал ёндашув, ўқувчининг шахсий ривожланиш ритми ва йўналишини қўллаб-қувватлашга асосланган). Шахсга йўналтирилган дарс таълим берувчи томонидан мақбул ижодий муҳитни ташкил этишдан иборат бўлиб қолмасдан, таълим олувчининг шахсий тажрибасига уларнинг ҳаётий фаолияти тажрибаси сифатида таяниш, мурожаат қилиш ва дарс жараёнида фойдаланишдан ҳам иборат. Шахсга йўналтирилган таълимнинг асосий моҳияти ўрганилаётган мавзу бўйича таълим олувчининг таълим жараёни марказий субъекти сифатида шахсий тажрибасини очиб бериш, берилаётган билимлар билан мослаштириб бориш ва мос илмий мазмунга ўтказишдан иборат. Таълим берувчи дарс жараёнида таълим олувчини турли билим соҳаларига тааллуқли тарқоқ тасаввурлар шаклидаги шахсий тажрибасининг чегараланганлигини енгиб ўтишга ундаш орқали бу тажрибани илмий аҳамиятли шаклга ўтказишга эришиши зарур.

Таълим берувчи дарс жараёнига тайёрланар экан, қандай материални беришини эмас, балки олдинги ўзлаштирилган ва бериладиган билимларнинг мазмуний хусусиятларини таълим олувчининг шахсий ҳаёт фаолияти билан боғлашни ҳам режалаштириши талаб этилади. Бунда таълим олувчилар таклиф этган фикр ва вариантларнинг муҳокама қилиниши ҳам аҳамиятли бўлиб, фикрлар қатъий («тўғри», «нотўғри») баҳоланмаслиги, балки тўғри фикрлар ва таклифлар рағбатлантирилиши, нотўғрилари эса биргаликда тузатилиши («хато қилишга ҳақи бор – хатоларидан ўргансин»)ни назарда тутиши керак. Бу жараёнда таълим берувчи таклиф этилган вариант, фикр ва таклифларнинг қайси бирлари дарснинг мақсади ва мазмунига мос келишини

таҳлил қилиб бориши, ажратиб кўрсатиши ва қўллаб-қувватлаши алоҳида моҳият касб этади. Ҳар бир дарснинг мақсади таълим олувчиларнинг билиш, ўрганиш ва бажариш фаоллигини ошириш учун шароит яратишдан иборат. Бунинг учун қуйидагилар муҳим деб ҳисобланади: таълим олувчиларнинг субъектив тажрибасини очиб бериш учун дарсни ташкил этишнинг ҳар хил усуллари кўллаш; индивидуал, гуруҳий ва жамоавий ишларни ташкил этишда таълим олувчиларнинг эркин ишлаши, қизиқиши ва интилишлари учун муҳит яратиш; таълим олувчиларда топшириқларни бажаришда, саволларга жавоб беришда «нотўғри» жавоб бериб қўйишдан кўрқиб ҳолатини юзага келтирмаслик, кўрқмасдан бемалол ва эркин фикрни баён эта оладиган муҳитни яратиш ва жавобларни рағбатлантириб бориш («жавоб нотўғри бўлса ҳам интилиш бор», «хато қилишга ҳақи бор – хатоларидан ўргансин»); тақдим этиладиган дидактик материалларнинг шакли ва кўриниши таълим олувчи учун аҳамиятли бўлишини таъминлаш (замонавий билимларга эга бўлиш, яхши мутахассис бўлиб етишиш келгусида шахсий ҳаётнинг яхши бўлишини таъминлайди); таълим олувчилар фаолиятини якуний натижа билангина эмас, унга эришиш босқичлари билан биргаликда баҳоланишини таъминлаш; таълим олувчиларнинг ўз иш услубини танлаши, дарс жараёнида бошқаларнинг ишларини таҳлил ва муҳокама қилиши ҳамда ўзи муҳим деб ҳисоблаганларини танлаши ва ўзлаштиришини рағбатлантириб бориш; ҳар бир таълим олувчи ташаббуси билан эркин ва мустақил ишлаш мумкин бўлган мулоқот муҳитини яратиш; таълим олувчининг ўзини эркин ва табиий кўрсата билиши ҳамда намоён этиши учун имкониятлар яратиш зарур.

Шахсга йўналтирилган таълимда дарс жараёнининг дидактик таъминоти ҳам ўзига хос хусусиятда бўлиши лозим, жумладан: ўқув материали таълим олувчининг олдинги олган билимларини ҳисобга олган ҳолда унинг шахсий тажрибаси мазмунини очиб беришга йўналтирилиши; билимларни бериш таълим олувчининг билимлар ҳажмини бойитишгагина эмас, балки шахсий тажрибасини орттиришга ҳам хизмат қилиши; ўқув материални шундай тақдим этиш керакки, таълим олувчи берилган масала ва топшириқларни бажариш, тақдим этишда сидқидилдан хоҳиш билан ёндашиши ва танлаш имкониятига эга бўлиши; таълим олувчи ўқув материални ўзлаштиришнинг ўзи учун аҳамиятли ва қулай усуллари мустақил танлаши, ижодкорлигини рағбатлантириб бориши; баҳолаш ва назоратнинг фақат натижа билан эмас, балки билиш ва ўрганиш жараёни билан биргаликда амалга оширилиши; мустақил ишларни таълим олувчининг шахсий ҳаётига, танлаган касбига, яшаш манзилига боғлиқ ҳолда ташкил этиш каби хусусиятларига эга бўлиши зарур.

Хулоса сифатида шуни таъкидлаш лозимки, «Шахсга йўналтирилган таълим» элементларидан дарс жараёнида фойдаланиши таълим олувчиларнинг таълим жараёнининг марказий субъекти сифатида фаоллашишига, мантиқий ва мустақил фикрлаш қобилиятларининг ўсишига, дарс жараёнига доимий қизиқишининг ошишига, мустақил ишлашга бўлган

интилишларининг ривожланишига хисса қўшади ҳамда таълимнинг сифат ва самарадорлигини оширади. Талабаларда муаммолар юзасида илмий изланади, мустақил фикр юритади, қарор қабул қилишга ўргатади. Талабалар педагогик-психологик билимларни чуқур эгаллаганликлари билан шахсга йўналтирилган таълим-тарбия жараёнида вужудга келадиган қарама-қаршиликлар, муаммоларни билимдонлик билан осонгина ҳал қилиш йўллари тақлиф қила оладилар. Улар ўзлари қабул қилган қарорлар учун масъулиятни ўз зиммаларига оладилар. Ҳар доим ўзларининг педагогик ташаббуслари, фикрлари билан намоён бўлишга интиладилар. Улар муайян вазиятларда ўқув-тарбия жараёнига тузатишлар киритиш ҳақида зарур тавсиялар бера оладилар. Бундай фаолият тажрибасига эга бўлган талабаларнинг асосий мақсади - талаба шахсини ривожлантириш ҳамда шахсга йўналтирилган таълим-тарбия жараёнида кутилган самарадорликка эришишдан иборат.

Адабиётлар:

1. Диканская Н.Н. Оценочная деятельность как основа управления качеством образования // Стандарт и Мониторинг в образовании. 2003. – № 3. – С. 38–42.
2. Монтессори М. Помоги мне это сделать самому. / Сост. М.В.Богуславский, Г.Б.Корнетов. – М.: ИД «Карапуз», 2000.
3. Монтессори М. Самовоспитание и самообучение в начальной школе. / Пер. с итал. Р.Ландсберг. – М.: «Работник просвещения», 1992. –С. 200.
4. Монтессори М. Развитие потенциальных возможностей человека. / Пер. с англ. Д.Смоляковой. // Бюллетень МАМА, 1993, №2,3,5.
5. Методические рекомендации по проектированию оценочных средств для реализации многоуровневых образовательных программ ВПО при компетентностном подходе / В.А. Богословский, Е.В. Караваева, Е.Н. Ковтун, О.П. Мелехова, С.Е. Родионова, В.А.Тарлыков, А.А. Шехонин. – М.: Изд-во МГУ, 2007. –148 с.
6. Бурханова Г.Т., Варга В. Шахсга йўналтирилган таълим. Ўқув-услугий мажмуа. – Т., 2014.
7. Делор Ж. Образование: сокровище скрытое. – М.: UNESCO, 1996.
8. Михайловский М.Н. Особенности социально-психологических компетенций. Актуальные вопросы современной психологии и педагогики : Сборник докладов XII-й Международной научной конференции (Липецк, 28 декабря 2012 г.).
9. Ахунова Г.Н., Голиш Л.В., Файзуллаева Д.М. Педагогик технологияларни лойиҳалаштириш ва режалаштириш. / Б.Ю.Ходиев таҳрири остида. – Т.: «Иқтисодиёт», 2009.
10. Пальцев М.А. Болонский процесс и высшее медицинское образование в России // Вестник РАН. – Том 75. – № 2. – 2005. – с. 1067–1076.
11. Основы личностно-ориентированного образования. / И.С.Якиманская. – М.: «Бином. Лаборатория знаний», 2011.

ОСТРЫЙ ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ У БЕРЕМЕННЫХ (СИНДРОМ ШИХАНА)

Х.Р.Хайдаров¹, Б.У.Сиддиков¹, С.М.Тошбоев¹.

*¹Ферганский филиал Республиканского научно-практического
центра судебно-медицинской экспертизы*

ACUTE FATTY HEPATOSIS IN PREGNANT WOMEN (SHEEHAN SYNDROME)

Kh.R.Khaydarov¹, B.U.Siddikov¹, S.M.Toshboev¹.

*¹Fergana branch of the Republican scientific and practical center
of forensic medical examination*

Key words: acute hepatitis: pregnancy obstetrician-gynecologists.

Судебно-медицинская экспертиза – это специальная экспертиза, проводимая судебно-медицинским экспертом для решения медико-биологических вопросов, возникающих в ходе дознания, следствия и судебного разбирательства. Так как основной задачей судебной медицинской экспертизы является оказание практической помощи органам дознания, следствия и суда при совершении правонарушений или преступлений против здоровья или жизни граждан.

При этом второй важной задачей службы судебно-медицинской экспертизы является взаимодействие с органами здравоохранения в повышении качества оказания медицинской помощи населению. Эта задача может выполняться судебно-медицинскими экспертными учреждениями в несколько этапов и различными способами. Например, важными, как объект исследования при обследовании живых лиц являются медицинские документы непосредственного пострадавшего: история болезни, амбулаторная карта, медицинские справки. В этом случае необходимо будет предоставить судебно-медицинскую оценку недостатков, допущенных в процессе диагностики и лечения пострадавшего, а также при оформлении медицинских документов, или в случаях, когда смерть наступила в медицинском учреждении, может возникнуть необходимость сопоставления клинического и судебно-медицинского диагнозов при вскрытии. Это может быть вызвано возражениями родственников больного на оказанную медицинскую помощь или проверки, проводимые правоохранительными органами. Недостатки выявленные при судебно-медицинских исследованиях трупов и живых лиц, допущенные в процессе оказания медицинской помощи, должны обсуждаться со специалистами-клиницистами на патологоанатомических или поликлинико-анатомических конференциях, проводимых судебно-медицинскими экспертами.

Данные конференции окажут положительное влияние на повышение качества медицинской помощи населению путем принятия конкретных мер по устранению имеющихся

недостатков. Безусловно, особое значение в оценке оказанной пациенту медицинской помощи имеют комиссионные судебно-медицинские экспертизы, проводимые по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников. Поэтому в соответствии с действующим законодательством вопрос об оценке оказанной пациенту медицинской помощи должен решаться путем назначения комиссионной судебно-медицинской экспертизы. Эти обследования обязательно проводятся с привлечением клинических специалистов - акушеров-гинекологов. В заключении экспертная комиссия оценивает оказанную больному медицинскую помощь - согласно предписаниям (жизненно-важным или лечебным), своевременно, в полном объеме и обоснованно. Большинство назначаемых комиссионных экспертиз составляет, оценка акушерско-гинекологической помощи. Последняя ситуация может быть объяснена объективными причинами - трудоемкостью, сложностью, а также внезапным возникновением и бурным протеканием процессов в организме беременной или роженицы.

Острый жировой гепатоз беременных является одним из заболеваний, наблюдаемых у беременных, и в большинстве случаев вызывает неблагоприятные последствия. Это заболевание является одной из патологий, которая в большинстве случаев усугубляет состояние роженицы и создает склонность к неприятным последствиям. С учетом последних случаев ставит целью дать краткую информацию об остром жировом гепатозе беременных, а также описать алгоритм сравнительной диагностики данной патологии с другими опасными заболеваниями печени у беременных, в том числе с Хелп-синдромом и хроническим гепатозом беременных(ХГБ).

Острый жировой гепатоз беременных является одним из тяжелых осложнений во второй половине беременности и характеризуется острой жировой дистрофией печени. Острый жировой гепатоз беременных впервые был выделен как нозологическая форма в 1940 г. Х. Шиханом и получил название острой желтой акушерской атрофии печени.

Острый жировой гепатоз беременных - одно из редких заболеваний беременных, встречающееся 1 случай на 13328 родов. Данную патологию можно наблюдать каждые 3-4 года в родильных домах, где в год происходит 3000-5000 родов.

Острый жировой гепатоз беременных в большинстве случаев возникает у молодых женщин, которые рожали впервые. Этиология заболевания до сих пор не установлена.

Его происхождение может быть связано со следующими заболеваниями:

- Тромбоз печеночных сосудов
- Побочные эффекты тетрациклина и левомицетина
- Нарушение иммунного гомеостаза в системе мать-плод
- Генетические нарушения ферментной системы печени (дефекты 3-гидроксиацил-КоА-дегидрогеназы).

- **Острый жировой гепатоз беременных** вызывает тяжелую печеночно-клеточную недостаточность, геморрагический синдром, сопровождающийся диссеминированным внутрисосудистым свёртыванием, поражением почек.

Клиническое течение заболевания делится на 3 стадии:

Первая стадия — преджелтушный период, начинается на 32-34 неделе беременности. Больные жалуются на тошноту, слабость, кожный зуд, фурункулы. Вначале фурункулы носят эпизодический характер, затем становятся болезненными и неизлечимыми.

Второй этап - желтушный период, начинается через 1-2 недели. У больных отмечается резкая слабость, учащение мочеиспускания, тошнота, рвота (с примесью крови), жжение за грудиной. Рвота с примесью крови и боли по ходу пищевода связаны с эрозиями верхних отделов желудочно-кишечного тракта(ЖКТ). Эти клинические признаки сопровождаются резким уменьшением размеров печени.

Третья стадия характеризуется выраженной печеночной недостаточностью. Печеночная недостаточность возникает при острой жировой дистрофии печени. Печеночная недостаточность сочетается с почечной недостаточностью и развивается энцефалопатия.

ДВС-синдром развивается после гибели плода в утробе матери (кровотечения из носа, матки, ЖКТ).

Результаты лабораторных анализов:

- анемия
- тромбоцитопения
- лейкоцитоз
- гипопротеинемия
- некоррелируемая гипогликемия
- гипербилирубинемия
- гипофибриногенемия
- снижение ПТИ
- гипокоагуляция с фибринолизным тромбозом
- дефицит прокоагулянтов с высокой антикоагулянтной активностью

Дифференциальная диагностика острого жирового гепатоза у беременных

	ОЖГБ	ХГБ	HELLP-синдром
--	-------------	------------	----------------------

Патогенез	Снижение дезинтоксикационных свойств клеток гепатоцитов, нарушение липотрофической функции печени	Застой желчи	Гемолиз, повышенная активность ферментов печени, уменьшение количества тромбоцитов
Клиническое течение	Слабость, тошнота, ижжога, рвота, желтушность, боль в животе	Кожный зуд, раздражение кожных покровов, легкая желтушность	Слабость, петехиальная сыпь, желтушность, микроангиопатия
Лабораторные показатели			
Билирубин	Увеличивает	Немного увеличивает	Увеличивает
АЛТ, АСТ	Высокий	увеличен	Увеличивает
Белок	Снижен	Норма	Снижен
Диспротеинемия	Диспротеинемия	Нет	Диспротеинемия
Холестерин	Снижен	Увеличен	Нормал
Щелочная фосфатаза	Увеличен	Увеличен	Нормал
ДВС	ДВС	Нет	ДВС
Течение беременности и роды	Преждевременные роды, хроническая плацентарная недостаточность	Немедленное прерывание беременности, антенатальная смерть	Немедленное прерывание беременности

Алгоритм диагностики острого жирового гепатоза беременных

При возникновении дисфункции печени в 3-й половине беременности врач должен заподозрить острый жировой гепатит беременных.

Диагноз острого жирового гепатоза у беременных ставится на основании суммы клинических симптомов и результатов лабораторного анализа.

Диффузное повышение эхогенности печени и органов брюшной полости при УЗИ

Определение маркеров вирусных гепатитов методом ИФА для исключения ОВГ
ежечасное мониторирование изменений показателей крови для определения диагноза острого жирового гепатита у беременных (система свертывания крови)

Лечение:

- Экстренное Кесаревосечение

- Плазмофорез
- Вливание свежемороженой плазмы

Родоразрешение должно осуществляться максимально быстро и бережно путем амниотомии, стимуляции, укорочения 2-го периода родов с помощью акушерских щипцов.

Основная цель – успеть родить плод без гибели плода и ДВС-синдрома.

Макроскопический вид печени трупов, умерших от острого жирового гепатоза беременных, ярко-желтого цвета, при микроскопическом исследовании выявляются гепатоциты в набухшем состоянии, мелкие и крупные капли жира вокруг цитоплазмы клеток и центрально расположенных ядер, архитектура печени интактна, возможное отсутствие некрозов в гепатоцитах и наличие воспалительных инфильтратов в строме печени позволяет дифференцировать патологию от других заболеваний печени, в том числе вирусный гепатит.

Ниже в качестве примера из практики предполагается привести сведения о комиссионной судебно-медицинской экспертизе, которая была проведена в отделе повторной и комиссионной экспертизы Ферганского филиала РНПЦСМЭ:

Согласно постановлению о назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы следует, что «...женщина 1993 года рождения 27 июля 2017 года поступила на лечение в Ферганский областной перинатальный центр с диагнозом “34 недели беременности”. В этот день родился мертвый плод, а через 3 дня, 31 июля 2017 года, умерла и женщина. В связи с этим были проведены доследственные действия со стороны областной прокуратуры. При этом муж умершей в объяснительной указал, что медицинский персонал не оказал достаточной медицинской помощи в связи со смертью беременной жены и поэтому обратился с просьбой применить законные меры в отношении медицинского персонала лечившего его супругу. Согласно заключению КСТЭ, проведенного по поводу лечения беременной и факта ее смерти, при оказании медицинской помощи были допущены следующие ДМП: -беременная не в полной мере находилась под наблюдением и лечением у медицинского персонала сельской семейной поликлиники, диагнозы не были в полной мере обоснованы, ее состояние после выписки из стационара не оценено, ведение домашней карты не изучено. 14.07.2017 года в 14:40 при поступлении в родильное отделение районного медицинского объединения врачи поставили диагноз: «Первая беременность 33 недели, преэклампсия легкой степени». При этом анамнез беременной изучен не в полной мере, не организован консилиум с участием заведующего отделением, не в полной мере обоснован диагноз, не проведено лечение по протоколу, не было организована консультация терапевта, беременная наблюдалась у кардиологов и гастроэнтерологов, больная получив лечение при неустановленном диагнозе отправлена домой.

26.07.2017 в 21:30 в родильное отделение районного медицинского объединения поступила беременная, осмотрена врачом акушером-гинекологом, состояние оценено как

удовлетворительное, поставлен диагноз «беременность 1-я, 32 недели, тяжелая преэклампсия, мертвый плод, острый бронхит?» госпитализировали и осмотрели специалисты (нефрологом, гастроэнтерологом, офтальмологом и инфекционистом) в реанимационном отделении., 27.07.2017 в 08:00 переведена в областной перинатальный центр с диагнозом: «1-я беременность 35 недель, 1-й период родов, мертвый плод, тяжелый гестоз, гепатоз беременных». При этом на приеме анамнез беременной изучен не полностью, ее состояние и жалобы не оценены должным образом, контроль, системная поддержка и лечение не проводились на основании протокола, соответствующего установленному диагнозу, поздно переведена в областной перинатальный центр. При поступлении беременной в областной перинатальный центр 27.07.2017 года в 11:40 врачами установлен диагноз: «Беременность 1-я, 34 недели, острый жировой гепатоз беременной, первый период родов, антенатальная гибель плода, задержка развития плода, тяжелый гестоз, острая печеночная и почечная недостаточность. «Супрессорная олигоанурия, ДВС-синдром в стадии гипокоагуляции», была правильно диагностирована и проведены лечебные мероприятия согласно стандартам. В этот день в 15:30 родился мертвый плод женского пола массой 1743 грамма. По заключению патологоанатомического исследования плода, с момента гибели плода в матке матери прошло около 2 суток. У женщины, родившей в послеродовом периоде, была зарегистрирована биологическая смерть 30.07.2017 года в 10:30, несмотря на консультацию врачей-специалистов и соответствующие реанимационные мероприятия.

Причиной смерти женщины стала полиорганная недостаточность, осложненная острой жировой болезнью печени у беременных. При своевременном диагностировании острой жировой болезни печени, своевременном родоразрешении мёртвого плода, квалифицированного лечения по предотвращению осложнений острой жировой болезни печени, можно было спасти жизнь женщины при поступлении 26 июня 2017 года в родильное отделение районного медицинского объединения.

Акушеры, гинекологи и врачи общей практики должны изучить течение беременности, осложнения при родах у женщин, заболевания печени и почек и принять меры к своевременному устранению осложнений. Кроме того, необходимо научиться ведению беременности и предупреждению осложнений на фоне сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и острого инфекционного гепатита. Беременные женщины с экстрагенитальными заболеваниями должны принимать активное участие в принятии решения о продолжении беременности.

Литература:

1. Sheehan H.L. The pathology of acute yellow atrophy and delayed chloroform poisoning. J.Obstet.Gynaecol. Br. Emp. 1940; 47-49.
2. Майер К.-П. Гепатит и его последствия. Гэотар, Медицина, Москва, 1999.

3. Pockros P.J., Peters R.L., Reynolds T.B. Idiopathic fatty liver of pregnancy: finding in ten case. *Medicine (Baltimore)* 1984; 63:1.
4. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. Гэотар, Медицина, Москва, 1999.
5. Jsaacs J.D. Jr., Sims H.F. and all. *Pediatr-Res* 1996 Sep; 40 (3); 393
6. Treem N.R.; Shoup M.E. and all *Am-J-JGastroenter.* 1996 nov; 91(11) 2293-300.
7. Фарбер Н. А. Болезнь Боткина и беременность. — М., 1970.
8. МКБ-10, ВОЗ. — Женева, 1995. — Т. 1, (ч. 1). — С. 599.
9. Бродов Л. Е., Кареткина Г. Н., Пашенин М. А. Печеночная кома при остром жировом гепатозе // *Клиническая медицина*, 1983, №2. — С. 74—77.
10. Мартынов К. А., Фарбер Н. А., *Акушерство и гинекология*, 1982, №3. — С. 6—8.
11. Фарбер Н. А., Мартынов К. А., Гуртовой Б. Л. в кн. «Вирусные гепатиты у беременных». — М., 1990, — С. 190—200.
12. Айламазян Э. К. в кн. «Неотложная помощь в акушерстве». — НГМА, 1995, — С. 210—212.
13. Репина М. А. в кн. «Ошибки в акушерской практике». — М., 1988, — с. 159—190.
14. Шехтман М. М., Игнатъева Г. М., Мартынов К. А. Пособие для врачей: Дифференциальный диагноз желтух. — МЗ РФ, 2000.
15. Ющук Н. Д., Кузьмин В. Н., Малышев Н. А. и др. Острый жировой гепатоз в инфекционной и акушерской практике. — *Клиническая медицина*, 2002, №10. — С. 51-56.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ОСОБЕННОСТИ КОМИССИОННОЙ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
ПРИ ОЦЕНКЕ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Х.Р.Хайдаров¹, Б.У.Сиддиков¹, К.А.Махсумхонов².

¹*Ферганский филиал Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы*

²*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников*

**FEATURES OF FORENSIC MEDICALEXAMINATIONS IN MATERNAL MORTALITY
ANDABOUT DEFECTS OF MEDICAL CARE (DMP), ADMITTED BY OBSTETRICIAN-
GYNECOLOGISTS BASED ON THE MATERIALS OF EXPERT EXAMINATION
COMMISSIONS**

Kh.R.Khaydarov¹, B.U.Siddikov¹, K.A.Makhsumkhonov².

¹*Fergana branch of the Republican scientific and practical center of forensic medical examination*

²*Center for the development of professional qualification of medical workers*

Annotation: An analysis of the defects in medical care encountered in the practice of obstetrician-gynecologists showed that among the defects in medical care, the main role is played by errors in and in the appointment of medical manipulations, complications of not identifying the underlying disease, which are expressed in lack of qualifications, as well as non-compliance with the requirements of medical standards and neglect to the sick.

Key words: *defects in medical slop, obstetrician-gynecologists, commissions of forensic medical examinations.*

Конституция Республики Узбекистан гарантирует гражданам право на получение квалифицированных медицинских услуг. Следовательно, основной целью реформ, проводимых в системе здравоохранения страны в последние годы, является повышение качества медицинской помощи, оказываемой населению. Так как периодический и систематический контроль качества и полноты оказания медицинской помощи населению, является одним из способов обеспечения права граждан на получение квалифицированной медицинской помощи. Следует отметить, что одной из основных задач службы является сотрудничество с органами здравоохранения в разработке и реализации мероприятий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи населению. По данным специальной литературы роль комиссионной судебной медицинской экспертизы (КСМЭ), проводимых по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников, в реализации этой задачи не вызывает сомнений. Действующий Уголовно-процессуальный закон Республики Узбекистан требует проведения КСМЭ при даче правовой оценки деятельности медицинского персонала. Комиссионные судебно-медицинские экспертизы проводятся в соответствии с действующими «Правилами проведения повторных, комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз» (Приказ МЗ РУз от 01.07.2012 № 153, Приложение 8). Согласно этим правилам КСМЭ проводятся только в научно-практических центрах судебно-медицинской экспертизы республики и его региональных филиалах.

Комиссионные экспертизы относятся к комплексным, трудоёмким экспертизам, и их результаты имеют значение при расследовании уголовных дел, проводимых по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников (ППМР), в частности, при правовой оценке недостатков врачебной деятельности. По официальным отчетам судебно-экспертных учреждений следует отметить, что за последние годы значительно увеличилось количество КСМЭ, проводимых на предмет ППМР. С учетом изложенного в данной статье ставится задача проанализировать комиссионные судебные экспертизы, проведенные в 2018-2021 годах в Ферганском филиале Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы (РНПЦСМЭ) по делам, связанным с оказанием акушерско-гинекологической помощи. Всего за анализируемые годы в Ферганском филиале РНПЦСМЭ

проведено 2 520 комиссионных судебных экспертиз, из них 2 423 или 96,1% составили дела, связанные с профессиональными правонарушениями медицинских работников. В разрезе годов прослеживается динамика увеличения количества назначенных комиссионных экспертиз по делам ППМР, что в абсолютных цифрах выражается (с 512 в 2018 г. до 677 в 2021 г.), противоположная тенденция- снижения относительных показателей (в 2018 г. - с 96,7%, в 2021 г. –до 95,3%), то есть увеличение количества ППМР произошло на фоне увеличения общего количества комиссионных экспертиз.

Комиссионные экспертизы, назначаемые по делам акушерско-гинекологической помощи, составляют примерно 5,0-6,0% от общего числа комиссионных экспертиз по ППМР, проведенных в анализируемые годы. Ведь всего за этот период было проведено 150 комиссионных судебно-медицинских экспертиз, связанных с оказанием акушерско-гинекологической помощи (6,2% экспертиз, назначенных по делам о ППМР). Под дефектом медицинской помощи (ДМП) понимаются в широком смысле случаи, которые вызвали или могли вызвать неприятные последствия для здоровья пациента в результате невыполнения или ненадлежащего выполнения требований общепринятых правил, инструкций, руководств. Всего в ходе комиссионных судебно-медицинских экспертиз, проведенных по делам об оказании акушерско-гинекологической помощи за анализируемые годы, выявлено 38 дефектов оказания медицинской помощи (ДМП) (табл. 1).

1-таблица

Годы	Все комиссионных экспертиз	Комиссионных экспертиз по ППМР		Комиссионные осмотры назначаются по делам, связанным с акушерско-гинекологической помощью		Число ДМП
		экспертиз	по ППМР	назначаются по делам, связанным с акушерско-гинекологической помощью	по делам, связанным с акушерско-гинекологической помощью	
2018	535	512	96,7%	35	6,5%	5
2019	571	557	97,5%	34	6,1%	7
2020	704	677	96,1%	43	6,3%	9
2021	710	677	95,3%	38	5,6%	17
Всего:	2520	2423	96,1%	150	6,2%	38

При фиксации дефекта медицинской помощи необходимо уточнить их сущность, т.е. характер и содержание недостатка. Дефекты по этому признаку можно разделить на четыре группы: диагностические, лечебные, профилактические и другие дефекты.

По результатам анализа диагностические ошибки составили 34,2% всех ДМП, и они проявлялись в виде невыявления основного осложнения заболевания (26,3%) и поздней диагностики (7,9%). При изучении причин диагностических дефектов они были вызваны субъективным взглядом, то есть причинами, связанными с деятельностью врача, которые в

основном проявлялись в виде недостаточного внимания к пациенту и низкой квалификации работника.

Другие дефекты в лечении- в виде нарушений медицинской документации, правил перевозки составили 15,8% от всех выявленных ДМП (табл. 2).

2-таблица

Суть ДМП	В абсолютном числе	%
Неспособность выявить основное осложнение заболевания	10	26,3
Поздняя диагностика	3	7,9
Ошибки в назначении и проведении лечебных процедур	19	50
Другие дефекты лечения	6	15,8
ВСЕГО	38	100

В качестве примера дефекта оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии при родах можно привести следующий случай:

Например: согласно медицинским документам, представленным в комиссионную судебно-медицинскую экспертизу, 10 мая 2022 года в 17:40 в родильное отделение районного медицинского объединения поступила беременная женщина с диагнозом: «38 недель первой беременности, активная стадия 1-го периода родов, преэклампсия легкой степени, хроническая анемия». Рекомендованно рожать естественным путем. В этот же день в 21:30 проведена операция "Эпизиотомия - рассечение стенки влагалища", родился мальчик массой 2790 грамм. После осложненных родов произведены эпизиотомия и эпизорофарингеальные операции, ушитые 6 швами. В 01:00 хирургом произведена операция по ушиванию разрыва стенки влагалища и удалению гематомы. Поскольку разрыв в стенке влагалища был глубоким, предыдущие швы были сняты, а разорванная рана зашита заново. В результате большой кровопотери у больной были нарушены реологические свойства крови, в том числе вязкость крови и каровотечение продолжалось. Учитывая последнюю ситуацию, 11 мая в 10:30 произведена операция по перевязке внутренних подвздошных артерий и вскрытию гематомы больших размеров в правой подвздошной области живота. В послеоперационном периоде наступила острая почечная недостаточность вследствие постгеморрагического паралича, а биологическая смерть наступила 14 мая, несмотря на то, что она была переведена в ФФРНЦЭМП для проведения сеансов гемодиализа. В отношении трупа была проведена судебно-медицинская экспертиза. При внешнем осмотре выявлена рана, направленная в сторону влагалища длиной 7 см и глубиной 1,5 см с наложенными 7 швами. Судебно-медицинский диагноз: разрыв стенки влагалища приведший к внутреннему кровотечению, постгеморрагический шок, острая почечная недостаточность. В результате анализа материалов дела, медицинской документации

экспертная комиссия признала, что в процессе оказания акушерско-гинекологической помощи роженице допускаются следующие ДМП:

- дефект лечения - нерациональное ведение родов: обычно эпизиотомию производят в случаях застревания головки плода в родовых путях, когда имеется дисбаланс антропометрических параметров плода и родовых путей. Однако в данном случае практика «Эпизиотомии» была выполнена при отсутствии достаточных жизненных или медицинских показаний;

- диагностический дефект – поздняя постановка диагноза: операционная рана продолжалась вглубь стенки влагалища во время родов, а случай кровотечения из разрыва влагалища у женщины выявлен очень поздно - уже после возникновения осложнений.

В качестве субъективной причины признаются дефекты диагностики и лечения. То есть врачи не уделили должного внимания роженице, своевременно не правильно оценили тяжесть её состояния. В частности, было установлено, что выделения были кровянистыми при наблюдении акушерками за состоянием женщины каждые 15 минут в течение 2 часов после родов. Однако осмотр дежурными акушерами-гинекологами до 00:20, т. е. в течение примерно 3,0 часов после родов, не проводился, а внутреннее и наружное кровотечение своевременно не выявлено. Последняя ситуация, в свою очередь, привела к развитию таких осложнений, как постгеморрагический шок и острая почечная недостаточность. Учитывая тяжесть кровотечения женщины, также не были вовремя вызваны специалисты по линии санитарно-медицинской авиации (акушер-гинеколог, уролог, сосудистый хирург, реаниматолог).

Вышеуказанные случаи свидетельствуют о том, что при оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи роженицам грубо нарушаются требования «Национальных стандартов повышения качества оказания перинатальной помощи в родовспомогательных учреждениях системы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан».

По заключению экспертной комиссии, в данном случае недостатки оказания медицинской помощи в диагностике и лечении врачами родильного комплекса усугубили состояние пациентки, оказали существенное влияние на исход и были значимы как фактор, создавший условия для смерти. Возникновение дефектов оказания медицинской помощи и смерть имеют прямую причинно-следственную связь.

Заключение: Согласно официальным отчётам судебно-медицинской экспертизы, деятельность врачей акушеров-гинекологов является одним из направлений, где часто отмечаются недостатки оказания медицинской помощи. Это указывает на сложность ситуации и необходимость относиться к ней серьезно; В целях предупреждения различных осложнений, которые могут возникнуть во время родов, укреплять взаимные практические связи между

медицинскими учреждениями различных уровней, оказывающими помощь беременным и роженицам, наладить сотрудничество на системной основе; обеспечение полного соблюдения требований действующих Национальных стандартов в диагностике и лечении; Разработка адресных мероприятий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи населению путем изучения дефектов оказания медицинской помощи по материалам комиссионных судебно-медицинских экспертиз, служит повышению качества оказания медицинской помощи беременным женщинам.

Литература:

- 1.Искандаров А.И., Қўлдошев Д.Р. Суд тиббиёти “MERIUS”, Тошкент-2009, с.557-570.
- 2.Индиаминов С.И. Врач фаолиятининг ҳуқуқий асослари, Тошкент-2014. с. 101-109.
- 3.Томилин В.В., Соседко Ю.И. Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи, Судебно-медицинская экспертиза, 2000, №6, с. 4-8.
- 4.Пиголкин Ю.И. Критерии обоснованности врачебного риска и их судебно-медицинская оценка, Судебно-медицинская экспертиза, 2004, №1, с 3-7.
- 5.Ғиёсов З.А. Экспертная оценка случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи. Мед журнал Узбекистана, 2007, №5, с 29-31.
- 6.Гончаренко Д.В., Дмитриева О.А., Курдюпкина А.В. и др. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи акушерско-гинекологического профиля. Судебно-медицинская экспертиза, 2007, №6, с 27-31.
- 7.Кулебякин И.Ю., Шадымов А.Б. Судебно-медицинская оценка родового травматизма у новорожденных при проведении экспертиз, связанных с оказанием медицинской помощи при родовспоможении. Вестник судебной медицины, Новосибирск, 2018. №3, с 44-46.
- 8.Мукашев М.Ш., Тургунбаев А.Э. Конкуренция причин смерти или акушерская ошибка. Вестник судебной медицины, Новосибирск, 2018. №2, с 59-63.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»

г.Фергана

10.03.2023г.

QIZ BOLALARDA O`TKIR GINEKOLOGIK KASALLIKLARDAN KEYINGI QORIN BO`SHLIG`I BITISHMALI KASALLIGINI DAVOLASH VA PROFILAKTIKASIDA

LAPORASKOPIK YONDASHUV

**N.S.Xaydarov¹, X.S.Sapoxonov¹, B.A.To`ychiev¹, N.M.Turanova¹,
N.M.Xojimatov¹, M.X.Miraxmedov¹.**

¹Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi farg`ona filiali.

Annotation: Maqolada qiz bollarda o`tkir ginekologik kasalliklar bilan shifoxonada 2022 yillar mobaynida davolangan 168 nafar bemorning kasallik tarixidan olingan ma'lumotlar muxokamali va statistikasi jamlangan. Klinik ko'rinishlari, kechiga, diagnostik usullariga qarab muhokama qilinadi. Davolashdan keyingi statistika va natijalari keltirilgan.

Kalit so'zlar: *laporaskopiya, bachadon bo`ynining buralishi, apopleksiyasi, bitishmali kasallik, o`tkir ginekologik, tuxumdon kistasi.*

Dolzarbli: Qiz bolalarda qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligini davolash va profilaktikasiga kompleks yondashuv muammosi jarayonning og'irligi, shikastlanishning sezilarli darajada ko'pligi va ayniqsa erta va yosh yoshga xos bo'lgan xavfli asoratlarning rivojlanishi xamda qiz bollarning reprodaktiv rivojlanishi, kelajakda farzand ko`rishini xisobga olgan xolda dolzarb bo'lib qolmoqda. Ayniqsa ginekologik kasalliklardan so`ng kasallikning qiz bollarda sezilarli darajada ko`payganligi bu kasallikka jiddiy yondashishni talab qilmoqda.

Tadqiqotimizning maqsadi qiz bollarda qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligi oldini olish va ularning asoratlari xavfini bashorat qilishda traditsion va laparoskopik operatsiyalarning taxlillash.

Materiallar va usullar: 2022- yilda RShTTYoIMFF shoshilinch bolalar xirurgiyasi xamda shoshilinch ginekologiya bo'limida 168 : tuxumdon apopleksiyasi 61 ta (36.3%) va tuxumdon kistasi yorilishi xamda buralishi bilan 107 nafar (63.6%) qiz bilan bemorlar murojat qilib kelishgan. Bemorlarning 120 tasida operativ davo qilingan : 39 (23.2%) apopleksiya bilan, tuxumdon kistasi yorilishi xamda buralishi bilan 9 tasi (5.3%) nafarida konservativ davo orqali davolangan. Bemorlarda operativ davo qilingan 120 nafar bemorda 22 ta (18.3%) apopleksiya barchasi laparoskopik usulda, 98(81.7%) tasi tuxumdon kistasi yorilishi xamda buralishi bilan shulardan 58 ta laparoskopik usulda 58(59%) ta, laparotomiya 40(41%) - bemorlarda operativ davo qilingan.

Natijalar shuni ko'rsatadiki, qilingan operatsiyaning turiga va usuliga ko`ra ikki guruxga bo`lib olingan natijalar taxlil qilindi. Traditsion usulda operatsiya qilingan bemorlarning operatsiyadan keyin turli vaqtlarda 28(70%) nafarida turli shikoyatlar bilan murojat qilishgan. Shu bemorlarning bitishmali ichak tutulishi bilan 3 nafar bemor qaytatdan murojat qilib ulardan kasalxonaga yotqizilgan bo`lib ularning 2(5%) tasida birishmalarni ajratish operatsiyasi bajarilgan. Laparotomiya operatsiyasidan so`ng shifoxonada o`rtacha davolanish kuni 7-10 kunni davom etgan. Laparoskopik usulda qilingan operatsiyasi bemorlarda bizga qayta murojat qilganlar bo`lmadi va laparoskopik operatsiya qilingan bemorlarni o`rtacha davolanish kuni 3-5 kun davolanib chiqishgan. O'tkazilgan tadqiqotlar qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligini kelib chiqishida operatsiyalardan traditsion yo`l bilan operatsiya qilingan bemorlarda uchrashi ko`p kuzatildi. Qolaversa bu usul bilan qorin parda va ichaklarga ortiqcha jaroxatlar yetkazilish darajasi ko`pligi sababli bitishmalar xosil bo`lishi extimoli yuqoriligicha qolmoqda. Bundan tashqari bemorlarda oshqazon ichak faoliyatining funksional buzulishlari(ovqatlanish tartibining buzulishlari) kuzatildi. Bu o`zgarishlarni nazorat qilish bitishmalar xosil bo`lish xavfini

oldindan taxmin qilishga imkon beradi va xavf omillarini tahlil qilish , ulardagi asoratlarni rivojlanishi va davolashni optimallashtirish imkonini berdi.

Xulosa: O`tkir ginekologik kasalliklarni operativ davolashda asoratlarni oldini olish maqsadida bemorlarda profilaktik chora-tadbirlar olib borishni kerakligini ko`rsatmoqda.

Asosiy e'tiborni: 1. Jarrohlik aralashuvi bosqichida profilaktika: usullar va texnologiyalardagi o'zgarishlar asosiy omillar ta'sirini kamaytirishga qaratilgan jarrohlik muolajalar yani operatsiyalarni loperaskopik yondashuvni rivojlantirish va imkon qadar traditsion usullardan kamroq foydalanish. 2. Uzoq muddatli profilaktika - takomillashtirish orqali bilvosita ta'sir : ratsional ovqatlanish, fizioterapiya, massaj, terapevtik vositalar orqali ovqat hazm qilish traktining ishlashi.jismoniy tarbiya va boshqalar.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКАДА ЎРТА ТИББИЙ ХОДИМЛАРЛАРНИНГ АБОРТГА
ҚАРШИ КУРАШИШ ФАОЛИЯТИ**

Г.З.Хамракулова¹, Д.М.Шокирова¹, Б.А.Ҳайдарова¹.

¹*Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Хомилани сунъий йўл билан тушириш аёл саломатлиги учун жуда хавфли ҳисобланади. Муҳим хавф солувчи омиллар шундан иборатки, бунда бачадонга патоген микробларнинг тушиши, бу эса жинсий органларда шамоллаш касалликлари, хаттоки сепсисни вужудга келишига сабаб бўлишидадир. Кўп ҳолларда оналар ўлимига сабаб бўлувчи қон кетиш хавфи кузатилади. Аёлларда абортдан сўнг бепуштлик, кейинги хомилаларнинг тушиши ва оналикдан маҳрум бўлиш аломатлари келиб чиқади.

Абортга қарши чора-тадбирлар олиб бориш аёллар маслаҳатхонасининг муҳим вазифаларидан бири ҳисобланади. Аборт аёлларнинг ўз хоҳишлари ва тиббий кўрсатмаларга асосан тиббий муассасаларда амалга оширилади, бу ерда эса абортни олдини олишда ўрта тиббий ходимлар муҳим аҳамият касб этади.

Тадқиқот мақсади: Абортга қарши курашишда акушеркалар ролини ўрганиш ва улар фаолиятини такомиллаштириш борасида тавсиялар ишлаб чиқиш .

Тадқиқот вазифаси: Аёллар маслаҳатхонасидаги ўрта тиббий ходимлар фаолиятини ҳуқуқий –меъёрий ҳужжат асосида юритилиши ўрганилди. Ўрта тиббий ходимларнинг абортга қарши олиб бораётган ишларини ўрганиб чиқилди ва таҳлил қилинди. Абортга қарши ўрта тиббий ходимлар фаолиятини такомиллаштириш борасида тавсиялар ишлаб чиқилди.

Илмий янгилиги: Аёлларни оналикдан махрум бўлиш хавфидан, оналар ва перинатал ўлимдан ва касалликлардан сақлаш мақсадида ўрта тиббий ходимларнинг касбий фаолиятини асослаб берувчи вазифаларни хал этишдан иборат эди.

Тадқиқот усуллари: Олиб борилган тадқиқотда Риштон туманидаги оилавий поликлиникалардаги 8 та акушер-гинекологлар, 10 та акушерка ва 60 та тиббий муассасага мурожат қилиб келган аёллар иштирок этдилар. Риштон туманида жойлашган оилавий поликлиникалар қамровида 43651 нафар аҳоли бўлиб, уларнинг 27507 тасини аёллар ташкил этади. Ушбу территориядаги фертил ёшидаги аёллар 52095 нафар бўлиб, уларнинг – 2283 таси хомиладор аёллардир. Риштон туманига қарашли оилавий поликлиникаларда умумий 49 та шифокор акушер-гинекологлар, 69 та ўрта тиббий ходим – акушеркалар фаолият кўрсатиб келмоқда. Кузатув натижасида ушбу йилда хомиладор аёлларнинг 98,6 % ида хомилалик натижаси ижобий – тугруқ билан, 1,15 % - тиббий курсатмага асосан аборт ва атиги 0,17% и бола ташлаш билан тугаганлиги маълум бўлди. Фертил ёшидаги аёллар орасида ўтказилган сўров натижалари шуни кўрсатдики, аборт қилдираётган аёлларнинг ёш буйича тақсимоли буйича саволнома ўтказилганда олинган маълумотларга асосан 2022 йилда абортлар сони анчага камайган бўлиб, 2020 йилга қараганда 30,5% (44,4 дан 30,8 га 1000 та фертил ёшдаги аёлларга нисбатан) ташкил этган. Динамикада аборт қилдираётган аёллар ёш буйича тақсимланиши: 1 ўринда-21-29 ёшдагилар, 2 ўринда – 31-40 ёшгача, сўнгра 40 ёш ва ундан юқори ва охириги 20 ёшгача бўлганлар.

Аёлларнинг яшаш статуслари буйича берилган саволномага асосан, текширувдаги аёлларнинг 86,3 % тўлиқ оилага, 13,8%ида тўлиқ бўлмаган оилага эга экан. Аёлларнинг яшаш шароити ўрганилганда қуйидаги натижалар олинди: 27,8% аёллар фақат турмуш ўртоғи ва фарзандлари билан, 33,6% турмуш ўртоғининг ота-оналари билан биргаликда, 28,2% аёллар эса катта оилада (қайин ака ва опалар) ва 10,4% аёллар никоҳсиз ўзлари яшашлари маълум бўлди.

Аёлларнинг таълим олганлик даражаси ўрганилди қуйидагиларга эришилди: тугалланмаган ўрта маълумотлилар - 16,3%, ўрта умумий таълимга эга – 37,9%, ўрта махсус таълим– 25,2%, олий маълумотли – 10,7% ва тугалланмаган олий маълумотлилар – 9,9% ни ташкил этди. Ижтимоий ҳолатига баҳо берилганда маълум бўлдики, 38,7% аёллар уй бекаси, 30,2% - ишчилар, 21,1% - хизматчилар, 9,9%-талабалардан иборат.

Аёлларнинг профилактика мақсадида поликлиникага қатнови буйича берилган саволномага асосан, йил мобайнида шифокор-гинекологлар кўригига 16,3% - йилига 4 марта ва ундан хам кўп, 33,5% - 2-3 марта, 28,5% - 1 марта профилактика мақсадида ўтган ва 17,3% аёллар эса умуман ташриф буюрмаган.

Хулоса қилиб айтганда, ўз репродуктив саломатлиги бўйича профилактика мақсадида гинеколог қабулига борган аёллар 66,5% ни, даволаш учун мурожаат қилганлар 22,2% ва контрацептик усуллардан маслаҳат олиш учун ташриф қилганлар 11,3% ташкил этди.

Аёлларнинг ўз репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш бўйича берилган саволномада шахсий гигиенага риоя қилиш – 22,3% , репродуктив саломаликка эҳтиёткорлик билан ёндашиш – 16,1% , алкоголь ва наркотик моддалардан холи бўлиш - 18,5% ва 19,4% , шифокор тавсиясиз дори дармонларни қабул қилиш – 12,8% ларда аниқланди. Хомилани якуни 53,9 % аёлларда хомила режалаштирилган ва у туғруқ билан яқунланган. 13,0% аёлларда хомила бола ташлаш билан яқунланган. 33,1 % аёллар хомила сунъий йул билан тухтатилган . Хомиланинг якуни 53,9 % аёлларда хомила режалаштирилган ва у туғруқ билан , 13,0% аёлларда хомила бола ташлаш билан, 33,1 % аёллар хомила сунъий йул билан тухтатилган. 48,6% - физиологик усул билан, 36,7% - тўсиқли усул йўли билан, 19,6% - гармонал препаратлар ёрдамида ва 10,5% - бачадон ички спиралли орқали режалаштирилмаган хомилани олди олинган. Аёлларда хомилани сунъий тўхтатиш сабаблари ўрганилганда 30,4 % - иктисодий муаммолар, 21,0% - турмуш ўртоғи билан муносабатининг ёмонлашуви, 19,3% - ёшлилиги, хали она бўлишга тайёр эмаслиги, 12,2% - оилада ёш боланинг боланинг борлиги ва 17,7% - бошқа сабаблар аниқланди. Оилавий поликлиникадаги ўрта тиббий ходимларни иш стажини ўрганиш бўйича берилган саволномага қуйидагича жавоб олинди. Акушеркаларнинг иш стажини 21 йилдан юқори бўлгани - 22% ни, 11-20 йилгача - 31 % , 6-10 йил – 24% , 1-5 йил - 16% , 1 йилгача – 8% ини ташкил этди. Исталмаган хомилаликни олдини олиш йуллари бўйича берилган саволга 10% акушеркалар қийналиб жавоб бердилар. 95% эса саволга қийналмай жавоб бердилар.

Аёлларда аборт оқибатлари ва уларни олдини олишдаги вазифангиз нимадан иборат? ғдеган саволга 70 % акушеркалар аъло даражада жавоб бердилар. 30% акушеркалар қийналиб жавоб беришди. Акушеркалардан ўсмир қизлар орасида санитар тарғибот ишларни олиб борилиши ҳақида сўралганида, 73,5% и ҳар доим олиб борилади деб жавоб беришди. 15,8% и эса кам тарзда олиб борилади. 10,7% умуман олиб бормаганлиги аниқланди.

Хулоса: Оилавий поликлиникадаги акушеркалар фаолияти ўрганилди ва улар меъёрий-ҳуқуқий ҳужжат асосида иш юритилаётгани аниқланди. Акушеркалар профилактика ишларига етарлича вақт ажратишган, аммо абортга қарши тадбирлар олиб боришда асосан мурожаат қилиб келган аёллар билан иш олиб бориши, ҳамда ўз вазифаларидан ташқари санитаркалар ишлари билан ҳам шуғулланишлари маълум бўлди. Ўрганилган оилаларнинг 56% кўрсатилаётган тиббий хизматни қониқарли деб белгилади ҳамда 48% оилалар учун шифокорлар ва ўрта тиббий ходимлар иш графиклари қониқтириши аниқланди.

Амалий тавсиялар: Аёллар репродуктив саломатлигини мустахкамлашда ўрта тиббий ходимлар малакасини ошириш мақсадида семинар ва тренингларда иштирокини

такомиллаштириш; Репродуктив саломатлик, контроцепция, абортга карши курашиш бўйича аёллар орасида санитар тарғибот ишларини такомиллаштириш; Репродуктив саломатликни мустахкамлашга оид ахборот манбаларини кучайтириш; Ўрта тиббиёт ходимлар иш хажмини камайтириш, шифокор – акушер гинекологлар орасидаги мулоқотни кучайтиришга шахсий ёндашиш тавсия этилади.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»

г.Фергана

10.03.2023г.

**BOLALARDA QORIN BO`SHLIG`I BITISHMALI KASALLIGINI DAVOLASH VA
PROFLAKTİKASIDA LAPORASKOPIK YONDASHUV.**

B.B.Mirzaev¹, N.S.Xaydarov¹, R.Sotvoldiev¹, Yo.N.Xolmatova¹, G.R.Kadirova¹.

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Annotation Maqolada bollarda qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligi bilan davolangan 2019-2022 yillar mobaynida davolangan 101 nafar bemorning kasallik tarixidan olingan ma'lumotlar muxokamali va statistikasi jamlangan. Klinik ko'rinishlari, kechiga, diagnostik usullariga qarab muhokama qilinadi. Davolashdan keyingi statistika va natijalari keltirilgan.

Kalit so`zlar: *Bitishmali kasallik, destruktiv appendisit, qorin bo`shlig`i yiringli kasallilari, loperaskopik yondashuv.*

Dolzarlighi: Bolalarda qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligini davolash va proflaktikasiga kompleks yondashuv muammosi jarayonning og'irligi, shikastlanishning sezilarli darajada ko'pligi va ayniqsa erta va yosh yoshga xos bo'lgan xavfli asoratlarning rivojlanishi tufayli dolzarb bo'lib qolmoqda. **Tadqiqotimizning maqsadi** qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligi oldini olish va ularning asoratlar xavfini bashorat qilishda traditsion va laparaskopik operatsiyalarning taxlillash.

Materiallar va usullar: 2019- yildan 2022- yilgacha RShTTYoIMFF shoshilinch bolalar xirurgiyasi bo'limida 1500 dan ortiq qorin bo`shlig`i kasalligi bilan kasallangan bolalar operatsiya qilindi. Shulardan laparaskopik operatsiya qilinganlar soni 47 nafar bolalarda qilingan. Laparoskopik operatsiyalardan 21 nafar bemorda (44.7%)-o`tkir appendisitning xar xil shakillari; 19 nafar bemorda (40.4%)-qiz bollarda turli ginekologik kasallilar (tuxumdon kistasi yorilishi, appoleksiyasi, bachadon bo`ynining buralishi kabilar); 7 nafar bemorda (14.9%)-diagnostik laparaskopiya muolajalari o`tkazilgan.

Natijalar shuni ko'rsatadiki, qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligi, qilingan operatsiyaning turiga va usuliga ko`ra ikki guruxga bo`lib olingan natijalar taxlil qilindi. Traditsion usulda operatsiya qilingan bemorlarning operatsiyadan keyin turli vaqtlarda 300 nafarida turli shikoyatlar bilan murojat qilishgan

.Shu bemorlarning bitishmali ichak tutulishi bilan 68 nafar bemor qaytatdan murojat qilib ulardan kasalxonaga yotqizilgan bo`lib ularning 35(51.5%) tasida birishmalarni ajratish operatsiyasi bajarilgan. Bu bemorlarni shifoxonada o`rtacha davolanish kuni 7-10 kunni davom etgan. Laparoskopik usulda qilingan operatsiyasi bemorlarda bizga qayta murojat qilganlar bo`lmadi va laparoskopik operatsiya qilingan bemorlarni o`rtacha davolanish kuni 3-5 kun davolanib chiqishgan.

Xulosa: Bitishmalar asoratlari bo`lgan bemorlarda profilaktik chora-tadbirlar olib borishni kerakligini ko`rsatmoqda.

Asosiy e'tiborni:

1. Operatsiyadan oldingi profilaktika - jarrohlik soni va hajmini kamaytirish turli patologiyalarda qorin bo'shlig'i organlariga aralashuvlar kamaytirish yani diagnostikani to`liq amalga oshirish.
2. Jarrohlik aralashuvi bosqichida profilaktika: usullar va texnologiyalardagi o'zgarishlar asosiy omillar ta'sirini kamaytirishga qaratilgan jarrohlik muolajalar yani operatsiyalarni laparoskopik yondashuvni rivojlantirish va imkon qadar traditsion usullardan kamroq foydalanish.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**АКТУАЛЬНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ
ЭНДОМЕТРИОЗЕ МАТКИ**

М.Т.Хатамова.

Бухарский Государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино

Рак желудка и эндометриоз матки является одним из наиболее распространенных заболеваний, занимая значительное место в структуре заболеваемости и смертности (В.И. Чиссов, В.В. Старинский, 2002; В.М. Мерабишвили, 2011). От рака желудка в мире ежегодно погибает до 800 000 человек. Среди онкологической заболеваемости населения Российской Федерации рак желудка занимает 2-е место, уступая только опухолям легкого, трахеи и бронхов (В.И. Чиссов; В.В. Старинский; Б.Н. Ковалев; Л.В. Ременник, 2006). По данным Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан по частоте встречаемости рак желудка стоит на втором месте после рака молочной железы. К сожалению в более чем 50 % случаев первичная выявляемость эндометриоза матки у этих пациентов происходит в запущенных стадиях, когда лечение их довольно сложно и носит в большинстве случаев паллиативный характер, направленный на некоторое увеличение продолжительности жизни и улучшения её качества. (2018 год)

Ключевые слова: - эндометриоз матки – ЭМ - онкологические заболевания – ОЗ - рак молочной железы – РМЖ - рак желудка – РЖ

RELEVANCE OF ENDOSCOPIC EXAMINATION, MORPHOLOGICAL FEATURES OF STOMACH CANCER WITH CONCOMITANT UTERINE ENDOMETRIOSIS

M.T.Khatamova.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino

Stomach cancer and endometriosis of the uterus is one of the most common diseases, occupying a significant place in the structure of morbidity and mortality (V.I. Chissov, V.V. Starinskiy, 2002; V.M. Merabishvili, 2011). Up to 800,000 people die from stomach cancer in the world every year. Among the oncological morbidity of the population of the Russian Federation, stomach cancer takes the 2nd place, second only to tumors of the lung, trachea and bronchi (V.I. Chissov; V.V. Starinskiy; B.N.Kovalev; JI.B. Remennik, 2006). According to the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, in terms of frequency of occurrence, stomach cancer is in second place after breast cancer. Unfortunately, in more than 50% of cases, the primary detection of endometriosis of the uterus in these patients occurs in advanced stages, when their treatment is rather difficult and in most cases is palliative in nature, aimed at some increase in life expectancy and improvement of its quality. (2018 year)

Keywords: - *uterine endometriosis - EM - oncological diseases – OZ - breast cancer - stomach cancer – RJ*

ENDOSKOPIK TEKSHIRUV PAYTIDA OSHQOZON SARATONINING GASTROENTEROLOGIK VA MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI VAS HU TARIQADA BACHADON ENDOMETRIOZINI KECHISHI

M.T.Xatamova.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti

Oshqozon saratoni eng ko'p uchraydigan onkologik kasalliklardan biri bo'lib, kasallik va o'limning tuzilishida muhim o'rinni egallaydi shu qatorda bachadon endomitriozi o'g'ir asoratlar keltiradi (V.I. Chissov, V.V. Starinsky, 2002; V.M. Merabishvili, 2011). Dunyoda har yili oshqozon saratoni kasalligidan 800000 kishi halok bo'ladi. Rossiya Federatsiyasi aholisining onkologik kasalligi orasida oshqozon saratoni 2-o'rinni egallaydi, o'pka, traxeya va bronxial o'smalardan keyin ikkinchi o'rinni egallaydi (V.I. Chissov; V.V. Starinskiy; B.N. Kovalev; JI.B. Remennik, 2006). O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining ma'lumotlariga ko'ra, oshqozon saratoni yuzaga kelish chastotasi bo'yicha ko'krak saratonidan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Afsuski, 50% bachadon

endometriozini holatlarda bu bemorlarni birlamchi aniqlash ilg'or bosqichlarda amalga oshiriladi, bunda davolash ancha murakkab va ko'p hollarda umr ko'rish davomiyligini oshirish va uning sifatini yaxshilashga qaratilgan palliativ xarakterga ega. (2018 yil)

Kalit

so'zlar: - *bachadon endometriozi – EM - onkologik kasalliklar – OZ - sut bezlari saratoni - oshqozon saratoni – RJ*

Relevance... Stomach cancer occurs in a wide age range - from 19 to 80 years with the highest incidence peak at 50-70 years with a predominance (2 or more times) of male patients. For initial cancer, the typical age is considered to be from 40 to 60 years. Very often, with stomach cancer, endometriosis of the uterus is concomitant; the characteristic age is considered to be from 40 to 50 years. According to summary statistics, the 5-year survival rate after the treatment remains low - 9.6 - 11.7% (Y. Adachi, 1996), the 10-year survival rate does not exceed 12.8% (V.M. Merabishvili, 2001). An identical picture with uterine endometriosis

More significant differences were found in the incidence of early forms of gastric cancer, about 50% in Japan, from 10 to 20% in Europe, 8 to 26% in the United States (Muto Terukazu, 1995). They primarily depend on the accepted organizational forms of examining the population, the introduction into widespread practice of the endoscopic method for diagnosing endometriosis of the uterus and stomach cancer, the possibility of a qualified morphological study of targeted material in combination with modern X-ray techniques. In connection with the above, the study of the proliferative activity of tumor cells and the characteristics of the stromal environment can provide the necessary complex of morphological prognostic signs to clarify the characteristics of the pathological process of the uterine cavity and stomach cavity. Thus, the data presented indicate the need to study a wide range of interrelated issues, the solution of which will clarify the clinical significance of a number of morphological signs of gastric cancer and endometriosis of the uterus, which, in turn, will make it possible to more reasonably judge the nature of the local process, improve diagnostics, adjust the tactics of treating patients and predict the course of the disease. The purpose of the present study: there was an increase in the effectiveness of the use of morphological signs in endoscopic examination for early diagnosis, clinical assessment and prognosis in patients with stomach cancer and concomitant endometriosis of the uterus. Materials and research methods. The study included 210 patients who applied for advice to the outpatient department of the Bukhara branch of the RSNPMC Oncology and Radiology and underwent Fibrogastroscopy (FGS) in 2018. Of these, 109 (51.9% of cases) patients were diagnosed with gastric cancer of different nature and degree of differentiation and concomitant endometriosis of the uterus. The age of the patients ranged from 23 to 62 years, the average age was 47.8 +/- 023 years. Of these, the rural population accounted for 57.3%, townspeople accounted for 43.7%. Among the patients, 66% (72

men) were men, 34% (37 women) were women. The history of the disease was studied in all patients, an endoscopic examination - FGS with subsequent histological examination of the biopsy specimen was performed. The indications for FGS were the following: prolonged epigastric pain (in the abdomen), heartburn, belching, nausea and vomiting, difficulty in swallowing food, menstrual-ovarian irregularities and menorrhagia in women, lack of appetite and sudden weight loss, hemoptysis and to establish the reasons: reflux disease, gastrointestinal bleeding, cancer. Same FGS was performed as directed by the attending physician in the postoperative period to monitor the patient's condition after surgery on the digestive system and to monitor the effectiveness of conservative treatment. If endometriosis of the uterus and stomach cancer are suspected, the affected area was taken from a biopsy sample followed by a histological examination of the material. Results and discussion Studies have shown that 23% of patients had a hereditary predisposition, 42% of patients had nutritional errors - excessive enthusiasm for smoked, spicy, salty, fried (overcooked) and canned food, long-term stored foods. 57% of patients indicated a history of long-term stomach diseases, violation of the menstrual-ovarian cycle and menorrhagia in women: gastritis (low acidity), stomach ulcers and polyps; 7% of patients underwent various operations on the stomach. 12% of patients had contact with carcinogenic substances like asbestos, nickel, etc. Every fourth patient (25%) indicated frequent respiratory diseases, various types of anemia and immunodeficiency states. The presence of bad habits such as alcoholism and smoking was revealed in 31%. Esophagogastroduodenoscopy (EGDS) was performed with a special instrument, a flexible endoscope, which was a thin, flexible hose with illumination and a video camera at the end, which was inserted through the mouth into the lumen of the esophagus, stomach, and duodenum. A hysteroscope examines the uterine cavity. This method (EGDS) Esophagogastroduodenoscopy allows you to accurately examine all parts of the esophagus, stomach, duodenum 12, including with a strong increase to identify foci of altered mucous membrane and take material for biopsy and histological / cytological studies. The structure of the stomach tumors were very different. The structure of tumor cells was determined by its "histological type". Most often (in 63.3% of cases), ulcerated carcinoma with saucer-like raised and well-defined edges was diagnosed. Table 1 shows data on the degree of tumor differentiation. *Table No. 1 The degree of differentiation of tumors.*

No.	Nosology	Number of patients	%
1.	Cancer in situ	7	6.4
2.	G -1	23	21.1
3.	G -2	48	44
4.	G-3	27	24.8
5.	G-4	4	3.7

Diffuse-infiltrative cancer (skirr), which during endoscopy is characterized by endophytic growth, diffuse germination and infiltrating the submucous layer, captures significant areas of the stomach wall. In our study, this type of cancer was diagnosed in 1 case (0.91%).

In the table. No. 2 shows the data on the nature of the tumors identified during endoscopic examination.

Table No. 2 The nature of the tumor during endoscopic examination.

No.	The nature of the tumor	Abs.	%
1.	Adenocarcinoma	69	63.3
2.	Squamous cell carcinoma	27	24.7
3.	Mucinous adenocarcinoma	2	1.83
4.	Persistent cell carcinoma	1	0.91
5.	Cyrrous cancer	1	0.91
6.	Cancer in situ	7	6.42

Conclusions: A new stage in the fight against cancer is aimed at creating a modern system for the prevention and early detection of precancerous diseases, in particular, endometriosis of the uterus and stomach cancer. The adopted resolution "On measures to further develop the oncological service and improve oncological care for the population of the Republic of Uzbekistan for 2017-2021" by the President of the Republic opens a new stage in the fight against precancerous and cancerous diseases, focused primarily on covering the needs of the population in high-tech treatment methods, the creation of a modern system for the prevention and early detection of oncological diseases. The problems of morphogenesis and classification of gastric cancer are closely related to the search for clinical and morphological characteristics that could have prognostic value and, to a certain extent, influenced the choice of optimal treatment options for both initial and advanced forms. This dictates the need for further searches for modern diagnostic markers and the continuation of scientific research in this direction.

References: (*Monographs*)

1. TNM: Classification of malignant tumors. / Ed. L.Kh. Sobinin and others; per. from English and scientific. ed. A.I. Shchegoleva, E.A. Dubovoy, K.A. Pavlova. - M.: Logosfera, 2011. -- 276 p. - Translation ed. TNM Classification of Malignant Tumors, 7th ed. - ISBN 978-5-98657-025-9...
2. V.S.Saveliev, N.A.Kuznetsov. Surgical diseases. Volume 1.M., 2006.
3. Course of lectures on pathological anatomy. Private course. Part II, books 1.2. / Ed. Academician of RAS and RAMS, professor M. A. Paltseva... - M.: OOO "Publishing house" Russian doctor", 2003. - 210 p.

4. MI Kuzin, NM Kuzin, OS Shkrob and others; edited by M.I.Kuzin. Surgical diseases. M.: Medicine, 2002.-- 784 p.: ill. -ISBN 5-225-00920-4
5. S. S. Kharnas, V. V. Levkin, G. Kh. Musaev. Stomach cancer: clinical picture, diagnosis, treatment. M., 2006.
6. Stoyko Yu.M., Verbitsky V.G., Karachun A.M. Stomach Cancer: A Study Guide. - SPb.: V Med A, 2002.-- 26 p.
7. Surgical diseases: textbook / edited by A.F. Chernousov. M.: GEOTAR-MEDIA, 2010.-- 664 p.: ill. + CD -ISBN 978-5-9704-1278-7 Articles from magazines or collections
8. "Doctor ahborotnomasi" magazine No. 3, pp. 51-54, 2019 Republic of Uzbekistan. D.Ya.Zaripova, M.N. Negmatullaeva, D.I.Tuksanova, F.K. Akhmedov. The role of aleandronic acid (ostalona) in the treatment of perimenopausal osteoporosis.
9. "Tibbiyotda yangi kun" magazine No. 3, pp. 14-18, 2019. Republic of Uzbekistan. D.Ya.Zaripova, M.N. Negmatullaeva, D.I.Tuksanova, N.G. Ashurova. "Influence of magnesium deficiency state and imbalance of steroid hormones of the body's vital functions."
10. "Tibbiyotda yangi kun" magazine No. 2, pp. 292-295, 2019. Republic of Uzbekistan. M.T.Khotamova, I.I.Tosheva. "Aspects of labor management in prenatal rupture of amniotic fluid."
11. "Tibbiyotda yangi kun" magazine No. 2, pp. 345-349, 2019. Republic of Uzbekistan. Khatamova Mt, "Peculiarities Of Immune-Hormonal Indicators Of The Post-Ferrin Period"
12. "Tibbiyotda yangi kun" magazine No. 2, pp. 316-319, 2019, Republic of Uzbekistan. Sh.Zh. Shukurlaeva, M.T. Khotamova. "Diagnostic criteria after childbirth septic condition and methods of hemostasis"
13. Extremely prolonged premature rupture of membranes / Amici B. [et al.] // Minerva Ginecol. - 2017. - Vol. 49. —P. 509-514.
14. "Tibbiyotda yangi kun" magazine No. 3, pp. 275-278, 2019, Republic of Uzbekistan. Khatamova MT, Soliyeva NK, "Current Features Of Chronic Pyelonephritis In Women Of Fetural Age".
15. Rakhmatullaeva M.M., Ashurova N.G.: Features of the clinical course, diagnosis and treatment of peptic ulcer disease in women during gestation. Collection of materials of the scientific - practical conference "Topical issues of gastroenterology". Bukhara - 2009
16. Khatamova M.T., Rakhmatullaeva M.M. To the question of the frequency of iron deficiency anemia in women using intrauterine contraception. Problems of biology and medicine 2016. No. 4. P.101.
17. Khatamova M.T., Ashurova N.G., Shukurlaeva Sh.Zh. Forecast of fetal deceleration in the second stage of labor. Problems of biology and medicine 2016. No. 4. P.107.
18. Khatamova M.T., Ashurova N.G. Arterial hypotension in pregnant women. Dermatovenereology and Reproductive Health News. 2014 # 2. P.96.

19. Khatamova M.T., Ashurova N.G., Rakhmatullaeva M.M. Aellar bepustligining tibbiy, izhtimoy jixatlari. Dermatovenereology and Reproductive Health News. 2014 # 1. P.84.
20. Khatamova M.T., Ashurova N.G., Shukurlaeva Sh.Zh. Bukhoro viloyatida uchraydigan obstetrician asoratlarning retrospectives Dermatovenereology and Reproductive Health News. 2014 # 1. P.87.
21. Khatamova M.T., Ashurova N.G., Shukurlaeva Sh.Zh. Topical issues of sperm motility. Dermatovenereology and Reproductive Health News. 2014 # 1. P.89.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ В
ФОРМИРОВАНИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ (ЭКО).**

Д.Б.Хафизова.

Бухарский государственный медицинский институт

В статье представлены результаты молекулярно-генетических исследований гена гемостаза G/T гена F3 у женщин с неудачным ЭКО имеющие тромбофилией в узбекской популяции, проживающие. Анализ молекулярно-генетических исследований частоты распределения аллелей полиморфизма G/T гена F3 в выборке женщин основной группы показало, что функциональный аллель G определялся в 72,7% , а в группе контрольных лиц без тромбофилии – в 100% соответственно. ($\chi^2=10.65$; $p<0.001$; OR=0.04; 95%CI 0.00 – 0.73). Тогда как мутантный аллель «Т» в основной группе выявлялся в 49 хромосомах (49/180), что составило 37,4% случаев. ($\chi^2=10.65$; $p<0.001$; OR=22.96; 95%CI 1.38 – 382.75).

Ключевые слова: *тромбофилия, генетика, полиморфизм G/T гена F3*

**ЭКСТРОКОРПОРАЛ УРУГЛАНИШДАН КЕЙИН РИВОЖЛАНМАГАН
ХОМИЛАДОРЛИКНИНГ ШАКЛЛАНИШИДА ГЕНЕТИК ЖИХАТДАН АНИКЛАНГАН
ТРОМБОФИЛИЯНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Д.Б.Хафизова.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Аннотация: Мақолада ўзбек аёлларида тромбофилия билан касалланган, Экстракорпорал уруғланиш муваффақиятли бўлмаган аёлларда F3гени G/T гемостаз генини молекуляр генетик тадқиқотлар натижалари келтирилган. Асосий гуруҳдаги аёллар F3 генининг G/T полиморфизми аллеларининг тарқалиш частотасининг молекуляр генетик тадқиқотлари таҳлили шуни кўрсатдики, функционал аллел G 72,7% ва назорат гуруҳида аниқланган. Тромбофилия бўлмаган аёлларда мос равишда 100% ҳолатда ($\chi^2=10.65$; $p<0.001$; OR=0.04; 95%CI 0.00 – 0.73).

Асосий гуруҳдаги мутант аллели “Т” 49 та хромосомада (49/180) аниқланган бўлса, бу ҳолатларнинг 37,4% ни ташкил қилади. ($\chi^2=10.65$; $p<0.001$; $OR=22.96$; 95%CI 1.38 – 382.75).

Калит сўзлар: *тромбофилия, генетика, F3 genining G/T полиморфизми*

CHARACTERISTICS OF GENETICALLY DETERMINED THROMBOPHILIA IN THE FORMATION OF MISCARRIAGE AFTER IVF

Khafizova D.B.

Bukhara state medical institute

Annotation: The article presents the results of molecular genetic studies of the G/T hemostasis gene of the F3 gene in women with unsuccessful IVF who have thrombophilia in the Uzbek population, living. An analysis of molecular genetic studies of the frequency of distribution of alleles of the G/T polymorphism of the F3 gene in a sample of women from the main group showed that the functional allele G was determined in 72.7%, and in the group of control individuals without thrombophilia - in 100%, respectively. ($\chi^2=10.65$; $p<0.001$; $OR=0.04$; 95%CI 0.00 – 0.73). While the mutant allele "T" in the main group was detected in 49 chromosomes (49/180), which accounted for 37.4% of cases. ($\chi^2=10.65$; $p<0.001$; $OR=22.96$; 95%CI 1.38 – 382.75).

Keywords: thrombophilia, genetics, G/T polymorphism of the F3 gene⁹

Одной из актуальных проблем современного акушерства и гинекологии является использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). С помощью ВРТ могут быть эффективно преодолены практически все известные формы как женского, так и мужского бесплодия, включая абсолютные. Частота наступления беременности после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), по данным ВОЗ (Женева, 2019), составляет около 20%, однако есть страны и центры, в которых этот показатель превышает 30% [7, 5, 14, 15]. Известно, что использование индукторов овуляции создаёт условия, значительно отличающиеся от параметров нормального цикла, стимуляция большого числа фолликулов, высокие концентрации стероидных гормонов и множественная овуляция (Вауган N., 2018) Причиной неполноценных беременностей. Термин «тромбофилия» впервые был введен в 1995 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Международным обществом по тромбозу и гемостазу (ISTH). [1,3, 5-7,9,10] Процесс тромбофилии характеризуется состоянием склонностью к образованию тромбоза, дебют которого начинается в раннем возрасте у лиц с отягощенным семейным анамнезом, т.е. врожденные виды тромбофилии, связанные с глубоким наследственным дефицитом антитромбина III, мутацией фактора V Лейден, мутацией протромбина (620210Д), снижением уровней протеинов С и Б. [9,10-14]

Приобретенной формой тромбофилии характеризовалось носительством антифосфолипидных антител (АФА) при антифосфолипидном синдроме (АФС),

ассоциированных с артериальными и венозными тромбозами, с синдромом потери плода. [3,5,16]. При этом морфологическим субстратом большинства артериальных катастроф является поврежденная (нестабильная) атеросклеротическая бляшка с тромбозом просвета артерии.

В исследованиях установлено значимость тромбообразования у беременных и синдромом потери плода, что является одной из ведущих причин смерти во время вынашивания плода и при родоразрешении. С другой стороны, женщины с тромботическим анамнезом имеют повышенный риск преэклампсии, так же как выкидыша и рождения мертвого ребенка из-за образования тромбов в плаценте, пуповине или в сосудах у плода.

В связи с выше изложенным, нам было интересным оценить состояние гемостаза – мультигенного происхождения тромбофилии у женщин с неудачным ЭКО узбекской популяции с учетом оценки генов плазменного звена - F3 и F7.

Целью наших исследований явилось исследование оценка выявляемости аллельных вариантов и генотипов полиморфизма ген а F3 (G/T) в развитии тромбофилии у женщин с неудачным ЭКО узбекской популяции.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 105 женщин в возрасте от 20 до 39 лет. У всех беременных проводили обще-клинические, инструментальные, функциональные (УЗИ, доплер), ИФА исследования. Беременные были консультированы смежными специалистами. (терапевт, невропатолог, инфекционист, дерматолог, эндокринолог и др.) Среди 105 пациенток основную группу составили 90 женщин с установленным диагнозом тромбофилии и 15 – женщин составили контрольную группу соответствующего возраста. Молекулярно-генетическое обследование биоматериалов (ДНК) выполняли на базе клинической лаборатории ООО «Генотехнологии». Выделение ДНК из всех биологических образцов крови проводили с помощью набора «Рибо-преп» (Интерлабсервис, Россия).

Для выявления полиморфизма генотипа, состоящего из аллелей G>T гена F3, из образцов ДНК были отобраны аллели-специфические праймеры от производителя. Для генотипирования образцов ДНК методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) были проведены исследования 200 образцов ДНК. Для этого 96-ячеечный автоматизированный усилитель «Applied Biosystems Veriti» был оптимизирован по следующей программе: начальная денатурация однократно при 180 сек 94°C, 94°C - 10 сек, 64°C - 10 сек, 72°C - 20 секунд в программе мы проделали эти указанные действия 40 раз, чтобы произошла полимеразная цепная реакция. Статистический анализ результатов проведен с использованием пакета статистических программ «OpenEpi 2009, Version 2.3».

Результаты исследования. По информированному согласию у пациенток проводили молекулярно-генетические исследования на встречаемость аллельных вариантов и ассоциации полиморфизма генотипов гена F3 методом ПЦР. (таблица 1.)

Таблица 1. Частота распределения аллельных вариантов и полиморфизма гена F3 (G/T) с неудачным ЭКО у женщин с тромбофилией и контрольной здоровой группы.

№	Группа	Частота аллелей				Частота распределения генотипов					
		G		T		G/G		G/T		T/T	
		N	%	n	%	N	%	N	%	n	%
1.	Основная группа n=90(180)	83	79,8	21	20,2	48	53,3*	35	38,8	7	7,7
2	Контр. группа n=15 (30)	30	100			15	100,0				

N –число обследованных пациентов; *n - число исследованных аллели; * - показатель достоверности по отношению к контрольной группы (P<0,05)

Как следует из таблицы, частота распределения аллелей полиморфизма G/T гена F3 в выборке женщин основной группы показало, что функциональный аллель G определялся в 72,7% (133/180), а в группе контрольных лиц без тромбофилии – в 100% (30/30) соответственно. ($\chi^2=10.65$; $p<0.001$; OR=0.04; 95% CI 0.00 – 0.73). Тогда как мутантный аллель «Т» в основной группе выявлялся в 49 хромосомах (49/180), что составило 37,4% случаев. А в группе контрольных лиц в наших случаях не выявлялся. ($\chi^2=10.65$; $p<0.001$; OR=22.96; 95% CI 1.38 – 382.75); Полученные данные имели статистически достоверный характер ($p<0.001$) с высоким значением отношения шансов (OR=22.96), указывают на высокую связь ассоциации между мутантным аллелем «Т» полиморфизма гена F3 при тромбофилии у женщин узбекской популяции. Полученные данные свидетельствует о достоверной ассоциации аллельной частоты мутантного аллеля Т гена F3 изучаемого полиморфизма с тромбофилии у женщин с неудачным ЭКО. Анализ частоты распределения генотипических вариантов полиморфизма G/T гена F3 показал выявляемость благоприятных гомозиготных вариантов G/G - в 53,3% случаев (48/90), тогда как в группе контрольных лиц данный генотип составил – 100% (15/15) соответственно. ($\chi^2=11.67$; $p<0.003$; OR=0.04; 95% CI 0.00 – 0.63) (Табл. 1). (P <0,001) Следует отметить, что гетерозиготные генотипы G/T гена F3 выявлялись только в основной группе и составили 53,3% случаев (48/90). ($\chi^2=11.67$; $p<0.003$; OR=19.83; 95% CI 1.15 – 341.95) и

мутантные гомозиготные генотипы T/T - у 7 пациенток, что составило 7,7% соответственно. ($\chi^2=11.67$; $p<0.003$; OR=2.78; 95% CI 0.15 – 51.30). Причем в контрольной группе гетеро- и гомозиготные генотипы с мутантными аллельными вариантами не выявлялись. Полученные данные имели статистически достоверный характер. ($P <0.003$). Таким образом, данные нашего исследования показали связь неблагоприятного вариантного аллеля «Т» полиморфизма гена F3, приводящего к замене Gln на Tim аминокислотной последовательности, с развитием риска не развивающиеся беременности (НБ) при тромбофилии у женщин с неудачным ЭКО в узбекской популяции. Нами было установлено, что риск развития данной НБ в случае наличия в геноме вариантного аллеля Т полиморфизма увеличен в 22,9 раза (OR=19, 83).

Таблица 2. Различия в частоте встречаемости аллелей и генотипов полиморфизма G/T гена F3 в основной и контрольной группах

Аллели и генотипы	Частота встречаемости аллелей и генотипов		Статистическое различие
	Основная группа	Контроль	
Аллель G	131	30	$\chi^2=10.65$; $p<0.001$; OR=22.96; 95% CI 1.38 – 382.75
Аллель T	49		
Генотип G/G	48	15	$\chi^2=11.67$; $p<0.003$; OR=0.04; 95% CI 0.00 – 0.63
Генотип G/T	35	0	$\chi^2=11.67$; $p<0.003$; OR=19.83; 95% CI 1.15 – 341.95
Генотип T/T	7	0	$\chi^2=11.67$; $p<0.003$; OR=2.78; 95% CI 0.15 – 51.30

Важным этапом при исследовании полиморфных генов, потенциально ассоциированных с развитием и патогенезом заболеваний, является анализ ожидаемой и наблюдаемой частоты генотипов изучаемых полиморфизмов и соответствия распределения частот *равновесию Харди-Вайнберга (ХВ)*, что способствует оценки популяционного риска генетически обусловленных заболеваний.

Таблица 3. Ожидаемая и наблюдаемая частота распределения генотипов по РХВ полиморфизма G/T гена F3 в основной группе с неудачным ЭКО у женщин с тромбофилией.

Генотипы	частота генотипов		χ^2	P
	Наблюдаемая	ожидаемая		
G/G	53,3	53,01	0.530	0,9

G/T	38,8	39,6	0.396
T/T	7,8	7,4	0.074
Всего	100,00	100,00	0,01

Из расчета уравнением ХВ, в основной группе теоретически ожидаемая частота благоприятного гомозиготного генотипа G/G полиморфизма G/T гена F3 составила 53,01%, а наблюдаемого генотипа – 53,3% соответственно, что в 0,9 ниже по сравнению с наблюдаемого. Тогда как ожидаемая частота гетерозиготного генотипа G/T составило – 39,6, а наблюдаемого – 38,8% , что в 1,02 раза превышало показателей (P <0,05). Следует отметить, что в вариантах неблагоприятных генотипов T/T ожидаемая частота составило – 7,4%, а наблюдаемая – 7,8%, что находились в не достоверных показателях , т.е. почти не отличались между собой.

Таблица 4. Ожидаемая и наблюдаемая частота распределения генотипов по РХВ полиморфизма G/T гена F3 в контрольной группе женщин без тромбофилии.

Генотипы	частота генотипов		χ^2	P
	Наблюдаемая	ожидаемая		
G/G	100,0	60,5	1.0	1
G/T	0	34,5	0	
T/T	0	4,9	0	
Всего	100,00	100,00	0	

Тогда как в группе контроля из расчета уравнением ХВ теоретически ожидаемая частота благоприятного гомозиготного генотипа G/G полиморфизма гена F3 составила- 60,5%, а наблюдаемого генотипа отмечалось – 100,0% соответственно, что в 1,6 ниже показателей наблюдаемых. Частота ожидаемого гетерозиготного варианта G/A составило – 34,5% и гомозиготного генотипа T/T – 4,9% случаев, а наблюдаемых – 0% , что в 34,5 и 4,9 раза превышало показателей (P <0,05). Анализ полученных результатов показывает, что распределение всех генотипов полиморфизма G/T гена F3 в основной группе женщин и контроля соответствует РХВ, свидетельствующие об отсутствии влияния систематических или случайных факторов, способных изменить генетическую структуру популяций. Изучение генетической структуры данного маркера, выявило высокий уровень ожидаемой гетерозиготности в основной и контрольной группе пациенток (39,6% и 34,5% соответственно.).

Анализ сопутствующей патологии у пациенток с неудачным ЭКО с тромбофилией показало, что у пациенток с благоприятными генотипами G/G вариантами гена F3 в 12,2%

случаев выявляли – инфекции мочевого тракта (ИМТ) , 10,4% - заболевание крови (анемию различной степени выраженности), эндокринопатия (заболевание щитовидной железы) - 8,7%, соответственно. Тогда как у пациенток с гетерозиготными генотипами G/T наиболее часто выявляли ИМТ – 47,7%, эндокринопатию – 34,4%, заболевание ЛОР органов (хронический тонзиллит) – 34,4%, что в 3,9 и 3,4 раза превышали показателей пациенток с благоприятными генотипами гена F2. (P <0,05). На наш взгляд полученные данные имеет важное значение в клиническом течении беременности у пациенток с тромбофилией, что требует дальнейших исследований.

Таким образом, клиничко- молекулярно- генетические исследования свидетельствует о том, что у пациенток с выявленными нефункциональными генотипами G/T гена F3 отмечается риск развития тромбофилии , что составило что составило 38,8% случаев. ($\chi^2=11.67$; $p<0.003$; OR=19.83; 95% CI 1.15 – 341.95). Варианты полиморфизмов гетеро- G/T и гомозиготных генотипов T/T гена F3 являются значимыми прогностическими критериями риска развития неразвивающиеся беременности у женщин с тромбофилией среди женщин узбекской популяции.

Выводы: Анализ молекулярно-генетических исследований частоты распределения аллелей полиморфизма G/T гена F3 в выборке женщин основной группы показало, что функциональный аллель G определялся в 72,7% (133/180) , а в группе контроля без тромбофилии – в 100% (30/30) соответственно. ($\chi^2=10.65$; $p<0.001$; OR=0.04; 95% CI 0.00 – 0.73). Тогда как мутантный аллель «Т» в основной группе выявлялся в 49 пациенток (49/180), что составило 37,4% случаев. А в группе контроля в наших случаях не выявлялся. ($\chi^2=10.65$; $p<0.001$; OR=22.96; 95% CI 1.38 – 382.75) Клиничко- молекулярно- генетические исследования свидетельствует о том, что у пациенток с выявленными нефункциональными генотипами G/T гена F3 отмечается риск развития тромбофилии , что составило что составило 38,8% случаев. ($\chi^2=11.67$; $p<0.003$; OR=19.83; 95% CI 1.15 – 341.95). Варианты полиморфизмов гетеро- G/T и гомозиготных генотипов T/T гена F3 являются значимыми прогностическими критериями риска развития неразвивающиеся беременности при ЭКО у женщин с тромбофилией среди женщин узбекской популяции.

Литература:

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - СПб.: Спецлит, 2007.- 400 с.
2. Акушерство: национальное руководство [Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой]. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2013: 1200 с.

3. Александрова Н.В., Донников А.Е., Баев О.Р., Сухих Г.Т. Генетические факторы риска акушерских осложнений при самопроизвольной беременности и беременности после вспомогательных репродуктивных технологий. *Акушерство и гинекология*. 2012; 2: 16-23.
4. Ахмед-заде В.А. Беременность и роды при антифосфолипидном синдроме: течение, перинатальные исходы // *Медицинские новости*. – 2011. – №5. – С. 81-85.
5. Ашурова Н. Г. Характеристика гемокоагуляционной системы при внутриутробной гибели плода. // *Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья*. - Ташкент, 2014. - N 3N19014. - С. 52-54.
6. Бицадзе В.О., Макацария А.Д., Хизроева Д.Х., Макацария Н.А., Яшенина Е.В., Казакова Л.А. Тромбофилия как важнейшее звено патогенеза осложнений беременности. *Практическая медицина*, 2012, 5: 22-29.
7. Будыкина Т.С., Сидоркина М.И., Прокопенко Е.И., Никольская И.Г. Эффективность применения бемипарина у беременных с хронической болезнью почек разных стадий. *Эффективная фармакотерапия*, 2016, 31: 4-11.
8. Лахно И.В. Состояние плода под влиянием антикоагулянтной терапии у беременных с преэклампсией. *Акушерство и гинекология*, 2014, 5: 27-32.
9. Любич Н.И., Бобоев К.Т. Изучение роли полиморфизма генов свёртывающей системы в возникновении преждевременных родов у женщин узбекской популяции. // *Медицинская генетика* – 2015 –Том 14.№5(155). – с.37-41 (14.00.00.№79).
10. Лыдина И.В. Опыт использования бемипарина натрия для повышения результативности экстракорпорального оплодотворения. *Тромбоз, гемостаз и реология*, 2012, 52(4): 41-44.
11. Мавлянова Н.Н. Молекулярно–генетические и аутоиммунные механизмы развития синдрома ограничения роста плода.// Докт. Диссертация на соискание DSc. – 2022 – 206с.
12. Майлян Э.А., Майлян Д.Э. Основы молекулярной генетики и генетические факторы риска заболеваний. *Медицинский вестник Юга России*, 2016, 1: 33-40. DOI:10.21886/2219-8075-2016-1-33-40.
13. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Акиньшина С.В. Синдром воспалительного ответа в акушерстве. - М.: МИА, 2006.
14. Матюшкин А.И., Нуреев М.В., Ройтман Е.В., Андрианова М.Ю. Применение бемипарина в хирургии (обзор литературы). *Consilium Medicum. Хирургия*, 2013, 1: 5-8.
15. Момот А.П. Проблема тромбофилии в клинической практике. *Российский журнал детской гематологии и онкологии*, 2015, 1: 36-48.
16. Brosens I, Pijnenborg R, Vercruyssen L, Romero R. The «Great Obstetrical Syndromes» are associated with disorders of deep placentation. *Am J Obstet Gynecol*, 2011, 204(3): 193-201. doi: 10.1016/j.ajog.2010.08.009.

17. Cruz M, Fernández-Alonso AM, Rodríguez I, Garrigosa L, Caño A, Carretero P et al. Postcesarean thromboprophylaxis with two different regimens of bemiparin. *Obstet Gynecol Int*, 2011, 2011: 548327.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ
ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ**

А.С.Ходжаева¹., Д.М.Тиллабаева¹., Д.Л.Джураева¹.

¹*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников*

Реферат статьи: В статье представлены данные сравнительного анализа обследования и лечения пациенток с хроническим вульвовагинитом. Убедительно доказана высокая терапевтическая эффективность пробиотиков, особенно в условиях антибиотикорезистентности.

Ключевые слова: *девочки-подростки, вульвовагиниты, антибиотикотерапия, антибиотикорезистентность, лактобактерии, бифидобактерии, пробиотики.*

Summary of the article: The article presents the data of comparative analysis of examination and treatment of patients with chronic vulvovaginitis. The high therapeutic efficacy of probiotics has been convincingly proven, especially in conditions of antibiotic resistance.

Keywords: *adolescent girls, vulvovaginitis, antibiotic therapy, antibiotic resistance, lactobacilli, bifidobacteria, probiotics.*

**ЎСМИР ҚИЗЛАРДА НОСПЕЦИФИК ВУЛЬВОВАГИНИТЛАРЛАРНИ ДАВОЛАШДА
КОМПЛЕКС ЁНДАШУВ**

А.С.Ходжаева¹., Д.М.Тиллабаева¹., Д.Л.Джураева¹.

¹*Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази*

Мақола реферати: Ушбу мақолада сурункали вульвовагинитлар билан оғриган беморларни қиёсий текширув ва даволаш маълумотлари келтирилган. Пробиотикларни юқори терапевтик самарадорлиги ишончли тарзда исботланган, айниқса антибиотикларга чидамлилик шароитида.

Таянч сўзлар: *ўсмир-қизлар, вульвовагинитлар, антибиотиктерапия, антибиотикга чидамлилик шароити, лактобактериялар, бифидобактериялар, пробиотиклар.*

Ухудшение экологии, нарастание проблем со здоровьем населения, широкое бесконтрольное применение фармакологических препаратов (в частности, антибиотиков) привело к изменению взаимосвязи симбиотических микроорганизмов, составляющих

микрофлору организма человека. Появились дисбиотические состояния и представители симбиотиков в качестве этиологических факторов возникновения и развития как гинекологических, так и экстрагенитальных воспалительных заболеваний.

Сегодня лакто- и бифидобактерии представляют собой объект изучения для разработки пробиотических препаратов, способных корригировать микробиотические нарушения, обладая многогранными биоактивными свойствами.

Цель нашего исследования: оптимизировать тактику лечения девочек-подростков с неспецифическими вульвовагинитами.

Материал и методы: были обследованы 80 девочек-подростков (не живущих половой жизнью) с хроническим вульвовагинитом, средний возраст составил $14,6 \pm 1,5$ лет. Контрольную группу составили 10 здоровых сверстниц. Антропометрические данные и половое созревание по Таннеру соответствовали возрастным нормативам. Средний возраст менархе составил $13,5 \pm 0,4$ лет. У всех девушек уточнены анамнез жизни и развития заболевания, проведен общий и гинекологический осмотры, взяты мазки из влагалища (задняя спайка) и бакпосев вагинальной микрофлоры с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Наряду с антибиотиками, мы использовали комплекс лакто- и бифидобактерий в составе перорального пробиотика Вагипробиокс (*Bifido-bacterium longum*, *Propionibacterium avidum*, *Lacto-bacillus acidophilus*, *Lacto-bacillus bugaricus*) в течение 10 дней.

Результаты. Поскольку важным фактором, способствующим возникновению вульвовагинитов, является соматическое здоровье ребенка (скорее его нарушение), нами был проведен анализ преморбидного фона (ПФ) обследованных пациенток. Отягощение ПФ (до 70%) заболеваниями ЖКТ, хроническими тонзиллитами, частыми ОРЗ, анемией 1-2 степени, энтеробиозом - наблюдалось у всех пациенток. Экстрагенитальные заболевания имели преимущественно воспалительную природу, что косвенно благоприятствовало возникновению и развитию любых инфекций, в том числе и урогенитальных. Предварительное обследование позволило дифференцированно подойти к отбору групп пациенток и их лечению. В зависимости от самочувствия и выраженности воспалительного процесса пациентки были разделены на две группы. Первую группу составили пациентки (n=40), получавшие в качестве противовоспалительного лечения только антибиотики (доксисицилин внутрь 7 дней). Во второй группе (n=40) пациентки получали антибиотики совместно с комплексом лакто-и бифидобактерий (лечение 10 дней). Результаты бактериологического анализа влагалищных выделений свидетельствовали об антибиотикорезистентности в 48% случаев, сохраняя чувствительность лишь к резервному антибиотику цефтриаксону. В остальных случаях обнаружена смешанная грибково-кокковая флора в умеренном количестве. При изучении влагалищных мазков до 75% выявлен дрожжевой грибок.

Данные как микроскопического, так и микробиологического исследования свидетельствуют о дисбиозе микрофлоры влагалища, как мы считаем, в результате большого отягощения преморбидного фона экстрагенитальными заболеваниями воспалительного генеза и частого их лечения антибиотиками. В процессе лечения наблюдалось уменьшение клинических симптомов (боли, бели, зуд, дизурия) у пациенток обеих групп. Однако во второй группе пациенток эффективность лечения была заметно выше (в 2,5 раза). В этой же группе дизурические явления были купированы в 4 раза быстрее, нежели в 1й группе (изолированная антибиотикотерапия). По данным контрольных микроскопических и бактериологических исследований микробный пейзаж у пациенток 2й группы изменился в сторону статистически достоверного снижения титра патогенной и условно-патогенной микрофлоры. У пациенток 1й группы подобные изменения были незначительными. Принципиальной была динамика лактобактерий: в 1й группе палочки Додерлейна практически отсутствовали, в то время как у пациенток 2й группы наблюдалось достоверное увеличение частоты обнаружения лактобактерий после лечения. Микроскопия влагалищного мазка показала снижение количества лейкоцитов у пациенток 2й группы до 3-4 в поле зрения, а у пациенток 1й группы - 12-10 лейкоцитов в поле зрения. Но самое значимое то, что в течение полугода рецидивов у пациенток 2й группы не наблюдалось.

Обсуждение. Микробиота влагалища является точкой отсчета для понимания механизмов возникновения и развития гинекологических заболеваний воспалительного генеза, разработки адекватных лечебных мероприятий. Пробиотики лакто- и бифидобактерии обеспечивают кислую реакцию влагалищного содержимого (рН 4,0-4,5), нейтрализуют токсины, препятствуют распаду секреторного иммуноглобулина А, стимулируют выработку лизоцима и интерферона. Сразу после родов у новорожденной девочки уже имеются единичные лактобактерии во влагалище, которые исчезают в нейтральном периоде её развития. По мере полового созревания количество лактобактерий возрастает, но приобретаемые различные экстрагенитальные и гинекологические заболевания пагубно сказываются на их количестве. Дальнейшие физиологические изменения (менопауза), гормональные нарушения негативно сказываются на микробиоте влагалища. Комплекс лакто-бифидобактерий в составе пробиотика способны проникать сквозь урогенитальные патогенные биопленки, что особенно актуально в условиях антибиотикорезистентности. Биологически активная смесь, выделяемая пробиотиками, способна подавлять рост и адгезию урогенитальных патогенных микроорганизмов. Кроме того, лакто-бифидобактерии толерантны к желчи и не теряют своей биоактивности при прохождении через желудочно-кишечный тракт, что способствует восстановлению аутофлоры кишечника в том числе. Рандомизированные плацебо-контролируемые исследования влияния лакто-бифидобактерий на микробиоту влагалища ни в одном случае не выявили побочные эффекты при включении пробиотиков в комплекс лечения гинекологических заболеваний воспалительного генеза.

Выводы: Преморбидный фон у девочек с хроническим вульвовагинитом отягощен сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями воспалительного генеза. В условиях антибиотикорезистентности эффективность противовоспалительной терапии без обязательного включения пробиотиков снижается. Комплекс лакто-бифидобактерий в составе пробиотика является высокоэффективным в коррекции дисбиоза влагалищной микробиоты, особенно пероральная схема приема препарата. Комплекс лакто-бифидобактерий положительно влияет не только на микробиоту влагалища, но и оказывает дополнительный лечебный эффект на сопутствующие экстрагенитальные заболевания.

Литература:

1. Альберт Алтчек . Вульвовагиниты у девочек (под ред. проф. Е.В.Уваровой) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2019. №3 – С.33-49.
2. Кулаков В.И., Уварова Е.В. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития.-М.:Триада Х.- 2016.
3. Мелкумян А.Р. Влагалищные лактобактерии – современные подходы к видовой идентификации и изучению их роли в микробном сообществе // Акушерство и гинекология. №7. 2019.- Россия. С.18-23.
4. Ходжаева А.С. Возрастные особенности беременности и родов.- Ташкент, 2011.- 157 с.
5. Ходжаева А.С. Репродуктивные нарушения у девочек-подростков // 3-е издание монографии,- Ташкент.-2022.- 180 с.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ГЕНЕЗЕ ДИСМНОРЕИ

А.С.Ходжаева¹, Д.Л.Джураева¹, Д.М.Гиллабаева¹.

¹Центр развития повышения квалификации медицинских работников

Реферат: Изучены клинико-лабораторные показатели у девочек-подростков с дисмнореей воспалительного генеза. Выявлена корреляционная зависимость между отягощенным преморбидным фоном и дисмнореей. Показатели цитокинового и гормонального профилей являются патогенетическими звеньями дисмнореей, позволяют корректировать и прогнозировать исход заболевания.

Ключевые слова: дисмнореея, девочки-подростки, коронавирусная пандемия, воспаление, преморбидный фон, гормональный профиль, цитокины, интерлейкины

Актуальность. Частота дисменореи у девочек-подростков в условиях пандемии COVID-19 растет (25-29%) в результате срыва регуляторных и адаптативных механизмов, нарушения гипоталамо-гипофизарно-яичниково-маточных взаимосвязей. [1,2,3,4].

В связи с чем, целью нашего исследования явилось изучение особенностей нарушений менструального цикла у девочек-подростков в условиях коронавирусной пандемии. Материал и методы исследований: Обследованы девочки-подростки (n=80) от 10 до 19 лет (14.7 ±4.4г) дисменореей согласно гинекологическим стандартам обследования. Дополнительно определяли уровни половых гормонов и цитокинов (интерлейкинов) в сыворотке крови методом RANDOX Biochip Хемилюминесцентного анализа согласно протоколам фирм-производителей наборов реагентов. В целях репрезентативности сравнительного анализа из 80ти обследованных тематических пациенток были сформированы две группы: 1 группа – дисменорея возникла на фоне воспаления (без COVID-19) n=40; 2 группа – дисменорея возникла после перенесенного COVID-19 (n=30). Контрольную группу составили 20 пациенток с нормальным менструальным циклом.

Результаты исследований: Анализ преморбидного фона выявил множественные соматические (заболевания гепато-билиарного комплекса 32%, заболевания щитовидной железы 28%, болезни почек 18%, хронические тонзиллиты 29%), анемию – 47%. Гинекологический анамнез осложнен воспалительными заболеваниями органов малого таза: вульвовагиниты- 79%-86%- соответственно; аднекситы -28%-59% соответственно. Налицо отягощение преморбидного фона разносистемными заболеваниями воспалительного генеза. Наслоившаяся коронавирусная инфекция усугубила имеющиеся нарушения. В связи с чем, нами были изучены показатели цитокинов, класс интерлейкинов. У пациенток обеих групп отмечено повышение уровней провоспалительных цитокинов. В первой группе показатели ИЛ4- 2.16±0.84pg/ml; ИЛ6- 4.11±1.1 pg/ml; ИЛ8- 14.19±1.21 pg/ml; ИЛ10- 0.02±0.03 pg/ml. Более выраженные изменения у пациенток второй группы – провоспалительные цитокины в 3.5 раза выше (ИЛ6-7.83±1.23 pg/ml; ИЛ8-19.3±2.43 pg/ml) , в то время как уровень противовоспалительных интерлейкинов был снижен (в 2 раза) у этой же группы пациенток (ИЛ4-1.88±0.51pg/ml; ИЛ10-0.56±0.02 pg/ml). Контроль: ИЛ4- 0.88-2.63 pg/ml; ИЛ6-0.00-2.113 pg/ml; ИЛ8-0.95-14.11 pg/ml; ИЛ10-0.04-1.05 pg/ml). Концентрации гонадотропных гормонов ФСГ (2.3-3.6МЕ/л) и ЛГ (2.1-5.3МЕ/л) оставались в пределах референсных значений, тогда как величина эстрадиола и прогестерона в сравниваемых группах снизились 147.6±11.04пм/л и 129.7±12.53пм/л, 2.5±0.9нм/л и 1.9±0.4нм/л соответственно, причем во второй группе более значительно, что указывает на более выраженную яичниковую недостаточность у этих пациенток.

Обсуждение: Причинно-следственные взаимосвязи воспаления и дисгормоноза очевидны. Индикаторы воспаления – интерлейкины – являются маркерами, позволяющие

выработать наиболее эффективные методы коррекции возникших гормональных нарушений (дисменорей), мониторировать и прогнозировать исход заболевания.

Выводы:

1. Разносистемные заболевания воспалительного генеза негативно влияют на становление менструальной функции у девочек-подростков и выступают в роли триггеров репродуктивных расстройств.
2. Коронавирусная инфекция (пандемия COVID-19) оказывает агрессивное воздействие на формирующуюся репродуктивную систему девочки-подростка, что приводит к нарушению центральных и периферических механизмов регуляции гормонального баланса с вовлечением изменений со стороны цитокинового статуса.

Список литературы:

1. Амбарцумян Т.Ж., Баласаян В.Г./Особенности нарушений и коррекции менструального цикла.-// Репродуктивное здоровье детей и подростков.-Москва, 2020, №5.- С.80-83.
2. Мокрышева Н.Г и соавт. /Пандемия COVID19 и эндокринопатии// Проблемы эндокринологии.- 2020.-Т.66.- №1.- С.7-14.
3. Ходжаева А.С. /Оптимизация тактики ведения больных с функциональными кистами яичников.-//Репродуктивное здоровье детей и подростков.-2019.-т.15.№1,С.30-35.
4. Ходжаева А.С. Медикаментозная коррекция гипоестрогемии у девочек-подростков // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2021.- №6.- С.114-118.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г.Фергана

10.03.2023г.

АНАЛИЗ ПРИЧИН РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ И ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

И.Х.Холматов¹, Д.С.Турдиматов¹, С.А.Алиахунова¹.

¹Ферганское областное патологоанатомическое бюро ФФРНЦЭМП.

Несмотря на современные достижения Акушерства и Перинатальной помощи, патология проблемы недоношенной беременности продолжает оставаться актуальным. Исходы родов при недоношенной беременности для новорожденных часто бывают неблагоприятными. Частота преждевременных родов ежегодно растет во всех странах, варьируя от 5 до 18%. При этом 60-70 % недоношенных детей умирают в первые дни жизни.

Цель работы: изучить причины преждевременных родов и состояние здоровья новорожденных с экстремально низкой массой тела.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 344 протоколов патологоанатомических исследований умерших плодов при сроках гестации 22-27 недель, историй родов и историй развития новорожденных за 2018-2020 годы по данным родильных домов города Ферганы.

Результаты. Детальное изучение анамнеза позволило выявить высокий процент соматических заболеваний у 21 беременных (3.49%). Преобладали: Артериальная гипертензия - у 4х женщин (1.16%), Анемия - у 14ти (4,1%), ожирение - у 2х (0.58%), сахарный диабет - у 1 (0.29%). Акушерский анамнез был отягощен в 23х случаях (100%): мертворождения отмечены у 7 женщин (70%). Из генитальной патологии прослежены воспалительные заболевания органов малого таза – 35.46% (n=122), Осложнения настоящей беременности имели 23 женщины (6.69%), плацентарная недостаточность диагностирована у беременных (34.3%), преэклампсия - у 29 (8.43%), хориоамнионит - у 19 (5.52%). Из 24 новорожденных, с чрезвычайно низкой массой тела, рождено живыми 68(19.8%). Антенатальная гибель плода констатирована в 162 случаях (47.09%). Результаты первичного осмотра новорожденных (n=11) позволили выявить высокий процент респираторного дистресс-синдрома (3.2%). Незрелость сердечно-сосудистой системы диагностирована у всех (100%), а поражение ЦНС - у (93,3%). Показатель перинатальной смертности при преждевременных родах 22-27 недель, по нашим данным, составил 11.04% (n=38).

Выводы. Основными причинами ранних преждевременных родов являются: воспалительные заболевания органов малого таза, низкий индекс здоровья женщины при планировании беременности и нарушение плацентации на фоне отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, способствующие высокому риску развития акушерских осложнений.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЦЕНТРА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ И
РЕПРОДУКЦИИ (ЦОЗСиР) НА БАЗЕ ОБУЗ «ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ
ЦЕНТР» Г. КУРСКА ЗА 2018 – 2022 ГГ.**

А.В.Холодных¹, Б.Е.Крутых¹, В.Н.Рыбников¹.

¹Курский государственный медицинский университет

Проблема бесплодия в современном мире с каждым годом становится актуальнее, т.к. возрастает процент обращений пациентов с различными патологиями репродуктивной системы, гормональными нарушениями, генетическими факторами, определяющими ту или иную форму диагноза «бесплодие». По данным ВОЗ на 2020 год проблема бесплодия касалась от 48 миллионов пар до 186 миллионов человек в мире, и с каждым годом это число растет. В России показатель бесплодия составляет около 15%, что в целом примерно повторяет общемировую статистику. Вследствие повышения заболеваемости возрастает интерес к этиологии, патогенезу, вариациям клинических признаков, диагностике и, в особенности, к лечению нарушений репродуктивных функций, где важная роль отводится методам ВРТ. Вспомогательные репродуктивные технологии – это современная область медицины, представляющая собой комплекс лечебных и диагностических мероприятий, позволяющих реализовать детородную функцию при обнаружении ранее неизлечимых форм бесплодия.

Цель работы: сделать статистические заключения о частоте встречаемости того или иного вида бесплодия в разных возрастных группах, составляющих диагноза, применяемых методах ВРТ, частоту применения их на практике и их результатах, сделать вывод об эффективности работы центра.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ОБУЗ «Областной перинатальный центр» г. Курска. Были проанализированы 900 медицинских карт пациенток центра охраны семьи и репродукции (ЦОЗСиР).

Результаты. Анализ полученных данных показал: наблюдение, лечение пациенток с бесплодием без использования ВРТ – 60,5 %; с использованием методов ВРТ – 39,5 %,

Из них: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) – 58,3 %; инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита (ИКСИ) – 2,4 %; искусственная маточная инсеминация спермой мужа/донора (ИОСМ/ИОСД) – 8 %; криоконсервация половых клеток, эмбрионов, их перенос – 26,6 %; использование донорских ооцитов – 3 %; использование донорской спермы – 0,6 %; использование донорских эмбрионов – 0 %; суррогатное материнство – 0 %; преимплантационная генетическая диагностика – 1,1 %.

Исходы ВРТ: неудачные попытки (беременность не наступила с первого раза) – 37,5 %; удачная беременность с помощью ВРТ (с первой попытки) – 21,1 %; анэмбриония – 0,8 %; биохимическая беременность – 12,6 %; выкидыш/аборт – 4,5 %; замерзшая беременность – 2,8 %.

Выводы. Таким образом, показатель эффективности лечения с помощью вспомогательных репродуктивных технологий в Перинатальном центре г. Курска довольно высок. Процесс врачебной помощи парам, имеющим в анамнезе бесплодие, с успешным оплодотворением индивидуален и очень сложен, лишь каждой пятой женщине удается

забеременеть с первой попытки с ВРТ. После 35 лет способность к зачатию постепенно снижается, что также влияет на количество попыток. Наиболее часто применяемым методом ВРТ является экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Часть пациенток достигают желаемого результата без помощи вспомогательных репродуктивных технологий на фоне адекватной терапии и хирургической коррекции.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г.Фергана

10.03.2023г.

QANDLI DIABETDA MIKROORGANIZMLARNING ROLI

Sh.X.Xomidchonova

Farg'ona jamoat salomatligi instituti

Annotatsiya: Dunyoni barcha mamlakatlari qatori O`zbekistonda ham diabetning tarqalish darajasi yuqoridir. Hozirgi kunga kelib mamlakatimizda qandli diabet kasalligi bilan og`rigan bemorlar 245 mingdan ortiqroq bo`lib, ulardan 2,3 mingtasi yosh bolalar, 879 tasi o`smirlar hisoblanadi. Toshkent shahrida 1-tip va 2-tip diabet bilan og`rigan bemorlarning epidemiologik jihatlarini tahlil qilinib chiqilganda 16356 ta bemordan 7,5%i 1-tip, 92,5%i 2- tipga mansubligi aniqlangan (Alixanova, 2016).

Jahon sog`liqni saqlash tashkiloti mutaxassislarining fikriga ko`ra: “Qandli diabet barcha yoshdagi va barcha mamlakatlarning muammosidir”. Hozirgi kunda qandli diabet yurak-qon tomir va saraton kasalliklaridan keyin o`limning sabablari orasida uchinchi o`rinni egallaydi, shuning uchun ushbu kasallik bilan bog`liq ko`plab masalalarni hal qilish dunyoning ko`plab mamlakatlarida davlat va federal darajaga qo`yilgan.

Kalit suzlar: *ERO – erkin radikal oksidlanish, D₁T – 1-toifa diabet, D₂T – 2-toifa diabet, ATF – adenozintrifosfat, AO – antioksidantlar, ROS – reaktiv kislorod turlari, ERO – erkin radikal oksidlanish, AOT – antioksidant tizim.*

Qandli diabet - bu surunkali metabolik kasallik bo`lib, oshqozon osti bezi β -hujayralari tomonidan insulin sekretsiyasi etishmasligi yoki insulin rezistentligi tufayli yuzaga keladi. 2 turdagi diabet mavjud: 1-toifa diabet (D₁T) va 2-toifa diabet (D₂T), eng keng tarqalgani D₂T. D₁T oshkozon osti bezining β -hujayralarining disfunktsiyasini chakiradi, bu esa insulin sekretsiyasining yo`qolishiga va qondagi glyukoza miqdorining yuqori konsentratsiyasi va ketoatsidoz bilan birga keladi. D₂T vaznni ortishi sababli kelib chiqadi va qonda yuqori miqdorda insulin va giperlipidemiya bilan ifodalanadi. Bundan tashqari, diabet kasalligi nogironlikning asosiy sababi ekanligi va ko`p

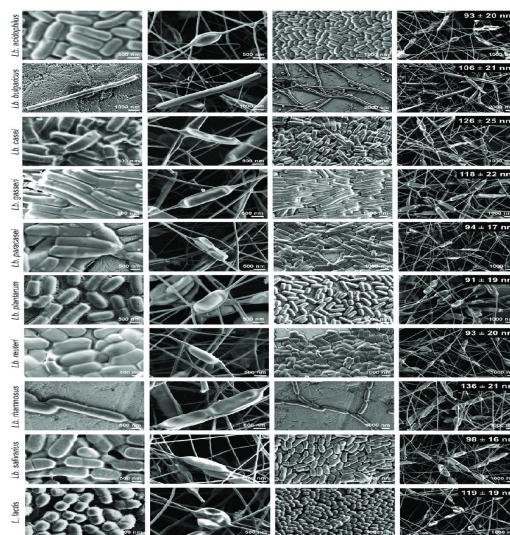
joylarda kuzatilgan zarar kutilgan darajadan oshib ketishi ko'rsatilgan. Qandli diabet (DM) patogenezida erkin radikal oksidlanish (ERO) jarayonlarining faollashishi: prooksidantlar va antioksidantlar o'rtasidagi nomutanosiblik, erkin radikallar va ERO ning juda zaharli mahsulotlarining ko'payishiga olib keladi. Bir qator eksperimental tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, antioksidantli terapiya yordamida diabetning rivojlanishi va uning asoratlari oldini olish yoki sekinlashtirish mumkin.

Lactobacillus – bu gomo va getero-fermentativ sut kislota fermentatsiyasini amalga oshiradigan nordon sut bakteriyalari shtampidir. Laktobakteriyalar odamlar va hayvonlar rezident mikroflorasining muhim tarkibiy qismidir. Ular patogen va opportunistik mikroorganizmlarga qarshi aniq antagonistik ta'sirga ega [Alixanova N.M., L.J. Fooks, 4,5]. Laktobakteriyalar metabolizmining asosiy mahsulotlari laktat va atsetatdir, ularning mavjudligi pH pasayishiga va ko'plab patogen mikroorganizmlarning (salmonella, esherixa, klostridiya va ba'zi xamirturush turlari) ko'payishiga to'sqinlik qiladi. Laktobatsillalar potentsial patogenlar uchun to'siq bo'lib xizmat qiladi. Bundan tashqari ular immunostimulyator ta'sirga ega bo'lib, organizmni o'ziga xos himoya qiladi. [L.J. Fooks, S. Roos, S. Salminen, A.L. Servin, 5-8]. Hozirgi vaqtda *Lactobacillus* vakillarining antigenotoksik va antioksidant xususiyatlariga oid dalillar olingan [P.P. Stepanenko, Chin-Feng Liu, J.A. Patterson, B. Matijasic, N. S. Karamova, 11-15]. Shu munosabat bilan, laktobakteriyalarning probiotiklar kabi turlarini, shuningdek, ratsion, yurak-qon tomir va boshqa kasalliklarning oldini olish uchun oziq-ovqat mahsulotlar texnologiyasida boshlang'ich kulturalarini qo'llash juda istiqbolli ko'rinadi.

1.6-rasm. *Laktobakteriya turlari*

(https://www.researchgate.net/figure/Scanning-electron-microscopy-images-of-the-lactic-acid-bacteria-air-dried-from-the-water_fig1_335906202 saytidan olingan)

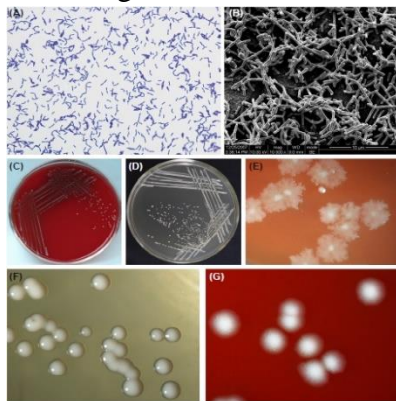
Eng keng tarqalgan probiotik shtammlari. *Lactobacillus acidophilus* glyukozani parchalab uni sut kislotasiga aylantiradi va uglevodni o'zlashtirishga yordam beradigan amilazani ajratadi. Bu ko'plab sut mahsulotlarida ishlatiladigan eng mashhur



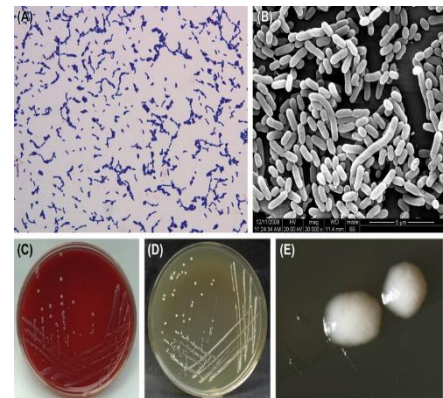
probiotiklardan biridir. Ushbu bakteriya oshqozonning kislotali muhiti ta'siriga ayniqsa chidamli, ichak devorlariga samarali birikadi va alternativ bakteriya turlarining tarqalishiga to'sqinlik qiladi. Bakterial vaginozda tabiiy mikroflorani tiklash uchun ayniqsa foydalidir

1.7-rasm. *Lactobacillus acidophilus tuzilishi* (<https://www.vectorstock.com/royalty-free-vector/types-of-lactobacilli-lactobacillus-good-vector-23316349> saytidan olingan)

• *Lactobacillus casei* ogʻiz va ichaklarda, shuningdek, fermentlangan sabzavotlar, sut va goʻshtda yashaydi. Ular *Helicobacter pylori* ning oʻsishini oldini olishi haqida dalillar bor [Artyuxova S.I., Dominskaya I.V. Vliyaniye *Lactobacillus casei* na jeludochno-kishechnyy trakt cheloveka i ispolʼzovaniye ix pri proizvodstve bioproduktov // Mejdunarodnyy jurnal eksperimentalʼnogo obrazovaniya №4, 2015]. Bundan tashqari, ular baʼzi gastroenterologik kasalliklar (antibiotik bilan bogʻliq va yuqumli diareya) alomatlarini yengillashtirish uchun zarur boʻlganda boshqa shtammlar bilan birgalikda oʻz samaradorligini koʻrsatdi. *Lactobacillus casei* *Lactobacillus acidophilus*ning tarqalishi va rivojlanishiga yordam beradi, shuningdek, kam hazm boʻladigan uglevo larning gaz hosil boʻlishini kamaytirgan holda, loviya va noʻxat fermentatsiyasida ishtirok etadi.



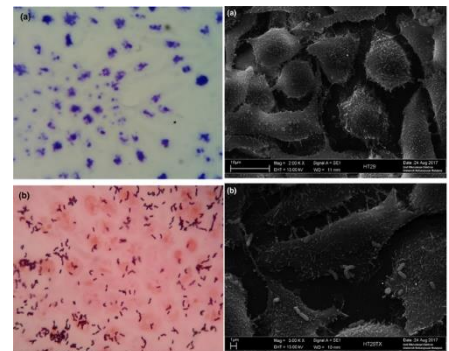
1.8-rasm. *Lactobacillus casei* tuzilishi



(https://jindongbio.diytrade.com/sdp/2918584/4/pd-7739903/20763967-2935045/Probiotics_Lactobacillus_casei.html saytidan olingan)

Lactobacillus rhamnosus - juda "qattiq" bakteriyalar, ular meʼda shirasi va oʻt suyuqligi taʼsiriga chidamli. Ular ogʻiz boʻshligʻida va ichaklarda, shuningdek vagina va siydik yoʻllarida yashaydilar, bu erda ular patogenlarning rivojlanishiga toʻsqinlik qiladi.

Lactobacillus rhamnosus rotavirusli diareya va atopik dermatitning baʼzi shakllarini davolashda muvaffaqiyatli ishlatilgan [Stavropoulou E, Bezirtzoglou E. Probiotics in Medicine: A Long Debate. Front Immunol. 2020 Sep 25;11:2192. doi: 10.3389/fimmu.2020.02192. PMID: 33072084; PMCID: PMC7544950.] Probiotik taʼsiriga qaramay, immuniteti zaif odamlarda bu mikroblar infeksiyaning mavjudligini koʻrsatadi.



1.9 – rasm. *Lactobacillus rhamnosus* tuzilishi (https://jindongbio.diytrade.com/sdp/2918584/4/pd-7739903/20763967-2935045/Probiotics_Lactobacillus_rhamnosus.html saytidan olingan)

Bifidobacterium lactis (*B. animalis*) oshqozon bezovtalanishiga va ich qotishi bilan bogʻliq boʻlgan taʼsirchan ichak sindromi boʻlgan odamlarda shishiradi. Klinik tadqiqotlar natijasida ular tseliakiy kasalligi boʻlgan bemorlarning ichak hujayralarini kleykovina zararli taʼsiridan himoya qilishlari isbotlangan. *Bifidobacterium lactis* sut mahsulotlarida keng qoʻllaniladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. IDF Diabetes Atlas (Izdaniye 8) (2017). Mejdunarodnaya federatsiya diabeto: Bryussel', Bel'giya. Onlayn-versiya ot 5 maya 2018 goda
2. Amerikanskaya diabeticheskaya assotsiatsiya. (ADA) Standards of Medical Care in Diabetes – 2018. Diabetes Care 2018; 41, Suppl. 1. Onlayn-versiya ot 6 maya 6 2018 goda na
3. American Diabetes Association. (ADA) – DKA and Ketones. Onlayn-versiya ot 7 maya 2018 goda na
4. Alixanova N.M., Akbarov Z.S., Ismailov S.I. Epidemiologicheskiye aspekty saxarnogo diabeto v g.Tashkente na osnovanii dannykh registr // 2016.-№2(74).-S.111-114.
5. L.J. Fooks, R. Fuller, G.R. Gibson, Int. Dairy J.,9, 53–61 (1999).
6. S. Roos, L. Engstrand, H. Jonsson, International journal of systematic and evolutionary microbiology, 55, 77-82 (2005).
7. Shaxzoda Xasanzoda //antioksidantnaya aktivnost otdelnix komponentov bad —buyrak-shifo//
8. Mejdunarodny nauchny jurnal «Nauchnyy impuls» № 4(100), chast' 2. Noyabr, 2022 str 29-36.
9. 14. S.H.Homidchonova, N.A. Mahmudova //Bioecological and physiologicalbiochemical features of cassocks (Lemnaceae) in culture//
10. Texas Journal of Agriculture and Biological Sciences. 10-11-2022. 27-31 page
11. 1Xomidchonova Shaxzoda Xasanzoda //deystviye alkaloidov vdelennye iz rasteniy aconitum talassicum
12. Ix Vliniye Na Sokratitelnyu Aktivnost Na Gladkix Mishts Aorti Krisi// International Journal of
13. Education, Social Science Humanities, FARS Publishers. Volume-11| Issue-1| 2023. 73-79 page

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ГОРМОНАЛЬНЫЕ И ВЕГЕТАТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ ПРИ АЦИКЛИЧЕСКИХ
МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ.**

О.С.Хуцишвили¹, М.О.Бабкин¹.

¹Курский государственный медицинский университет

Ключевые слова: *пубертат, ациклические маточные кровотечения.*

Резюме: повышенные уровни кортизола и ЛГ у девочек-подростков с АМК могут являться предикторами нейровегетативной дисфункции.

**HORMONAL AND AUTONOMIC DYSFUNCTIONS IN ACYCLIC UTERINE
BLEEDING DURING PUBERTY**

O.S.Khutsishvili¹, M.O.Babkin¹.

¹Kursk State Medical University

Keywords: *puberty, abnormal uterine bleeding.*

Abstract: increased levels of cortisol and LH in adolescent girls with AMC may be predictors of neurovegetative dysfunction.

Введение: Ациклические маточные кровотечения (АМК) у девочек-подростков нередко сопровождаются признаками вегетативной дисфункции, что представляет интерес для изучения их взаимосвязи.

Цель исследования – оценить уровни гонадотропных гормонов, эстрадиола (Е2), пролактина (ПРЛ), кортизола и состояние вегетативной нервной системы (ВНС) при манифестации пубертатных АМК в сравнении с девушками группы контроля. Материалы и методы: 82 девушки в возрасте 12-17 лет, стратифицированы на две группы исследования в зависимости от старта АМК. В I группу вошли подростки с АМК в течение первого года наступления менархе, во II группу – с АМК после 12-16 месяцев нормальной менструальной функции. III группа контроля - 31 здоровая девушка. У всех участниц была определена концентрация фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, Е2, ПРЛ и кортизола. Проведено тестирование по модифицированной расширенной методике А.М. Вейна для выявления возможных изменений функции ВНС. Исследования проводились на 3-5 дни при сохраненном менструальном цикле, в случаях ациклических АМК – в ближайшие дни. Обсуждение результатов: у пациенток с АМК отмечено незначительное повышение уровней ЛГ, в единичных случаях кортизола, нежели в III группе ($p < 0,05$), что свидетельствует об ановуляторном характере АМК. Уровни Е2, ПРЛ оставались в рамках нормы, концентрации ФСГ оказались однородными во всех группах. Результаты тестирования по методике А.М. Вейна показали преобладание в обеих группах активности симпатического отдела ВНС, в отличие от III группы. Незначительное повышение ряда показателей у пациенток II группы в опросниках объясняется не пропорциональной выборкой. Первоочередное созревание и превалирование симпатических отделов ВНС над парасимпатическими, отражающее физиологию развития пубертатного периода, вероятно необходимо для обеспечения становления менструальной функции. Таким образом, повышение уровня ЛГ и кортизола у девочек-подростков в этот период логично демонстрируют процесс дезадаптации к стрессовым факторам.

Заключение: повышенные уровни кортизола и ЛГ у девочек-подростков с АМК могут являться предикторами нейровегетативной дисфункции, что важно для и коррекции возможных состояний/заболеваний.

Использованная литература:

1. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков. Л.С. Чутко, Т.Л. Корнишина и соав. Журнал неврологии и психиатрии, 1, 2018 с43-49.

2. Уварова, Е.В. Клинические рекомендации (проект). Аномальные маточные кровотечения в пубертатном периоде /Е.В. Уварова//Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2021. – № 3. – С. 5-30.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ОЖИРЕНИЕ И ПРЕЭКЛАМПСИЯ: ОБЩИЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ
МЕХАНИЗМЫ.**

О.Е.Шаланкова

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Определение: Преэклампсия – это специфическое для человека расстройство, появляющееся после 20 недель беременности, характеризующееся новым началом гипертонии и протеинурии. Аномальная плацентация и снижение плацентарной перфузии, связанные с нарушением инвазии трофобластов и изменением соответствия спиральных артерий матки, являются ранними патологическими находками, которые присутствуют до клинических проявлений преэклампсии.

Актуальность: Увеличение веса во время беременности или ожирение присутствующее до беременности, которые связаны с гиперинсулинизмом, резистентностью к инсулину и материнским системным воспалением, рассматриваются как один из механизмов, способствующих эндотелиальной дисфункции, гипертонии, протеинурии, полиорганной недостаточности, высокой материнской смертности и заболеваемости и играют важную роль в генезе развития преэклампсии.

Результаты исследования: Гипертонические расстройства являются одними из наиболее распространенных расстройств, которые поражают беременных женщин и являются основными факторами материнской смертности. В систематическом обзоре, проведенном Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), 16% случаев материнской смертности в развитых странах были связаны с гипертоническими расстройствами, 9% - в регионах Африки и Азии и до 25% - в Латинской Америке. В обзоре ВОЗ гипертензивные расстройства во время беременности названы основной причиной материнской смертности в промышленно развитых странах, на долю которых приходится 16% случаев материнской смертности. На региональном уровне гипертонические расстройства являются причиной 25 000 случаев материнской смертности в Африке, 22 000 в Азии, 3 800 в Латинской Америке и 150 случаев материнской смертности в промышленно развитых странах. Двумя расстройствами, наиболее связанными с гипертонией во время беременности, являются эклампсия и преэклампсия. Хотя

терминология и методы классификации и диагностики гипертонических расстройств беременности отличаются от страны к стране и региона к региону, были выявлены некоторые общие факторы риска. Эти факторы риска включают в себя возраст матери, избыточный вес и ожирение до беременности, сидячий образ жизни, резистентность к инсулину и диабет, субклинические инфекции и воспаление, а также дефицит питательных веществ во время беременности. Многочисленные исследования показали, что ожирение связано со многими осложнениями во время беременности, включая разрастание плода, пороки развития плода, самопроизвольный выкидыш, гестационный диабет, тромбоэмболические осложнения, мертворождение, преждевременные роды, кесарево сечение и гипертонические осложнения. Была обнаружена сильная прямая корреляция между увеличением индекса массы тела (ИМТ) и риском развития преэклампсии и гипертонии, вызванной беременностью. Скорректированный риск развития преэклампсии удвоился для матерей с избыточным весом с ИМТ 26 кг/м², и почти втрое для матерей с ожирением с ИМТ 30 кг/м².

Плацента в гипоксических условиях высвобождает различные вещества в материнский кровоток, к ним относятся антиангиогенные растворимые факторы фмс-подобной тирозинкиназы 1 (sFlt-1) и провоспалительные факторы, такие как фактор некроза опухоли альфа (TNF- α), которые связаны с материнской эндотелиальной дисфункцией. Как мы показали, эти факторы увеличиваются в плазме женщин, перенесших преэклампсию. Эта последовательность изменений является одним из предложенных механизмов, связывающих ожирение с риском преэклампсии, клинические и экспериментальные данные свидетельствуют о том, что ожирение может влиять на функцию плаценты и перфузию через некоторые метаболические изменения, связанные с ожирением, такие как гиперлипидемия, гиперинсулинемия или гиперлипидемия. Известно, что эти метаболические маркеры повышены в плазме беременных женщин с ожирением и еще выше у женщин с преэклампсией. Одной из важнейших характеристик ожирения является инсулинорезистентность и гиперинсулинемия, и мы показали, что гиперинсулинемия и инсулинорезистентность предшествуют клиническому проявлению преэклампсии. Экспериментальные исследования показали, что гиперинсулинемия приводит к более мелкому месту имплантации и ограничению внутриутробного роста, связанному с измененным синтезом оксида азота (NO)

Заключение: Поскольку в странах со средним и низким уровнем дохода распространенность ожирения растет, а также из-за того, что преэклампсия является основной причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в этих странах, крайне важно понять, как ожирение влияет на патогенез преэклампсии.

Лумепамыпа / References:

1. Brown M. et al. The classification and diagnosis of the hypertensive disorders of pregnancy: statement from the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). *Hypertension in pregnancy: official journal of the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy*. 2001; IX—XIV.
2. Steegers E.A.P. et al. Pre-eclampsia. *Lancet*. 2010; 376 (9741): 631—44.
3. Young B.C., Levine R.J., Karumanchi S.A. Pathogenesis of preeclampsia. *Ann. Rev. Pathol.* 2010; 5: 173—92.
4. Granger J.P. et al. Reduced uterine perfusion pressure (RUPP) model for studying cardiovascular-renal dysfunction in response to placental ischemia. *MethodsMol. Med.* 2006; 122: 383—92.
5. Makris A. et al. Uteroplacental ischemia results in proteinuric hypertension and elevated sFLT-1. *Kidney Int.* 2007; 71 (10): 977—84.
6. Chaiworapongsa T. et al. Pre-eclampsia part 1: current understanding of its pathophysiology. *Nat. Rev. Nephrol.* 2014; 10 (8): 466—80.
7. Naljayan M. V., Karumanchi S.A. New Developments in the Pathogenesis of Preeclampsia. *Adv. Chronic Kidney Dis.* 2013; 20 (3): 265—270.
8. Levine R.J. et al. Soluble endoglin and other circulating antiangiogenic factors in preeclampsia. *N. Engl. J. Med.* 2006; 355 (10): 992—1005.
9. Conti E. et al. Growth factors in preeclampsia: A vascular disease model: A failed vasodilation and angiogenic challenge from pregnancy onwards? *Cytokine Growth Factor Rev.* 2013; 24 (5): 411—25.
10. Verlohren S., Stepan H., Dechend R. Angiogenic growth factors in the diagnosis and prediction of pre-eclampsia. *Clin. Sci.* 2011; 122 (2): 43—52.
11. Lassus P. et al. Vascular endothelial growth factor and angiogenin levels during fetal development and in maternal diabetes. *Biol. Neonate.* 2003; 84 (4): 287—92.
12. Kleinrouweler C.E. et al. Accuracy of circulating placental growth factor, vascular endothelial growth factor, soluble fms-like tyrosine kinase 1 and soluble endoglin in the prediction of pre-eclampsia: A systematic review and meta-analysis. *BJOG An Int. J. Obstetr. Gyn-aecol.* 2012; 119 (7): 778—87.
13. Espinoza J. et al. Identification of patients at risk for early onset and/ or severe preeclampsia with the use of uterine artery Doppler velocimetry and placental growth factor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2007; 196 (4): 326.e1—326.13.
14. Levine R.J. et al. Circulating angiogenic factors and the risk of preeclampsia. *N. Engl. J. Med.* 2004; 350 (7): 672—83.

15. Maynard S.E. et al. Excess placental soluble fms-like tyrosine kinase 1 (sFlt1) may contribute to endothelial dysfunction hypertension, and proteinuria in preeclampsia. J. Clin. Invest. 2003; 111 (5): 649—58.
16. Shibuya M. Vascular endothelial growth factor and its receptor system: Physiological functions in angiogenesis and pathological roles in various diseases. J. Biochem. 2013; 153 (1): 13—9.
17. Romero R. et al. An imbalance between angiogenic and anti-angio-genic factors precedes fetal death in a subset of patients: results of a longitudinal study. J. Matern. Fetal. Neonatal Med. 2010; 23 (12): 1384—99.
18. Akolekar R. et al. Maternal plasma soluble fms-like tyrosine ki-nase-1 and free vascular endothelial growth factor at 11 to 13 weeks of gestation in preeclampsia. Prenat. Diagn. 2010; 30 (3): 191—7.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ, КАК ОСНОВНОГО ФАКТОРА
РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.**

О.Е.Шаланкова¹, М.Махаммадибрагимова¹.

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Ключевые слова: *упражнение; гестационная гипертензия; ожирение; преэклампсия; профилактика.*

Целью: данной работы является представление механизмов развития гипертонии при беременности у женщин с ожирением и значения физических упражнений в ее профилактике.

Ожирение в настоящее время признано всемирной эпидемией. Неадекватное питание и снижение физической активности признаны ведущими причинами избыточной массы тела. Несмотря на растущие доказательства того, что ожирение является фактором риска неудачной беременности, почти половина всех женщин, которые забеременели сегодня, имеют избыточный вес или страдают ожирением. Распространенными осложнениями беременности у этой группы женщин являются преэклампсия и гестационная гипертензия. Эти состояния также чаще наблюдаются у женщин с чрезмерным увеличением веса во время беременности. Преэклампсия – одно из самых серьезных осложнений беременности с непредсказуемым течением, которое в самых тяжелых формах угрожает жизни и здоровью матери и ее малыша. Раннее выявление факторов риска развития преэклампсии, включая ожирение, позволяет осуществлять профилактику и снижать риск осложнений у матери и плода. Кроме того,

преэклампсия и ожирение являются признанными факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в более позднем возрасте, поэтому профилактика и лечение ожирения имеют первостепенное значение для их профилактики. Таким образом, правильная диета и физическая активность могут играть существенную роль в профилактике преэклампсии у этой группы женщин. Ограничение набора веса во время беременности и изменение метаболических факторов риска регулярными физическими упражнениями создает благоприятные метаболические условия для развития беременности и приносит пользу элементам патогенетической последовательности развития преэклампсии. Кроме того, он недорогой, легкодоступный и, при отсутствии противопоказаний к его выполнению, безопасен для матери и плода. Однако для того, чтобы эта форма профилактики была эффективной, ее следует применять на ранних сроках беременности, а для женщин с избыточным весом и ожирением предлагать в качестве неотъемлемой части планирования беременности.

Выводы: Ожирение до беременности является независимым фактором риска развития ПЭ. ПЭ, связанная с ожирением, скорее всего, связана с поздним началом ПЭ и ХАГ. Рекомендуется контролировать вес до беременности, ограничить увеличение веса во время беременности и контролировать артериальное давление, чтобы снизить заболеваемость ПЭ и обеспечить безопасность матери и ребенка.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**КРАТКОСРОЧНЫЕ И ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ РАЗВИТИЯ
ПРЕЭКЛАМПСИИ НА МАТЕРИНСКИЙ ОРГАНИЗМ И ПЛОД.**

О.Е.Шаланкова¹, Т.Камилов¹.

¹Ферганского медицинского института общественного здоровья

Определение: Гипертонические расстройства беременности — хроническая гипертензия, гестационная гипертензия и преэклампсия — являются уникально сложными, поскольку патология и ее терапевтическое лечение одновременно влияют на мать и плод, иногда ставя их благополучие в противоречие друг с другом. Преэклампсия, в частности, является одним из самых страшных осложнений беременности. Часто представляя собой новую гипертензию и протеинурию в течение третьего триместра, преэклампсия может быстро прогрессировать до серьезных осложнений, включая смерть как матери, так и плода.

Преэклампсия является одной из основных причин материнской смертности в развитых и развивающихся странах. Это также является основной причиной перинатальной заболеваемости и смертности, и это очень сильно связано с задержкой роста плода.

Факторы, способствующие развитию преэклампсии у беременных женщин:

- Хроническое высокое кровяное давление или заболевание почек до беременности
- Высокое кровяное давление или преэклампсия при более ранней беременности
- Ожирение. Женщины с избыточным весом или ожирением также чаще имеют преэклампсию при более чем одной беременности.
- Возраст. Женщины старше 40 лет подвергаются более высокому риску.
- Многоплодная беременность (беременность более чем одним плодом)
- Афроамериканская этническая принадлежность. Кроме того, среди женщин, у которых ранее была преэклампсия, небелые женщины чаще, чем белые женщины, снова развивают преэклампсию на более позднем сроке беременности.
- Семейная история преэклампсии.

Преэклампсия также чаще встречается среди женщин, которые имеют в анамнезе определенные состояния здоровья, такие как мигрень, диабет, ревматоидный артрит, волчанка, склеродермия, инфекции мочевыводящих путей, заболевания десен, синдром поликистозных яичников, рассеянный склероз, гестационный диабет и серповидно-клеточная анемия.

Воздействие на матерей Женщины, у которых есть или развивается высокое артериальное давление во время беременности, подвергаются повышенному риску осложнений в антенатальном, внутриродовом и в послеродовом периоде. Повышенный риск относится как к матери, так и к плоду. Беременных с гипертензией можно разделить на две группы: нормотензивные женщины, у которых развивается преэкламптический синдром, который характеризуется гипертензией, протеинурией и отеками; и женщины с хронической гипертензией, которые забеременели и подвергаются более высокому риску развития гестационной преэклампсии. Преэклампсия является наиболее серьезной формой осложнений гипертонической болезни во время беременности, но это в первую очередь не гипертоническое заболевание; это расстройство, вызванное факторами, основанными на изменении плаценты. Преэклампсия инициируется аномальной плацентацией и, следовательно, низкой перфузией плаценты, высвобождением цитокинов и других токсинов, а также сужением сосудов и активацией тромбоцитов; это синдром генерализованной эндотелиальной дисфункции и осложнений связанных с сосудистой системой. По сути, этими осложнениями являются 1-внутрисосудистая коагуляция, кровотечение и 2-органная недостаточность (печеночная и почечная) после плохой перфузии. 1- Существует прямая связь

между снижением уровня антитромбина III (АТIII) и тяжестью поражения пациентки, особенно после 30-32 недель беременности.

2- При преэклампсии все еще существуют споры об уровнях протеинурии, которые следует считать патологическими. Преэклампсия может осложняться судорогами: эклампсией и развитием HELLP синдрома (гемолиз, повышение ферментов печени и низкое количество тромбоцитов). Синдром HELLP, наряду с преэклампсией, является причиной большинства материнских смертей, связанных с гипертонией. Процесс полностью останавливается после рождения плода и плаценты, но задержка внутриутробного развития плода и преждевременные роды представляют серьезную угрозу для плода. Лечение ранее существовавшей или вызванной беременностью гипертонии не предотвращает и не обращает вспять процесс, но оправдано для предотвращения сердечно-сосудистых осложнений у матери, особенно во время родов. Плод подвергается повышенному риску из-за задержки роста и гипоксии после повреждения плаценты. Большинство пациенток с легкой хронической гипертензией заканчиваются положительно. Материнские и фетальные риски значительно выше при тяжелой хронической гипертонии и у пациентов с заболеванием органов-мишеней. Эти пациентки должны быть проконсультированы относительно их рисков до беременности.

Влияние на плод Перинатальные же исходы сильно зависят от гестационного возраста и тяжести гипертонии, что выражается необходимостью антигипертензивного лечения, независимо от основного синдрома. Тяжелая преэклампсия связана с разной степенью поражения плода. Основное воздействие на плод оказывает недостаточное питание в результате маточно-плацентарной сосудистой недостаточности, что приводит к задержке роста. Существуют краткосрочные и долгосрочные последствия. К краткосрочным последствиям относятся задержка роста плода, что может приводить к развитию вторичных заболеваний плода. Долгосрочные последующие исследования показали, что дети, которые страдали задержкой внутриутробного роста, более склонны к развитию гипертонии, ишемической болезни сердца и диабета во взрослой жизни. Появляется все больше доказательств того, что задержка роста и другие факторы играют важную роль в происхождении и развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), но понимание процессов, которые опосредуют эти эффекты, ограничено. Плоду приходится приспосабливаться к ограниченному запасу питательных веществ. При этом он постоянно изменяет свою структуру и метаболизм. Эти «запрограммированные» изменения могут быть причиной ряда заболеваний в более позднем возрасте, включая ишемическую болезнь сердца и связанные с ней расстройства: инсульт, диабет и гипертонию. В настоящее время известно, что дети, у которых была задержка роста при рождении или дети, страдающие от изменения плаценты, имеют повышенные показатели ишемической болезни сердца, гипертонии и

инсулиннезависимого диабета во взрослой жизни. Считается, что эти осложнения являются результатом «программирования» плода и оказывает постоянное влияние на структуру организма, физиологию и метаболизм. Небольшой размер при рождении и диспропорция в размере головы, длине и весе, по-видимому, являются маркерами для фактических влияний, которые программируют плод. Недавние исследования показывают, что плод может быть значительно более чувствительным к матerno-плацентарному снабжению питательными веществами, чем предполагалось ранее. Сердечно-сосудистые заболевания у взрослых могут быть следствием адаптации плода, вызванной, когда матerno-плацентарный запас питательных веществ не соответствует потребности плода в питательных веществах.

Показано, что задержка внутриутробного роста, определяемая как масса тела при рождении ниже 10-го перцентиля, приводит к уменьшению числа нефронов. Было высказано предположение, что олиgoneфropатия увеличивает риск системной и клубочковой гипертензии во взрослой жизни, а также повышает риск экспрессии почечных заболеваний после воздействия потенциально вредных почечных стимулов.

Выводы: Таким образом изучив все кратковременные и долговременные осложнения преэклампсии для матери и плода, можно сделать выводы о важности лечения и профилактики преэклампсии у матери, своевременного выявления и лечения сопутствующих заболеваний и факторов, способствующих развитию преэклампсии.

Используемая литература:

1. Churchill D; Perry IJ; Beevers DG. Ambulatory blood pressure in pregnancy and fetal growth. Lancet 1997; 349:7-10.
2. Voto LS, Margulies M. Hipertensi3n en el embarazo. Buenos Aires, El Ateneo, 1997.
3. Visser W, Wallenburg HC. Maternal and perinatal outcome of temporizing management in 254 consecutive patients with severe pre-eclampsia remote from term. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 63:147-54
4. Riaz M, Porat R, Brodsky NL, Hurt H. The effects of maternal magnesium sulfate treatment on newborns: a prospective controlled study. J Perinatol 1998; 18:449-54
5. Lindheimer MD, Katz AI: The kidney and hypertension in pregnancy. In Brenner BM, Rector FC eds. The Kidney. Philadelphia: WB Saunders, 1990.
6. Dunlop W, Davison JM: Renal Haemodynamics and tubular function in human pregnancy. Balliere's Clin. Obstet. Gynaecol, 1987; 1: 769-87.
7. Baylis C, Davison J: The urinary system. In Hytten F, Chamberlain G eds.: Clinical Physiology in Obstetrics. Oxford, Blackwell, 1990.
8. Neerhof MG; Pregnancy in the chronically hypertensive patient. Clin Perinatol 1997; 24 :391-406

9. Piper JM; Langer O; Xenakis EM; McFarland M; Elliott BD; Berkus MD . Perinatal outcome in growth-restricted fetuses: do hypertensive and normotensive pregnancies differ? *Obstet Gynecol* 1996; 88:194-9
10. Barker DJ .In utero programming of chronic disease. *Clin Sci* 1998; 95:115-28.
11. Leistikow EA. Is coronary artery disease initiated perinatally. *Semin Thromb Hemost* 1998; 24:139-43.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ЖЕНЩИН С
МЕНОРРАГИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ АДЕНОМИОЗОМ

Д.А.Шамсиева¹, Г.Н.Бекбаулиева¹, Б.М.Тилегенов¹.

¹Ташкентская Медицинская Академия

PERSONALIZED APPROACH TO THE MANAGEMENT OF WOMEN WITH
MENORRHAGIA CAUSED BY ADENOMYOSIS

D.A.Shamsieva¹, G.N.Bekbaulieva¹, B.M.Tilegenov¹.

¹Tashkent Medical Academy

Резюме. Анализ результатов исследования выявил, что преморбидный фон у женщин основной группы значительно отягощен. В структуре соматических заболеваний анемия встречалась в 3,8 раза чаще у пациенток с аденомиозом, чем в контроле.

При меноррагии, ассоциированной аденомиозом наличие выраженного дисбаланса гормонов подтверждено наличием нарушения менструального цикла, дисменореи, бесплодием, невынашиванием беременности и выявленной у 68,6% доброкачественной патологии молочных желез у пациенток основной группы. Еще дисбаланс стероидных гормонов яичника у больных страдающих меноррагией при аденомиозе обусловлен в 71,6% случаев гиперэстрогемией, у 31,7% - гипопрогестеронемией и 41,7% - гипофункцией щитовидной железы. Предложенная нами методика терапии имея положительные эффекты, и подтверждала необходимости персонализированного подхода в зависимости от возраста, реализации репродуктивных планов и онкологического риска.

Ключевые слова: аденомиоз, меноррагия, болевой синдром, соматический и гинекологический анамнез, бесплодие, савис, мирена, гистероскопия.

Резюме: Таҳлил натижасига кўра, асосий гуруҳ аёлларда преморбид сезиларли даражада оғир. Соматик кассаликлар таркибида анемия аденомиоз мавжуд беморларда меъёрга қараганда 3,8 баробар кўпроқ кузатилган.

Аденомиоз билан боғлиқ меноррагияда аниқ гормонлар мувозанатининг мавжудлиги аниқланган ҳайз даврининг бузилиши, дисменорея, бепуштлиқ, ҳомиладорликни кўтаролмаслик ва асосий гуруҳ беморларининг 68,6 фоизида кўкрак патологияси мавжудлиги аниқланди. Аденомиозда меноррагия билан оғриган беморларда тухумдон стероид гормонларининг яна бир номуносивлиги 71,6% ҳолларда гиперестрогенемия, 31,7% гипопрөгестеронемия ва 41,7% қалқонсимон безнинг гипофункцияси билан боғлиқ. Таклиф этилаётган терапия усули ижобий таъсир кўрсатиши ва репродуктив режалар ҳамда саратон хавфини амалга оширишда ёшга қараб шахсий ёндашув зарурлигини тасдиқлайди.

Калит сўзлар: *аденомиоз, меноррагия, оғриқ синдроми, соматик ва гинекологик анамнез, бепуштлиқ, савис, мирена, гистероскопия.*

Summary. Analysis of the results of the study revealed that the premorbid background in women of the main group was significantly burdened. In the structure of somatic diseases, anemia occurred 3.8 times more often in patients with adenomyosis than in controls.

In menorrhagia associated with adenomyosis, the presence of a pronounced hormone imbalance was confirmed by the presence of menstrual cycle disorders, dysmenorrhea, infertility, miscarriage and benign breast pathology detected in 68.6% of the patients of the main group. Another imbalance of ovarian steroid hormones in patients suffering from menorrhagia with adenomyosis is caused in 71.6% of cases by hyperestrogenemia, in 31.7% - hypoprogesteronemia and 41.7% - hypofunction of the thyroid gland. The proposed method of therapy had positive effects, and confirmed the need for a personalized approach depending on age, the implementation of reproductive plans and cancer risk.

Keywords: *adenomyosis, menorrhagia, pain syndrome, somatic and gynecological history, infertility, savis, mirena, hysteroscopy.*

В структуре гинекологических заболеваний доля аденомиоза среди всех других локализаций составляет от 70 % до 90 % [1, 3]. Увеличение частоты аденомиоза связано с улучшением диагностики, особенно с широким внедрением в практику гистероскопии. Между тем, трудности в диагностике возникают вследствие сочетания аденомиоза с другими гиперпластическими заболеваниями — миомой матки, гиперплазией эндометрия [4]. Однако несмотря на многочисленные работы по изучению данного заболевания, проводимые в течение многих десятилетий, результаты остаются неутешительными [2].

В связи с этим актуальным является поиск и разработка методов профилактики и лечения спаечных процессов, что позволит усовершенствовать тактику ведения таких пациенток.

Цель исследования: разработать и обосновать методику лечения меноррагии на фоне аденомиоза с учетом гормонального баланса и репродуктивного возраста, а также оценить ее эффективность.

Материалы и методы исследования: На I этапе исследования в зависимости от возрастной категории пациентки были распределены: I группа - 20 женщин в возрасте 28-33 лет, II группе - 20 женщин в возрасте 34-39 лет, III группа 20 женщин в возрасте 40-45 лет и контрольная группа 32 женщин в возрасте 20-45 лет. Всем женщинам проводился сбор анамнеза, общеклиническое и гинекологическое обследование, ультразвуковое сканирование органов малого таза, а также изучение гормонального статуса и вакуум - аспирация с последующим морфологическим исследованием соскоба эндометрия. На II этапе для апробации методики терапии женщины были разделены на 2 группы. Для этого 70 женщин с аденомиозом матки, страдающих меноррагией были распределены на 2 группы рандомизированно - методом случайной выборки. Больные первой основной группы в свою очередь будет разделена на 2 подгруппы: I А группа (20 женщин в возрасте 28-33) проведена терапия препаратом Савис: диеногест 2 мг (производитель Гедеон Рихтер, Венгрия); I Б группе (20 женщин) в возрасте 34-39) больных проведена терапия установлением левоноргестрелсодержащей внутриматочной спирали (ВМС) Мирена. Второй группе пациенток (20 женщин в возрасте 40-45 лет) проведена гистероскопическая абляция с применением в последующем ВМС «Мирена». Для контрольной группы было отобрано 32 женщин без аденомиоза с нормальным регулярным менструальным циклом.

На III этапе на основе полученных статистических показателей рассчитана клиническая эффективность разработанной методики в зависимости от возраста и реализации репродуктивных планов. Сбор материала проводился в 2020 – 2022 гг. в отделении гинекологии, консультативно-диагностической поликлинике в городском родильном комплексе № 9 и №8, а также апробация методика гистероскопической абляции полости матки с последующим установлением ВМС Мирена в отделении гинекологии частной клиники Jacksoft под руководством д.м.н. Г.Н. Бекбаулиевой.

Результаты и их обсуждение Анализ изученных данных показал, что, преморбидный фон у женщин основной группы значительноотягощен (табл. 1). В основной группе частота детских вирусных инфекций почти в 2,6 раза больше по сравнению с контрольной. Настораживает то, что в структуре соматических заболеваний анемия встречалась в 3,8 раза чаще у пациенток с аденомиозом, причём, чаще анемия лёгкой и средней степени тяжести была зарегистрирована у каждой пациентки III группы, у каждой второй II группе, и у каждой четвертой женщине I группы, при этом титр гемоглобина снижался на 9-10% в сравнении с женщинами контрольной группы ($p < 0,05$).

Таблица 1 Характеристика соматического анамнеза у пациенток с аденомиозом

Исследуемые параметры	Группа обследованных лиц			
	Основная, n=60		Контрольная, n=32	
	абс	%	абс	%
Детские вирусные инфекции	44	73,3±2,6	9	28,1±8,1
Анемия	47	78,3±2,4	6	18,8±6,2
Заболевания ССС	4	6,6±4,4***	-	-
Заболевания мочевыводящих путей	23	38,3±3,6	4	11,7±6,8
Диффузное увеличение щитовидной железы	31	51,6±4,7***	3	9,4±4,6
Заболевания ЖКТ	26	43,3±4,6***	4	12,5±6,2
Примечание:	* - различия относительно данных контрольной группы значимы (***) - P <0,001)			

Основными жалобами у женщин были: нарушение менструального цикла (первичное и вторичное), аномальное маточное кровотечение (АМК), меноррагия, дисменорея, бесплодие, невынашивание беременности. Так, аномальное маточное кровотечение протекало у подавляющего большинства женщин в острой форме, причем почти у каждой третьей женщины наблюдался рецидив острой формы, в то же время 86,7% женщин наблюдался меноррагии. Среди пациенток основной группы с АМК преобладали нарушения менструального цикла по типу персистенции зрелого фолликула у 19 (31,7%), а у 4 (6,7%) по типу длительной персистенции атретического фолликула. Еще одним характерным симптомом в обследуемых группах было вагинальное кровомазание до и после менструации (53,3%), причем если при первой степени аденомиоза, данное явление было 61,7 %, то при II степени аденомиоза частота данного симптома была статистически значимо увеличена 88,3%, у пациенток 3 степени данный симптом был нивелирован за счет аномального маточного кровотечения ($p < 0,05$).

Вторым симптомом, по поводу которого также часто обращались женщины с аденомиозом была дисменорея. Так, 83,3% женщин жаловались на те или иные боли внизу живота разной интенсивностью, связанные чаще всего с менструацией.

По поводу бесплодия, в частности, вторичного бесплодия обратилась каждая третья женщина, лишь каждая десятая женщина имела первичное бесплодие. Такое незначительная частота первичного бесплодия возможно связано с тем, что к моменту развития аденомиоза

(возрастная категория исследуемой группы в нашем исследовании 28-45 лет) эти женщины реализовали репродуктивные планы. Вместе с тем у 13,3 % женщин наблюдалось невынашивание беременности. Нам было интересно изучение характера жалоб в зависимости от степени развития аденомиоза. Так, анализ данных показал, что существует тесная взаимосвязь, между развитием аденомиоза матки и различными отклонениями в периоде становления менструального цикла. Вместе с тем, нарушения менструального цикла, выявленные у пациенток с аденомиозом, имеют неоднородный характер и различные патогенетические механизмы развития нарушений. В связи с этим большой интерес представляет изучение характера менструального цикла у больных с аденомиозом.

Результаты проведенного анализа становления и характера менструального цикла у пациенток основной группы показал, что средний возраст менархе в основной группе составил $12,5 \pm 0,4$ лет, в контрольной группе этот показатель составил $13,5 \pm 1,4$ лет. Почти у всех практически здоровых женщин менструальный цикл установился в течение 6 месяцев, в то время как в основной группе только у 23 (38,3%). Что касается продолжительности менструального цикла, то в контрольной группе преобладал нормопонирующий цикл у 89,3%, в основной чаще регистрировался анте и постпонирующий цикл у 58,6% пациенток.

Еще одним из интересным моментом при анализе данных анамнеза была, распространенность фиброзно-кистозной мастопатии. Так, среди женщин основной группы на долю фиброзно-кистозной мастопатии приходится 68,6%, что возможно связано гормональным дисбалансом. Таким образом, преобладание выявленных таких параметров как АМК, дисменорея, бесплодие, невынашивание, доброкачественная патология молочных желез у пациенток основной группы свидетельствуют о выраженном дисбалансе гормонов. Кроме того, гормональные сдвиги могут способствовать развитию, как аденомиоза, так и меноррагии. В связи с этим следующим этапом исследования было изучение гормонального профиля женщин с данной патологией. Анализ показал, что среднее значение содержания уровня гонадотропных гормонов ФСГ и ЛГ находилось в пределах абсолютной нормы, и уровень гонадотропных гормонов достоверно не различался. Но, тем не менее, соотношение уровня ЛГ/ФСГ было нарушено и превышало 1. Среднее значение содержания пролактина в плазме крови не превышало абсолютных норм у большинства исследуемых. Средние показатели уровней тиреоидных гормонов у пациенток основной группы значимо не отличались от таковых, полученных у практически здоровых женщин. Что касается значения ТТГ, то отмечена тенденция к повышению уровня тиреотропного гормона у женщин с основной группы. Так, у исследуемых основной группы отмечено достоверно повышенное содержание в сыворотке периферической крови тестостерона $3,6 \pm 0,12$ нмоль/л против $1,68 \pm 0,05$ нмоль/л в контрольной группе ($P < 0,001$). Наряду с изучением средних значений

уровня гормонов, мы проанализировали индивидуальные значения гормонов у каждой конкретной больной в сравнении с данными, указанными в тест наборах и в сопоставлении с клиническими проявлениями нарушений менструального цикла. Такой методологический подход позволил выявить следующие особенности. У 71,6% регистрировалась относительная или абсолютная гиперэстрогения, полученные в основной группе при наличии клинических проявлений гиперэстрогемии (нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи). Следует отметить, что повышенные значения эстрадиола ($123,9 \pm 2,5$) у пациенток с аденомиозом сопровождались значительным снижением прогестерона ($1,6 \pm 1,9$ нг/мл). Так, у каждой третьей пациентки (31,7%) диагностирована абсолютная гипопрогестеронемия. У 25 (41,7%) больных отмечены незначительное снижение T_3 , T_4 и достоверное повышение ТТГ.

Таким образом, дисбаланс стероидных гормонов яичника у больных страдающих меноррагией при аденомиозе обусловлен в 71,6% случаев гиперэстрогемией, у 31,7% - гипопрогестеронемией и 41,7% - гипофункцией щитовидной железы. Выявленные данные о дисгормональной природе аденомиоза еще раз подтвердила нам о корректности выбранного нами методики терапии и основного направления медикаментозного воздействия препаратами, снижающими продукцию эстрогенов яичниками, оказывающие антипролиферативное воздействие на ткань эндометрия. Поэтому применение чисто гестагенных препаратов в коррекции дисбаланса гормонального фона при аденомиозе представляет наиболее перспективным в связи с их положительным влиянием на матку и на гемостаз. Вместе с тем длительное применение гестагенов сопряжено с развитием ряда нежелательных эффектов, таких как повышение массы тела, отеки, головная боль, гипертония, тромбоэмболические осложнения. В связи с этим мы сочли целесообразным, изучить эффективность препарата Савис: диенгест 2 мг (производитель Гедеон Рихтер, Венгрия), левоноргестрелсодержащей внутриматочной спирали (ВМС) Мирена и комплексного лечения применением гистероскопической абляции с последующим установлением ВМС «Мирена».

Независимо от исходного состояния эндометрия к 6 месяцу применения прогестагенов наблюдались однонаправленные морфологические изменения: слизистая матки имела незначительную толщину, определялся покровный эпителий и небольшое количество стромы с явлениями отека. Анализ менструальной функции на фоне приема диенгеста показал, что у подавляющего большинства пациенток - (у 13 женщин- 21,7%) I группы не отмечено нарушение менструального цикла, у 4 (6,7%) пациенток в первые два месяца наблюдались вагинальные мажущиеся кровянистые выделения, у 3 (61,5%) женщин аменорея.

На фоне приема диенгеста из побочных явлений у 3 женщин наблюдалась головная боль, у 2 вегетососудистые реакции в виде приливов, у 1 артериальная гипертония, у 1

депрессивное настроение. В связи с чем 4 женщин после 3-х месячной терапии отказали от приема препарата. Через 6 месяцев наблюдения число женщин без нарушения менструального цикла увеличилось до 18 (90%), лишь у 2-х женщин была стойкая аменорея. Прибавка массы тела отмечена у 2 (10,0%) женщин.

С целью исследования изменения баланса гормонов в динамике лечения у пациенток мы изучили гормональный статус до и после лечения. Так, концентрация эстрадиола и тестостерона существенно снизилась во I Б и II группе по сравнению со I группой, даже среднее значение Т достигало уровня, характерного для практически здоровых женщин фертильного возраста. Оценка коррекции менструальной функции. Показала, что через год эффективность была более выражено в группе I Б и во II группе по сравнению с I группой (40% и 50% против 10% соответственно группам), так как не было отмечено ни одного случая меноррагии, а в группе I А наблюдалось у 5% женщин, во II группе у 5% все таки наблюдались ациклические вагинальные кровянистые выделения. В связи с тем, что диеногест был назначен на 6 месяцев данных через 12 месяцев в I А группы, не изучали. Однако через 12 месяцев нами констатированы за отдаленные результаты у женщин этой группы, где у более чем 1/3 женщин (7 женщин – 35%) возобновилась меноррагия.

Учитывая, что, вторым симптомом был болевой синдром, нами была проведена оценка по визуально аналоговой шкале до лечения и на фоне терапии диеногестом, введением ВМС «Мирена» и комплексной терапии гистероскопической абляции эндометрия с введением ВМС Мирена. Установлено, что у пациенток I А группы с аденомиозом средний балл по визуально аналоговой шкале (ВАШ) составлял $6,42 \pm 1,7$, что свидетельствует о дисменорее. Во I Б группе у пациенток с аденомиозом средний балл по визуально - аналоговой шкале (ВАШ) составлял $6,68 \pm 1,9$, что также свидетельствует о более выраженности боли. У женщин II группе боли были значительной степени, что подтверждается показателем $7,28 \pm 1,4$. Наше исследование показало эффективности терапии, так как через 6 месяцев во всех группах вне зависимо от выбранной терапии показатель ВАШ достоверно снизился без статистически разницы (до $1,0 \pm 0,13$ и до $1,1 \pm 0,5$, а также $1,1 \pm 0,3$ соответственно группам), что подтверждает нивелирование болевого синдрома, хотя у женщин II группы в первые 3 месяца статистически достоверного уменьшения боли не отмечено. Вместе с тем мы считаем, что боли были соответственно перенесённой операции, а не из-за аденомиоза.

Контроль терапии с меноррагии при аденомиозе в сравнительном аспекте через 12 месяцев показал, в I А группе лечение было эффективным у 6 (25,0%) больных, I Б группе у 30%. Эффект расценивался как значительное улучшение, если под влиянием лечения наблюдалось тенденция к уменьшению размеров матки. У больных второй группы лечение

было эффективным у 12 (60,0%) больных, у которых в динамическом УЗИ контроле отмечалась уменьшение объема матки и толщины эндометрия.

Выводы. Таким образом наше исследование показало следующие: Преморбидный фон у женщин основной группы значительно отягощен. В структуре соматических заболеваний анемия встречалась в 3,8 раза чаще у пациенток с аденомиозом, чем в контроле.

1. Выраженный дисбаланс гормонов при меноррагии, обусловленной аденомиозом подтвержден нарушением менструального цикла, дисменореей, бесплодием, невынашиванием, доброкачественной патологией молочных желез у пациенток основной группы

2. Предложенная нами методика имеет положительные эффекты, и подтверждает необходимость персонализированного подхода к терапии в зависимости от возраста, реализации репродуктивных планов и онкологического риска.

Литература:

1. Коган Е.А. Морфологический и молекулярный субстрат нарушения рецептивности эндометрия у бесплодных пациенток с наружно-генитальным эндометриозом / Е.А. Коган, Е.А. Калинина, А.В. Колотовкина, Н.М. Файзуллина, Л.В. Адамян // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 8.

2. Соколова Е. И. Оптимизация терапии эндометриодных кист яичников у пациенток позднего репродуктивного возраста //Дисс на соиск уч. степени канд. мед наук. - 2019. – С. 28

3. Шкляр А.А. Диагностика, хирургическое лечение и реабилитация женщин репродуктивного возраста с узловой формой аденомиоза: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2015. – 113 с.

4. Vlahos NF, Theodoridis TD, Partsinevelos GA. Myo- mas and adenomyosis: impact on reproductive outcome. Biomed Res Int. 2017;5926470. <https://doi.org/10.1155/2017/5926470>.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

TREATMENT OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER BY MEANS OF MODERN SURGERY

I.K.Sharapov

Ferghana medical institute of public health

Annotation: More than a century has passed since the production of the first perforating ulcer suturing operation in world practice. During this period, many researchers have put a lot of work into finding ways to reduce mortality and postoperative complications in perforated ulcers of the stomach and duodenum.

Key words: *modern methods, surgical treatment, gastric ulcer, duodenal ulcer, patient, operation, gastroenterology.*

Despite certain successes in the diagnosis and surgical treatment of gastric and duodenal ulcer (duodenalulcer), the relevance of this problem is explained by the following literature data. Peptic ulcer of the stomach and duodenum is a widespread disease and occurs in 5-15% of the population during their lifetime. These diseases often affect people of the most active, working age, which determines the social significance of this problem. One of the formidable complications of peptic ulcer disease is the perforation of the ulcer, the frequency of which is 4%-30%. Mortality in perforated ulcers remains high and reaches 5-15%. In recent years, despite the modern achievements of surgical gastroenterology, resuscitation and conservative therapy with the use of modern anti-ulcer drugs, the number of operations performed for emergency and urgent indications for perforated gastric and duodenal ulcers has increased 2.5-3 times, which is associated with unjustified and unjustified refusal of planned surgical treatment of gastric and duodenal ulcer. Everywhere there is a certain reorientation of surgeons towards urgent surgery of peptic ulcer disease with the onset of severe complications in the form of perforation, bleeding and ulcerative scar stenosis. At the same time, there is a significant increase in the number of young patients with gross morphological changes and large sizes of the ulcerative process in perforated gastroduodenal ulcers. The suturing of a perforated ulcer attracts many surgeons with its low trauma, simplicity and accessibility to surgeons on duty, the short duration of surgery and the low frequency of early postoperative complications. Over 100 years of using this surgical intervention, its advantages and disadvantages have become quite obvious. It is the only justifiable surgical intervention in patients with diffuse purulent peritonitis and in elderly and senile people with severe concomitant diseases. But, this type of surgical intervention does not in any way affect the etiological and pathological mechanisms of the development of the disease. Therefore, the percentage of postoperative recurrence of ulcers reaches from 40-80% with repeated threatening complications in the form of perforation, bleeding and ulcerative scar stenosis requiring emergency surgery. But is it possible, given the recent achievements of conservative therapy of peptic ulcer disease, to use these data as arguments in favor of suturing a perforated duodenal ulcer? Researchers associate such unfavorable long-term results of suturing perforated duodenal ulcers with the continued high aggressiveness of the acid-peptic factor in these patients, their resistance to traditional peptic ulcer therapy, and underestimation of the role in the occurrence of peptic ulcer relapses. One of the unresolved and controversial problems in the surgery of perforated gastroduodenal ulcers is the question of the tactics of surgical treatment in favor of palliative and radical operations in young people. The data of many authors tilt the "scales" in the direction of suturing perforated ulcers in this category of patients, arguing that their ulcers have an "acute"

character and after a simple suturing it is possible to achieve a complete cure from peptic ulcer disease and its complications.

Nevertheless, surgical objectivity forces us to say that when choosing a method of treatment for a perforated ulcer, one cannot adhere dogmatically to one method of treatment. Most likely, it should be recognized that there is a need for a flexible individual approach when choosing a treatment method, depending on the conditions, type and size of perforation, changes in the abdominal cavity, the patient's condition and the qualifications of the surgeon. Vagotomy is a major scientific contribution to the development of peptic ulcer surgery of the late twentieth century. Many authors currently consider organ-preserving operations based on various types of vagotomy to be the method of choice for duodenal ulcer. However, as clinical experience has accumulated, it has become clear that vagotomy and gastric drainage operations combined with it are also not without drawbacks, including the risk of developing long-term complications caused by vagotomy proper - the so-called post-vagotomy syndromes, which are observed in 10-40% of patients. This should be understood as a group of disorders of the functions of various digestive organs inherent only in vagotomy, developing shortly after surgery and continuing for a more or less long period of time in the distant postoperative period. These patients subsequently require corrective or reconstructive resection of the stomach.

Revagotomy in patients with recurrent duodenal ulcer after selective proximal vagotomy (SPV) is considered unpromising, due to the scarring process around the esophagus and cardia. In addition, the technical difficulties of revagotomy are associated with the presence of a pronounced scar-adhesive process in the upper floor of the abdominal cavity. In all observations, an increment of the anterior wall and small curvature of the stomach to the lower surface of the left lobe of the liver, the presence of scars and adhesions in the region of the pylorus and duodenum were noted.

The widespread introduction of organ-preserving operations for duodenal ulcers did not solve the problems of diseases of the operated stomach, but on the contrary, significantly increased their varieties due to post-vagotomy syndromes. It should be noted that in the surgery of perforated duodenal ulcers, this surgical intervention is used by a limited number of surgeons. In addition, the reasons limiting the performance of SPV in this group of patients are considered obesity, edema and inflammatory infiltration of the small omentum against the background of peritonitis, the adhesive process that made it difficult to detect the Latarjet nerve. Currently, according to the consent of most surgeons, even the most advanced, until recently, technique of organ-preserving surgery for duodenal ulcer, along with a pronounced therapeutic effect, is vulnerable to the main indicator - a high frequency of postoperative relapses. Along with SPV, the whole concept of savings surgery of duodenal ulcer is losing its position in clinical practice. This is especially true for the surgery of "difficult" duodenal ulcers complicated by perforation. Proponents of a restrained attitude to SPV in perforated duodenal ulcers complicated by penetration and stenosis rightly express concern about its

not always favorable long-term results, due to the frequent occurrence of pathological syndromes, the treatment of which is often unsuccessful. While agreeing with this argument, we still believe that there are no grounds for refusing gastric resection for such ulcers. "Difficult" duodenal ulcers are, as a rule, large and giant ulcers with a low location, the presence of stenosis and penetration into neighboring organs with pronounced periulcerous infiltration. It is with such ulcers that the greatest number of severe complications of gastric resection are observed: damage to the elements of the hepatoduodenal ligament, postoperative pancreatitis, failure of gastrointestinal anastomosis, failure of the sutures of the duodenal stump. These ulcers are large in size, have an irregular shape, with undercut edges and a pronounced perifocal inflammatory shaft around the ulcerative niche, especially when localized in the duodenum, when an intraoperative revision in the pyloroduodenal zone determines a large cicatricial inflammatory conglomerate with pronounced deformation of the duodenal bulb. Ulcers of the posterior wall of the DPC most often penetrates into the head of the pancreas. During the operation, it is often found that the posterior wall of the bulb as such is absent due to the destruction of the wall, and an ulcerative crater remains on the pancreas. In addition, the need to separate into a separate group of "difficult" duodenal ulcers requiring special techniques and methods of operations is due to two main reasons: the danger of ulceration, since the scarring process can displace, distort, hide neighboring formations, and the difficulty of closing the duodenal stump in conditions of tissue shortage. In addition, the technical complexity of the operation for a "difficult" duodenal ulcer determines the desire to remove the ulcer, since one of the basic principles of gastric resection in peptic ulcer disease is precisely the removal of the ulcer from the lumen of the intestine, its extraterritorialization. In the surgery of perforated duodenal ulcers, a significant number of patients show signs of impaired gastric evacuation caused by gross ulcerative scarring changes around the ulcerative defect and often poses a very difficult task for the surgeon: to remove an inconveniently located, often penetrating ulcer from the gastrointestinal tract, to eliminate the violation of the patency of the outlet of the stomach or duodenum, to restore the integrity of the gastrointestinal tract. intestinal tract. All this suggests that duodenal ulcer, complicated by penetration and ulcerative scar stenosis, is an irreversible process, accompanied by profound metabolic and morphological changes in the ulcer area; this gives grounds for revising existing views on the management tactics of such patients in favor of radical surgery as the only treatment method. Conservative therapy for penetrating ulcers almost always had no effect, since ulcers of this localization are constantly under the negative influence of chemical (bile, gastric and pancreatic secretion products) and mechanical (food masses) factors that prevent the healing of ulcers. At the same time, the problem of further improving the technique of gastric resection in such duodenal ulcers becomes especially relevant, i.e., performing a radical, pathogenetically justified operation at the same time, which allows achieving a lasting recovery. Some researchers believe that organ-preserving operations do not allow to simultaneously "turn off" a low-

lying duodenal ulcer, eliminate stenosis, stop bleeding and at the same time preserve the natural passage of food. In these cases, the use of vagotomy is limited due to more frequent recurrences or non-healing of the ulcer. Other surgeons are supporters of gastric resection for perforated duodenal ulcers combined with penetration and stenosis. They consider the presence of a large callous penetrating ulcer with decompensated ulcerative scar stenosis and hypersecretion to be indications for gastric resection even in young patients. A number of authors reasonably believe that with so-called "difficult" duodenal ulcers, the most radical operation remains gastric resection according to Billroth II with suturing of the duodenal stump when it is impossible to perform the operation according to Billroth I with the formation of direct gastroduodenoanastomosis due to technical difficulties. But it is with such ulcers that the most formidable complication is observed, the failure of the sutures of the duodenal stump. Mortality in this complication reaches from 50-70%. In surgical practice, there are more than 200 ways of suturing the duodenal stump, but none of them guarantees against the failure of sutures in "difficult" ulcers, and the authors mainly use the developed methods. The main difficulty of gastric resection in such a situation is associated with suturing the stump of the duodenum in one modification or another, since there is no free part of the posterior or lateral walls of the intestine. Surgical treatment of such ulcers is a very difficult problem, especially with its perforation in urgent surgery. In view of the above, a number of authors consider the method of choice for "difficult" duodenal ulcer to be gastric resection using the Billroth I method with the formation of a gastroduodenoanastomosis end-to-end, which allows avoiding the failure of the sutures of the duodenal stump, which allowed the authors to achieve a significant reduction in mortality. The number of such reports is small, therefore, solving the problem of choosing the method of surgery in conditions of a "difficult" duodenal ulcer requires further promising developments in this direction. According to some authors, vagotomy with pyloroplasty for "difficult" duodenal ulcers does not solve the problem. On the one hand, a large number of relapses, reaching 30% or more, on the other hand, the technical complexity of pyloroplasty in conditions of scar deformation and ulcer penetration, comparable to the complexity of suturing the duodenal stump during gastric resection. They consider operations of choice to be gastric resection according to Billroth I with the formation of a direct gastroduodenoanastomosis end to end. Performing gastric resection according to Billroth I with a "difficult" duodenal ulcer is dictated not so much by the desire to create a physiological passage of food mass through the duodenum, which ensures a low frequency of postgastroresection syndromes in the long term, as by the advantages of end-to-end gastroduodenoanastomosis compared to any method of suturing the duodenal stump, which allowed the authors to achieve significant to reduce mortality and to state the almost complete absence of anastomosis failure. The number of such reports is small, so solving the problem of choosing the method of surgery in conditions of a "difficult" duodenal ulcer requires further work in this direction. The main argument is that there is no need for extensive

mobilization of the duodenal stump, which would be required for its suturing with a classic double-row suture. As a result, the risk of damage to the bile and pancreatic ducts decreases. The blood supply to the duodenal stump during suturing is worse, since during the formation of flaps, their mobilization is carried out for 15-20 mm. In addition, when suturing the stump in difficult situations, a large tension of the stitched tissues is created. The presence of gastroduodenoanastomosis makes it possible to drain the duodenum in the postoperative period, which helps to reduce intraduodenal pressure, and consequently, prevent the failure of sutures. Despite the widespread introduction of organ-sparing operations for duodenal ulcer, gastric resection has not lost its relevance to the present day. First of all, this applies to perforated duodenal ulcers complicated, especially such as stenosis of the pyloroduodenal canal, the presence of extensive infiltrates, penetration into neighboring organs, in particular into the hepatic-duodenal ligament. The low rate of radical operations for perforated ulcers is explained by the fact that emergency surgeons are not sufficiently prepared to perform gastric resection in the case of a perforated ulcer. In addition, primary resection should be performed only by a surgeon who is proficient in gastric surgery techniques and has sufficient experience in performing standard and non-standard gastric resections in emergency surgery.

Gastric resection prevents not only the development of peritonitis, but also cures patients from peptic ulcer disease. One of the prominent propagandists of primary gastric resection. He has proved on thousands of operations that the danger of primary resections is exaggerated. Thanks to his work, this operation has become firmly established in the practice of emergency surgery. Contraindications to this operation in patients with perforated ulcers, he considered only technical difficulties and little experience of the surgeon. Laparoscopic surgical interventions and mini-laparotomy operations for abdominal pathologies have developed rapidly in recent years. There are isolated reports of laparoscopic and minilaparotomic operations for perforated duodenal ulcers. Minimally invasive operations for suturing a perforated ulcer have obvious advantages, but are not widely used, since there are a number of problems associated with the procedure of surgery and sanitation of the abdominal cavity. Technical problems are primarily associated with suturing, especially with the "inconvenient" localization of the perforation, which determines the duration of endoscopic surgery, which can only be performed by a surgeon with extensive experience in laparoscopic operations. Errors in the technique of suturing can cause their eruption during surgery, the development of insolvency in the postoperative period. Deformation of the duodenal wall after suturing a perforated hole can cause a violation of patency in the pyloroduodenal zone and are the most common cause of emergency laparotomy conversions and repeated operations in the early postoperative period.

The main contraindications to laparoscopic suturing of a perforated ulcer are:

- the presence of diffuse fibrinous-purulent peritonitis with massive dense fibrin overlays, pronounced intestinal paresis, the need for gastrointestinal intubation;

- combination of perforation with other complications of peptic ulcer disease;
- severe cardiopulmonary insufficiency.

Thus, it is now recognized that it is possible to perform both palliative and radical surgical interventions for perforated gastroduodenal ulcers by laparoscopic method. The question of the expediency of its use is debated. Due to the relatively small experience of using this method in our country, the long-term results of laparoscopic operations in patients with perforated gastroduodenal ulcers have not been practically studied. In conclusion, I would like to say that to date, in the surgery of perforated gastroduodenal ulcers, there is no "ideal" surgical intervention that would meet all the requirements of clinicians in this pathology, therefore, the issues of surgical tactics continue to be actively discussed on the forums of surgeons and in the periodical medical press, remaining until now one of the urgent tasks in emergency abdominal surgery. Taking into account the above, there is an urgent need for further research and promising developments to improve the methods and techniques of radical surgical interventions, especially for perforating "difficult" duodenal ulcers in order to improve the results of surgical treatment of this group of patients.

References:

1. Botabaev S.I., Kuderbaev M.T., Botabaev E.S. Gastric resection in perforated "difficult" duodenal ulcers // Science and healthcare. - 2007. - No. 4. - pp. 82-84.
2. Uteshev N.S., Gulyaev A.A., Yartsev P.A. Treatment of patients with perforated pyloroduodenal ulcers // Surgery. - 2003. - No. 12. - pp. 48-51.
3. Chernookov A.I., Naumov B.A., Kotaev A.Yu., etc. Surgical treatment of patients with perforated peptic ulcers // Surgery. - 2005. - No. 6. - pp. 34-39.
4. Pansyrev Yu.M., Mikhalev A.I., Fedorov E.D. Surgical treatment of perforated bleeding gastroduodenal ulcers // Surgery. - 2003. - No. 3. - pp. 43-49.
5. Egamberdieva Gulnora Nematovna "Eurasian Medical Research Periodical" «Medical and Social Aspects of Reproductive Health of Children Aged 8 to 15 Years» Teacher Ferghana Medical Institute of Public Health Uzbekistan, Fergana www.geniusjournals.org. 11.2022 year.
6. Egamberdieva Gulnora Nematovna "Eurasian journal of medical and natural sciences" (07 January 2023. Page 65) Medical and social aspects of reproductive health of children aged 8 to 15 years. Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
7. Usmonova Gulizora Bakhtiyorovna "Eurasian journal of social sciences, philosophy and culture." www.in-akademy.uz (25.12.2022. 298-299 page) "The role of nutrition in anthropometric indicators of children." // Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
8. Begijonova Dilfuza Tokhirovna - World Bulletin of Public Health, 2022 Possible Effects Of Coronavirus Infection (Covid-19) On The Cardiovascular System. Ferghana Medical Institute of Public Health.

9. Sharapov Ilkhomberdi Kamalovich "Eurasian journal of medicalan natural sciences" (january 2023. Page 42-47) Modern Methods of Surgical Treatment of Gastric Ulcer and Duodenal Ulcer. Ferghana Medical Institute of Public Health.
10. Begijonova Dilfuza Tokhirovna. Editorial Board, 2022 Management Of Children With A Disease Caused By Coronavirus Infection. Ferghana Medical Institute of Public Health.
11. Kiseleva E. E. Sociological studies of the social conditionality of the reproductive health of a modern woman // Young scientist. — 2015. — № 16.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РИСКА РАЗВИТИЯ
ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ**

Д.А.Шомиров¹, Н.С.Надырханова¹.

В последнее время в практической медицине в структуре гинекологической заболеваемости одно из ведущих мест занимает генитальный пролапс, частота которого варьирует от 1,4 до 48,9% [1,3,5,6]. Согласно исследованиям имеются случаи семейного характера и также отмечается расовые различия в распространенности пролапсов гениталий [2,4,7,8] описывают генетическую детерминированность пролапса гениталий. Наиболее частыми патологическими изменениями, требующими хирургической коррекции после гистерэктомии являются опущения стенок влагалища и несостоятельность мышц тазового дна. Пролапс культи влагалища после гистерэктомии лапаротомным доступом у женщин, ранее не имевших пролапса гениталий, составляет 2-5%. Частота выпадения купола влагалища после гистерэктомии составляет 0,2-43% [2,5,6,7,8].

Следует отметить, что в структуре гинекологических вмешательств реконструктивно-пластические операции занимают ведущее третье место после доброкачественных опухолей гениталий и эндометриоза. Имеются более 300 способов хирургического лечения данной патологии путем влагалищным, абдоминальным, лапароскопическим или сочетанными доступами [5]. Однако, несмотря на разнообразие методов коррекции, до настоящего времени имеются данные о высокой частоте развития рецидивов от 6 до 38,7% случаев, что вызывает неудовлетворенность функциональными результатами операций [7,8]. С увеличением числа гистерэктомий во всем мире, в том числе и в Узбекистане, число пациенток с постгистерэктомическим пролапсом гениталий (ПГЭПГ) имеет тенденцию к росту, что требует пристального внимания и изучения со всех сторон. В последнее время при многих гинекологических заболеваниях важное значение придается изучению молекулярно-

генетических аспектов развития патологии. При этом решение вопросов патологии тазовых органов (ПТО) на сегодняшний день является актуальным – определение начальных признаков разрушения соединительной ткани (СТ), т.е. разрушение эластина как маркера начальных доклинических признаков развития патологии органов малого таза. Известно, СТ образовано из многочисленных клеток и межклеточного вещества – протеогликанов и гликопротеинов (т.е. адгезивных белков) и различных волокон коллагенового, эластичного, а также ретикулярного характера. Следует отметить, что эластичные волокно, которая богата стенка влагилица способствует поддержки упругости, растяжению под влиянием определенной силы. Состояние эластических волокон - эластических цепей защищена снаружи гликобелками, микрофибриллами, включающие фибриллины (гены FBN1, FBN3), а также гены фибулины (FBLN1, FBLN2, FBLN15). Фибулин - это белки семейство теплового шока, которые осуществляют связь между эластиновой сердцевиной и микрофибриллами, и структуру эластических волокон [7].

В связи с этим изучения патогенеза развития постгистерэктомического пролапса гениталий с учетом молекулярно-генетических аспектов развития патологии раскроет новые возможности первичной профилактики развития заболеваемости.

Целью исследования. Оценка выявляемости полиморфизмов гена системы эластических волокон rs2018736 A456C гена FBLN на риск развития патологии органов малого таза - развития постгистерэктомического пролапса гениталий.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 55 женщин с спостгистерэктомическим пролапсом гениталий (ПГЭПГ) в возрасте от 30 до 67 лет. У всех пациенток проводились клинические, инструментальные, функциональные исследования. Для проведения молекулярно-генетических исследования были взяты цельная кровь в количестве 4 мл. У всех пациенток было получено письменное информированное согласие. Контрольную группу составили 37 пациенток соответствующего возраста. В рамках исследования был проведен генетический анализ образцов биологической крови от 92пациенток, представленных для определения генотипического полиморфизма гена генаFBLN 5, состоящего из аллелей A456C (rs2018736). Выделение ДНК/РНК из всех биологических образцов крови проводили с помощью набора «Рибо-преп» (Интерлабсервис, Россия). Для выявления полиморфизма генотипа, состоящего из аллелей A456C (rs2018736) гена FBLN 5, из образцов ДНК были отобраны аллели-специфические праймеры от производителя. Для генотипирования образцов ДНК методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) были проведены исследования 92 образцов ДНК. Для этого 96-ячеечный автоматизированный усилитель «Applied Biosystems Veriti» был оптимизирован по следующей программе: начальная денатурация однократно при 180 сек 94°C, 94°C - 10 сек, 64°C - 10 сек, 72°C - 20

секунд в программе мы проделали эти указанные действия 40 раз, чтобы произошла полимеразная цепная реакция. Статистический анализ результатов проведен с использованием пакета статистических программ «OpenEpi 2009, Version 2.3».

Результаты исследования. Среди обследованных пациенток с ГППГЭ по возрасту от 31-40 лет составили – 9 из 55, 41-50 лет – 24, 51-60 лет – 12 и старше 60 лет – 10 женщин. Тогда как в контрольной группе без ГППГЭ ввозрасте от 20-30 лет – 3 , 31-40 лет – 4, 41-50 лет – 22 , 51-60 лет – 5 и старше 60 лет – 3 пациенток соответственно.

Результаты молекулярно-генетических исследований гена (s2018736) A456C гена FBLN 5 показали, что функциональный аллель А в контрольной группе женщин без ГППГЭ встречался в 79,7% случаев (59/74) , а в основной группе женщин с ГППГЭ аллель А встречался - в 38,2% случаев (42/110), что в 2,08 раз было ниже по сравнению с контрольной группой. ($\chi^2=30,84$; $p<0,001$; OR=0,16; 95%CI 0,08-0,31). Тогда как нефункциональный (мутантный) аллель «С» выявлялся в 68 случаях – в группе женщин с ГППГЭ, что составило 61,8% (68/110) , тогда как в группе контрольных лиц без ГППГЭ мутантный аллель С определялся- в 15 случаях (15/74), что составило 20,3% . ($\chi^2=30,84$; $p<0,001$; OR=6,37; 95%CI 3,21 -12,63); (таблица 1).

Таблица 1 Частота распределения генотипов полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5 в группах с ГППГЭ и контроля

Группы		Частота аллелей				Частота распределение генотипов					
		А		С		А/А		А/С		С/С	
		n*	%	n*	%	n	%	n	%	n	%
1	Контрольная группа без ГППГЭ n=37 (74)	59	79.7	15	20.3	24	64,8	11	29,7	2	5,4
2	Женщины с ГППГЭ n=55 (110)	42	38.2*	68	61,8*	8	14,5*	26	47,3*	21	38,2*

*n – число обследованных пациентов; *n - число исследованных аллели; * - показатель достоверности по отношению к контрольной группы (P<0,05)*

Результаты анализов частоты встречаемости аллелей исследуемых полиморфизмов гена FBLN 5 среди пациенток с ГППГЭ и контрольной группы женщин статистически достоверно отличается. (P< 0,05) Полученные данные говорят о том, что полученное высокое

значение отношения шансов (OR=6,37), указывают на зависимость ассоциации между мутантным аллелем «С» полиморфизма (rs2018736) гена FBLN 5 и постгистерэктомическим пролапсом гениталий (Таблица 1). Анализ ассоциации полиморфизме генотипов гена FBLN 5 у обследованных пациенток показал отличительные особенности. (таблица 1). Так, благоприятные генотипы А/А гена FBLN 5 в контрольной группе пациенток встречался 64,8% (24/37) случаях, тогда как в основной группе данный генотип определялся - 14,5% (8/55) случаях, что в 4,5 раз меньше по сравнению с контрольной группой (P<0,05).($\chi^2=27,30$; p<0,0006; OR=0,09; 95%CI 0,03- 0,25). Гетерозиготный генотип А/С ассоциации полиморфизма rs2018736 А456С гена FBLN 5 встречался в основной группе пациенток с ГППГЭ у 26 пациенток, что составило 47,3 % случаев. Тогда как у пациенток контрольной группы данный генотип А/С встречался 11 женщин , что составило 29,7% случаев соответственно, что в 1,6 раз было ниже по сравнению с основной группой. (P<0,05)($\chi^2=27,30$; p<0,0006; OR=2,12; 95%CI 0,88-5,12) (таблица 2). Тогда как неблагоприятный гомозиготный вариант С/С rs2018736 А456С гена FBLN 5 встречался у 21 пациенток в основной группе, что составило 38,2% (21/55), а в контрольной группе данный генотип встречался у 2 из 37, что составило 5,4% случаев (5/37) соответственно. ($\chi^2=27,30$; p<0,0006; OR=10,81; 95%CI 2,35-49,68).

Таблица 2 Различия в частоте встречаемости аллелей и генотипов полиморфизма rs2018736 А456С гена FBLN 5 в основной и контрольной группах женщин.

Аллели и генотипы	Количество обследованных аллелей и генотипов		Статистическое различие
	<i>Основная группа</i>	<i>Контроль</i>	
Аллель А	42	59	$\chi^2=30,84$; p<0,001; OR=6,37; 95%CI 3,21 -12,63
Аллель С	68	15	
Генотип А/А	8	24	$\chi^2=27,30$; p<0,0006; OR=0,09; 95%CI 0,03- 0,25
Генотип А/С	26	11	$\chi^2=27,30$; p<0,0006; OR=2,12; 95%CI 0,88-5,12
Генотип С/С	21	2	$\chi^2=27,30$; p<0,0006; OR=10,81; 95%CI 2,35-49,68

Учитывая то факт, что в основной группе женщин с ГППГЭ отмечается высокая выявляемость неблагоприятного гомозиготного варианта С/С гена FBLN 5 и превышает в 7,07 раз показатели контрольных лиц, полученные данные могут говорить о том, что носительство

гомозиготного генотипа полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN5 может явиться фактором предрасположенности к развитию данной патологии, повышающей ее риск в 7,1 раз (OR=10,81) (таблица 2).

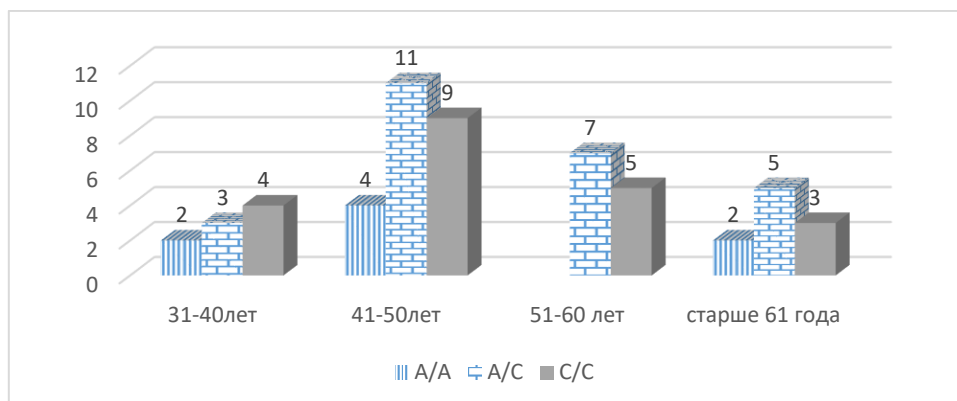


Рис.1. Показатели выявляемости генотипов гена FBLN 5 с учетом возраста женщин с ГППГЭ (абс) .

Нами проанализирована выявляемость ассоциации полиморфизма генотипов гена FBLN 5 с учетом возраста пациенток в основной группе. Как следует из рисунка, гетерозиготный A/C и неблагоприятный вариант C/C генотипов наиболее часто выделялись в возрасте активно-трудоспособном возрасте – 41- 50 лет (11 и 9 соответственно). Однако интересным моментом является выявляемость неблагоприятного гомозиготного варианта C/C гена FBLN 5 в возрасте 31-40 лет – у 4 пациенток.

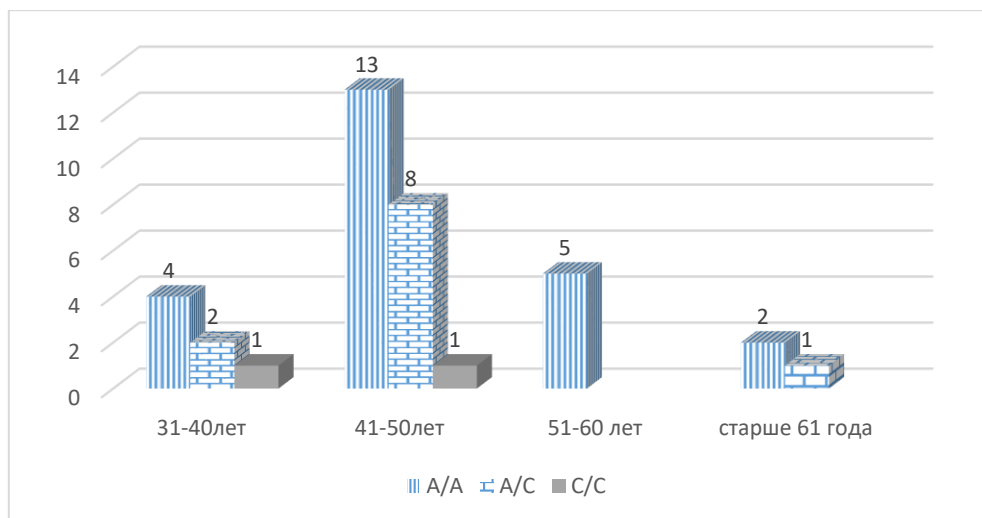


Рис.2. Показатели выявляемости генотипов гена FBLN 5 с учетом возраста женщин контрольной группы без ГППГЭ (абс).

Как следует из рисунка, в контрольной группе пациенток без ГППГЭ гетерозиготный A/C и неблагоприятный C/C гомозиготный вариант генотипов гена FBLN 5 в возрасте от 31-40 лет выявлялся - у 3 пациенток и у 9 – в возрасте 41-50 лет. Полученные данные свидетельствует о том, что неблагоприятный аллельный вариант C гена FBLN 5 выявляется

почти во всех возрастах, однако наиболее часто выделялся во взрослом контингенте в возрасте старше 50 лет. Риск развития ГППГЭ наиболее часто отмечается во взрослом контингенте, однако отмечаемый показатель выявляемости неблагоприятного аллельного варианта в молодом – активном возрасте требует пристального внимания со стороны акушер-гинекологов. Таким образом, результаты молекулярно-генетических исследований показали, что возможную связь неблагоприятного вариантного аллеля «С» полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5, приводящего к замене А на С в положении 456 аминокислотной последовательности, с развитием постгистерэктомическим пролапсом гениталий у женщин. Установлено, что риск развития ГППГЭ у женщин в случае наличия в геноме С вариантного аллеля полиморфизма увеличен в 6,4 раза (OR=6,37).

Следует отметить, что гетерозиготный генотип А/С полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5 является генетической детерминантой, являющейся фактором предрасположенности к развитию данной патологии, повышающей ее риск в 2 раза (OR=2,12). Полученные данные требуют пристального внимания со стороны врачей акушер-гинекологов.

Согласно литературным данным, популяционная частота встречаемости различных аллельных вариантов и генотипов полиморфных генов могут быть непостоянной величиной, так как находится под влиянием различных динамических факторов, участвующие в создании генетической структуры популяции. При этом важность представляется оценка ожидаемой и наблюдаемой частоты генотипов изучаемых полиморфных генов, потенциально ассоциированных с развитием и патогенезом заболеваний, что можно определить в соответствии распределения частот *равновесию Харди-Вайнберга (ХВ)*.

Таблица 3. Ожидаемая и наблюдаемая частота распределения генотипов по РХВ полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5 в основной группе женщин с ГППГЭ:

Генотипы	частота генотипов		χ^2	Р
	Наблюдаемая	ожидаемая		
А/А	14,5	41,6	0,0	1
А/С	47,27	45,8	0,0	
С/С	38,18	12,6	0,0	
Всего	100,00	100,00	0,0	

Как следует из таблицы 3, показатели частоты распределения генотипов по PXB полиморфизму rs2018736 A456C гена FBLN 5 в основной группе пациенток наблюдаемая частота генотипов A/A встречалась в 14,5%, гетерозиготные генотипы A/C – 47,03% и гомозиготные – C/C – 38,2% соответственно, тогда как ожидаемая частота генотипов группы A/A – 41,6%, гетерозиготная - A/C- встречали в 45,8%, а гомозиготные C/C – в 12,6% случаев.

Тогда как в группе контроле, наблюдаемая и ожидаемая частота функциональных генотипов A/A гена FBLN 5 встречалась в 64,8% и 58,3% случаев соответственно, а гетерозиготные варианты генотипов A/C – 29,7% и 36,14%, а гомозиготные неблагоприятные варианты C/C 5,4 и 5,6% случаев соответственно (таблица 4).

Таблица 4. Ожидаемая и наблюдаемая частота распределения генотипов по PXB полиморфизму rs2018736 A456C гена FBLN 5 в контрольной группе:

Генотипы	частота генотипов		χ^2	P
	Наблюдаемая	ожидаемая		
A/A	64,8	58,3	0,03	0,86
A/C	29,7	36,14	0,323	
C/C	5,41	5,6	0,041	
Всего	100,00	100,00	0,39	

Сравнительный анализ ожидаемой и наблюдаемой частот генотипов данного полиморфизма выявлено отсутствие статистически значимого отклонения показателей ($P > 0.05$) во всех исследуемых группах, что указывает на соответствие наблюдаемой доли генотипов в изучаемых выборках равновесию Харди-Вайнберга. Изучение генетической структуры данного маркера, выявило сравнительно высокий уровень ожидаемой гетерозиготности A/C в контрольной и основной группе пациенток (36,14% и 45,8% соответственно). Полученные результаты свидетельствуют о возможности высоких частотах ожидаемых гетерозигот в контрольной группе, а не рассчитанных фактически гетерозигот. С учетом соответствия наблюдаемой доли генотипов полиморфизму rs2018736 A456C гена FBLN 5 в изучаемых выборках равновесию Харди-Вайнберга, проведенное нами исследование свидетельствует о возможной связи функционально неблагоприятного аллеля «С», приводящего к замене А на С в положении 456 аминокислотной последовательности, с риском развития ГППГЭ после родов. При этом, риск развития ГППГЭ в случае наличия в геноме вариантного аллеля С полиморфизма увеличивается в риск в 7 раз ($OR = 7,22$). Также нами

показано, что гетерозиготный генотип Pro/Ser полиморфизма rs1800371 гена TP53 является генетической детерминантой, являющиеся фактором предрасположенности к развитию данной патологии, повышающей ее риск в 6,4 раза (OR=6,37. Полученные данные требуют пристального внимания со стороны врачей акушер-гинекологов.

Таким образом, аллель С и гетеро/гомозиготные генотипы полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5 являются значимыми маркерами повышенного риска развития ГППГЭ у женщин узбекской популяции. ($P < 0.004$). ($\chi^2 = 27,30$; $p < 0,0006$; OR=10,81; 95%CI 2,35-49,68). Аллель А и функционально благоприятный генотип А/А являются достоверными протективными маркерами в отношении развития патологии ($\chi^2 = 30,84$; $p < 0,001$; OR=6,37; 95%CI 3,21 -12,63).

Выводы: Результаты молекулярно-генетических исследований показали, что исследование частоты распределения аллелей полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5 в выборке женщин основной группы и в популяционной выборке (контроль) показало, что благоприятный (функциональный) аллель А в контрольной группе женщин без ГППГЭ встречался в 79,7% случаев (59/74) , а в основной группе женщин с ГППГЭ аллель А встречался - в 38,2% случаев (42/110), что в 2,08 раз было ниже по сравнению с контрольной группой ($\chi^2 = 30,84$; $p < 0,001$; OR=0,16; 95%CI 0,08-0,31). Тогда как нефункциональный (мутантный) аллель «С» выявлялся в 68 случаях – в группе женщин с ГППГЭ , что составило 61,8% (68/110) , тогда как в группе контрольных лиц без ГППГЭ мутантный аллель С определялся- в 15 случаях (15/74), что составило 20,3% . ($\chi^2 = 30,84$; $p < 0,001$; OR=6,37; 95%CI 3,21 -12,63); Гетерозиготный генотип А/С ассоциации полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5 встречался в основной группе пациенток с ГППГЭ у 26 пациенток, что составило 47,3 % случаев. Тогда как у пациенток контрольной группы данный генотип А/С встречался 11 женщин , что составило 29,7% случаев соответственно, что в 1,6 раз было ниже по сравнению с основной группой. ($P < 0,05$) ($\chi^2 = 27,30$; $p < 0,0006$; OR=2,12; 95%CI 0,88-5,12). Неблагоприятный гомозиготный вариант С/С rs2018736 A456C гена FBLN 5 встречался у 21 пациенток в основной группе, что составило 38,2% (21/55), а в контрольной группе данный генотип встречался у 2 из 37, что составило 5,4% случаев (5/37) соответственно. ($\chi^2 = 27,30$; $p < 0,0006$; OR=10,81; 95%CI 2,35-49,68). Учитывая то факт, что в основной группе женщин с ГППГЭ отмечается высокая выявляемость неблагоприятного гомозиготного варианта С/С гена FBLN 5 и превышает в 7,07 раз показатели контрольных лиц, полученные данные могут говорить о том, что носительство гомозиготного генотипа полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN5 может явиться фактором предрасположенности к развитию данной патологии, повышающей ее риск в 7,1 раз (OR=10,81). Таким образом, аллель С и гетеро/гомозиготные генотипы полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5 являются значимыми маркерами

повышенного риска развития ГППГЭ у женщин узбекской популяции. ($P < 0.004$). ($\chi^2 = 27,30$; $p < 0,0006$; $OR = 10,81$; $95\% CI 2,35-49,68$). Аллель А и функционально благоприятный генотип А/А являются достоверными протективными маркерами в отношении развития патологии ($\chi^2 = 30,84$; $p < 0,001$; $OR = 6,37$; $95\% CI 3,21 - 12,63$).

Литература:

1. Баранов В.С. Генетический паспорт - основа индивидуальной и предиктивной медицины. СПб., 2009. 528 с.
2. Атоян, М.Р. Генетические детерминанты пролапсов гениталий и недержания мочи у женщин: дис. канд. мед. наук. М., 2005. - 128 с.
3. Багаев, В.М. Опущение, выпадение матки и влагалища / В.М. Багаев, А.М. Авдеев // Фельдшер и акушерка. 1976. - № 4. - С. 30-32.
4. Баисова, Э.И. Выбор метода оперативного лечения пролапса матки: дис. . канд. мед. наук. М., 1999. - 94 с.
5. Буянова, С.Н. Принципы выбора метода хирургической коррекции пролапса гениталий и недержания мочи / С.Н. Буянова // Мать и дитя: матер. П-го Рос. форума. М., 2000. - С. 191-192.
6. Варианты *de novo* в гене, кодирующем белок внеклеточного матрикса, фибулине-5 (FBLN5), связаны с псевдоэксфолиацией. Пэди Б. и др. Eur J Hum Genet, декабрь 2019 г., PMID 31358954, бесплатная статья PMC
7. Гинекология по Эмилю Новаку. М.: Практика, 2002. - 896 с.
8. Глебова, Н.Н. Опущение и выпадение внутренних гениталий женщины / Н.Н. Глебова, В.Б. Трубин, А.С. Латыпов, Т.Б. Трубина. Уфа, 1997. -С. 93-95.
9. Демиелинизирующая невропатия Шарко-Мари-Тута, связанная с мутациями FBLN5. Сафка Брозкова Д. и др. . Eur J Neurol, 2020, декабрь, PMID 32757322
10. Колесникова Е.И. Отдаленные результаты профилактики постгистерэктомического выпадения купола влагалища у пациенток с пролапсом гениталий. // дисс. Канд.мед наук. -2006. – 146 с.
11. Мамаева А.В. Клиническое прогнозирование и возможности профилактики постгистерэктомического пролапса гениталий. // дисс. Канд.мед наук. -2007. – 174 с.
12. Ромих, В.В. Современные методы уродинамической диагностики недержания мочи у женщин / В.В. Ромих, А.В. Сивков // Акушерство и гинекология. 2005. - № 5. - С. 53-56.
13. Смольнова, Т.Ю. Пролапс гениталий — следствие травматических родов или генерализованной дисплазии соединительной ткани? / Т.Ю. Смольнова, С.В. Савельев, Л.И. Титченко, В.Л. Гришин, Н.И. Яковлева // Акушерство и гинекология. -2001. -№ 4. С. 33-37.

14. Тарабанова, О.В. Петлевые операции (TVT, TOT) при стрессовом недержании мочи у гинекологических больных: дис. . канд. мед. наук. -М., 2005.- 107 с.
15. Фибулин-5 защищает внеклеточный матрикс хондроцитов, ингибируя сигнальный путь Wnt/ β -катенин, и облегчает остеоартрит. Гао Дж .Б. и др . . Eur Rev Med Pharmacol Sci, май 2020 г. PMID 32495858
16. Beer, M. Surgical techniques for vault prolapse: a review of the literature / M. Beer, A. Kuhn // Eur. J. Obstet. Gynaec. Reprod. Biol. 2005. -Vol. 119, №2.-P. 144-155.
17. Bonetti, T.R. Listening to "felt needs": investigating genital prolapse in western Nepal / T.R. Bonetti, A. Erpelding, L.R. Pathak // Reprod. HealthMatters. 2004. - Vol. 12, № 23. - P. 166-175.
18. Characterizing and reporting pelvic pelvic floor defects: the revised New York classification system / R.J. Scotti, R. Flora, W.M. Greston et al. // Int. Urogynecol. J. PelvicFioorDysfiinct. 2000. - Vol. 11, № 1. - P. 48-60.
19. Mawajdeh, S.M. Prevalence and risk factors of genital prolapse. A mul-ticenter study / S.M. Mawajdeh, R.J. Al-Qutob, A.M. Farag // Saudi. Med. J. -2003.-Vol. 24, №2.-P. 161-165.
20. Nygaard, I. E. Abdominal Sacrocolpopexy: A Comprehensive Review / I. E. Nygaard, R. McCreery, L. Brubaker, A. Connolly, G. Cundiff, A. M. Weber, H. Zyczynski // Obstet. Gynecol. 2004. - Vol. 104, № 9. -P. 805-823
21. Zmuda, J.M. Molecular epidemiology of vitamin D receptor gene variants / J.M. Zmuda, J.A. Cauley, R.E. Ferrell // Epidemiol. Rev. 2000. -Vol. 22, №2.-P. 203-217.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

**ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ПОЗДНИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ
РОДАХ**

М.Р.Шукурова¹, Т.Ф.Абдураимов¹, К.Г.Эшонова¹.

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр

Актуальность. Респираторный дистресс-синдром (РДС) новорожденных является серьезным осложнением преждевременных родов и основной причиной ранней неонатальной смертности и инвалидности. Широко распространены рекомендации по использованию с целью профилактики РДС новорожденных кортикостероидов. Общеизвестна их эффективность при использовании у женщин с риском преждевременных родов в сроках гестации 24-34 недель. В тоже время остается нерешенным вопрос о преимуществах применения кортикостероидов в позднем преждевременном сроке (34-37 недель

беременности). Ряд исследований показывают их эффективность в профилактике РДС и снижении смертности, в то время как другие – демонстрируют отсутствие такового с развитием неблагоприятных последствий для новорожденных.

Цель исследования. Оценить влияние курса кортикостероидов у женщин с поздними преждевременными родами (от 34 недель 0 дней до 36 недель 6 дней) на заболеваемость и смертность новорожденного.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование случай-контроль 120 женщин, которые были родоразрешены в позднем преждевременном сроке на базе ГУ РСНПМЦАГ. В группу обследованных не входили женщины с многоплодной беременностью. Основную группу составили 59 женщин, которые были родоразрешены в позднем преждевременном сроке и получили полный курс профилактики РДС кортикостероидами – дексаметазон по 6 мг в/м каждые 12 часов в течение 2-х полных суток. В группу контроля вошли 61 родильниц, родоразрешенные в позднем преждевременном сроке, не получивших курс профилактики РДС. Методом родоразрешения у обследованных было как самостоятельные роды через естественные родовые пути, так и оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Сравнивались показатели перинатальной и поздней неонатальной смертности, частота развития РДС новорожденных и внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК).

Результаты и обсуждение. Показатели перинатальной и неонатальной смертности новорожденных, рожденных в позднем преждевременном сроке, оказались сопоставимыми. Так, в основной и контрольной группах количество детей, умерших в первую неделю после родов, составило 4 и 5 (6,7% и 8,1%) соответственно. Частота поздней неонатальной смертности в группах также оказалась сопоставимой 2 и 2 (3,4% и 3,2%) случая соответственно. РДС плода чаще имел место в группе женщин, получивших дексаметазон, у 6 (10,1%) новорожденных, по сравнению с группой контроля – у 8 (13,1%) новорожденных, Частота ВЖК в группе в основной и контрольной группах составила по 7 (11,8% и 11,4%) случаев соответственно. Нами не отмечено значительной разницы в благоприятных исходах для новорожденных, матери которых, получали курс дексаметазона в позднем преждевременном сроке гестации.

Выводы. Вопрос применения антенатальной кортикостероидной терапии для профилактики РДС новорожденных у женщин с риском преждевременных родов в позднем преждевременном сроке беременности (34-37 недель) остается дискуссионным. Полученные нами данные демонстрируют отсутствие необходимости проведения курса профилактики антенатальными кортикостероидами дыхательных расстройств у новорожденных, рожденных в позднем преждевременном сроке гестации. Проведенная в сроках 34-37 недель терапия

дексаметазоном не показала значимых преимуществ в снижении частоты перинатальной и поздней неонатальной смертности, РДС и ВЖК у новорожденных. Проблема кортикостероидной терапии в позднем преждевременном сроке требует дальнейшего изучения.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МИОМЫ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Ж.Ш.Шукурлаева¹, М.Т.Хатамова¹.

¹Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино

Резюме: Миома матки (лейомиома) — одна из самых распространенных опухолей женской половой сферы. Это заболевание диагностируют у 20–27% женщин фертильного возраста. В последние десятилетия миому матки ко времени реализации детородной функции отмечают всё в большем количестве случаев, так как в связи с социальными мотивами женщины откладывают рождение детей на более поздний период репродуктивного возраста, что подтверждается ультразвуковым исследованием. В связи с этим совершенно логично, что у них все чаще появляются вопросы относительно возможности забеременеть при наличии миомы матки или после ее удаления, о ее влиянии на течение беременности и роды.

Ключевые слова: - заболеваемость – ЗБ - детородная функция – ДФ - миома матки – ММ - ультразвуковое исследование – УЗИ - беременность – БР

ULTRASONIC EXAMINATION OF UTERINE MYOMA DURING PREGNANCY

Sh.Zh.Shukurlaeva¹, M.T.Khatamova¹.

¹Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino

Resume: Uterine fibroids (leiomyomas) are one of the most common tumors of the female genital area. This disease is diagnosed in 20-27% of women of childbearing age. In recent decades, uterine myoma by the time of the implementation of the childbearing function is noted in an increasing number of cases, since due to social motives, women postpone the birth of children to a later period of reproductive age, which is confirmed by ultrasound. In this regard, it is quite logical that they increasingly have questions about the possibility of becoming pregnant in the presence of uterine fibroids or after its removal, about its impact on the course of pregnancy and childbirth.

Keywords: - morbidity - - childbearing function - - uterine fibroids - - Ultrasound - pregnancy -

HOMILARLIKDA BACHON MIOMASINI ULTRASONIK TUZISH

Sh.Dj.Shukurlaeva¹, M.T.Xatamova¹.

¹*Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti*

Xulosa: Bachadon miomasi (leiomyoma) - ayol jinsiy a'zolarining eng keng tarqalgan o'smalaridan biri. Ushbu kasallik tug'ish yoshidagi ayollarning 20-27 foizida aniqlanadi. So'nggi o'n yilliklarda, tug'ish funksiyasini amalga oshirish davrida bachadon miomasi ko'payib borayotgan holatlar qayd etilmoqda, chunki ijtimoiy sabablarga ko'ra ayollar bolalar tug'ilishini reproduktiv yoshdagi keyingi davrga buxtrushiq bitrushiq Shu munosabat bilan, ularda bachadon miomasi borligida yoki uni olib tashlangandan keyin homilador bo'lish ehtimoli, uning homiladorlik va tug'ish jarayoniga ta'siri haqida savollar ko'payib borayotgani mantiqan to'g'ri.

Kalit so'zlar: - *kasallanish* - - *bola tug'ish funksiyasi* - - *bachadon miomasi* - - *ultratovush* - - *homiladorlik* –

Uterine fibroids in and of themselves are not a cause that prevents pregnancy and leads to infertility, but it can be quite difficult for women with this disease to conceive a child. It all depends on the number, location and size of the myomatous node. Myoma can compress the fallopian tubes, deform them, thereby disrupting the process of free movement of spermatozoa and, as a result, fertilization. Also, a myomatous node, if it is in close proximity to the implantation site, can disrupt its proper course and, as a result, lead to spontaneous miscarriages. Small knots located in the muscular layer of the uterus practically do not affect the process of embryo implantation. As a rule, during such a pregnancy, complications do not occur.

Purpose Of The Study Fibroids Variabilityuterus at different stages of pregnancy based on ultrasound. Based on the purpose of the study, the gynecologist chooses the most appropriate method:

- Transabdominal (external). The specialist moves the ultrasound transducer across the patient's abdomen, determining the location and approximate size of the tumor;
- Transvaginal (internal). The sensor is inserted deep into the vagina, which allows you to study the structure of the tumor. The method is not suitable for women allergic to latex;
- Hystero-graphy. Before an ultrasound, a contrast agent (usually saline) is injected into the uterine cavity, which helps to assess the degree of deformation of the organ.

With any method, myomatous nodes are defined as neoplasms of a round or oval shape, having a clear contour and a layered structure:

- an intramural node is formed in the muscle layer and creates a picture of a reduced density of the affected area;
- the submucosal node grows into the uterine cavity and looks like an oval formation on ultrasound;

- the subserous node changes the outer contour of the uterus.

Uterine fibroids is one of the most common gynecological pathologies, its incidence is 70 - 85%. Currently, uterine fibroids are increasingly being diagnosed at a younger age in women, leading an active sex life and planning a pregnancy. In most women with uterine fibroids, the disease is asymptomatic and is detected at the first visit to the doctor about pregnancy by chance due to the high resolution of modern ultrasound equipment.

So, uterine fibroids... What is it? How to relate to this and what to do about it if pregnancy has already begun.

Uterine fibroids (leiomyoma, fibromyoma, fibroma)- This is a benign proliferation of altered smooth muscle cells in the muscular layer of the uterus. It is established that the oncological degeneration of fibroids is not high (about 0.3%). Since pregnancy develops in the uterine cavity, and fibroids in the muscular layer of the uterus, there is no direct negative effect on each other. There are a number of features of the course of pregnancy in the presence of fibroids. First of all, in the presence of uterine fibroids, the threat of abortion develops somewhat more often (in every 4-5 patients with uterine myoma), although spontaneous miscarriages are observed in 4-5%, which is no more than the population risk of miscarriage. This is due to some increased contractile activity of the uterus in the presence of fibroids. Therefore, such preventive measures as limiting stress and physical activity, sufficient sleep, herbal sedatives (valerian, motherwort), Magne-B6, vitamin E will not interfere in any case. An early first visit to the doctor will allow you to orient yourself in advance and be alert when symptoms of a threatened abortion appear, and, if necessary, start treatment. Sometimes the threat of abortion is associated with the so-called. power failure in the nodes. The fact is that the nodes of fibroids are most often not very well supplied with blood. As pregnancy increases and the uterus stretches, a significant decrease in the amount of blood flowing to the node is possible. A focus of hypoxia occurs in the node, an inflammatory reaction develops, which is accompanied by significant pain sensations, an increase in the tone of the uterus. This requires a quick diagnosis. Most often, timely treatment can overcome the difficulties that have arisen. In rare severe cases, urgent surgical attention may be required. When the fibroid nodes are located closer to the uterine cavity (the so-called submucosal location of the node) and the fetal egg is attached in close proximity to the node or directly above it, the frequency of spontaneous miscarriages, including missed pregnancies, increases. This is due to the fact that in the area of the nodes it is often impossible to properly form the placenta. Inadequate attachment of the placenta leads to malnutrition of the fetus, its partial detachment is possible and, as a result, the development of pregnancy stops. Childbirth on the background of uterine fibroids can sometimes also occur with deviations from the norm. Large fibroid nodules located near the cervix may be a mechanical obstacle to the fetus being born. In such cases, there is a need for a caesarean section. It should be noted that during such operations in highly

qualified obstetric and gynecological institutions, parallel removal of nodes is possible. In the natural course of events in childbirth, women with uterine myoma often experience disorganized labor activity, weakness, which requires careful individual monitoring during childbirth and timely resolution of the issue of caesarean section in case of deviation from the normal course of childbirth. In the third stage of labor (when the child's place is separated and born), incomplete separation of the placenta is somewhat more common, decrease in uterine contractility. These complications are fraught with increased blood loss and usually the doctor purposefully carries out a set of preventive measures. In the postpartum period, there is often a slow regression of the uterus, especially with a large number of nodes. More often, the appointment of reducing agents, physiotherapy is required. All of the listed complications in the presence of uterine fibroids are not always, but the doctor, observing the course of pregnancy in a woman with uterine fibroids, always thinks about them. In this regard, additional ultrasound studies are carried out during pregnancy, which allow assessing the development of the fetus, monitoring the size of the nodes. At the slightest suspicion of impaired functioning of the placenta (placental insufficiency), when the first signs of malnutrition appear in the nodes, preventive metabolic therapy is prescribed to prevent severe complications.

Materials And Methods Of Examination: Uterine fibroids occur in interstitial, subserous and submucosal variants [1,2]. In 408 pregnant women with uterine fibroids, a total of 1318 ultrasound examinations were performed. In 55.88% of patients, the fibroid diameter was 3-5 cm, in 37.01% - 6-10 cm, in 7.11% - more than 10 cm. In 71.57% of patients, the fibroids were localized in the body of the uterus.

Types of interstitial fibroids: An interstitial myomatous node growing towards the uterine cavity is called an interstitial myomatous node with centripetal growth; deforming the uterine cavity - interstitial-submucosal fibroids. An interstitial myomatous node growing towards the abdominal cavity, protruding outward, is called interstitial-subserous. Myoma can be single, although many myoma nodes are most often diagnosed.

Interstitial nodes -the most common type of fibroids, they account for up to 50-60% of all detected myomatous nodes. In most cases, the process is localized in the body of the uterus, and only 5% of patients have cervical fibroids. For the most part, the disease is detected in women of reproductive age, most often 30-45-year-old patients turn to the doctor.

The Reasons: In the smooth muscle fibers of fibroids, compared with the cells of normal myometrium, there are a large number of receptors for progesterone and estradiol. The current understanding of the development of fibroids is based on the hormonal theory, with hormonal imbalance, morphological restructuring of the myometrium occurs, which can increase both due to hyperplasia of smooth muscle cells and hypertrophy. In addition to the hormonal aspect, there is a version about the occurrence of the disease against the background of a change in the body's immune

reactivity, due to existing chronic foci of infection, since the node often forms around an inflammatory or endometrioid focus. There is also a version of the hereditary predisposition of patients to the disease. Unfavorable factors that can provoke the appearance of fibroids are frequent injuries (abortions, curettage, etc.), obesity, late reproductive age, smoking, taking COCs, and inflammatory processes.

Survey Results: Intramural myoma was detected in 68.87%, subserous - in 18.38%, submucosal - in 12.74% of cases. 9.46% of women had an abortion, 24.92% had a threatened abortion, 12.96% had preterm birth, and 18.87% had a threat of preterm birth. Of the 33 patients with abortion, in whom the localization of fibroids was studied, an intramural node was detected in 25, subserous - in 5, submucous - in 3. 14, more than 10 cm - in 3 women. Subserous nodes of fibroids can be single or multiple. Single nodes are enclosed in a special capsule consisting of muscle fibers, and multiple nodes can be located intramurally, that is, in the thickness of the muscle layer. The size can range from a few millimeters to several centimeters. It is also called interstitial subserous uterine fibroids.

The tumor can have both a wide base, attached to the muscular wall, and a thin stalk. In some cases, it is freely located in the abdominal cavity or localized in the ligaments of the uterus. The growth rate depends on whether it is simple or proliferating (that is, capable of increasing in size).

Reasons for the formation of subserous uterine fibroids.

Risk factors include: - hormonal imbalance, - chronic infectious diseases, - diseases of the thyroid gland and adrenal glands, - obesity, - stress, - heredity.

If your mother and grandmother had fibroids, you are at increased risk. Termination of pregnancy, lack of childbirth and breastfeeding, chronic diseases of the female genital area and long-term use of oral contraceptives can also cause the development of the disease. Subserous uterine fibroids and pregnancy In most cases, this problem does not prevent pregnancy and childbirth. However, tumors that are large and thin-stalked (which increases the risk of torsion) can still lead to complications. In addition, it disrupts the hormonal background, which affects the muscles of the uterus and can contribute to miscarriages and premature births. Pregnancy in a woman with fibroids requires increased attention from doctors.

Conclusions : Thus, the statistical analysis did not reveal any dependence of the abortion rate on the size of the fibroids, its localization; the frequency of threatened abortion increased with an increase in the size of the fibroids. Premature birth and the threat of preterm birth were more common with submucosal myoma and tumor localization in the isthmus of the uterus.

Literature:

1. Non-operative gynecology. Bodyazhina V.I., Tumilovich V.G. - M. Medicine. 1990.
2. Aleli "L., Villanueva M. D" Robert W, // Obstet and Gynec, -2013, - Vol. 62, N 3, - P. 709-735.
3. Appel G. B „HaJub D. A. CAmer. J, Med.-2016,- 129-133,

4. Austin GE, Coulatn C. B., Ryan R. J, //Mayo Clin. Proc.- 2009, Vol. 64, N 5/6, - P. 394-400,
5. Bjoro K- // Actaobstetgynec, scand.-2016,- Vol. 45, Suppl, 1, - P, 69-124,
6. Bizzard RM Gibbs J, H, // Pediatri.-2018.- Vol. 42, No. 2, - P. 231-237.
7. "Tibbiotdayangikun" magazine №2, pages 292-295, 2019. Res.Uzbekistan. MTHotamova, ITosheva. "Aspects of the management of labor at antenatal discharge of amniotic fluid."
8. "Tibbiotdayangikun" magazine №2, pages 345-349, 2019. Res.Uzbekistan. Khatamova MT, "Peculiarities of Immune-Hormonal Indicators of The Post-Ferrin Period"
9. "Tibbiotdayangikun" magazine №2, pages 316-319, 2019, Res.Uzbekistan. Sh.Zh.Shukurlaeva, MTHotamova. "Criteria for diagnosis after the birth of septic condition and methods of hemostasis"
10. "Tibbiotdayangikun" №3 magazine page 275-278, 2019, Res.Uzbekistan. Khatamova MT, Soliyeva NK, "Current Features of Chronic Pyelonephritis In Women of Fetural Age".

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г.Фергана

10.03.2023г.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧКИ С САМОГО РОЖДЕНИЯ

Г.Н.Эгамбердиева

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Беременность должна быть запланированной. Чтобы снизить вероятность рождения ребенка с патологией, еще до беременности будущим родителям необходимо посетить врача и проверить состояние здоровья, сдать анализы, в том числе на инфекционные заболевания, передающиеся половым путем. Родители должны отказаться от курения, употребления алкоголя, наркотиков, вредной пищи еще на этапе планирования беременности за три месяца до предполагаемого зачатия. Так же за три месяца до наступления беременности и в течение всего первого триместра обязателен прием фолиевой кислоты (400 мкг/день). Это профилактика врожденных пороков нервной трубки у плода. Кроме того, женщина должна быть психологически готова к родам и грудному вскармливанию.

2. **Забота о гигиене.** Недостаточная гигиена родителей провоцирует развитие воспалительных заболеваний половых органов, которые без должного лечения могут перейти в хроническую стадию и негативно повлиять на репродуктивное здоровье в будущем.

Гигиена девочки грудного периода (до 1 года жизни):

- Содержание половых органов чистыми и сухими с использованием воздушных ванн. Чаще меняется пеленки, чтобы выделения ребенка не вызывали раздражение кожи.

- Используются средства, для стирки детского белья, специально предназначенные для детских вещей.

Гигиена девочки дошкольного возраста (до 7 лет):

- Девочку подмывают каждый вечер перед сном.
- Полотенце должно быть чистым, мягким и строго индивидуальным. Его необходимо менять 2-3 раза в неделю, проглаживать горячим утюгом.
- Самостоятельное подмывание девочки возможно не ранее 3 лет.
- После стула промежность следует вытирать в направлении спереди назад, а не наоборот.
- У девочек младшего возраста нижнее белье (трусы) должны быть закрытыми, чтобы затруднить попадание в половые органы песка и грязи, инородных тел летом и охлаждение зимой.

Гигиена девочки школьного возраста:

- Кожа промежности и наружные половые органы всегда должны быть чистыми и сухими. Необходимо научить девочку правилам пользования туалетной бумагой, общественным туалетом, а также ежедневной смене нижнего белья.
- Обратите внимание на половое воспитание девочки, познакомьте их с понятиями бели, менструация.
- С менархе (первые месячные) туалет наружных половых органов должны проводить как минимум дважды в день – утром и вечером, чистой теплой водой или с мягким мылом. Средства гигиены менять в период менструации не реже чем через 4-5 часов.
- Ежедневные прокладки нельзя использовать постоянно. Они нарушают аэрацию наружных половых органов, способствуют развитию микроорганизмов, в том числе грибов, вызывая вульвит и кандидоз вульвы и влагалища. Так называемые «ежедневки» рекомендуется использовать только в случае скудных выделений или в последние дни менструации.

Питание и режим дня. Фастфуд, газированные напитки, полуфабрикаты или строгие диеты сильно «бьют» по репродуктивной системе. Избыточная масса тела, как и дефицит веса, отражается на гормональной системе и негативно влияет на репродуктивное здоровье. Полноценное питание, соответствующее возрасту ребенка, обеспечит растущий организм всеми необходимыми для его нормального развития микроэлементами. Режим дня, двигательная активность, гимнастические упражнения и полноценный отдых способствуют гармоничному физическому и психическому развитию девочки.

Своевременные визиты к детскому гинекологу. Профилактические осмотры девочек гинекологом проводятся в возрасте 3, 6-7, 12, 14, 15, 16 и 17 лет включительно. Организуются они для предупреждения и ранней диагностики развития гинекологических

заболеваний и патологий молочных желез. В остальные возрастные периоды осмотр девочки проводит врач-педиатр, который направляет пациентку к акушеру-гинекологу, если для этого есть показания. Некоторые жалобы, которые являются поводом для обращения к врачу:

- Нарушение строения наружных половых органов: сращение малых половых губ, отсутствие входа во влагалище и т.д.
- Зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, папилломы и опухолевидные образования на кожных покровах наружных половых органов и промежности.
- Паталогические выделения из половых путей, в том числе кровяные различной интенсивности и продолжительности. Очень интенсивные или скудные выделения во время менструации.
- Травматические (бытовые и насильственные) повреждения половых органов.
- Боли в животе, изменение формы и величины живота.
- Ускоренное физическое развитие в возрасте до 8 лет: увеличение молочных желез и рост волос на лобке.
- Отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте 12-13 лет, отсутствие менструации в возрасте 15 лет и старше.
- Повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу.
- Перерыв в менструациях более чем на 45 дней в пубертатном периоде.
- Отклонения от нормальной массы тела (лишний вес и дефицит веса).
- Низкорослость (150 см и менее) и высокорослость (175 см и более) в период полового созревания.

Профилактика рака шейки матки. Основной причиной развития рака шейки матки считается вирус папилломы человека. Учеными была разработана прививка от этого страшного заболевания. На основании результатов ряда международных контролируемых клинических исследований и эпидемиологических данных были определены основные возрастные группы, которым рекомендована иммунизация: девочки и мальчики от 9 до 17 лет и молодые женщины от 18 до 26 лет. Возраст вакцинирования выбран не случайно — рационально проводить вакцинацию до того, как возникают условия инфицирования, то есть до начала сексуальной активности. Вакцина против рака шейки матки не входит в перечень обязательных прививок и делается по желанию родителей. Необходима консультация специалиста.

Информированность ребенка. Разговор о первых месячных. Обсуждать с ребенком «неудобные» вопросы бывает сложно, но знания о своем организме и о том, откуда берутся дети, могут спасти от проблем со здоровьем, ранней беременности и серьезных психологических переживаний. Средним возрастом начала менструации считается период от

12 до 13 лет. Разговор об этом лучше начать заранее, так как непонимание происходящего может привести девочку к сильному испугу.

Как начать разговор? Если девочка начнет задавать вопросы сама, но так бывает не всегда. Подойдите к этой беседе плавно, с обсуждения других тем. Не выкладывайте все сразу, лучше ограничиться общими сведениями. Составьте план разговора, разделите информацию на 2-3 беседы. О чем говорить: что такое месячные, почему они происходят, в каком возрасте начинаются и когда становятся регулярными; симптомы процесса; порядок действий, средства гигиены, их виды в зависимости от количества выделений и частота замены; почему важно для здоровья контролировать даты начала и окончания цикла. Немного позже можно перейти к вопросу о незапланированной беременности и способах контрацепции.

Вредные привычки. Курение способствует снижению количества фолликулов (где могут созреть яйцеклетки), ускоряет процесс старения. Шансов забеременеть и родить здорового ребенка у курящей девушки гораздо меньше. Курение повышает и риск развития рака шейки матки, рака молочной железы. Алкоголь оказывает не менее пагубное влияние на организм девушки. Спиртные напитки могут стать причиной выкидышей или рождения больных детей. Каждая выкуренная сигарета и выпитая рюмка спиртного оказывает влияние сразу на все яйцеклетки. Вредные привычки девочки-подростка губят не только ее здоровье, но и здоровье ее будущих детей.

Первый сексуальный опыт и ранняя незапланированная беременность. Часто подростки воспринимают первый секс как эксперимент и поэтому считают, что «первый раз ничего не будет». Но это жестокое заблуждение. При первом сексуальном контакте можно и забеременеть, и заразиться опасными болезнями, и получить психологическую травму. Чтобы половая жизнь была полноценной, человеку нужно сформироваться физически, должна созреть психика, появиться правильное представление о работе организма, знания о контрацепции, венерических заболеваниях и ВИЧ-инфекции, которые могут передаваться через незащищенный секс. Многие инфекции, передающиеся половым путем, опасны отсутствием симптомов, трудно лечатся и влекут за собой массу репродуктивных осложнений, связанных с бесплодием (микоплазменная и хламидийная инфекции, гонорея и т.д.). Самое важное, что должен знать любой подросток, вступающий в половую жизнь — предохранение от нежелательной беременности и инфекций должно стоять на первом месте. Организм девочки-подростка еще не до конца сформирован и не готов к такому серьезному испытанию, как беременность и роды. Незрелость иммунной и репродуктивной системы становятся причиной множества проблем во время беременности: замершей беременности, преждевременным родам, тяжелой преэклампсии (критически высокого артериального давления, опасного для жизни матери и ребенка).

Велика вероятность осложнений и в процессе родовой деятельности, незрелости и низкого веса у новорожденного, врожденных заболеваний у малыша; психологических проблем, неготовности к материнству из-за незрелой психики юной мамы.

Духовное, интеллектуальное развитие, влияние семьи. К негативным факторам, отрицательно влияющим на репродуктивное здоровье, относится низкий уровень общей культуры семьи, недостатки воспитания, незавершенное образование, некачественное использование свободного времени, недостаточная поддержка и любовь со стороны близких. Это может привести к безответственному отношению к своему здоровью и раннему началу половой жизни, которая часто происходит из любопытства или безуспешного желания получить любовь, которой не хватало в родительской семье. Доверительные отношения с матерью, привычка вести здоровый образ жизни, интеллектуальное, духовное развитие, внимание к своему здоровью, уважение к себе и своему телу, умение выстраивать личные границы и уважать границы других людей – все это является базой репродуктивного здоровья девочки и основой для формирования здоровых, гармоничных межличностных отношений в будущей семейной жизни.

Снижение репродуктивного здоровья девочки в юном возрасте формирует негативную цепочку: больная женщина — больная мать — больной ребенок. Чтобы наши дети могли стать родителями и произвести на свет здоровых детей, уже сегодня надо приложить много усилий для того чтобы сохранить их репродуктивное здоровье. Пока будущая женщина еще ребенок, ответственность за ее здоровье лежит на ее матери и на семье, в которой она живет.

Литературы:

1. Usmonova Gulizora Bakhtiyorovna "Eurasian journal of social sciences, philosophy and culture." www.in-akademy.uz (25.12.2022. 298-299 page)"The role of nutrition in anthropometric indicators of children." //Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
2. Egamberdieva Gulnora Nematovna "Eurasian journal of medical and natural sciences" (january 2023. Page 65) Medical and social aspects of reproductive health of children aged 8 to 15 years. Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
3. Богомолов А. Р. Клинические особенности заболеваний, протекающих с кровью в стуле у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Нижний Новгород, 2002. 22 с.
4. Эгамбердиева Гулнора Нематовна, Эргашева Насиба Шавкатжон кизи. "Теория и практика современной науки" №10(88) октябрь 2022. ISSN 2412-9682 "The role of the nurse in preventing changes in the reproductive health of children in adolescence". Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
5. Луфт В.М., Костюченко А.Л. Клиническое питание в интенсивной медицине. Санкт-Петербург, 2002, 173с.

6. А.Г. Румянцев, М.В.Тимакова, С.М. Чечельницкая Наблюдение за развитием и состоянием здоровья детей.- М.: Медпрактика-М, - 2004.- с.11-5.
7. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.-Т.1.- с.. 148-177- (Серия «Национальные руководства»).
10. Usmonova Gulizora Bakhtiyorovna «Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences»(07.01.2023. page49-51.) Dependence of Anthropometric Indicators on Nutrition In Children. Ferghana Medical Institute of Public Health Uzbekistan, Fergana
11. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.-Т.2.- с.776-807- (Серия «Национальные руководства»).
11. Даминов Т.А., Халматова Б.Т, Бобоева У.Р.”Болалар касалликлар” Тошкент 2010 йил 32-39 бет.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г.Фергана

10.03.2023г.

**THE NURSE'S ROLE IN PREVENTING CHANGES IN CHILDREN'S REPRODUCTIVE
HEALTH**

G.N.Egamberdieva

Ferghana Medical Institute of Public Health

Annotation: The level of health in adolescence depends on the implementation of life plans, including vocational training, the desire for social development, the creation of a family and the birth of children, that is, exactly those factors that determine the development of the country as a whole.

Key words: *nurse, preventing, reproductive health, children, adolescence, medicine, medical culture.*

Growing up is becoming a person. In total, there are more than 1 billion on Earth. a person aged 10-19 years. Adolescence is associated with rapid physiological and psychological changes in the body. This is at the same time a period of inexperience, experimentation, self-will, indiscipline, asociality combined with determination and a desire to learn. It is the latter qualities that specialists need to use to teach the preservation of reproductive health. The growth of sexual activity of young people is a global trend. Every year in the world 5-10% of girls aged 13-17 years get pregnant. In girls under 14 years of age, the proportion of termination of pregnancy from the total number of abortions is 0.05-0.06%. Every year in Uzbekistan, every tenth newborn child is born to a mother younger than 15 years old, most often outside of a legal marriage. The early onset of adolescent sexual life occurs in rather specific conditions, including a low contraceptive culture, a small number of special medical, counseling, psychological services and sexual education programs for adolescents,

and the lack of special training for teachers Adolescents are characterized by the casual nature of sexual relations, illiteracy in the prevention of sexually transmitted infections and the prevention of unwanted pregnancy. According to statistics, by the beginning of family life, almost every second person has chronic diseases that can directly or indirectly affect a person's reproductive health. That is why recently this issue has been of such concern not only to medical professionals, but also to the whole society. Healthy children are our future, and how can they be born as such when their future parents cannot boast of their reproductive health? The reproductive health of a person and society are closely interrelated. The question arises, but what can be done to ensure that the future generation is born healthy and able to give birth to the same healthy children? In the modern world, when the pace of society and technology development has accelerated, the level and quality of education begins to play a special role. The awareness of adolescents about the consequences of early sexual life is quite low. Prevention of the early onset of sexual activity should be carried out both in high schools and in vocational education institutions. Preventive work may include conversations, class hours devoted to issues of morality, hygiene, prevention of unwanted pregnancy, prevention of infection with sexually transmitted infections. After analyzing the study, it is possible to come to the conclusion that there is an insufficient (low) level of knowledge of information by adolescents about issues of preserving reproductive health, proper reproductive behavior, and possession of hygiene techniques. Our educational work continues, classes on the hygiene of girls and boys are planned, the survey revealed the need for such knowledge, in addition, it turned out that respondents are in no hurry to get rid of their bad habits, drink alcohol, smoke, understanding the consequences. An important role in improving the culture of reproductive health in adolescence is assigned to medical workers with secondary education, namely nurses who often come into contact with adolescents, as well as midwives respondents are in no hurry to get rid of their bad habits, drink alcohol, smoke, understanding the consequences. An important role in improving the culture of reproductive health in adolescence is assigned to medical workers with secondary education, namely nurses who often come into contact with adolescents, as well as midwives who work with girls in centers and offices in polyclinics of family planning and reproduction. In the family planning program, high hopes are placed on the secondary medical staff, namely, on their active educational and informational work with the population and direct training in methods and means of contraception and hygiene techniques. It is also alarming that the role assigned by students to the teacher in receiving urgent advice or assistance on sanitary and hygienic issues is extremely low and, on the contrary, there is a great negative attitude towards teachers. According to the results of other surveys, it was found out that schoolchildren consider the information received from teachers to be very "innocent", many teachers avoid discussing issues of gender relations with their students. The explanation for this may be the very poor training of education workers, which does not meet modern requirements and the

existing rates of dissemination. The practical role of school staff is to familiarize adolescents with the literature on reproductive health, dedicated to. A relatively small number of schoolchildren who prefer to receive information and help in psychological services, a rather high percentage of negative attitude towards it can be partly explained by the unwillingness of employees of these services to conduct sanitary and hygienic and preventive work. The negative attitude of adolescents with risky behavior towards their parents can be explained by the existing unfavorable relationships in the family and psychological traumas in childhood inflicted or by one of the parents. In particular, the relationship between adolescent deviance and abuse in the family in childhood was revealed. This issue requires further study, which may clarify the reasons for the risky behavior of the adolescent subpopulation. At the same time, it should be noted the low educational role of parents. Only a few parents adequately assess the real situation and reproductive health of young people that has developed in many regions of the country in recent years. The participation of parents in the sexual education of their children is becoming increasingly important. According to official WHO statistics, over the past decade there has been a significant increase in the incidence of syphilis, gonorrhea and other sexually transmitted diseases. The main reasons for this are: - an increasingly early age of the beginning of sexual relations with a low level of contraceptive use, the spread of unsafe sex; - increase in the number of sexual partners; - the fall of moral restrictions; - insufficient effectiveness of preventive measures in the field of combating; - low level of sanitary and hygienic literacy of adolescents in relation to sexual life, the nature of sexually transmitted diseases, their manifestations and consequences; - irresponsible attitude to one's own health. By engaging in such educational work, a nurse will help teenagers maintain their health, prepare for family life, and feel responsible for their future and the future of their children. One of the elements of the formation of a healthy lifestyle is hygienic education in general and sexual education in particular. The study of this aspect of the lifestyle of adolescents has shown the crucial role of the family in the formation of behavioral attitudes. The main role in providing information on sexual relations and dissemination belongs to the media, mainly television, pornographic and erotic literature, and only a small part falls on scientific literature. It is not surprising that, not knowing other aspects of human relations, having a very vague idea of moral values, teenagers will extrapolate the received behavioral attitudes to adulthood. Thus, the issue of preparing teenagers for adulthood in general and for family life in particular is particularly acute at the moment. Extensive medical and social research is required to determine risk factors for adolescents in order to develop a comprehensive preventive program involving teachers, doctors, social workers, the media, law enforcement agencies and, of course, adolescents themselves. In general, the data obtained indicate the need for targeted and intelligible propaganda not only in the media, but also in educational institutions, in the family, from the side of secondary medical personnel. Having studied the factors influencing the spread, we came to the

conclusion that demographic, medical, social, economic, cultural, and behavioral trends have an important role in the spread of diseases. Highlighting the diseases, they presented a group of infections that are transmitted mainly through sexual contact. All diseases have mainly common symptoms, the causative agents of which can be parasites. Currently, more and more teenagers are entering into early sexual relationships. At the same time, it is alarming that the age of the first sexual experience has significantly decreased. We studied the directions of the nurse's work on prevention in adolescents. The goal has been achieved. The hypothesis has been confirmed, the role of nursing staff in prevention in adolescents has been proven.

References:

1. Egamberdieva Gulnora Nematovna "Eurasian journal of medical and natural sciences" (January 2023. Page 65) Medical and social aspects of reproductive health of children aged 8 to 15 years. Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
2. Usmonova Gulizora Bakhtiyorovna "Eurasian journal of social sciences, philosophy and culture." www.in-akademy.uz (25.12.2022. 298-299 page) "The role of nutrition in anthropometric indicators of children." // Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
3. Begijonova Dilfuza Tokhirovna - World Bulletin of Public Health, 2022 Possible Effects of Coronavirus Infection (Covid-19) on The Cardiovascular System. Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
4. Sharapov Ilkhomberdi Kamalovich "Eurasian journal of medical and natural sciences" (January 2023. Page 42-47) Modern Methods of Surgical Treatment of Gastric Ulcer and Duodenal Ulcer. Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
5. Begijonova Dilfuza Tokhirovna. Editorial Board, 2022 Management Of Children With A Disease Caused By Coronavirus Infection. Ferghana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan.
6. Kiseleva E. E. Sociological studies of the social conditionality of the reproductive health of a modern woman // Young scientist. — 2015. — № 16.
7. Farhodjonova N. F. Modernization and integration: social-philosophical analysis. Rol' nauki v formirovanii sovremennoj virtual'noj real'nosti. — 2019.
8. Farhodjonova N. F. Relation To National Culture In The Condition Spiritual Renew of Society In The Republic of Uzbekistan // Мировая наука. — 2018. — №. 6. — С. 14-17.
9. Savelyeva I. S. Reproductive behavior and reproductive health through the eyes of adolescents: needs and needs // Reproduction. healthy. children and teenagers. - 2006.
10. Farhodjonova N. F. Modernization And Globalization As Historical Stages of Human Integration // Теория и практика современной науки. — 2018. — №. 3. — С. 16-19.
11. Numonjonov S. D. Innovative methods of professional training // ISJ Theoretical & Applied Science, 01 (81). — 2020. — С. 747-750

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОСТОГЛАНДИНА ДЛЯ СОЗРЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Н.Г.Эркинова¹, О.С.Юлдашева¹.

¹Андижанский государственный медицинский институт

Введение. По результатам данных ВОЗ, частота индуцированных родов во всем мире в течение последних десятилетий неуклонно возрастает и на данный момент составляет 20-25%. Установлено, что эффективность родовой деятельности зависит от степени подготовленности организма женщины к родам.

Материалы исследования. Проводился анализ 136 рожениц в течение 5 месяцев в родильном комплексе №2 города Андижан у женщин, которым с целью подготовки шейки матки к родам назначали гландин Е в виде свечи во влагалище.

Результаты исследования. В ходе проведенного анализа историй родов показания для индукции родов со стороны матери составили: перенашивание беременности - 63 случая - 46,3%, дородовой разрыв околоплодных оболочек - 32 случая – 23,5%, беременность, которая осложнилась преэклампсией и другими гипертензивными состояниями, обусловленными беременностью, а также экстрагенитальные заболевания матери - 23 случаев - 22,4 %. На фоне индукции родов кесарево сечение было проведено: в 27.7% (5 случаев) - по угрожающему состоянию плода, в 6 случаях из-за слабости родовой деятельности на фоне родовозбуждения, что составило 33.3 % от числа прооперированных женщин, в 16.5% (3 случаев) - по поводу безэффективности родовозбуждения, 2 случая тазо-головная диспропорция (11.11 %) от числа операций кесарева сечения, и 2 случая, т.е 5.5% - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Осложнениями при индуцированных родах через естественные родовые пути были представлены травматизмом мягких тканей родовых путей (разрывы влагалища 1 степени, промежности, шейки матки, - в 5 случаях (4.2%) от общего количества индуцированных родов, эпизотомии - 3 случаев – 2.5%, все из которых были произведены по поводу угрожающего состояния плода).

Заключение. Предварительная подготовка шейки матки простагландинами снижает процент кесаревых сечений, что сейчас активно используется в качестве преиндукции при неподготовленности родовых путей и разрыве плодных оболочек.

**АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА**

М.Т. Юлдашева

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Половые органы развиваются из разных эмбриональных зачатков. Так, матка, трубы и большая часть влагалища развиваются из мюллеровых ходов.

Как известно, в различные периоды эмбрионального развития плода происходят процессы дифференциации, благодаря которым получается окончательное оформление органов. Если в процессе формирования и развития плода происходят стойкие нарушения в дифференцировке тканей или взаимоотношений отдельных частей организма, то это может вести к различным вариациям уродств половых органов. Причиной задержки развития могут быть воспалительные процессы, перенесенные в утробной и внеутробной жизни. В ряде случаев причиной их, нужно полагать, является нарушенный обмен веществ зародыша и, в частности, нарушение процессов внутренней секреции. Недоразвитие матки и влагалища. Наблюдаются случаи, когда у взрослых женщин при общем нормальном развитии матка сохраняет форму, свойственную ранним периодам своего развития. Одновременно при недоразвитии матки наблюдаются дефекты и в развитии влагалища. Недоразвитие матки и влагалища чаще всего представляет собой частичное проявление недоразвития не только полового аппарата, но и других систем организма и носит название общего инфантилизма. Общее недоразвитие половых органов выражается в следующих признаках: небольшая вульва, недостаточное развитие больших губ с малым отложением жира, слабо развитые, гладкие или морщинистые малые половые губы и, вследствие этого, зияние половой щели, вдавленная низкая промежность, короткое и узкое влагалище с плохо развитыми складками, плоские своды, маленькая влагалищная часть шейки матки с точечным наружным зевом, длинная шейка. Часто матка лежит в положении гиперантефлексии. Трубы тонкие, сильно извилистые, складчатость слизистой труб плохо выражена, фимбрии плохо развиты, яичники малы, дугласово пространство очень глубокое, связки матки малоподатливы, неэластичны.

Менструальная функция нарушена, при высоких степенях инфантилизма наблюдается абсолютное бесплодие, в более слабо выраженных случаях инфантилизма половых органов беременность может наступить, но ввиду недостаточного развития матки для вынашивания плода часто заканчивается выкидышем.

Лечение полового инфантилизма сводится к общему укрепляющему лечению всего организма. Рекомендуется усиленное питание, физические упражнения, климатическое лечение. Кроме этого, назначают внутрь натуральные или синтетические гормоны.

Список литературы:

1. Савельева Галина Михайловна, Серов Владимир Николаевич, Радзинский Виктор Евсеевич. Гинекология. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, 2020 г.
2. Надеяева Яна Геннадьевна, Сутурина Лариса Викторовна Синдром Поликистоза Яичников и Менопауза // Доктор.Ру. 2018. № 10 (154).
3. Подрезова А.В. Причины Возникновения и Морфологическое Проявление Поликистоза Яичника // forcipe. 2021. № 51.
4. Хороших Н.В., Духанина Л.В. Изменения углеводного обмена у больных с поликистозом яичников // Инновационная наука. 2015. № 5-3.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ПРЕИМУЩЕСТВА ПРОГРАММЫ ICSI ПРИ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ
РЕПРОДУКТИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ (ВРТ)**

М.Т.Юлдашева¹, Б.Р.Абдумунинов¹.

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Аннотация: ВРТ – вспомогательная репродуктивная технология, на сегодняшний день является наиболее точной и продуктивной технологией при предотвращении бесплодия в современной медицине. ВРТ охватывает в себе несколько программ, таких как: ЭКО, ИКСИ, ИМСИ, IUI (инсеминация), ТЕСЕ, МЕСЕ и тд. На этой статье мы поговорим о преимуществе ICSI от остальных программ.

Ключевые слова: *ИКСИ, микроманипулятор, холдинг, ооцит, таблица Крюгера, иммобилизация.*

ICSI (внутрицитоплазматическая инъекция сперматозоида) – довольно сложная процедура в лаборатории эмбриологии со сложным механизмом технологий, поскольку эта процедура требует не только точности, но и ловкости и умения навыков врача эмбриолога. Как уже выше сказано, процедура ICSI имеет сложный механизм для полного представления я вам расскажу поэтапно: 1.Внутрицитоплазматическая инъекция сперматозоида т.е. внедрение сперматозоида в яйцеклетку со шприцем. Пара проходит медицинский осмотр : у женщины УЗИ полости матки, эндометрий и маточных труб, биохимические анализы крови и

т.д, у мужчины спермограмма по критериям Крюгера (табл 1.) и биохимические анализы крови.

Таблица Крюгера		
Критерии:	Пациент:	Норма:
Объём:		1-2.5 мл
Время разжижения:		20 мин
Общее кол-во сперматозоидов:		1-46 млн
Общее кол-во подвижных сперматозоидов(%):		35%
Прогрессивность сперматозоидов(%):		35%
Морфология сперматозоидов(%):		7%
Агглютинация:		негативный
Результат:		

2. После прохождения мед. осмотра репродуктолог начинает стимуляцию яичников у женщины. После 8 дневной стимуляции начинается трансвагинальная пункция ооцитов из яичника. Эмбриолог улавливает ооцитов и помощью стерео-микроскопа и поставит промывочный раствор, чтобы очистить ооцит от кумулюса (жидкость с ооцитом внутри).

3. После очистки ооцита от кумулюса эмбриолог ставит ооцита в культуральную среду. Среда обеспечивает питание для яйцеклетки, затем после 2-4ч начинается программа ICSI.

4. Эмбриолог готовит микроманипулятора для инъекции сперматозоида, ставят инъекционные шприцы в манипулятор и т.д.(рис.1) В современной медицине микроманипулятор является самым эффективным процедуром т.к. с ним можно точно и безопасно внедрить сперматозоид



в яйцеклетку, даже сперматозоида с низкой активностью и неподвижного в этом и вся преимущества этого метода. Для управления лазерного микроманипулятора требуется опытный эмбриолог т.к процедура требует точность и тонкость. В этом методе играют большую роль морфологически нормальные сперматозоиды, т.к отбор и иммобилизация спермаозоида происходит вручную.

5. У манипулятора имеется 2 иглы внутри которых имеется полости: инъекционная и холдинговая (держатель). Как показано на рис.2 инъекционная игла всасывает сперматозоид из чашки со средой и внедряет в готовую яйцеклетку; холдинговая игла служит держателем яйцеклетки внутри которого имеется вакуум, чтобы легче было внедрить сперматозоид.

Все иглы, чашки и т.д. является одноразовыми, повторное использование категорически запрещается. У микроманипулятора имеется антивибрационный стол



обеспечивающей предотвращения вибрации во время манипуляции т.к. малейшее трение оказывает огромную вибрацию на манипулятор. После окончания процедуры ИКСИ эмбриолог ставит оплодотворённую яйцеклетку в планшетный инкубатор, тем самым наблюдая рост blastomer.

Литература:

1. Гистология, эмбриология, цитология [Электронный ресурс]: учебник / Ю. И. Афанасьев, Н. А. Юрина, Е. Ф. Котовский и др.; под ред. Ю. И. Афанасьева, Н. А. Юриной. - 6-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436639>.
2. Андрология. Е. Нишлаг, Х. Бере, С. Нишлаг (3-я ред.) [http://urologiya.uz/literature/andrologiya.-e.-nishlag,-x.-bere,-s.-nishlag-\(3-ya-red.\)](http://urologiya.uz/literature/andrologiya.-e.-nishlag,-x.-bere,-s.-nishlag-(3-ya-red.)).
3. Гистология, цитология и эмбриология : учебник / С. М. Зиматкин, Я. Р. Мацюк, Л. А. Можейко, Е. Ч. Михальчук. – Минск : Вышэйшая школа, 2012. – 464 с. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index>.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.

М.Т.Юлдашева¹, З.Ж.Ибрагимова¹, Ш.Х.Хомидчонова¹.

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность. При сахарном диабете у беременных часто возникают нарушения развития плода, аномалии развития, осложнения беременности, недонашивание плода, интранатальная асфиксия и мертворождения.

Цели и задачи. Современное акушерство и перинатальная медицина своими основными задачами считают создание оптимальных условий для материнства, сохранение здоровья женщины и обеспечение рождения здорового потомства. Особо важное значение решение этих задач имеет при патологических состояниях материнского организма так как при этом возрастает частота различных акушерских осложнений, а также увеличивается риск рождения неполноценного потомства.

Нарушения развития плода и новорожденного очень часто возникают при различных эндокринопатиях. Среди эндокринных заболеваний, которые сопутствуют беременности, наибольшее значение в отношении неблагоприятных последствий для плода имеет сахарный диабет. Значение сахарного диабета в акушерстве и неонатологии прежде всего определяется высокими показателями перинатальной смертности. Как известно, при сахарном диабете в организме беременной возникают многочисленные патологические процессы, которые могут иметь отрицательные последствия для эмбриона и плода. Развитие сахарного диабета приводит к склеротическим изменениям сосудов малого таза и шейки матки. В следствие этого уменьшается интенсивность маточно-плацентарного кровообращения. Характерны, что патоморфологические и гистохимические изменения плаценты. Сахарный диабет сопровождается изменениями функций амниотического эпителия, о чем свидетельствует частое развитие многоводья. В амниотической жидкости можно обнаружить присутствие глюкокортикоидов, что в обычных условиях не имеет места. Большую роль в патогенезе нарушений развития плода играют осложнения беременности, частота которых при сахарном диабете значительно повышается. В первую очередь это относится к преждевременному самопроизвольному прерыванию беременности, чаще в поздние сроки. Это приводит к рождению недоношенных и функционально незрелых детей. Приблизительно половина таких детей погибает вскоре после рождения от острой дыхательной недостаточности вследствие возникновения гиалиновых мембран в легких. Преждевременные роды, в основном, бывают обусловлены острым и хроническим многоводьем. Сравнительно часто сахарный диабет осложняется поздним токсикозом. Поздний токсикоз обычно возникает на 33-35ой неделе беременности и часто протекает тяжело. Серьезные осложнения для плода могут возникать и в процессе родового акта слабостью родовой деятельности, обусловленной перерастяжением матки крупным плодом и многоводьем. Затяжные роды приводят к интранатальной асфиксии и мертворождениям.

Таким образом во время беременности и в процессе родов у больных сахарным диабетом возникает ряд серьезных нарушений и осложнений, которые приводят к нарушению внутриутробного и постнатального развития. Среди аномалий развития наиболее часто встречаются аномалии сердца и сосудов, несколько реже щитовидной железы и почек. Описаны случаи рождения детей анэнцефалов и гидроцефалов. Профилактика риска перинатальной патологии в прогнозе предусматривает выявление и лечение больных женщин до наступления беременности. Наряду с этим обязательным является ознакомление с состоянием здоровья муж. При подозрении на наследственный характер заболевания следует проводить соответствующее медико-генетическое обследование. При наследственном характере заболевания вопрос о возможности беременности решается только после

заключения специалистов медико-генетической консультации. Беременные «высокого риска», страдающие тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, при которых возможность внутриутробной патологии особенно велика, подлежат специальному учёту и интенсивному наблюдению в женской консультации. Наряду с акушером таких больных наблюдают также терапевт и эндокринолог.

Список литературы:

1. Савельева Галина Михайловна, Серов Владимир Николаевич, Радзинский Виктор Евсеевич. Гинекология. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, 2020 г.
2. Надеяева Яна Геннадьевна, Сутурина Лариса Викторовна синдром поликистоза яичников и Менопауза // Доктор.Ру. 2018. № 10 (154).
3. Подрезова А.В. Причины возникновения и морфологическое проявление поликистоза Яичника // Forcipe. 2021. № 51.
4. Хороших Н.В., Духанина Л.В. Изменения углеводного обмена у больных с поликистозом яичников // Инновационная наука. 2015. № 5-3.

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ» «ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»

г. Фергана

10.03.2023г.

КЛИНИЧЕСКИ-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Д.О.Юсупова¹, С.А.Матякубова¹, Д.Ш.Хаджиев¹.

*¹Хорезмском филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра онкологии и радиологии.*

Трофобластическая болезнь (ТБ) характерна только для беременных женщин репродуктивного возраста и встречается от 0,1-0,25% среди всех беременностей. Наиболее часто среди данной патологии диагностируется пузырный занос. На сегодняшний день, ТБ - сравнительно редкая патология, актуальность ее проблемы достаточно велика, так как этому заболеванию подвержены женщины преимущественно молодого детородного возраста, иногда не достигшего 25 лет. Несмотря на то что значительное количество исследований, посвященных данной проблеме, причины возникновения ТБ у женщин с неразвивающейся беременностью остается неясной.

Цель исследования: дать оценку клинической характеристики пузырного заноса среди женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось среди 53 женщин репродуктивного возраста, проходивших лечение в Хорезмском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии. Диагноз пузырного заноса был установлен морфологический. Исследования включали общее клиническое и гинекологическое исследования, лабораторные исследования.

Результаты исследования: в зависимости от морфологических данных больные распределились на следующие группы: I группа - простой формы пузырного заноса - 35 пациенток (67,2%), II группа - составили больные с пролиферирующей формой пузырного заноса - 14 пациенток (26,6%), III группа - инвазивный пузырный занос - 4 пациентки (6,2%). Возраст женщин варьировал от 21 до 43 лет (в среднем $31,0 \pm 0,6$ года). В I группе достоверно преобладали женщины в возрасте от 21-40 лет, женщины с пролиферирующим пузырным заносом были в возрасте от 31 до 40 лет. При изучении репродуктивного анамнеза обследованных женщин было установлено, что первобеременных женщин было 13 (24,8%), повторно беременных - 40 (75,2%) в анамнезе у них также встречалась неразвивающаяся беременность. При изучении менструальной функции у женщин с пузырным заносом установлено что поздние менархе (60%) является прогностический неблагоприятным признаком, так как у таких женщин чаще развиваются пролиферирующие и инвазивные формы пузырного заноса. Гинекологические заболевания были в анамнезе у 55,7% женщин: воспалительные заболевания матки и придатков — у 42,9%, эрозия шейки матки - у 12,8%. Простой пузырный занос чаще всего развивался на фоне неразвивающейся беременности (42,8%), после неполного самопроизвольного выкидыша (16,2%), на фоне первой беременности (37,8%), после внематочной беременности (1,8%). Пролиферирующая форма пузырного заноса развивалась после самопроизвольного выкидыша в 41,6% случаев, замершей беременности - в 35% случаев, родов — 8,6%, после внематочной беременности - 8,4%, на фоне первой беременности - 37,8%. Анализ жалоб показал, что в основном женщин беспокоили кровянистые выделения из половых путей (75,4 % случаев), боли в низу живота и явления токсикоза (19,2%), несоответствие размеров матки сроку гестации имело место в 49,1% случаев. Достоверных различий по клиническим симптомам заболевания не было. При пузырном заносе уровень ХГЧ превышал нормативные значения от 3 до 10 раз при гестационном сроке свыше 12 недель. Всем пациенткам с пузырным заносом, была проведена мануальная вакуум-аспирация, при этом эффективность и чувствительность данного метода лечения составили 98,6%.

Заключение: Женщины в возрасте старше 30 лет и с I и II группами крови достоверно чаще имели высокий риск развития пузырного заноса. Одним из критериев диагноза может быть отсутствие снижения уровня ХГ в сыворотке крови после 12 недель беременности. Всем

беременным женщинам в I триместре беременности для ранней диагностики необходимо комплексное динамическое наблюдение, которое позволяет своевременно выявить осложнения гестационного процесса, что, в свою очередь, является залогом эффективного лечения.

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

ЭНДЕМИК БЎҚОҚЛИ АЁЛЛАРДА ПЕРИНАТАЛ КЎРСАТКИЧЛАР

О.А.Якубова¹, Д.Б.Исакова¹.

¹Андижон тиббиёт институти

Эндокринолог билан биргаликда аниқланган эндемик бўқоқли аёлларнинг 126 туғруқ тарихининг ретроспектив ва проспектив таҳлили ўтказилди. Йод етишмовчилик регионларда аёлларнинг репродуктив фаолияти бузилади: ҳомила ташлаш ва ўлик туғишлар, перинатал ва болалар ўлими сони кўпаяди. Бу ўз навбатида қалқонсимон без фаолияти коррекциясининг ўтказилишини нафақат ҳомиладорликда балки ҳомиладорликдан олдин ҳам ўтказилиши зарур.

Калит сўзлар: *ҳомиладорлик, эндемик бўқоқ, перинатал кўрсаткичлар*

**THE PARTICULARITIES OF THE CURRENT TO PREGNANCY, SORT AND
PERENITAL UPSHOTS BESIDE WOMANS WITH ENDEMIC GOITER**

O.A.Yakubova¹, D.B.Isakova¹.

¹Andijan medical institute

It Is Organized retrospective and prospektiv study of 126 histories sort women with endemic goiter, diagnosed endokrinology. In iodine deficit region beside womans suffers reproductiv function, increases the amount an unset and destroy births, increases perenital and nursery death-rate. All this dictates need to correction to activity of the thyroid gland during pregnancy not only, but also before its approach.

Key words: *pregnancy, endemic goiter, perinatal outcomes.*

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН С ЭНДЕМИЧЕСКИМ ЗОБОМ

О.А.Якубова¹, Д.Б.Исакова¹.

¹Андижанский медицинский институт

Проведено ретроспективное и проспективное изучение 126 историй родов женщин с эндемическим зобом, диагностированного эндокринологом. Установлено, что в йоддефицитных регионах у женщин страдает репродуктивная функция с увеличением числа выкидышей и мертворождений, повышением перинатальной смертности. Все это диктует

необходимость коррекции деятельности щитовидной железы не только во время беременности, но и до её наступления.

Ключевые слова: *беременность, эндемический зоб, перинатальные исходы.*

Эндемический зоб - патология щитовидной железы, встречающиеся в географических районах с недостаточным содержанием йода в окружающей среде, к которым относится Ферганская долина и характеризуется увеличением щитовидной железы [3]. Беременность ограничивает резервы йода и приводит к состоянию относительной йодной недостаточности, которая проявляется гиперплазией щитовидной железы [1, 2, 4].

Цель исследования: Выявить особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы у женщин с эндемическим зобом.

Материал и методы исследования: Проведено ретроспективное и проспективное изучение 126 историй родов женщин с эндемическим зобом, диагностированного эндокринологом. Диагностика СОРП новорожденных проводилась путем оценки массоростового коэффициента (МРК). При МРК -55-60%- I степень СОРП, при 50-54% - СОРП II степени, при 45-49% СОРП III степени. Степень СОРП у недоношенных определялась по отношению дефицита массы тела к минимальной для этого гестационного срока массе тела в %.

Результаты и их обсуждение: Среди них первородящих было 72 (57,1%) и повторнородящих - 49 (38,8%), многорожавших - 5 (3,9%). Диагноз эндемического зоба выставлен у 30 (23,8%) женщин до 13 недель беременности, у 29 - (23%) от 14 до 26 недель, у 67- (53,1%) после 26 недель беременности. Следовательно, наибольшее число выявленных эндемическим зобом приходится на начало III триместра беременности.

Изучение возрастного состава показало, что до 20 лет было 38 (30,1%) беременных и в ретроспективной группе преобладали беременные 21-24 лет- 46 (36,5%) и 25-29 лет- 42 (33,3%) и большинство из них 88 (69,8%) - домохозяйки. Из соматического анамнеза выяснено, что 42,8% женщин перенесли детские инфекции, 15,7% в детстве часто отмечали простудные заболевания, 2,8% перенесли пневмонию, 26,4% - тонзиллит, 5,7% - ревматизм, 7,1% - гастрит, колит, 8,5% - перенесли вирусный гепатит, 4,2% переболели дизентерией. Аппендэктомия перенесли 2,14%, тонзилэктомию - 2,8%. Таким образом, преобладающее количество беременных с эндемическим зобом перенесли различного рода инфекционно-воспалительные заболевания. У 58 (41,4%) женщин отмечалось запоздалое менархе (после 15 лет). Изучение акушерского анамнеза показало, что у 17 (13,4%) женщин было бесплодие, у 26,9%-выкидыши и у 9- (7,1%) мертворождение.

Следовательно, у женщин с гиперплазией щитовидной железы уже изначально были выявлены нарушения со стороны репродуктивной системы, которая проявлялась нарушением менструальной функции и торможением наступления беременности. Анализ индивидуальных карт беременных с эндемическим зобом показал, что у 58 (46,03%) женщин гиперплазия щитовидной железы была выявлена уже в I триместре, то есть при первой явке, когда обследуется беременная, у 68 (53,1%) в последующих триместрах в родильном комплексе в отделении патологии беременных. Таким образом, диагностика эндемического зоба больше осуществлялась в последнем триместре беременности. Интергенетический интервал у повторнородящих до 1 года составил у 9 (7,1%), 1 год - у 24 (19,04%), 2 года- у 19 (15,07%), 3 года- у 8 (6,3%) и более 3 лет- у 4(3,1%). Таким образом, число женщин с эндемическим зобом и низким интергенетическим интервалом превалирует, что составляет более трети обследованных. Изучение течения данной беременности показало, что у 48 (34,3%) женщин в I половине беременности отмечался ранний токсикоз в виде рвоты беременных и птоализма. Следовательно, почти у каждой третьей беременной с эндемическим зобом наблюдались признаки раннего токсикоза беременных.

У 66,4% женщин ретроспективной группы за всю беременность прибавка массы тела составила в среднем $7,26 \pm 5,42$ кг, у 10,7% за время беременности прибавки массы тела не отмечалось, а у 8 (5,7%) женщин в конце беременности был выявлен дефицит массы тела от 1 до 8 кг. Таким образом, у беременных с эндемическим зобом выявлена недостаточная прибавка или дефицит массы тела. Железодефицитная анемия (ЖДА) легкой степени выявлена у 9(7,1%), средней у 73 (57,9%), тяжелой степени у 44 (34,9%). Следовательно, почти 92% обследованных страдали ЖДА средней и тяжелой степени. Гипертензивные состояния беременных наблюдались у 23 (18,2%). У данных беременных постоянными симптомами являлись протеинурия, головные боли уже при диастолическом давлении 90-100 мм.рт.ст.

Нарушение функции щитовидной железы оказывает неблагоприятное влияние на фетоплацентарный комплекс, что проявляется развитием плацентарной недостаточностью у 38 беременных (30,1%), подтвержденной ультразвуковым исследованием. Беременность закончилась срочными родами у 122 (87,1%) женщин, преждевременными у 18 (12,9%). Средняя продолжительность родов у первородящих составила 11 ч 30 мин \pm 3 ч 41 мин, у повторнородящих - 9 ч 13 мин \pm 2ч 15 мин. Течение родов у 32 (25,3%) женщин наблюдалось несвоевременное излитие околоплодных вод, у 18 (14,2%)-аномалии родовой деятельности, у 15 (11,9%)- нарушение отделения плаценты. Родилось 126 новорожденных из них 102 (80,7%) доношенных, 24(19,7%) - недоношенных. В асфиксии легкой степени родилось 47 (37,3%) новорожденных, в асфиксии средней степени-39 (30,9%) и в асфиксии тяжелой степени - 36 (28,5%), 4 (3,1%)-мертвоорожденных.

У 2 повторнобеременных произошла антенатальная гибель плода во II триместре (19-22 нед) у 2 - в III триместре (34-36 нед) беременности и после рождения выявлена задержка внутриутробного развития (СОРП) III ст., в 1 случае у роженицы с преждевременным излитием околоплодных вод и слабостью родовой деятельности произошла интранатальная гибель плода с СОРП. 2 недоношенных новорожденных с СОРП, родившиеся в асфиксии средней ст. погибли в раннем неонатальном периоде. Следовательно, у женщин страдающих эндемическим зобом наблюдалось рождение детей в асфиксии средней и тяжёлой степени, с последующей гибелью новорожденных имеющих признаки СОРП II и III степени. Таким образом, в йододефицитных регионах у женщин страдает репродуктивная функция, увеличивается количество выкидышей и мертворождений, повышается перинатальная смертность. Все это диктует необходимость коррекции деятельности щитовидной железы не только во время беременности, но и до её наступления.

Литература:

1. Герасимов Н.А. Эпидемиология, профилактика и лечение йоддефицитных заболеваний в Российской Федерации. Тиреоид Россия. Сборник лекций. М., 1997; 39-40
2. Репродуктивная эндокринология. Под ред. С.С.К. Йене Р.Б.Джафф М:Медицина 2008; 1;587-609
3. Патогенетическая терапия эутиреоидного зоба. Consilium medicum, 2012;4;10; 516-520
4. Effect of iodine agents in the thyroïdal and reproductive status of pregnant females mith diffuse endemic goites. Yene R.B.Djaff, Meditsina 2008; 1;587-609



ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
WWW.FISTI.UZ

