



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**



Научно-практическая конференция " Буд
акушерства гинекологии, репродуктолог
перинатальной медицины", посвящённая
профессора Аюповой Ф.М. и всех наших нас
акушер-гинекологов Узбекистана



**Научно-практическая конференция с
международным участием**

**«Будущее акушерства-гинекологии,
репродуктологии и перинатальной
медицины», посвященная памяти
профессора Аюповой Ф.М.**

Программа и приглашение

30 апреля - 1-2 МАЯ, гостиница Захид-Зарафшан, БУХАРА

Памяти профессора

АЮПОВОЙ ФАРИДЫ МИРЗАЕВНЫ

доктор медицинских наук, профессор



(21.11.1957-

12.12.2021)

Аюпова Фарида
Мирзаевна (21.11.1957-
12.12.2021) — профессор,
д.м.н. Более 20 лет работала
заведующей кафедрой
акушерства и гинекологии
Ташкентской медицинской
академии. Ведущий
акушер-гинеколог страны,
известная зарубежом.
Выпустила более 40
докторов и кандидатов
наук, многие из которых
сейчас возглавляют

кафедры, перинатальные центры Республики, очень много кадров ее подготовлено для областей Республики. Являлась членом Ученого Совета ТМА, членом Научного Совета по защитам, Председателем Научного семинара при Научном Совете. Являлась делегатом многих конгрессов Европы и мира, где выступала с докладами. Была руководителем грантовых научных проектов, внесла огромный вклад в развитие акушерской и гинекологической науки в Узбекистане. Была прекрасным специалистом акушер-гинекологом, благодаря ей тысячи семей имели здоровых и умных детей.

Светлая память о профессоре Аюповой Фариды Мирзаевны навсегда останется в наших сердцах!

ПОРЯДОК РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ

Место проведения конференции:

Offline –гостиница **Захид-Зарафшан** Актовый зал (г. Бухара, ул. Наваи, 18), Новый кампус БГМИ

Online – платформа – Подключиться к конференции **Zoom**

<https://zoom.us/j/93837071327?pwd=VGNIak5GRXIPUEILbXpHaFB0ZHc4Zz09> Идентификатор конференции: **938 3707 1327**

Код доступа: 12345

30 апреля 2023г

Прекурс Premium Medical Education Лекция и мастер-класс Буйнова Виктория Анатольевна «Пренатальный скрининг первого триместра беременности по алгоритмам FMF и ISUOG» Курс теоретический с практическим мастер-классом для врачей УЗД. Начало: 13.00 и 18.00 1 мая 2023 г.

8:00 – 9:00 Регистрация участников конференции

9:00 – 10:00 Торжественное открытие конференции

10:00 – 13:30 Пленарное заседание **13:30 – 14:00** Перерыв на обед

14:00 – 18:00 Работа секций **18:00 – 18:30** Резолюция конференции

СЕКЦИЯ 1.

Инновационные диагностические и лечебные мероприятия в акушерстве

СЕКЦИЯ 2

Актуальные вопросы в акушерстве. Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики гинекологических заболеваний.

СЕКЦИЯ 3.

Пути решения бесплодия и проблемы ВРТ в современном мире.

СЕКЦИЯ 4.

Актуальные вопросы эстетической гинекологии; Здоровье женщины в возрасте 40+

СЕКЦИЯ 5.

Секция молодых ученых

2 мая 2023г

СЕКЦИЯ 1. Современные методы диагностики и лечения

акушерско – гинекологических заболеваний

СЕКЦИЯ 2. Научные подходы и решения проблем

в акушерстве и гинекологии

Мастер классы

Регламент докладов:

доклад на пленарном заседании – до 15 минут доклад на секциях – от 10- до 15 минут



9:00 ТОРЖЕСТВЕННОЕ ОТКРЫТИЕ

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО

Иноятов А. Ш.

*Министр здравоохранения
Республики Узбекистан*

Баситханова Э.И.

*Заместитель министра по
охране материнства и детства
Республики Узбекистан*

Тешаев Ш.Ж.

*Ректор Бухарского
медицинского института,
Бухара, Узбекистан*

Абдуллаева Л.М.

*доктор медицинских наук, доцент,
главный акушер-гинеколог РУз,
член Правления Ассоциации
Акушеров-гинекологов РУз
Ташкент, Узбекистан*

Организаторы:

**Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Бухарский государственный медицинский институт
Ассоциация акушер-гинекологов Узбекистана
Дагестанский государственный медицинский институт**



**ПЛЕНАРНОЕ
ЗАСЕДАНИЕ**

10:00- 13:30 (Регламент докладов 15 минут)

Место проведения: Гостиница Захид Зарафшан Актовый зал

Подключиться к конференции Zoom

[https://zoom.us/j/93837071327?pwd=VGNIak5GRXIPUEILbXpHa](https://zoom.us/j/93837071327?pwd=VGNIak5GRXIPUEILbXpHaFB0Znc4Zz09)

[FB0Znc4Zz09](https://zoom.us/j/93837071327?pwd=VGNIak5GRXIPUEILbXpHaFB0Znc4Zz09) Идентификатор конференции: **938 3707 1327**

Код доступа: 12345

10:00
10:15



РАДЗИНСКИЙ ВИКТОР ЕВСЕЕВИЧ

*Профессор, доктор медицинских наук,
заведующий кафедрой акушерства и
гинекологии с курсом перинатологии
РУДН, вице-президент Российского
общества акушеров-гинекологов.*

Россия, Москва

11:00
11:15



СЕУЛ КИ КИМ

*Репродуктолог-эндокринолог, профессор
кафедры акушерства и гинекологии больницы
Бунданг, Сеульского национального
университета*

Южная Корея

*«Лечение эндометриомы для оптимизации будущей
фертильности»*

11:15
11:30



ЕНЬКОВА ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА

*Доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой акушерства и гинекологии
№2 Воронежского государственного
медицинского университета им. Н.Н. Бурденко*

Воронеж, Россия

*«Обоснованные и необоснованные показания к кесареву сечению.
КТГ как метод диагностики дистресс плода»*



11:30
11:45



ВЯЧЕСЛАВ НОТАНОВИЧ ЛОКШИН
*Профессор, академик НАН РК, президент
КАРМ.*

Казахстан

«Современные возможности ВРТ в лечении бесплодия»

11:45
12:00



ОРАЗОВ МЕКАН РАХИМБЕРДЫЕВИЧ
*д.м.н., профессор кафедры акушерства-
гинекологии с курсом перинатологии
медицинского института РУДН*

Россия, Москва

*«Тонкая настройка: как исправить «аритмию» менструального
цикла»*

12:00
12:15



СТРУК ТАТЬЯНА АНАТОЛЬЕВНА
*к.м.н., доцент кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии ХМАПО.*

Украина, Харьков

*«Лишний вес и гормонотерапия. Как безопасно совместить и
эффективно выбрать?»*

12:15
12:30



ЦХАЙ ВИТАЛИЙ БОРИСОВИЧ
*д.м.н., профессор, заведующий кафедрой
перинатологии, акушерства и
гинекологии Красноярского
государственного медицинского
университета.*

Россия, Красноярск

*«Новые органосберегающие технологии при массивных акушерских
кровотечениях: мировые тренды и
собственный опыт»*



12:30
12:45



БАЕВ ОЛЕГ РАДОМИРОВИЧ

*д.м.н., профессор, научный центр акуш.ва,
гинекологии и перинатологии имени академика
В.И. Кулакова, руководитель родильного
отделения*

Москва, Россия

« Кардиотокография в родах»

12:45
13:00



РЕНЕ РОТТЕНБЕРГ

*Профессор, акушер-гинеколог,
урогинеколог*

Женева, Швейцария

*«Лечение заболеваний тазового дна: недержание мочи,
пролапса и другие консервативные и хирургические
варианты»*

13:00
13:15



ИСЕНОВА САУЛЕ ШАЙКЕНОВНА

*д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и
гинекологии Казахского национального
университета им. С. Д. Асфендиярова*

Алма-ата, Казахстан

«Желанная беременность после ЭКО»

13:15
13:30



ИХТИЯРОВА ГУЛЧЕХРА АКМАЛОВНА

*DSc., профессор, зав.кафедрой Акушерства и
гинекологии №1 Бухарского государственного
медицинского института.*

Бухара, Узбекистан

*«Пути снижения материнских и перинатальных патологий.
Предгравидарная подготовка»*

ПЕРЕРЫВ НА ОБЕД

13:30 - 14:00 (обед)



1- Секция: Инновационные диагностические и лечебные мероприятия в акушерстве

**Модераторы: проф. Баев О.Р., проф. Абдуллаева Л.М.,
проф. Енькова Е.В., Уринбаева Н.А.**

Начало 14. 00

№	Ф.И.О.	Должность
1.	Бабаджанова Г.С. 14.00-14.15	д.м.н., профессор кафедры Акушерства и гинекологии ТМА, Ташкент. "Влияние венозного полнокровия органов малого таза на развитие акушерских осложнений и кровотечений"
2.	Абдуллаева Л.М. 14.15-14.30	д.м.н., доцент, главный акушер-гинеколог РУз, член Правления Ассоциации Акушеров-гинекологов РУз, Ташкент. «Выбор метода контрацепции после абдоминальных родов, у женщин с избыточной массой тела»
3.	Буйнова Виктория Анатольевна 14.30-14.45	Врач акушер-гинеколог, врач УЗД, генетик, лицензированный специалист FMF, член ISUOG, ESHRE. Зам главврача по акушерству и гинекологии медицинской сети Одрекс, Украина «Роль ультразвука в предикции спонтанных преждевременных родов. Обзор международных рекомендаций»
4.	Каттаходжаева М.Х. 14.45-15.00	д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии Ташкентского государственного стоматологического института, член-корреспондент Российской Медико-технической Академии, Ташкент. "Комплексный подход к проведению индукции родов и профилактики кровотечений"
5.	Зуфарова Ш.А. 15.00-15.15	д.м.н., профессор, директор Репродуктивного центра, Ташкент. «Оптимизация мер по подготовке женщин к беременности»
6.	Каримова Феруза Джавдатовна 15.15-15.30	д.м.н., проф. зав. кафедрой акушерства и гинекологии ЦРМКМР, Ташкент «Принципы этапного лечения и профилактики герпетической инфекции вне и во время беременности»



7.	Муминова Н.Х. 15.30-15.45	DSc., проф., директор филиала ЦРПКМР, Ташкент «Современный подход к диагностике и коррекции кровотечений в акушерско- гинекологической практике»
8.	Матякубова Саломат Александровна 15.45-16.00	д.м.н., доцент, директор Хорезмского перинатального центра, Хорезм «Неизбежная ситуация при акушерских кровотечениях, новый взгляд на текущую ситуацию»
9.	Ниязметов Рахматулло Эрматович 16.00-16.15	проф. кафедры акушерства и гинекологии ЦРМКМР, Ташкент «Кардиопульмональный шок на фоне эмболий амниотической жидкостью. Неотложная помощь и акушерская тактика»
10.	Мусаходжаева Д.А., Садилова Х.З., Жумаева Д.М. 16.15-16.30	Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент «Роль сосудистых факторов роста в патогенезе плацентарной недостаточности»
11.	Муратова Н.Д. 16.30-16.45	д.м.н., доцент кафедры Акушерства и гинекологии ТГСИ, Ташкент. "Совершенствование терапии рецидивов вагинальных инфекций у беременных как профилактика тяжелых акушерских осложнений"
12.	Умарова Наргиза Мирзаевна 16.45-17.00	к.м.н., глав. врач род. комплекса № 3, Самарканд «Возможности комплексной функциональной диагностики и предикторы оценки расхождения швов на матке после кесарева сечения»
13.	Худоярова Дилдора Рахимовна 17.00-17.15	д.м.н., доцент Зав кафедрой Акушерства и гинекологии №1, Самарканд «Фетоплацентарная недостаточность, как современная проблема перинатологии»
14.	Ким Владимир Сафронович 17.15-17.30	Глав. врач. №1 акушерского комп., г. Самарканд «Реабилитация женщин, перенесших COVID- 19 при беременности»



2-СЕКЦИЯ: Актуальные вопросы в акушерстве. Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики гинекологических заболеваний.

**МОДЕРАТОРЫ: проф. Джаббарова Ю.К.,
проф. Каримов А.Х, проф. Туксанова Д.И.**

Начало- 14. 00

1.	Джаббарова Юлдуз Касымовна 14.00-14.15	Доктор медицинских наук, профессор, Ташкент "Персонализированный подход к ведению беременных с железодефицитной анемией"
2.	Каримов А.Х., Эгамова С.Н. 14.15.-14.30	д.м.н., проф. кафедры акушерства, гинекологии №2 ТМА, Ташкент «Роль медико-социальных факторов в формировании билиарного сладжа у беременных»
3.	Туксанова Д.И. 14.30-14.45	DSc., проф., зав.каф. Акушерства и гинекологии №2 БГМИ, Бухара «Пути снижения материнской смертности: Новый взгляд акушерским кровотечениям»
4.	Каримова Н.Н. 14.45-15.00	DSc., проф. каф. Акушерства и гинекологии №1 БГМИ, Бухара «Современный взгляд на этиопатогенетическое лечение вульвовагинитов»
5.	Якубова Олтиной Абдуганиевна 15.00-15.15	д.м.н., доцент, зав. кафедрой акушерства, гинекологии и онкологии ФУВ и ПВ АндГосМИ "Гормональная коррекция ювенильной дисменореи"
6.	Нигматова Гулнара Махсудовна 15.15-15.30	к.м.н., доц. каф. Акушерства и гинекологии ТМА «Инновационный подход реабилитации женщин после ампутации матки в репродуктивном возрасте»
7.	Матризаева Г.Ж 15.30-15.45	д.м.н., зав.каф. Акушерства и гинекологии, Хорезм «Диагностические аспекты невынашивания беременности в первом триместре у женщин, проживающих в зоне Приаралья»
8.	Каримов А. Х., Талипова М.А. 15.45-16.00	д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ТМА «Современная диагностика и прогнозирование патологии эндометрия»



9.	Саркисова Л. В. 16.00-16.15	к.м.н., доцент кафедры акушерства-гинекологии №1БГМИ, Бухара «Дифференцированные подходы прогнозирования и диагностики преждевременных родов»
10.	Хикматова Нигина Иззатуллаевна 16.15-16.30	DSc. доц. каф. Акушерства и гинекологии №1БГМИ, Бухара “Патогенетическое обоснование подходов к диагностике, лечению и реабилитации женщин, страдающих бесплодием воспалительного генеза”
11.	Шокирова Садокатхон Мухамматсолиевна 16.30-16.40	PhD, доцент кафедры акушерства и гинекологии АГМИ, Андижан «Патоморфологические изменения яичников при бесплодии»
12.	Расулева Тахмина Абдуалиевна 16.40-16.50	к.м.н., PhD, врач эндокринолог Центр репродуктивного здоровья женщин «Медиофарм ЭКО», Ташкент «Значение уровня тиреотропного гормона при ВРТ»
13.	Орипова Феруза Шапулатовна 16.50-17.00	PhD, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1БГМИ “Воспалительный процесс органов гениталия, как фактор риска развития эндометриоза яичника”
14.	Насирова Зебинисо Азизовна 17.00-17.10	PhD., доцент Самаркандский государственный медицинский университет, факультет последипломного образования, кафедра акушерства и гинекологии «Клинико-иммунологические аспекты Sars-Cov-2 у беременных женщин»
15.	Ахмаджонова Гулноза Муродовна 17.10-17.20	Доктор философии, доцент Андижанский государственный мед. институт, г. Андижан «Проблема невынашивания, современный взгляд на решение проблемы»
16.	Юсупова Умида Машарифовна 17.20- 17.30	PhD, доцент. Андижанский Государственный медицинский институт «Профилактика осложнений у женщин с внутриматочной спиралью в разные сроки после беременности».



**3-СЕКЦИЯ: Пути решения бесплодия и проблемы ВРТ
в современном мире.**

**МОДЕРАТОРЫ: проф. Локшин В. Н., проф. Зуфарова
Ш.А., к.м.н. Иргашев Д. С., DSc. Хикматова Н.И.**

Начало- 14. 00

1.	Вячеслав Нотанович Локшин 14.00-14.15	Профессор, академик НАН РК, президент КАРМ, Казахстан “ ВРТ у женщин старшего репродуктивного возраста”
2.	Доктор Кишан П.В. 14.15-14.30	MBBS, MD, DM SANZYME P LTD, Индия “Последние достижения в области ЭКО”
3.	Есаян Роза Михайловна 14.30-14.45	Руководитель терапевтического отделения ФГБУ "НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова" МЗ РФ, врач эндокринолог, к.м.н., Москва, Россия. «Профилактика углеводных нарушений при планировании беременности в программе ЭКО»
4.	Виноградова Мария Алексеевна 14.45-15.00	Доцент кафедры гематологии и трансфузиологии имени академиков И.А Кассирского и А.И.Воробьева ФГБОУ РМАНПО Минздрава РФ, врач гематолог, специалист в области гемостаза, к.м.н., Москва, Россия. «Роль гематолога в оптимизации исходов беременности и ВРТ»
5.	Онлас Анна Руслановна 15.00-15.15	Врач акушер – гинеколог, репродуктолог, Институт Репродуктивной медицины, Алматы, Казахстан. «Проблемы клинического обследования пар в лечении бесплодия, взгляд врача репродуктолога»
6.	Рузиева Нодира Хакимовна 15.15-15.30	д.м.н., доцент каф. Акушерства и гинекологии ТашПМИ «Влияние нарушения микробиома на состояние репродуктивной системы женщин»
7.	Саиджалилова Дилноза Джавдатовна	д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ТМА «Бесплодие и эндометриоз»



	15.30-15.45	
8.	Енькова Валерия Владимировна 15.45-16.00	к.м.н., младший научный сотрудник МОНИИАГ. Ассистент кафедры акушерства и гинекологии Воронежский государственный медицинский университет, Россия «Метаболические нарушения и нарушения репродуктивной функции»
9.	Караманян Артур Араатович 16.00-16.15	Клиника Mediofarm Hospital, заведующий отделением репродуктологии, Ташкент “Эндометриоз-ассоциированное бесплодие: обзор тактики ведения”
10.	Юлдашев Маруфджон Абидович 16.15-16.30	Глав врач клиники "Mediofarm ЭКО" врач высшей категории, Ташкент "Роль ДНК фрагментации сперматозоидов в профилактике ранних потерь беременности"
11.	Мирзахедова Наргиз Алисултановна 16.30-16.45	Заведующая отделением ВРТ в Институте репродуктивной медицины и генетики, Ташкент. «Повышение эффективности программ ЭКО при тонком эндометрии»
12.	Мавлянова Н.Н. 16.45-17.00	д.м.н научный-руководитель поликлиники ГУ РСНПМЦАиГ, Ташкент “Роль адипозных стволовых клеток при синдроме Ашермана”
12.	Ходжаева Азиза Сагдуллаевна 17.00-17.10	Доктор медицинских наук, профессор, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г.Ташкент «Пути коррекции фолликулогенеза»
13.	Максудова Мухайё Мансуровна 17.10-17.20	Акушер-Гинеколог, Репродуктолог ЭКО клиника «Siz Ona Bulasiz», г. Ташкент «Оптимизация протоколов стимуляции ЭКО Опыт клиники «Siz Ona Bo`lasiz»
15.	Шодиев Ботур Вахобжонович 17.20-17.30	PhD, Репродуктолог-гинеколог эндохирург клиники Doctor D IVF, Ташкент «Перспективы исходов ЭКО и первого триместра беременности у женщин бесплодием трубного генеза»
16.	Музаффарова Муhiba Хамзаевна 17.30-17.40	Акушер-Гинеколог, Репродуктолог, Ташкент «Молекулярно -генетическое прогнозирование исходов у женщин с СПКЯ»



3- секция *Актуальные вопросы эстетической гинекологии; Здоровье женщины в возрасте 40+*

Модераторы: проф. Саиджалилова Д.Дж., проф. Каюмова Д.Т., к.м.н Гафуров Ж. М.

Начало- 14. 00

1.	Радзинский Виктор Евсеевич 14.00-14.15	засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, профессор, Россия “Старение, пролапс и сексуальная дисфункция – мировая проблема”
2.	Каттаходжаева М.Х. 14.15-14.30	д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ТГСИ, член-корреспондент Российской Медико-технической Академии, Ташкент "Современные тенденции комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза "
3.	Фириченко Сергей Викторович 14.30-14.45	д.м.н., врач акушер-гинеколог высшей категории, онкогинеколог, клиника «EVERON», Россия «Конизация шейки матки. Баланс между эффективностью и безопасностью»
4.	Dr René Rottenberg 14.45-15.00	Профессор Акушер-гинеколог, урогинеколог. Женева, Швейцария «Диагностические средства в урогинекологии»
5.	Садыкова Малохат Шарафутдиновна 15.00-15.15	к.м.н., акушер — гинеколог. Center Dubai, UAE American Medical. «Комплексный уход и лазерные технологии после родов»
7.	Гафуров Жaxonгир Муминович 15.30-15.45	PhD, руководитель курса первичной специализации по эндогинекологии при РПЦ. Зав. отделением гинекологии Республиканского перинатального центра, Ташкент «Генитальный пролапс инновационные пути решения»
8.	Красильникова А.К., Малышкина А.И., Бойко Е.Л. 15.45-16.00	д.м.н., проф., Иваново, Россия «Консультативный прием: ранняя диагностика эндометриоз и персонифицированный подход в лечении»



9.	Исанбаева Ландыш Мухамедзакиевна 16.00-16.15	д.м.н., доцент кафедры Акушерства гинекологии и Перинатальной медицины ЦРПКМР, Ташкент «Современные возможности патогенетического лечения дисгормональных заболеваний молочных желез»
10.	Иргашева Севара Уткуровна 16.15-16.30	д.м.н., с.н.с. ведущий специалист отдела по подготовке кадров, Ташкент «Менопаузальный переход: консультирование и вопросы рациональной терапии»
11.	Каюмова Дилрабо Талмасовна 16.30-16.45	д.м.н., доцент кафедры Акушерства гинекологии ТМА “Обзор современных методов лечения женщин с вульвовагинитами”
12.	Кариев Саидахроп Саидасланович 16.45-17.00	DSc, Доцент кафедры урологии и андрологии, Member of ESD committee, Member of IUS, Active member EAU, EULIS «Женское здоровье: урологические аспекты»
13.	Мусаева Нуржан Акылбековна 17.00-17.10	к.м.н. доцент кафедры Акушерство и Гинекологии Международной Высшей Школы Медицины. Клинический Родильный дом №1, Бишкек, Кыргызстан. «Оптимизация медпомощи женщинам северных регионов Кыргызстана с генитальным пролапсом»
13.	Эседова Асият Эседовна 17.10-17.20	Проф. д.м.н., зав. каф. акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов Дагестанского государственного медицинского института «Аномальные маточные кровотечения»
14.	Идрисова Муминат Абдусаламовна 17.20-17.30	к.м.н. зав. учебной частью кафедры Акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов Дагестанского государственного медицинского института «Современный взгляд на проблему у остеопороза у женщин с ожирением в менопаузе»



4-СЕКЦИЯ “МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ”

Модераторы:

д.м.н., проф. Муминова Н.Х., а М.М., проф. Ходжаева А.С., доц. Ахмедов Ф.К.

Начало 14.00

№	Ф.И.О.	Должность
1.	Мирзаева Н., Муминова Н. Х. 14.00- 14.10	ЦРПКМР, филиал Наманган “Сравнительный анализ невынашивание беременности”
2.	Кабыл Б.К. 14.10- 14.20	Ассистент кафедры А и Г Казахского националь- ного университета им С. Д. Асфендиярова «Предикторы и факторы риска спонтанных преждевременных родов»
3.	Зоитова Нилюфар Маъмуржановна 14.20-14.30	Акушер-Гинеколог, Репродуктолог ЭКО клиника «Siz Ona Bo`lasiz», г. Ташкент «Подготовка супружеских пар к ЭКО с различными показателями ферритина»
4.	Поянов Отаниёз Йулдош угли 14.40- 14.50	Соискатель кафедры Акушерства и гинекологии №1 БГМИ, врач перинатального центра г. Карши «Оптимизация подходов к прогнозированию и профилактике послеродовых кровотечений на основе оценки иммунных изменений»
5.	Раззакова Н.С., Бекбаулиева Г.Н. 14.50- 15.00	ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТМА «Значение исследования аллоантител у женщин при резус отрицательной беременности без иммунизации»
6.	Алиева Аида Запировна 15.00- 15.10	Ассистент кафедры Акушерства и гинекологии Дагестанского государственного медицинского института «Иммуноцитохимия как диагностический критерий перинатальных осложнений у беременных с заболеваниями щитовидной железы»
7.	Сафарова Лола Алиаскаровна 15.10- 15.20	докторант кафедры акушерства и гинекологии ТМА



		«Особенности химического состава и свертываемости крови у пациенток с ВИЧ во время беременности»
8.	Мирзаева Дилфуза Ботиржоновна 15.20- 15.30	Ассистент кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентской медицинской академии “Роль полиморфизма гена прогестеронового рецептора (prg) у женщин с эко в развитии невынашивания”
9.	Реймова Минайым Калмурзаевна 15.30- 15.40	Ассистент кафедры Акушерства и гинекологии, Коракалпакстан «Бытовой травматизм при беременности в условиях Республики Коракалпакстан»
10.	Найимова Нилуфар Салимовна 15.40- 15.50	Соискатель каф. Акушерства и гинекологии №1БГМИ «Современные аспекты диагностики преждевременной недостаточности яичников и методы их коррекции»
11.	Саттарова К.А. 15.50- 16.00	ассистент каф акуш-гинекологии ТМА «Значение исследования аллоантител у женщин при резус- отрицательной беременности без иммунизации»
12.	Атаева Фарзона Нуриддиновна 16.00-16.10	Самаркандский медицинский государственный университет, кафедра акушерства и гинекологии №3 «Роль курорта «Нурбулок» в реабилитации у женщин с эндометриозом»
13.	Холматова Ширин Шухрат кизи 16.10- 16.20	Базовый докторант, I курс Ташкентский педиатрический медицинский институт «Травма мягких тканей родовых путей при родах у беременных с сахарным диабетом или гестационным диабетом»
14.	Собиров Фуркат Нигматуллаевич 16.20- 16.30	Ассистент кафедры Акушерства и гинекологии «Показатели гуморального иммунитета плода у беременных перенесших COVID 19»
15.	Узакова М.К. 16.30- 16.40	Ассистент кафедры Акушерства и гинекологии ТМА «Важность определения уровня NT pro-BNP у беременных с сердечными заболеваниями»



16.	Курбаниязова Мадина Зафаржановна 16.40- 16.50	Ассистент кафедры «Акушерства и гинекологии», Ургенчский филиал ТМА «Оптимизация стимуляции овуляции у женщин с СПКЯ Кломифен цитрат резистентностью нормальным массой тела»
17.	Абдуразакова Мухайё Дилшодовна 16.50- 17.00	Ассистент кафедры акушерства и гинекологии ТМА «Оптимизация ведения беременных с патологией желчевыводящих путей с целью снижения акушерских и перинатальных осложнений»
18.	Исмоилова Комола Гаибулла кизи 17.00- 17.10	Базовый докторант, I курс Ташкентский педиатрический медицинский институт «Оптимизация формирования менструального цикла у девочек-подростков с тиреоидной патологией»
19.	Джумаева С.Т., Муминова Н. Х. 17.10- 17.20	ТХКМРМ, Наваинский филиал “Эндометриоз: предикторы для ранней диагностики”
20	Тиллабаевна Дилноза Мурадовна 17.20- 17.30	Соискатель кафедры Акушерства и гинекологии, Наманган “ Современные лекарственные технологии в коррекции ретенционных кист яичников у девочек-подростков ”
21.	Шарипов Хуршид Бахромович 17.30-17.40	Самаркандский государственный медицинский университет, факультет последипломного образования, кафедра акушерства и гинекологии «Аргоновая плазма при экстренных гинекологических операциях: за и против»
22.	Шопулотов Шохрух Аслиддинович 17.40- 17.50	Резидент магистратуры 2 го года обучения, Самаркандский государственный медицинский университет «Гиперактивный мочевого пузырь и проблемы ранней диагностики»
23.	Абдусаматова Б.Э. 17.50- 18.00	соискатель Самаркандского Мед. Университета «Повышение качества медицинского обслуживания девочек – подростков»



2 мая 2023 г.

Место проведения: БГМИ, Новый кампус

Online – платформа – Подключиться к конференции

Zoom

<https://zoom.us/j/97488856569?pwd=UXRpc0JyQjE2M2YwYUllhXlydlF3Zz09>

Идентификатор конференции: 974

8885 6569 Код доступа: 12345

**1- Секция: Современные методы диагностики и лечения
акушерско – гинекологических заболеваний**

Модераторы: проф. Шперлинг Н.В., проф. Каттаходжаева М.Х., проф. Муминова Н.Х., доц. Рузиева Н.Х., д.м.н. Бекбаулиева Г.Н.

1.	Боярский Константин Юрьевич 9.30 – 10.00	заведующий отделением репродукции и планирования семьи, врач гинеколог-репродуктолог, врач высшей категории, кандидат медицинских наук, член Совета РАРЧ в период с 09.2009 по 09.2011 гг., член Европейского Общества Репродукции Человека и Эмбриологии ESHRE 1. «Эндокринное бесплодие. Сохранение репродуктивной функции». 2. «Анатомические причины бесплодия»
2.	Шперлинг Наталья Владимировна 10.00-11.00	венеролог, гинеколог, дерматолог, акушер, гинеколог-эндокринолог, детский гинеколог, со стажем 30 лет, доктор медицинских наук, высшая категория. “Иммунотерапия в практике акушера- гинеколога” Трубноперитонеальное бесплодие”
3.	Курбонбекова Д.С. Школа по безопасному аборту 11.00-12. 00	к.м.н, Центр Здоровья Женщин “Обновленный протокол по безопасному прерыванию беременности МЗ РУз”
4.	Родика Комендант	д.м.н., доц. Государственного медико-фармацевтического университета “Николае



		Тестемицану” Республики Молдовы, директор Регионального центра. “Рекомендации ВОЗ 2022 г. по безопасному аборту. Медикаментозный аборт с помощью телемедицины. Региональный опыт и новые перспективы повышения доступности и качества услуг.
5.	Церетели Тамара	к.м.н., координатор проекта Gynuity Health Projects, USA Безопасность и приемлимость услуги медикаментозного аборта посредством телемедицины с использованием протокола “без тестирования”.
	Caron Kim	WHO Head Quarters, Женева. «Руководство по уходу при прерывании беременности» новые рекомендации ВОЗ.
4.	Ихтиярова Гулчехра Акмаловна 12.00- 12. 20	Д.м.н., профессор, зав. кафедрой Акушерства и гинекологии №1 Бухми “Как повысить шанс сохранить беременность при инфекции ИМС”
5.	Каримова Нилуфар Набижановна 12.20- 12.40	Д.м.н., проф. кафедры Акушерства и гинекологии №1 Бухми «ИМВП у женщин. Фитотерапия: за и против»
6.	Дустова Нигора Кахрамоновна 12.40- 13.00	Д.м.н., доцент каф. Акушерства и гинекологии №1 Бухми «Коронавирусная инфекция Sars-Cov-2 и беременность. Профилактика и реабилитация ТЭО».



2- СЕКЦИЯ: “Научные подходы и решения проблем в акушерстве и гинекологии”

Модераторы: проф. Хамдамова М.Т., доц. Дустова Н.К., к.м.н.
Азимов Ф.Р. доц. Тошева И.И.

Начало 9.00 Регламент - 10 мин.

1.	Бозоров А.Г. 9.00-9.10	глав врач городского роддома г. Бухары, соискатель каф. Акушерства и гинекологии №1 БГМИ “Риск развития преждевременных родов у женщин с ИМТ»
2.	Матякубова Саломат Александровна 9.10-9.30	д.м.н., доцент, Директор Хорезмского перинатального центра «Инфекция мочевыводящих путей у беременных. Современные представления о лечении и профилактике»
3.	Гайбуллаева Динара Фатхуллаевна 9.30-9.40	старший преподаватель кафедры акушерства и гинекологии №1 ТМА “Ожирение- фактор риска развития преэклампсии”
4.	Давлятова Азиза 9.40-9.50	к.м.н., Самаркандский государственный медицинский университет «Особенности стоматологического статуса у женщин при первой беременности»
5.	Киличева О.О. 9.50-10.00	PhD, зам.глав врач городского роддома г. Бухары «Диагностическое значение измерения импедансометрии в акушерстве».
6.	Хатамова М. Т. 10.00-10.10	доцент кафедры Акушерства и гинекологии №2 БГМИ, г. Бухара « Аспекты морфологического и эндоскопического исследования при злокачественных новообразований желудка на фоне эндометриоза матки»
7.	Ашурова Н. Г. 10.10-10.20	доцент кафедры Акушерства и гинекологии №2 БГМИ, г. Бухара «Интегрированный подход к лечению альгодисменореи у девочек -подростков: взгляды Авиценны и современности»
8.	Каримова Г.К 10.20-10.30	PhD, доц. каф Акушерства и гинекологии №1



		«Биохимический скрининг для ранней диагностики гестационного диабета и его профилактики»
9.	Нарзуллаева Н.С. 10.30-10.40	PhD, доц. каф Акушерства и гинекологии №1 «Ранняя диагностика лейомиомы у женщин в менопаузе»
10.	Тошева И.И., Убайдуллаева С.И. 10.40-10.50	PhD, доц. каф Акушерства и гинекологии №1 Магистр каф. Акушерства и гинекологии №1 Бухми «Перинатальные исходы у плодов, осложненных преждевременным излитием плодных оболочек».
11.	Назаров Б. Б., Ниязметов Р.Э. 10.50-11.00	соискатель кафедры акушерства и гинекологии №2, Бухми « Инфекция мочевыводящих путей на фоне ПТО лечения и предоперационная подготовка»
12.	Кудратова Дилноза Шарифовна 11.00-11.10	Ташкентский государственный стоматологический институт, кафедра акушерства и гинекологии, PhD «Пренатальные предикторы риска развития внутриутробных аномалий развития плода»
13.	Насриддинова Ш.И. 11.10-11.20	PhD, ассистент каф Акушерства и гинекологии №1 «Менежмент Менопауза до и после пандемии»
14.	Курбанова З.Ш. 11.20-11.30	Ассистент каф. Акушерства и гинекологии №1, Бухми «Современные методы диагностики и профилактики синдрома поликистоза яичников различных форм»
15.	Хафизова Дилноза Бахадуровна 11.30- 11.40	Базовый докторант кафедры акушерства и гинекологии №1 БГМИ “Роль мультигенных тромбофилии у женщин с неблагоприятными исходами после экстракорпорального оплодотворения (эко)”
16,	Ярматова Шахло Закировна 11.40- 11.50	Соискатель кафедры Акушерства и гинекологии №1 БГМИ, Перинатальный центр города Карши «Ассоциативный анализ полиморфизма метионинсинтазы-редуктазы ile22 и гена mtrr (rs1801394) у женщин Узбекистана с ЭКО и неразвивающейся беременностью»
17.	Розикова Дилдора 11.50- 12.00	Докторант каф. Акушерства и гинекологии №1БГМИ



		«Ранняя диагностика эмбриохориальной недостаточности при риске репродуктивных потерь»
18.	Нурханова Нилуфар Одил кизи 12.00-12.10	Ассистент кафедры Акушерства и гинекологии №2 «Прогнозирования и оптимизации тактики ведения женщин с гиперплазией эндометрия в перименопаузальном периоде»
19.	Адизова Зебинисо Абдурахмоновна 12.10-12.20	Соискатель каф. Акушерства и гинекологии №1, Бухми «Контроль прогрессирования и рецидивирования миомы матки в амбулаторных условиях»
20.	Мирзаабдуллахожи ева Одина Усмонжон кизи 12.20-12.30	Соискатель кафедры Акушерства и гинекологии Андми «Комплексная профилактика осложнений беременности и иммуногенетические механизмы противовирусного ответа при хроническом вирусном гепатите В»
21.	Махмудова Шахруза Абдусалимовна 12.30-12.40	Соискатель каф. Акушерства и гинекологии №1, Бухми «Оптимизация терапии эндометриальных дисфункции у пациенток с хроническими сальпингоофоритами»
22.	Халимова Эъзола Мирзохидовна 12.40-12.50	Базовый докторант каф акушерства и гинекологии №1. «Молекулярные механизмы развития рецидивирующего поликистоза, современные методы диагностики и лечения»
23.	Бердиев Аброр Шокирович 12.50-13.00 Перерыв на обед 13.00-13.30	Докторант, каф. Акушерства и гинекологии №2 Бухми «Оптимизация тактики ведения беременности и родов у пациенток с недостаточностью митрального клапана»
24.	Нигматуллина Ильмира Ильдаровна 13.30-13.40	Соискатель кафедры Акушерства гинекологии №2 ЦРПКМР «Анализ результатов комбинированного скрининга хромосомной патологии плода в I триместре беременности»
25.	Хамидова Ш.Ш. 13.40-13.50	врач акушер-гинеколог, Бухарский областной Перинатальный центр



		«Прогностическая ценность иммуногормональных показателей в реализации противоопухолевого иммунитета при лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста»
26.	Азамкулова Нозима Одилжоновна 13.50-14.00	Аспирант второго года обучения РСНПМЦ АиГ, Ташкент «Особенности течения перименопаузы и оптимизация лечения климактерического синдрома у женщин, перенесших COVID-19»
27.	Наврүзова Нилуфар Орзижоновна 14.00-14.10	Ассистент каф. Акушерства и гинекологии №1 “Новые тенденции и возможности ранней диагностики и профилактики рака шейки матки”
28.	Киличева Вазира Акрамовна 14.10-14.20	Магистр 3 года обучения, ТМА “Яичниковая недостаточность и высокий ИМТ. Решение проблемы ВРТ”
29.	Ахмедова Азиза Тайировна 14.20- 14.30	PhD Самаркандский государственный медицинский университет, факультет последипломного образования, кафедра акушерства и гинекологии «Первая беременность: возраст и риски»
30.	Шарипова Н.М. 14.30-14.40	Врач акушер-гинеколог, Бухара «Роль витамина Д в прогнозировании преждевременных родов»
31.	Икрамова Холида Сохибовна 14.40-14.50	Ассистент кафедры, Ургенчского филиала ТМА «Прогностическое значение определения мелатонина у женщин с гормональным бесплодием»
32.	Мамирова М. У. 14.50-15.00	магистр 1 курса кафедры Акушерства и гинекологии ФПК ТМА «Усовершенствование контрацепции после оперативных родов у женщин с избыточной массой тела»
33.	Набиева Диёра Юлдашевна 15.00-15.10	докторант кафедры Акушерства и гинекологии, Андижанский медицинский институт “Анамнестические особенности женщин с преждевременной или ранней менопаузой”
34.	Насретдинова Д.Э. 15.10-15.20	Врач акушер-гинеколог, Бухара «Диагностическая значимость биохимических маркёров в прогнозировании преждевременных родов».
35.	Каюмова Гузал Мухторовна 15.20-15.30	Базовый докторант каф. Акушерства и гинекологии №1 БГМИ «Оценка микробиоценоза влагалища при преждевременном излитии плодных оболочек»



GEDEON RICHTER
INTERNATIONAL

inspiration

divine





Добрый день, глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!

От имени Министерства здравоохранения Республики Узбекистан приветствую участников и гостей на **Научно-практическую конференцию с международным участием «Будущее акушерства-гинекологии, репродуктологии и перинатальной медицины»**, посвященная памяти профессора Аюповой Фарида Мирзаевны.

В Республике Узбекистан осуществляется широкомасштабная работа по укреплению здоровья и повышению благосостояния населения, совершенствованию системы здравоохранения, в том числе и подготовке высококвалифицированных медицинских кадров. Охрана здоровья материнства и детства является одним из приоритетных и стратегических направлений государственной политики, и постоянно находится в центре внимания многоуважаемого Президента и Правительства.

От имени Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и от имени всех участников выражаю огромную благодарность уважаемой главе ассоциации акушер-гинекологов профессору заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов и президент ассоциации МАРС, доктор медицинских наук Радзинский Виктор Евсеевич, профессор, академик национальной академии наук РК, президент КАРМ Локшин Вячеслав Нотанович, президент ассоциации Пахомова Жанна Евгеньевна, президент ассоциации репродуктологов Иргашев Дилмурод Соатович, директора репродуктивных центров, перинатальных центров и главных врачей родильных домов, и также кафедру акушерства и гинекологии БухМИ во главе заведующей кафедры профессора Ихтиярову Гульчехру Акмаловну за организацию и проведение мероприятий, активное участие и поддержку наших ученых, за то, что зародили научную школу и традицию акушеров-гинекологов, которая не только объединяет участников конгресса, но и позволяет настроиться на обоюдовыгодный обмен результатами своих работ и активное обсуждение.

Сегодняшняя международная конференция «Будущее акушерства-гинекологии, репродуктологии и перинатальной медицины» является бесценным для обсуждения общих наших интересов и выявления общих ценностей.

Дорогие друзья и коллеги! Разрешите пожелать Вам плодотворной работы. Уверен, что благодаря профессионализму, настойчивости и творческому подходу мы сможем решить самые сложные задачи. Желаю Вам всего наилучшего!

Министр здравоохранения Республики Узбекистан, доктор медицинских наук, профессор Иноятов Амрилло Шодиевич





Уважаемые коллеги, гости и участники международной научно-практической конференции «Будущее акушерства и гинекологии, репродуктологии»!

Приветствую Вас и выражаю глубокую благодарность иностранным гостям за оказанное внимание и участие в международной научно-практической конференции, организованной Бухарским государственным медицинским институтом им. Абу Али ибн Сино.

Конференция будет проводится с участием ведущих специалистов из Узбекистана, Индии, России, Казахстана, Украины, Швейцарии и Кореи в области акушерства, гинекологии, а также приглашенных международных экспертов. Наряду с известными специалистами, активное участие будут принимать молодые ученые, которые поделятся результатами своих научно-исследовательских изысканий.

Цель Конференции – объединить ведущих ученых, исследователей и практических врачей, для обмена опытом и результатами исследований по всем аспектам, касающимся здоровья матери и ребенка.

В ходе работы конференции запланировано обсуждение ключевых вопросов здоровья женщин, новорожденных и репродуктологии с различных позиций ученых и практикующих врачей.

Охрана репродуктивного здоровья населения, здоровья матери и ребенка является приоритетным направлением государственной политики Узбекистана.

Под руководством Президента Узбекистана Шавката Миромоновича Мирзиёева в республике в государственных масштабах осуществляются мероприятия, направленные на расширение и повышение качества медицинской помощи населению, особенно женщинам репродуктивного возраста и детям на всех уровнях оказания медицинской помощи.

За последние 3 года приняты 170 нормативно-правовых актов, направленных на дальнейшее совершенствование системы здравоохранения, в том числе охраны здоровья матери и ребенка. Среди них прежде всего надо отметить:

- Указ президенте Республики Узбекистана от 7 декабря 2018 года №УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», который явился новым этапом в развитии системы здравоохранения Узбекистана.

С 2014 года в Узбекистане осуществляется трехуровневая акушерско-гинекологическая помощь: узкоспециализированная, специализированная и базовая медицинская помощь.

Высококвалифицированную медицинскую помощь женщинам фертильного возраста по республике оказывают такие учреждения как Республиканский научно-практический центр акушерства и гинекологии,

Республиканский перинатальный цент, а также региональные перинатальные центры. В районах и городах функционируют акушерство-гинекологические отделения районных и городских медицинских объединений.

Так же с целью повышения качества акушерско-гинекологической помощи населению при районных и городских многопрофильных поликлиниках республики организованы «Женские консультации», «Кабинеты пренатального скрининга» и «Центры здоровья девочек».



В нашей стране делается все возможное, чтобы специалисты сферы охраны материнства и детства вели эффективную деятельность на пути укрепления здоровья матерей и детей, так как это направления является приоритетным.

В Республике развивается высокотехнологичная медицинская помощь матерям и детям. В практику ведущих центров внедряются операции, для проведения которых людям еще недавно приходилось ездить за границу. Всем новорожденным проводится скрининг слуха и скрининг на наследственные болезни. Налажена ранняя диагностика ретинопатии недоношенных со своевременной лазеркоагуляцией сетчатки, работают кабинеты катамнеза. Процент вакцинации новорожденных составляет 98%. На республиканском и региональных уровнях организованы центры неонатальной хирургии, использующие малоинвазивные методики при врожденных аномалиях развития.

Государство уделяет большое внимание подготовке кадров и повышению потенциала специалистов республики в области охраны здоровья матерей и детей. За последние три года 221 специалист прошел повышение квалификации в клиниках Германии, университете Пусан Республики Корея. С 2017 года на 18% увеличены квоты для обеспечения специалистами службы родовспоможения и детства.

На сегодняшний день Международные организации и эксперты высоко оценивают Национальную модель охраны материнства и детства Узбекистана. Благодаря проводимым мероприятиям показатели материнской и младенческой смертности снизились более чем в 3 раза, что является основными задачами развития тысячелетия.

Действительно, забота о женщине, подрастающем поколении – это забота о завтрашнем дне, о будущем нашего общества. Вот почему задача коренного улучшения защиты материнства и детства является одним из важнейших направлений в сфере здравоохранения.

Вместе с тем, несмотря на достигнутые положительные результаты, показатели здоровья, уровень материнской, детской и младенческой смертности в республике отстают от соответствующих показателей в наиболее развитых странах мира.

Имеются проблемы в обеспеченности медицинскими кадрами, организации патронажной помощи женщинам и детям, эффективной регионализации перинатальной помощи матерям и новорожденным, в ранней диагностике и лечению редких и других наследственно-генетических заболеваний у матерей и детей.

Данная конференция имеет очень важное значение, так как основной его целью является обсуждение состояния службы в области охраны здоровья матерей и детей республики и в частности каждого региона.

В программе будут представлены презентации отечественных ведущих ученых и специалистов, в которых будут представлены современные научные данные и технологии по приоритетным направлениям акушерства и гинекологии. Будут рассматриваться вопросы оптимизации диагностики и лечения женщин с различной патологией. Конференция и ее результаты должны послужить платформой по выработке дальнейших адресных рекомендаций по решению вышеуказанных проблем, позволяющих достичь поставленные задачи и индикаторы в области охраны здоровья женщин, определенных в Концепции развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы, а также Национальных целей и задач в области устойчивого развития на период до 2030 года.

**ГЛАВНЫЙ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ
МЗ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН, ПРОФЕССОР АБДУЛЛАЕВА Л.М.**



УЧИТЕЛЬ И НАСТАВНИК В НАШЕЙ ЖИЗНИ

Первый профессор нашей кафедры



Аюпова Фарида Мирзаевна (21.11.1957-12.12.2021) - профессор, доктор медицинских наук. Более 20 лет работала заведующей кафедрой №1 акушерства и гинекологии Ташкентской медицинской академии. Ведущий акушер-гинеколог страны. Широко известная за рубежом.

Аюпова Ф.М. родилась в 1957 году в семье служащих. В 1980 году окончила Ташкентский Государственный медицинский институт. В 1981 году закончила интернатуру по специальности акушерство и гинекология и начала свою самостоятельную трудовую деятельность в клинике Республиканского научно-исследовательского института акушерства и гинекологии в должности ординатора. С 1985 года работала младшим научным сотрудником в отделе репродукции. Ее научная работа в этом направлении завершилась защитой кандидатской диссертации в 1990 году. После чего была назначена на должность Ученого секретаря института.

Аюповой Ф.М. проведена широкомасштабная работа по изучению здоровья девочек-подростков, результаты исследования были представлены в докторской диссертации на тему «Репродуктивное здоровье девочек подростков», которую она защитила в 1997 году. До 2000 года Аюпова Ф.М. была руководителем отдела детской и подростковой и гинекологии и более 10 лет была главным акушером-гинекологом по вопросам детской подростковой гинекологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. В 2000 году Аюпова Ф.М. назначена на должность проректора по научной работе ТМА которую занимала (1998-2026гг.) и заведующей кафедрой акушерства и гинекологии (2000-2021гг.). Ею внесен значительный вклад в решение и совершенствование многих актуальных



проблем акушерства и гинекологии. Ее плодотворная педагогическая и научная деятельность в подготовке практических врачей и научно-педагогических кадров имеет огромное значение для нашей страны.

Аюпова Ф.М. подготовила и выпустила 9 докторов и 32 кандидатов наук, многие из которых сейчас возглавляют кафедры акушерства и гинекологии в медицинских ВУЗах страны, областные перинатальные центры Республики. Очень много кадров ее подготовлено для областей Республики. Выдающийся ученый обладающий высоким научным потенциалом, высокой степенью научного предвидения, возглавляла научное направление кафедры. Аюповой Ф.М. опубликованы более 400 научных публикаций в нашей стране и за рубежом, в том числе 3 монографии и 6 учебников.

Ее глубокие знания и опыт способствовали повышению уровня медицинской помощи в областях нашей страны, оказанию лечебно-консультативной помощи. На протяжении 12 лет по заданию Минздрава она была ответственной в Хорезмской области по вопросам охраны материнства и детства, приложила огромные усилия для снижения материнской и перинатальной смертности в этом регионе.

Являлась экспертом ВАК РУз по специальности "Акушерство и гинекология"-14.00.01, членом Ученого Совета ТМА, членом Научного Совета по защита, председателем Научного семинара при Научном совете. Являлась делегатом многих конгрессов Европы и мира, где выступала с докладами. Была руководителем грантовых научных проектов, внесла огромный вклад в развитие акушерской и гинекологической науки в Узбекистане. Прекрасный специалист акушер-гинеколог, владеющий современным методом малоинвазивной эндоскопической хирургии, благодаря ей тысячи семей имеют здоровых и умных детей.



УЧИТЕЛЬ И НАСТАВНИК В МОЕЙ ЖИЗНИ

Нодира Исламовна Закирова

Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Самарканд,
Узбекистан

**Кафедра миз
биринчи
профессори**



**Каримова
Деля
Фахрутдиновна**

Учителем надо родиться. Моим учителем и наставником была д.м.н., профессор Каримова Деля Фахриддиновна – выдающийся врач с особым чутьем, клиническим мышлением, навыками, опытом, особым отношением к больным, чей профессионализм и организаторские способности позволили спасти жизнь тысяч беременных, рожениц и родильниц в самых сложных ситуациях и появиться на свет многим детям. На протяжении всей жизни Деля Фахриддиновна была призвана поддерживать, сохранять и восстанавливать здоровье женщин, матерей, детей.

Уже в студенческие годы Деля Фахриддиновна определила своей специальностью акушерство и гинекологию. Сразу же после окончания медицинского института она поступила в аспирантуру при кафедре акушерства и гинекологии лечебного факультета СамМИ. Большую роль в становлении Дели Фахриддиновны как профессионала сыграл академик Ислам Захидович Закиров. Любовь и преданность своему учителю Деля Фахриддиновна сохранила на все годы. «Наши педагоги были практикующими врачами, поэтому часто мы присутствовали на операциях и родах, без них не обходился ни один консилиум. Это были выдающиеся люди, которыми мы, студенты, восхищались. В тот момент я была в восторге от работы гинекологов, поражала ответственность, возложенная на врача. Я всю жизнь буду помнить своего Учителя, наставника – академика Ислама Захидовича Закирова, благодаря которому я стала акушером-гинекологом», говорила Деля Фахриддиновна. «В моей жизни не было больше таких учителей, как академики Ислам Захидович Закиров и Галина Михайловна Савельева» - неоднократно вспоминала она, подчеркивая их человеческие качества.



После окончания аспирантуры Деля Фахриддиновна прошла сложный путь от ассистента кафедры до профессора и заведующей кафедрой акушерства и гинекологии ТашИУВ, создала свою научную школу акушеров-гинекологов, многие годы была председателем научно-практического общества акушеров-гинекологов РУз. При этом она не только сохранила, но и смогла впоследствии передать своим ученикам все те традиции, которые были заложены ее любимыми учителями.

Имя профессора Дели Фахриддиновны Каримовой известно не только в Узбекистане, но и в других странах, ее отличала незаурядная активная жизненная позиция. Совместно с коллективом кафедры ею проводилась большая учебно-методическая, научная, воспитательная и лечебная работа. Профессор Каримова Деля Фахриддиновна активно участвовала в реализации программ ВОЗ и МЗ Республики Узбекистан, большую роль сыграла в деле охраны здоровья матери и ребенка. Под ее руководством разработаны и реализовались республиканские целевые программы, были созданы ежемесячные выездные консультативно-диагностические бригады, налажена кураторская работа специалистов с районами республики. Она вложила все свои знания и силы по внедрению программ «Планирование семьи», «Безопасное материнство», совместно с сотрудниками кафедры выполняла большую работу по оказанию помощи практическому здравоохранению, проводила разборы материнской и перинатальной смертности в регионах, организовывала конференции и семинары по внедрению современных передовых перинатальных технологий, участвовала в разработке национальных стандартов, включающих качественную дородовую диагностику, ведение беременности и родов, выявление патологии развития плода, что способствовало повышению профессионального мастерства практических врачей, улучшению показателей здоровья населения.

Профессор Каримова Деля Фахриддиновна принимала активное участие в работе многочисленных съездов акушеров - гинекологов Узбекистана. неоднократно представляла медицинскую науку Узбекистана на различных международных съездах, конференциях и конгрессах акушеров-гинекологов. Ею подготовлено множество кандидатов и докторов медицинских наук.

Деля Фахриддиновна Каримова является одним из многих примеров известных, заслуженных врачей, для которых медицина стала призванием и смыслом жизни, ее отличал высокий профессионализм, умение сплачивать коллектив для решения важнейшей задачи – улучшения качества медицинской помощи женщинам. Увлеченность своей профессией, осознание важности и нужности работы, профессиональный рост способствовали правильной организации лечебного процесса, обеспечению безопасности пациентов в акушерско-гинекологическом стационаре. Помнятся выезды Дели Фахриддиновны в регионы нашей республики, и, в частности, в Самарканд, когда ею оказывалась не только практическая, но теоретическая и моральная помощь врачам, оказавшимся в трудной ситуации. «Коллегам хочу сказать, что без уважения и любви к своей профессии в медицине работать невозможно, Пациентки всегда правы, но специалисты должны помогать и словом, и делом, для того чтобы найти выход из любой сложившейся ситуации» -говорила она, разбирая случаи материнской и перинатальной смертности. Внедряя принципы безопасного материнства в регионах, Деля Фахриддиновна отмечала, что «женщинам нужно полагаться не только на врачей, а, в первую очередь, на себя. И к беременности не просто нужно, а необходимо готовиться, прийти на консультацию, посоветоваться, получить рекомендации. Нужно позаботиться о себе и о ребенке заранее» - подчеркивала она, осматривая больных женщин, беременных, нуждающихся в помощи.



Мы запомнили нашего Учителя как человека доброжелательного и отзывчивого, на протяжении многих лет умело поддерживающего отношения товарищества и взаимопомощи и заложившего основы жизнестойкости и оптимизма среди коллег. Неслучайно многие сейчас говорят о Деле Фахриддиновне Каримовой как о женщине-эпохе не только в истории кафедры, но и в истории института.

Светлая память о замечательном Учителе и Наставнике, Ученом и педагоге, профессионале своего дела, честной, правдивой и просто красивой женщине – профессоре Деле Фахриддиновне Каримовой навсегда останется в наших сердцах!

INTERCONNECTION OF BIOCHEMICAL AND HEMODYNAMIC INDICATORS IN PREMATURE LABOR

Sarkisova Lyalya Valerievna

Bukhara State Medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Relevance. Premature birth remains one of the urgent problems of modern obstetrics, as it determines the level of perinatal mortality and morbidity. Of no small importance are the psychosocial, economic, demographic aspects of the problem of undermaturity, as well as the frequency of this pathology, which has not been has a downward trend. Among the risk factors for PD, a significant role belongs to infectious pathogens, inflammatory processes, dysfunction of the immune and endocrine systems. There is an opinion about the important role of genetic mutations in the pathogenesis of PR. However, to date, a single mechanism for implementing the PR has not been defined. And the PRs themselves are considered a polyetiological clinical syndrome, which is characterized by a chronic course, with the obligatory participation of the fruit factor and environmental factors in the pathogenesis. At the same time, some scientists associate the occurrence of clinical symptoms of various forms of miscarriage with the development of placental insufficiency

Purpose of the study. To study the nature of the relationship between the synthesis of placenta-specific proteins and uterine hemodynamics in threatening preterm labor.

Material and methods. The study included 150 women with a clinic of threatened preterm birth with gestational age from 22 to 36.6 weeks (main group), who were treated at the Perinatal Center and the city maternity complex of the city of Bukhara. The control group consisted of 50 pregnant women with the physiological course of gestation at the same time. Examination of pregnant women was carried out in accordance with Order No. 572n. Doppler ultrasound examination (US) was performed on a HITACHI-5500 apparatus using broadband, ultra-high-density convex probes 3.5-5.0 MHz and cavity probes 5.0-7.5 MHz. Additionally, in terms of diagnostic measures, the content of placenta-specific alpha-1-microglobulin (PAMG-1) in the blood serum of pregnant women was studied by the method of enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) using diagnostic kits (Russia). The results were recorded using an enzyme immunoassay analyzer (Stat fax, USA). Statistical processing was performed using the software package "Excel MS Office Professional" and "Statistica 6.0", with the derivation of M + m, percent, logarithmic means (\bar{x}) with a 95% confidence interval and the reliability of differences according to Student's t-test and Fisher's exact test (R). The relationship between the studied parameters was established on the basis of correlation analysis using nonparametric methods for testing statistical hypotheses. Correlation was assessed by Spearman's rank correlation coefficients (R).

Research results and their discussion. The age of pregnant women ranged from 19 to 36 years, while the average age in both groups was comparable. A detailed study of the obstetric and gynecological history showed that 56% of women in the main (n = 84) and 53.1% of the control (n = 26) groups had their first birth. At the same time, out of 72 multiparous patients of the main group, every second previous pregnancy ended in preterm labor (n = 39; 54.2%). The frequency of undergone abortions in the main group was 14 times higher than the control indicator. And various forms of miscarriage in the



first half of gestation and ectopic pregnancy were traced in the anamnesis only in the main group. Among gynecological diseases in the group of pregnant women with the threat of premature birth, inflammatory processes of the genital organs, menstrual irregularities and cervical pathology were significantly more often detected. The analysis of extragenital pathology in the main group revealed a high proportion of diseases of the urinary system in the form of pyelonephritis and cystitis (up to 41.2%). The incidence of chronic gastritis and pancreatitis in women in the main group was 5 times higher than in the control group, and endocrinopathies (diffuse enlargement of the thyroid gland without dysfunction) and obesity were diagnosed in the main group 2-3 times more often. The results of a complex ultrasound scan in pregnant women with a clinic of threatening termination made it possible to visualize signs of premature maturation of the placenta in 62.5% of women (n = 94), IGR - in 27.1% (n = 41), polyhydramnios - in 4.2% (n = 6), lack of water - 19.8% (n = 30). In addition, according to cervicometry data, a significant shortening of the average value of the cervical length in the study group (24.5 ± 1.7 mm) was established in comparison with the control data (43.6 ± 1.2 mm) ($P < 0.05$). Moreover, in every third patient of the main group (n = 50; 33.3%), the length of the cervix was less than 20 mm. At the same time, we did not find any pronounced disorders of the uteroplacental and fetal-placental blood flow in pregnant women of the main group. However, a comparative analysis of the qualitative parameters of Doppler measurements in the uterine arteries showed a slight decrease in the indices of peripheral vascular resistance against the background of a slight increase in the velocities of systolic and diastolic blood flow, in the absence of significant differences in the parameters between the groups. The content of PAMG-1 in the blood serum of pregnant women significantly increased 2 times ($P < 0.05$) in the main group in relation to the same parameters in the control group ($P < 0.05$). An increase in PAMG-1 is considered by many scientists to be a manifestation of the maladaptive nature of the "mother-placenta-fetus" system with the dominance of programs aimed at suppressing or stopping the further development of pregnancy. In the physiological course of pregnancy, no significant relationships were found: there was a weak positive relationship between IR and the level of PAMG-1 ($r = 0.146$; $P > 0.2$). When a clinic of threatening termination of pregnancy appeared, an increase in the connection with a change in the signs of the correlation between the parameter of uterine hemodynamics and the intensity of synthesis of placenta-specific protein was observed. According to the results of the correlation analysis, a significant negative relationship with the PAMG-1 level was established ($r = -0.621$; $P < 0.05$).

Conclusion: The revealed character of correlations between the content of the gravidar protein PAMG1 and the parameter of uterine hemodynamics in threatening preterm labor indicates the presence of progressive disorders in the mother-placenta-fetus system: maladjustment of the uteroplacental complex in the form of activation from the maternal part and inhibition of the protein-synthetic function of its fetus component is accompanied by a decrease in resistance to uterine blood flow, which contributes to increased vascularization of the cervix and its structural changes, increasing the risk of premature birth. The results of the study dictate the need for further study of the pathogenetic mechanisms of miscarriage in order to improve the existing principles of treatment.

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Шопулотов Шохрух Аслиддинович, Шопулотова Зарина Абдумуминовна
Научный руководитель: к.м.н., доц. Шодмонова Зебинисо Рахимовна

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Введения

Гиперактивный мочевой пузырь не является угрожающим жизни состоянием, но отрицательно влияет на ее качество, приводит к социальной дезадаптации и даже инвалидизации. В последнее время особую актуальность приобретает оценка роли функционального компонента в развитии нарушений мочеиспускания со стрессовым недержанием мочи (СНМ) в сочетании с



императивным недержанием мочи, являющимся проявлением гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП). При уродинамическом исследовании выявляются признаки СНМ в сочетании с гиперактивностью детрузора.

Как видно из выше сказанного гиперактивный мочевой пузырь является актуальной проблемой в современной медицине. Требуется подробное изучение этиологических факторов, способствующих развитию ГАМП, разработка ранней диагностики и профилактики ГАМП.

Материалы и методы

Изучены данные 20 пациентов с ГАМП, поступивших в урологическое отделение РНЦЭМП за периоды 2021-2022 гг. Критериями включения пациентов будет наличие ургентного недержания мочи, начальные стадии стрессового недержания мочи, смешанный тип недержания мочи. Критериями исключения являются наличие пролапса уrogenитальных органов, поздние стадии стрессового недержания мочи, анатомические аномалии, приводящие к недержанию. Проведено полное клинико-лабораторное обследование пациентов, с профедением специальных проб для выявления ГАМП.

Результат и обсуждения

Все пациенты имели признаки ГАМП и жаловались на недержание мочи. Все пациенты испытывали данные симптомы в течении нескольких лет, к несчастью не один пациент сразу не обратился за помощью. Треть пациентов обращались с данными жалобами к врачам не урологического профиля и им чаще назначались антибактериальные и противовоспалительные препараты под диагнозом “хронический цистит”. Изучение анамнестических данных показал высокий инфекционный индекс: наличие детских инфекционных заболеваний, ОРВИ более 2х раз в год, наличие хронических очагов воспаления, в том числе хронических заболеваний урогенитального тракта (хронический простатит, эндометрит, кольпит, сальпингоофарит и их сочетание). Среди женщин отмечался отягощенный акушерский анамнез, роды с крупным плодом и повреждением области промежности. Для подтверждения недержания мочи были использованы специальные пробы – Вальсальвы, кашлевая и прокладочный тест. Они соответственно были положительны у 70%, 75% и 80% пациентов. Общий анализ крови помог выявить наличие анемии у 25% пациентов, общий анализ мочи показал наличие солей, грибов и бактерий в моче у 60%. Бактерии были неспецифической флоры. Обзорная урография не дало ценной информации по поводу ГАМП, экскреторная урография позволила оценить состояние мочевыделительных путей. УЗИ органов малого таза показал наличие хронического цистита у 45%, явления остаточной мочи у 60%, у всех мужчин был определен хронический простатит и у более половины аденома простаты, у женщин в 70% случаев имелась картина воспалительных заболеваний гениталий. При помощи доплерометрии было выявлено нарушение в кровотоке мочевого пузыря в области детрузора что могло явится причиной ГАМП.

Выводы: Исходя из данных обследования можно сказать об основной причине поздней диагностики – поздняя обращаемость или обращение к специалистам другого профиля. Что приводит к неправильной диагностике и лечению, что в свою очередь способствует ухудшения течения ГАМП.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Саркисова Ляля Валеревна

Бухарский Государственный Медицинский институт имени Абу Али ибн Сино



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. 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. Несмотря на большое количество известных методов прогнозирования и биомаркёров, более половины случаев ПР остаются не прогнозируемыми.

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.

Изучение генного полиморфизма позволяет использовать генетические маркеры в качестве неинвазивных предикторов формирования группы риска и возможного прогнозирования преждевременных родов.

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.

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.

Материал и методы

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 22-36 недель, из них 65 женщин 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. Следовательно, женщины, имеющие этот аллель, могут столкнуться с риском гиперэкспрессии ИЛ1b, что приводит к эндотелиальной дисфункции и 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. 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.

Выводы

1. Проведенные нами научные исследования показали, что полиморфизм генов ИЛ-1 β , ИЛ-10 является прогностическим маркером угрозы прерывания беременности и преждевременных родов для женщин узбекской нации.
2. Полиморфизм генов ИЛ-10 и IL-1 β являются предикторами возникновения угрозы прерывания беременности и преждевременных родов.
3. Своевременная диагностика угрозы прерывания беременности и преждевременных родов, основанная на генетических маркерах позволила своевременно выбрать тактику лечения, и улучшить перинатальные исходы.

ВАЖНОСТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЖЕНЩИН К СПЕРМЕ ПАРТНЕРА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

¹Хикматова Н.И., ²Моисеева О.М.

¹Бухарский государственный медицинский институт.

²Бухарский областной многопрофильный центр.

Актуальность: Сенсibilизация у женщин к сперматозоидам партнера является известным фактором в развитии бесплодия. Аллергические реакции на антигены спермы могут проявляться как местными, так и общими аллергическими реакциями. Все это необходимо учитывать при лечении бесплодия, а также проведения процедур экстракорпорального оплодотворения.

Цель: Определение антиспермальных сывороточных IgE антител у женщин с бесплодием, страдающих воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Материалы и методы исследования: Были обследованы 80 женщин репродуктивного возраста, страдающих бесплодием воспалительной этиологии. Средний возраст составил 29 \pm 0,6 лет. Контрольную группу составили 35 здоровых аналогичного возраста. Для определения антиспермальных сывороточных IgE использовался модифицированный протокол Anti-Spermatozoa Antibody – ASA Serum ELISA, Demeditec Diagnostisc (Германия). Модификация предназначена для выявления только сывороточных антиспермальных IgE антител, несущих Fab- фрагменты к антигенам сперматозоидов.

Результаты: Проведенное обследование показало, что у 45 (62.5%) пациенток наряду с различными видами условно-патогенной влагалищной микрофлоры были обнаружены хламидии, цитомегаловирус, вирус простого герпеса, уреаплазма, а также их ассоциации.

Специфические IgE антитела к антигенам сперматозоидов были выявлены в сыворотке крови у 7 (17.5%) пациенток с бесплодием. Максимальный уровень IgE в 4 раза превышал пороговое значение показателя женщин контрольной группы. Корреляции с общим IgE не выявлено. Коэффициент корреляции Пирсона составил 0.024166.

Заключение: По результатам исследования установлено, что до 50% женщин с IgE к протеинам сперматозоидов отмечали реакцию уже на первый контакт со спермой, что позволяет предполагать возможную перекрестную аллергическую реакцию. Вероятно, часть женщин с сенсibilизацией к семенной жидкости и сперматозоидам были ранее сенсibilизированы к перекрестным аллергическим эпитопам. Так, установлены перекресты между молекулами простатного калликрейна собаки Can f 5 и ПСА (простатический специфический антиген). Этот вопрос заслуживает отдельного научного



исследования. Установленную сенсибилизацию у 17.5% женщин с бесплодием воспалительного генеза к протеинам сперматозоидов следует обязательно учитывать при выборе персонализированных подходов к лечению бесплодных пар. Кроме того, также учитывать наличие сенсибилизации при проведении процедур экстракорпорального оплодотворения.

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Шопулотов Шохрух Аслиддинович, Шопулотова Зарина Абдумуминовна

Научный руководитель: к.м.н., доц. Шодмонова Зебинисо Рахимовна

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Введения: Гиперактивный мочевой пузырь не является угрожающим жизни состоянием, но отрицательно влияет на ее качество, приводит к социальной дезадаптации и даже инвалидизации. В последнее время особую актуальность приобретает оценка роли функционального компонента в развитии нарушений мочеиспускания со стрессовым недержанием мочи (СНМ) в сочетании с императивным недержанием мочи, являющимся проявлением гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП). При уродинамическом исследовании выявляются признаки СНМ в сочетании с гиперактивностью детрузора.

Как видно из выше сказанного гиперактивный мочевой пузырь является актуальной проблемой в современной медицине. Требуется подробное изучение этиологических факторов, способствующих развитию ГАМП, разработка ранней диагностики и профилактики ГАМП.

Материалы и методы: Изучены данные 20 пациентов с ГАМП, поступивших в урологическое отделение РНЦЭМП за периоды 2021-2022 гг. Критериями включения пациентов будет наличие ургентного недержания мочи, начальные стадии стрессового недержания мочи, смещенный тип недержания мочи. Критериями исключения являются наличие пролапса уrogenитальных органов, поздние стадии стрессового недержания мочи, анатомические аномалии приводящие к недержанию. Проведено полное клинико-лабораторное обследование пациентов, с профедением специальных проб для выявления ГАМП.

Результаты: Все пациенты имели признаки ГАМП и жаловались на недержание мочи. Все пациенты испытывали данные симптомы в течении нескольких лет, к несчастью не один пациент сразу не обратился за помощью. Треть пациентов обращались с данными жалобами к врачам не урологического профиля и им чаще назначались антибактериальные и противовоспалительные препараты под диагнозом “хронический цистит”. Изучение анамнестических данных показал высокий инфекционный индекс: наличие детских инфекционных заболеваний, ОРВИ более 2х раз в год, наличие хронических очагов воспаления, в том числе хронических заболеваний урогенитального тракта (хронический простатит, эндометрит, кольпит, сальпингоофарит и их сочетание). Среди женщин отмечался отягощенный акушерский анамнез, роды с крупным плодом и повреждением области промежности. Для подтверждения недержания мочи были использованы специальные пробы – Вальсальвы, кашлевая и прокладочный тест.

Они соответственно были положительны у 70%, 75% и 80% пациентов. Общий анализ крови помог выявить наличие анемии у 25% пациентов, общий анализ мочи показал наличие солей, грибков и бактерий в моче у 60%. Бактерии были неспецифической флоры. Обзорная урография не дало ценной информации по поводу ГАМП, экскреторная урография позволила оценить состояние мочевыделительных путей. УЗИ органов малого таза показал наличие хронического цистита у 45%, явления остаточной мочи у 60%, у всех мужчин был определен хронический простатит и у более половины аденома простаты, у женщин в 70% случаев имелась картина воспалительных заболеваний гениталий. При мопощи доплерометрии было выявлено нарушение в кровотоке мочевого пузыря в области детрузора что могло явится причиной ГАМП.



Выводы: Исходя из данных обследования можно сказать об основной причине поздней диагностики – поздняя обнаруживаемость или обращение к специалистам другого профиля. Что приводит к неправильной диагностике и лечению, что в свою очередь способствует ухудшения течения ГАМП.

ВЛИЯНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В РАЗВИТИИ БЕСПЛОДИЯ ЭНДОМЕТРИАЛЬНОГО ФАКТОРА

Куличева В.А. <https://orcid.org/0009-0005-8551-2762>

Бухарский 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.



ONA-YO'LDOSH -HOMILA TIZIMIDA BUZILISHI BO'LGAN AYOLLARDA
YALLIG'LANISHGA HOS VA YALLIG'LANISHGA QARSHI SITOKINLAR DARAJASI

¹Sadikova X.Z., ²Yeshimbetova G.Z., ²Musaxodjaeva D.A., ³Rustamova N.B., ³An A.V., Kurbanova S.Yu.

¹O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi,

²O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi Immunologiya va inson genomikasi instituti,

³Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent stomatologiya institute

Yo'ldosh disfunktsiyasining (YD) rivojlanishi yo'ldoshdagi morfologik va funktsional o'zgarishlar tufayli yuzaga keladi, bu esa homilaning bezovtalanishi, o'sish va rivojlanishning kechikishiga olib keladi, shuningdek bu perinatal kasallik va o'limning asosiy sabablaridan biri hisoblanadi (perinatal o'limning 20 foizi bevosita yo'ldosh patologiyasiga bog'liqdir). Yo'ldosh disfunktsiyasining chastotasi homiladorlikni og'irlashtiradigan omillarga qarab 20 dan 50% gacha bo'ladi. Yo'ldosh disfunktsiyasining patogenezi immunitet tizimidagi buzilishlar va sitokinlarni tartibga solishning nomutanosibligi bilan, tizimli yallig'lanishli javob sindromiga, mos kelishi ko'rsatilgan. Tadqiqotning maqsadi turli og'ir darajadagi yo'ldosh disfunktsiyasi bo'lgan ayollarda yallig'lanishga hos (IL-1 β , IL-8) va yallig'lanishga qarshi (IL-4) sitokinlarini o'rganish edi. 24 yoshdan 36 yoshgacha bo'lgan yo'ldosh vazifasi buzilgan 69 nafar homilador ayol tekshirildi. Ulardan 47 nafari 1b darajali, 22 nafari 2-darajali ayollar edi. Nazorat guruhiga homiladorlik davrida normal fiziologik holatga ega 23 nafar ayol kirdi. Qon zardobidagi sitokinlar darajasi ELISA metodi bilan "Sitokin" MChJ (Sankt-Peterburg, Rossiya) test tizimlari yordamida o'rganildi. Yo'ldosh disfunktsiyasining 1b guruhi bo'lgan homilador ayollarda IL-1 β darajasining 1,3 baravar oshishi ($258,4 \pm 12,3$ pg / ml ga nisbatan $178,5 \pm 8,9$ pg / ml), ($P < 0,05$) va IL-8 darajasi nazorat qiymatlaridan 6,5 baravar yuqori ($122,8 \pm 7,4$ pg/ml ga nisbatan $18,9 \pm 0,8$ pg/ml) ($P < 0,001$). IL-4 darajasi normal fiziologik homilador ayollarning ko'rsatkichlaridan 2 baravar past ($66,3 \pm 4,2$ pg/ml ga nisbatan $145,8 \pm 11,4$ pg/ml), ($P < 0,01$). 2-darajali YD bo'lgan ayollarda sitokin sintezidagi bu o'zgarishlar bir xil yo'nalishda bo'lgan, ammo aniqroq ifodalangan edi.

Shunday qilib, murakkab homiladorlik davrida yallig'lanishga hos sitokinlarni ishlab chiqarishning yuqori darajasi immun tizimining gumoral omilining faollashishini ko'rsatadi, chunki yallig'lanish reaksiyalari rivojlanishining patogenezida ishtirok etadigan immunoregulyatsion omillar (IL-1 β , IL-8) ajralib chiqadi, bu esa mononuklear hujayralarning funktsional holatini tavsiflaydi. O'tkazilgan tadqiqotlar natijalari sitokinlar tizimidagi dinamik muvozanatni saqlash homiladorlikning normal rivojlanishida muhim rol o'ynaydi degan xulosaga kelishga imkon beradi. Asoratlarsiz homiladorlik davrida sitokinlar darajasining o'zgarish jarayoni, ayol organizmining adaptiv reaksiyasida muhim bo'g'in hisoblanadi.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН С
ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Ахророва Ш. О., Азизова Г. Д., Асатова М. М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
акушерства и гинекологии.

Актуальность: Привычное невынашивание беременности продолжает оставаться одной из самых актуальных и сложных медико-социальных проблем. Несмотря на внедрение новых методов обследования и лечения привычного невынашивания беременности, его частота в современном акушерстве достигает 10 – 25 % от общего количества беременностей. Среди причин невынашивания беременности на долю гормональных нарушений приходится до 30%. Недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) менструального цикла является следствием



дисфункции многих желез внутренней секреции. Эффективность проводимых мер по профилактике невынашивания беременности во многом зависит от устранения основных причин формирования НЛФ.

Цель исследования: Изучить патогенетические механизмы формирования недостаточности лютеиновой фазы у женщин с привычным невынашиванием беременности.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 38 пациенток с привычным невынашиванием беременности в анамнезе, обратившихся в консультативную поликлинику РСНПМЦ акушерства и гинекологии МЗ РУз. Обследование включало: клинико-анамнестическое, гинекологическое, ультразвуковое исследование органов малого таза гормональное исследование определение содержания гонадотропинов (ФСГ, ЛГ), пролактина (ПРЛ), свободного тестостерона (свободного Тестостерона), тиреотропина (ТТГ), стероидных гормонов яичника.

Результаты и обсуждение: Средний возраст пациенток составил $25,8 \pm 3,28$ лет. Основными жалобами при опросе пациенток явились: 17 (44,7%) отмечали обильные выделения из половых путей; 9 (23,6%) отмечали боли внизу живота и в пояснице. Возраст менархе больше, чем у половины составил 13-14 лет. У 45% пациенток менструальный цикл установился не сразу и носил нерегулярный характер. Постпонирующая вариация менструального цикла отмечена у каждой 4 пациентки. У 8 (21%) женщин отмечалось избыточное оволосение. Выделения из сосков выявлено у 3 (7,8%) женщин. Данные акушерско-гинекологического анамнеза свидетельствовали, что 35 (92,1%) пациенток имелись неразвивающиеся беременности, у 29 (76,3%) имелись самопроизвольные выкидыши. Медикаментозный аборт был у 22 (57,8%) пациенток, 16 (42,1%) пациенткам было выполнено выскабливание полости матки. Наиболее часто невынашивание беременности наблюдались в ранние сроки беременности. Превалирующие сроки беременности были в 5-6, 7-8 и 9-10 недель беременности. При ультразвуковом обследовании у большинства пациенток толщина М-эхо с 19 по 22 дни менструального цикла менее 7 мм. У 53,3% пациенток эндометрий был эхо-неоднородным, у 36,7% эхоструктура эндометрия не соответствовала дню менструального цикла. Результаты гормонального исследования показали, что гиподисфункция щитовидной железы выявлен у 23 (60,5%) пациенток, гиперпролактинемия наблюдалась у 7 (18,4), гипогонадотропная яичниковая недостаточность у 4 (10,5) женщин.

Выводы: Учитывая, что недостаточность лютеиновой фазы это симптом, свидетельствующий о нарушении функции яичников, уточнение механизмов формирования его, позволит проводить эффективную профилактику невынашивания беременности. Предварительные данные показали, что основную квоту составляет патология щитовидной железы. Учитывая, малый объем проведенных обследований диктует необходимость продолжения исследования.

НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ

¹Камалов Т.М., ²Музафарова С.А.

¹Самаркандский государственный медицинский университет,

²Центр женских заболеваний «Ayelcare», Самарканд, Ташкент, Узбекистан

Дисменорея, или болезненная менструация, - частая жалоба в подростковом возрасте. У 50% подростков этот симптом настолько выражен, что нарушается привычное течение жизни. Это состояние возникает при овуляторных циклах. Боль обусловлена сокращением миометрия, связанным с избыточной продукцией простагландинов. Как известно, менструальный цикл включает в себя изменения не только репродуктивной, но и иммунной системы.



Целью нашего исследования явилось изучение некоторых параметров иммунной системы у девочек – подростков с дисменореей по фазам менструального цикла.

Нами были обследованы 23 девочки-подростки в возрасте от 14 до 17 лет. Было установлено, что у обследованных девочек наблюдались боли в первый день цикла, имеющие схваткообразный характер, локализирующиеся внизу живота. Помимо болей, дисменорея сопровождалась тошнотой, рвотой, жидким стулом, слабостью, мигреноподобной головной болью. Контрольную группу составили 20 здоровых девочек-подростков с нормальным двухфазным характером менструального цикла. Иммунные нарушения при дисменорее отражают дефекты Т-клеточного звена иммунитета. Достоверно низкая экспрессия молекул CD4 в лютеиновой фазе свидетельствует, что пролиферативный ответ является достаточно слабым при снижении секреторной фазы развития эндометрия. Незначительное повышение экспрессии CD8+ Т-лимфоцитов в лютеиновую фазу у девочек с дисменореей по сравнению с контролем показывает, что ответ ЦТЛ недостаточен при отсутствии цирхорального ритма секреции гонадолиберина. Предполагают существование нескольких путей индукции экспансии и дифференцировки цитотоксических CD8+ Т-клеток. Один из них связан с действием АПК, способных обеспечивать достаточный стимул, чтобы активизировать CD8+ клетки и заставить их вырабатывать ИЛ-2 аутокринный фактор, обуславливающий их дальнейшее развитие и пролиферацию. Лимфоциты, усиленно экспрессирующие CD95 у девушек с дисменореей в лютеиновую фазу, возможно, в свою очередь, подвержены апоптозу, что может вести к развитию дефицита АПК и ко-стимулирующих молекул, необходимых для активации CD8+клеток. Допускается, что CD4+ клетки после стимуляции АПК синтезируют большое количество ИЛ-2 (паракринный механизм), которым они обеспечивают умеренно стимулированные CD8+-клетки. Активация CD8+ Т-клеток по этому механизму недостаточна, что связано с низкой экспрессией CD4 и CD25 при лютеиновой фазе у девушек с дисменореей. В результате этого возрастает уровень ИЛ-1 β и ФНО α , принимающих непосредственное участие в осуществлении иммунного ответа. Интерлейкины воздействуют на гипоталамус, изменяя его активность. По механизмам обратных связей эти изменения приводят к нарушениям нормального ритма секреции гипоталамо-гипофизарных гормонов, что в свою очередь усугубляет нарушения гормонального гомеостаза репродуктивной системы. Наряду с этим, тропные гипофизарные и стероидные гормоны оказывают непосредственное влияние на иммунокомпетентные клетки и активность иммунной системы.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА В ПОЗДНИЕ СРОКИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Турдыева Д.М., Сафоев С.С.

Бухарский Государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Нормальное развитие беременности определяют иммунологические процессы в организме матери, а недооценка процессов адаптивной иммунологической перестройки при гестационном процессе негативно влияет на частоту перинатальных потерь и осложнений беременности. Среди прочих иммунологических диагностических показателей определен интерес представляет оценка цитокинового статуса при нормально протекающей физиологической беременности, поскольку изменения сывороточной концентрации цитокинов, обладающих многочисленными биологическими эффектами, могут быть индикаторами системных иммунных расстройств.

Проведено сравнительное изучение про- и противовоспалительных цитокинов периферической крови в поздние сроки физиологической беременности (38-40 недель) у 35 женщин относительно таковых показателей у 20 небеременных здоровых женщин репродуктивного возраста.



Установлено, что у беременных женщин в поздние сроки физиологически протекающей беременности имеет место достоверное ($p < 0,02$) возрастание уровня сывороточных провоспалительных цитокинов в 1,3 раза (ИЛ-8) и в 1,2 раза (ИФН γ) относительно группы контроля, тогда как увеличение содержания провоспалительного ИЛ-1 β было более значительным (в 3 раза). Наряду с этим поздние сроки физиологической беременности характеризовались значительным увеличением концентрации в плазме противовоспалительного ИЛ-10 ($39,31 \pm 3,58$ против $13,70 \pm 0,80$ в контроле). При общей сходной направленности изменений в содержании про- и противовоспалительных цитокинов расчет их соотношения (ПВИ – провоспалительный индекс) свидетельствует о сдвиге баланса цитокинов в сторону противовоспалительного звена. В частности, величина ПВИ у беременных была в 1,3 раза ниже таковой у небеременных здоровых женщин репродуктивного возраста.

Выявленное преобладание продукции противовоспалительного ИЛ-10 при физиологическом гестационном процессе биологически можно считать вполне закономерным и целесообразным, поскольку данный цитокин, как продукт CD4(+)-Th2-клеток, не только обеспечивает гуморальные реакции иммунитета, но и участвует в гемопоэзе, ангиогенезе, процессах неоваскуляризации и кровоснабжения, необходимых для успешной имплантации и плацентации в ранний гестационный период, а также обладает протективными свойствами в отношении успешного исхода беременности. О значимости возрастания содержания сывороточного ИЛ-10 при физиологической беременности свидетельствует тот факт, что при осложнении ее течения в поздние сроки гестации в виде хронической фетоплацентарной недостаточности наблюдается отсутствие данного изменения показателя, и при самом неблагоприятном варианте ФПН (субкомпенсированном) концентрация ИЛ-10 достоверно ниже таковой при физиологической беременности.

Что же касается диагностической значимости увеличения содержания провоспалительного ИЛ-8, то эти данные соответствуют известным сведениям о значительном повышении его перед родами и в их ходе в крови и в амниотической жидкости, что обусловлено активным участием данного хемокина в индукции и развитии родовой деятельности.

Заключения: Полученные результаты свидетельствуют, что цитокины при физиологическом течении беременности подвержены достоверным адаптивным изменениям.

COVID -19 TASDIQLANGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK, TUG'ISH VA TUG'RUQDAN KEYINGI DAVRNING XUSUSIYATLARI

¹Eshimbetova G.Z., ²Muxamedova B.U., ³Qurbonova S.Yu.

¹Tug'ruq kompleksi № 3. Toshkent sh.

²O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi,

³Toshkent stomatologiya instituti, Toshkent. O'zbekiston.

Homiladorlik paytida koronavirus infeksiyasi onaning salomatligi uchun ham, tug'ilmagan bolaning sog'lig'i uchun ham potentsial xavflidir. Homilador ayollarda respirator virusli infeksiyalarning yanada og'ir kechishi va kasallikning barqaror kechishi fonida keskin holatning keskin rivojlanishi ehtimoli oshadi . 17.03.2020 dan 11.07.2020 gacha. Shu davrda 3-tug'ruq majmuasida jami 2256 nafar turli homiladorlik davridagi ayollar sog'lomlashtirildi. Ulardan 1890 nafar homilador ayollarda SARS - COV -2 virusli infeksiyasi tasdiqlangan . Kuzatilgan homilador ayollar orasida 65 ta SARS - COV -2 yuqori nafas yo'llarining infeksiyalari (3,4%), 926 homilador ayollarga ikki tomonlama virusli pnevmoniya (70%) tashxisi qo'yilgan. Qolganlarida (26,6%) bir tomonlama pnevmoniya bor edi. Eng ko'p uchraydigan akusherlik asoratlari homiladorlikning 28 xaftasidan yuqori bo'lgan kam suvsizlik(402 ta holat, 21,3%). Shuningdek, homilador ayollar odatda yo'ldoshning engil va og'ir darajada erta ajralishi (25 ta holat, 1,3%), ko'p suvlilik (17 holat, 0,9%) va antenatal homila o'limi (10 holat, 0,5%) tashxisi



bilan kasalxonaga yotqizilgan. 33 homilador ayolda preeklampsiya kabi homiladorlik davrining og'ir asorati aniqlangan. Ulardan 26 nafarida engil (78,8%) va 7 nafar homilador ayolda og'ir preeklampsii (21,2%) bo'lgan, bu homiladorlikning erta tugatilishiga dalolatdir. Tug'ilishda xorioamnionit kabi asoratlar (179 holatlar, 9,8%, ko'proq qog'onoq pardaning tug'ruqda yoki qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin yirtilishi (62 holat, 3,3%) yoki kam suvlilik (402 holat, 21,3%) bo'lgan ayollarda kuzatiladi. COVID -19 bilan kasallangan homilador ayollar orasida birga keladigan somatik patologiyalar: temir tanqisligi anemiyasi (92,6%), surunkali respirator kasalliklar, semizlik (6,7%) va siydik yo'llari infeksiyalari (2,4%) yuqori bo'lgan. COVID -19 ning kechishi homiladorlikning uchinchi trimestrida og'irroq kechadi. COVID -19 bilan kasallangan homilador ayollarning deyarli yarmida nafas etishmovchiligi belgilari (48,7%), masalan, nafas qisilishi, nafas olish tezligining daqiqada 22 dan oshishi, saturatsiyani (to'yinganlikning) pasayishi (PO₂ 95% dan past) bo'lgan. Yurak-qon tomir etishmovchiligi 10 ta holatda turli xil yurak nuqsonlari bo'lgan ayollarda rivojlandi, boshqa hollarda (36 ayolda) u nafas etishmovchiligiga qo'shildi. Antiagregant va antikoagulyantlardan inyeksiya ko'rinishi xam foydalanishga qaramay, homiladorlikning uchinchi trimestridagi 21 homilador ayolda, trombotik asoratlar rivojlangan. Karantin sharoitidagi ishlar davomida 14 ta onalar va 13 ta chaqaloqlar o'limi holati qayd etildi. Onalar o'limining sababi o'pka emboliyasi va ko'p a'zolar etishmovchiligi bo'lib, o'pka yurak etishmovchiligi holatlari ustunlik qilgan. Tug'ruqdan keyingi davrda tug'ruqdan keyingi qon ketish va metroendometrit kabi asoratlar aniqlanmadi. COVID -19 bilan tasdiqlangan onalardan 159 tirik tug'ilgan chaqaloqning hayotining dastlabki 5 kunida 4 ta yangi tug'ilgan chaqaloqda COVID -19 tasdiqlangan.

Xulosa: Shunday qilib, homilador ayollarda SARS - COV -2 virusli infeksiyasi ko'pincha ikki tomonlama bronxopnevmoniyani keltirib chiqaradi. Boshqalarga qaraganda ko'proq COVID -19 asoratlari Anemiya, IMT va semiz ayollar kabi somatik patologiyalari bo'lgan homilador ayollarda kuzatiladi. COVID -19 kasalligi qon ivish tizimining buzilishiga olib keladi va o'pka emboliyasi, normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ajralishi, preeklampsii kabi og'ir asoratlarni keltirib chiqaradi.

ЙЎЛДОШ ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ЎСИШ ОМИЛЛАРИНИНГ РОЛИ

Мусаходжаева Д.А., Жураева Д.М., Ешимбетова Г.З., Ан А.В., Азизова З.Ш., Рустамова Н.Б.

ЎРФА Иммунология ва инсон геномикаси институти, Тиббёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази, Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

Ҳозирги вақтда йўлдош етишмовчилиги (ЙЕ) акушерликнинг муҳим муаммоларидан бўлиб қолмоқда ва перинатал касалликлар ҳамда ўлим сабабларидан бири ҳисобланади. Ҳомиланинг ўсишдан тўхташи синдроми, қорин ичи гипоксия ва ҳомила нобуд бўлиш йўлдош етишмовчилиги натижасида келиб чиқади. Проллиферация ва ангиогенезда иштирок этувчи ўсиш омиллари имплантация ва плацентацияда муҳим рол ўйнаши кўрсатилган. Тадқиқот мақсади йўлдош етишмовчилиги бўлган ҳомиладор аёлларда ўсиш омиллари (VEGF-A ва PlGF) даражасини ўрганишдан иборат. Ҳомиладорлик муддати 30-32 ҳафта бўлган 45 нафар аёл текширилди. Назорат гуруҳини ҳомиладорлик физиологик жиҳатдан кечадиган 25 нафар аёл ташкил этди. Фетоплацентар комплексни баҳолаш учун қон оқими ультратовушли ва доплерографик текширилди. VEGF-A ва PlGF – ўсиш омилларининг зардоб даражаси «БиохимМак» (РФ) диагностик тўпламидан фойдаланиб ИФА усулида аниқланди. Физиологик кечадиган ҳомиладорлик динамикасида VEGF A ортган ва 28–30 ҳафталикда – $62,34 \pm 8,2$ пг/мл ва в 33–38 ҳафталикда – $176,3 \pm 12,04$ пг/мл ни ташкил этди. Физиологик ҳомиладорликда VEGF A миқдорининг ортиши йўлдош қон-томирлари ривожланиш жараёнида ушбу ўсиш омилларининг иштирокини кўрсатди: йўлдош ўсиш омиллари тизими, улардан бири бўлган VEGF A йўлдош қон-томирларининг ўсиши ва функциясини тартибга солиди. ЙЕ бўлган ҳомиладорлар гуруҳида 33-38 ҳафталикда VEGF A ишлаб чиқарилиши бузилган. Унинг ишончли пасайиши кузатилди – $125,9 \pm 11,3$ пг/мл ($P < 0,01$). Плацента ўсиш омиллари (PlGF) - гликопротеин, васкулоэндотелиал



(VEGF) ўсиш омили оиласига мансуб. Ҳомиладорлик даврида плацента ўсиш омили асосан йўлдошда синтезланади ва ўсаётган ҳомилада ангиогенезни таъминлайди. Физиологик кечувчи ҳомиладорликда унинг концентрацияси 33-38 ҳафталикда 5 баравар ошади ($435,8 \pm 16,7$ пг/мл). ЙЕ бўлган аёлларда PlGF даражаси ҳомиладорлик физиологик жиҳатдан кечувчи аёллар кўрсаткичларига нисбатан сезиларли пасайган ва ўртача $339,2 \pm 13,5$ пг/млни ташкил этди ($P < 0,05$).

VEGF ва PlGF ўртасидаги мувозанат асосан йўлдош таркибидаги кислород билан тартибга солинади. Физиологик жиҳатдан кечувчи ҳомиладорликнинг III триместрида VEGF секрецияси аста-секин пасаяди, PlGF экспрессияси эса 28-30 ҳафталикда максимум гестация этади. Ҳомиладорлик даврида VEGF ва PlGF ўртасида мувозанатнинг алмашиши қилчалардаги ангиогенезнинг асосан шохланадиган типидан (I–II триместрларда йўлдошнинг тез ўсишини аниқлайди) шохланмайдиган турига (III триместрда терминал қилчаларнинг ҳосил бўлиши бўлиши учун капилляр узунлигининг ошиши) ўзгаришини акс эттиради. Проангиоген омиллар микдорининг пасайиши бачадон-йўлдош комплексида кон-томирлар бузилишини кўрсатади. Ушбу ўзгаришларнинг акс этиши шикастланиш чуқурлиги ва ЙЕнинг оғирлик даражасини белгилайди, бу эса дисбаланс ривожланиши тезлиги ва ҳомила ва она организмнинг компенсатор-мослашиш имкониятларига боғлиқ. ЙЕ шаклланишининг патологик жиҳатларини тушуниш ўз вақтида ташхислаш, оналарнинг касалликлари ва перинатал асоратларни камайтириш мақсадида ушбу тоифасидаги ҳомиладор аёлларни адекват даволаш ва акушерлик тактикасини танлаш бўйича комплекс чора-тадбирларни ишлаб чиқишга ёрдам беради.

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Шейхова Х.К.

Ургенский филиал ТМА

Аномальное маточное кровотечение (АМК) - общий термин для описания нарушений менструального цикла, характеризующихся избыточной частотой, продолжительностью и/или объемом кровопотери у небеременных женщин. Высокая частота маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста влечет за собой не только медицинские, но и экономические последствия. В этиопатогенезе АМК важную роль играет не только гинекологическая, но и экстрагенитальная патология (ЭГП). Это обусловлено как свойствами эндометрия (гормонально-зависимый орган мишень) тонко реагировать на любые изменения гормонального статуса на уровне целостного организма, так и особенностями работы системы гемостаза, тесно взаимосвязанной с гормональным статусом и с функциями других органов и систем в организме в целом. Женщинам с АМК, при поступлении в стационар, традиционно проводится экстренная гемостатическая терапия (консервативный и хирургический гемостаз). При этом не учитываются полиэтиологичность данной патологии, влияние различных отягощающих факторов, индивидуальные особенности организма и состояние других органов и систем.

Цель исследования: Повысить эффективность лечения АМК, не связанных с гестационным процессом, у женщин репродуктивного возраста в сочетании с ЭГП путем изучения особенностей гормонального фона и на этой основе разработать патогенетически обоснованную схему оптимизации лечения АМК.

Материал и методы: Исследование проведено на базе гинекологического отделения областного перинатального центра Хорезмской области в два этапа: ретроспективный анализ медицинской документации 175 случаев АМК у женщин репродуктивного возраста (18—49 лет), проходивших стационарное лечение (2019-2021гг.); и проспективное исследование 86 случаев АМК среди женщин среднего репродуктивного возраста (25-34 года) с сочетанной ЭГП (гипертонической болезнью I степени и ожирением II степени), проходивших стационарное



лечение (2021-2023гг.) и, в качестве контроля, были обследованы 23 здоровые женщины без какой-либо гинекологической патологии и сопутствующей ЭГП.

Результаты ретроспективного анализа указывают на то, что наличие ЭГП в преморбидном фоне является осложняющим течение АМК фактором. У женщин с такой патологией наблюдались более длительные (7-9) дней) и интенсивные маточные кровотечения (у 73 женщин обильные), чем у пациенток без ЭГП -6 (4—8) дня; у 34,6% женщин), что сопровождалось более длительным лечением в стационаре (8 (4—15) дней и 4 (2-10)). В группе пациенток с ЭГП чаще приходилось проводить инструментальный гемостаз- 64,8%, чем в группе сравнения без такой патологии 56,2%. Согласно результатам гистологического исследования полученного материала у них чаще выявляется гиперплазия эндометрия без атипии - 54,3% и железисто-фиброзный полип эндометрия (19 - 20,2%), чем у женщин с АМК, но без ЭГП-23,3%. Проведена параллель между преморбидным фоном, соматическим и гинекологическим статусом, на фоне которых возникают АМК у женщин репродуктивного возраста. Доказано, что наличие ЭГП, на фоне которой развивается АМК, создает взаимоотношающиеся условия течения данных нозологических единиц.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ, ИМЕЮЩИХ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА

Фаражова Э.Ш. Ихтиярова Г.А.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

В нашей работе исследовано 38 женщин, страдающих первичным бесплодием от 1-8 лет, имеющих ИР в течении 2х и более лет с ИМТ 16-25. Исследуемые пациенты были разделены на 2 группы:

1-я группа- 20 женщин со вторичной аменореей от 6 мес и более с дефицитом массы тела.

2-я группа - 18 женщин со вторичной аменореей от 6 мес и более с нормальной массой тела.

Исследуемым группам лиц проводились следующие клинико-лабораторные обследования:

-Гормональный спектр, биохимический анализ крови, коагулограмма, ОАК;

-Узи щитовидной железы, молочных желез, органов малого таза TV;

-Антропометрические исследования.

У 1-й группы, исследуемых было выявлено увеличение уровня 17-ОПГ в 4 и более раз, снижение уровня эстрадиола в 2 и более раз в сравнении со 2й группой. При УЗД обнаружено увеличение КАФ до 16-20 шт. в каждом яичнике.

У 2-й группы, исследуемых было выявлено увеличение уровня 17-ОПГ в 1.3 раза, пролактина в 2 и более раз, ТТГ в 1.5 и более раз. При УЗД увеличение КАФ до 16-20 шт. в каждом яичнике.

Уровень инсулина в обеих группах был равнозначно повышен в 2 и более раз. Пациентам 1-й группы была назначена терапия: Метформин, Лираглутид, ГКС, ОК в течении 6-12 мес.

Пациентам 2-й группы была назначена терапия: Левотироксин натрия, Агонист допаминовых рецепторов, Метформин, Лираглутид, ГКС, ОК в течении 6-12 мес.

Дозировка препаратов была подобрана индивидуально каждому пациенту.

На фоне лечения у пациентов 1-й группы наблюдалось снижение уровня инсулина в 2 и более раз в течении 3-6мес, без изменения ИМТ; снижение 17-ОПГ в 2 и более раз; снижение КАФ до 9-12. У 57.2% пациентов на фоне лечения и отмены ОК наступила долгожданная беременность.

На фоне лечения у пациентов 2-й группы наблюдалась нормализация уровня ТТГ, снижение уровня пролактина до нормы, снижение 17-ОПГ в 1 и более раз, снижение инсулина в 2 и более раз, уменьшение ИМТ; снижение КАФ до 9-12. У пациентов данной группы на фоне лечения и отмены ОК в 64.7 % случаев наступила долгожданная беременность.



Результаты данного исследования указывают на то, что пациенты имеющие инсулинорезистентность с дефицитом массы тела имеют положительный ответ на назначенную терапию также, как и пациенты с инсулинорезистентностью с нормальной массой тела.

На данном этапе исследования и тактики ведения можно предположить, что восстановление фертильности у данной когорты пациентов может быть использовано при лечении первичного и вторичного бесплодия.

ЗНАЧЕНИЕ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА ПРИ ВРТ

Расулева Тахмина Абдуалиевна

Клиника Медиофарм ЭКО. г. Ташкент, Узбекистан.

Введение: гормоны щитовидной железы необходимы для развития плода. Европейское Общество Репродукции Человека и Эмбриологии (ESHRE — European Society of Human Reproduction and Embryology) Обзор функции щитовидной железы и репродукции пришел к выводу, что нарушения гормонов щитовидной железы и повышение уровня тиреопероксидазы (ТПО) антитела (ТПОАт) связаны с нарушением фолликулогенеза, сперматогенеза, оплодотворения и эмбриогенез, поддерживая важную роль нарушений гормонов щитовидной железы и аутоиммунитета щитовидной железы при бесплодии и невынашивании беременности.

Целью исследования явилось определение содержания тиреотропного гормона в крови у женщин с бесплодием и оценке его влияния на исход лечения бесплодия с помощью методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Материал и методы исследования: Выборка исследования включала 50 супружеских пар с подтвержденным диагнозом бесплодия, обратившихся для выполнения ЭКО и ЭКО/ИКСИ в период с 2022 года по 2023 г. Всем пациенткам была проведена индукция суперовуляции в программе ЭКО и ЭКО/ИКСИ. Уровень тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови был измерен за 1 месяц до начала процедуры ВРТ. Средний возраст женщин составил $29,1 \pm 0,56$ лет. Женщины были подразделены на 2 группы: 1ая группа 30 женщин с исходно низким ТТГ (ниже 2,5 мМЕ/мл.), а также индуцировано сниженным на фоне приема тироксина. 2ая группа 20 женщин с исходным нормальным уровнем ТТГ (2,5 -3,5 мМЕ/мл. Исходно иммуноферментным методом определяли содержание ТТГ, Т3 св, Т4 св, А-ТПО и АТг в сыворотке крови. Проводилось ультразвуковое исследование щитовидной железы.

Результаты исследования: Из анамнеза, а также по результату УЗИ исследования было выявлено, что у 17 (34%) обследованных диагностирован аутоиммунный тиреоидит. Установлено, что у пациенток с содержанием в крови ТТГ менее 2,5 мМЕ/мл статистически значимо чаще, чем в группах с концентрацией ТТГ более 2,5 мМЕ/мл, наблюдается положительный исход лечения бесплодия, что выразалось в нашем исследовании самой высокой доле положительных результатов ЭКО/ИКСИ (738%) ($p < 0,001$).

Заключение: Представленные результаты показывают, что снижение содержания ТТГ в крови до уровня менее 2,5 мМЕ/мл до проведения ВРТ ассоциировано с более высокой частотой наступления клинической беременности после ВРТ.



ВЛИЯНИЕ ДИСБАЛАНСА ЦИТОКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ЖЕНЩИН НА
РАЗВИТИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Саркисова Л.В.

Бухарский Государственный Медицинский институт имени Абу Али ибн Сино Кафедра
«Акушерства и гинекологии»

Актуальность: В настоящее время общеизвестным считается факт высокой частоты развития осложнений беременности. Одной из основных проблем являются преждевременные роды (ПР), не имеющие тенденции к снижению и составляющие от 25% до 35% от всех беременностей. Основными коммуникативными молекулами иммунной системы являются интерлейкины, но именно поэтому изучение, и главное – интерпретация их уровней в сыворотке крови представляют большие трудности. Отсутствуют общепринятые нормы этих уровней не только для беременных женщин, но и в популяции вообще.

Разностороннее изучение причинно-следственных связей и попытки медикаментозного решения проблемы преждевременных родов не привели к значимому снижению их частоты и улучшению исходов. Это заставляет исследователей отказаться от попыток быстрого и, как показало время, поверхностного решения вопроса и начать углубленно изучать иммунологические и биохимические процессы, сопровождающие эту патологию..

В связи с вышеизложенным целью настоящей работы явилось изучение продукции цитокинов околоплодных вод, сыворотки крови при физиологической и осложненной беременности и их влияния на развитие преждевременных родов.

Материал и методы: В соответствии с целью и задачами настоящего исследования нами было изучено течение беременности и родов 200 женщины в сроке гестации 22-36недель. Основную группу составили 65 женщин с угрозой прерывания беременности, 40 женщин с преждевременными родами без отхождения околоплодных вод и 45 женщин с ПДРПО , контрольную группу составили 50 женщин с физиологическим течением беременности.

Работа выполнялась в городском родильном комплексе Мохи-Хоса и областном перинатальном центре города Бухары за период с 2020 по 2022годы .Иммунологические исследования проведены в научно- иммунологической лаборатории Научно-исследовательского института Акушерства и гинекологии Республики Узбекистан , старшим научным сотрудником, к.м.н Файзырахмоновой М.М. На иммуноферментном анализаторе аппарата Mindray MR-96A» обследованы интерлейкины IL1 β , TNF- α , IL10 в плазме крови пациенток .

У беременных с угрозой прерывания беременности и с преждевременными родами изучаемый нами показатель IL-1 β и ее концентрация в сыворотке крови пациенток оказалась значительно высокой. У женщин с угрозой прерывания беременности показатель IL-1 β составил 10,6 \pm 0,1 пг/мл, во II-A подгруппе с преждевременными родами без отхождения около плодных вод 13,5 \pm 0,07, в II-B-подгруппе с преждевременными родами с отхождением околоплодных вод 20,3 \pm 0,21.

Интерлейкин 1 бета (ИЛ-1 β) и фактор некроза опухоли α (ФНО- α) являются распространенными про воспалительными цитокинами, которые в основном продуцируются активированными тучными клетками и макрофагами.

Проведенные нами исследования показали, что повышение концентрации фактора некроза опухоли (TNF- α) в плазме крови говорят о том ,что этот цитокин играет важную роль в возникновении в патогенезе преждевременных родов. Исследования доказали, что TNF- α является провоспалительный цитокином. Показатели фактора некроза опухоли TNF- α в плазме крови женщин с угрозой прерывания беременности в I группе составил 15,3 \pm 0,08 пг/мл , беременных , во 2А группе 20,7 \pm 0,34 пг/мл в 2Б группе 28,0 \pm 0,15 пг/мл .

Выводы: В результате проведенных исследований можно сделать вывод, что осложненная беременность протекает на фоне нарушенной продукции провоспалительных и противовоспалительных цитокинов. Рассматривая механизмы модификации цитокинов регуляции при угрожающем прерывании беременности, необходимо учитывать их соотношение



(баланс или дисбаланс). Повышение или увеличение уровня провоспалительных цитокинов (IL-1 β , TNF- α) в сыворотке крови у женщин с угрозой прерывания беременности и при преждевременных родах прямо пропорционально риску развития преждевременных родов. Проведенные нами научные исследования показали, что IL-1 β и TNF- α является прогностическим маркером угрозы прерывания беременности и преждевременных родов для женщин узбекской нации.

СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАРНОГО МАТОЧНО- ПЛАЦЕНТАРНОГО И ПЛОДОВОГО КРОВОТОКА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Негматуллаева М.Н., Саркисова Л.В.

Бухарский Государственный Медицинский институт имени Абу Али ибн Сино Кафедра
«Акушерства и гинекологии»

Актуальность: В современном акушерстве исследование маточно- плацентарного и плодового кровотока путём доплерометрии остается неотъемлемой частью оценки состояния маточно- плацентарного – плодового кровотока и одной из основных факторов, обеспечивающих благополучного течения беременности и родов. Отражением множества патологических состояний со стороны матери и плода, является изменение гемодинамических параметров и в то же время показателей перфузионных индексов как неспецифическим проявлением той или иной патологии и эти изменения в регионарной гемодинамике могут предшествовать клинической манифестации патологического процесса, являясь ранним маркером прогнозирующей наступления преждевременных родов.

Исходя из вышеизложенного целью настоящей работы явилось изучение показателей регионарной гемодинамики при угрозе прерывания беременности и при преждевременных родах.

Материалы и методы: В соответствии с целью и задачами настоящего исследования нами было изучено течение беременности и родов 200 женщины в сроке гестации 22-36 недель. Основную группу составили 65 женщин с угрозой прерывания беременности, 40 женщин с преждевременными родами без отхождения околоплодных вод и 45 женщин с ПДРПО, контрольную группу составили 50 женщин с физиологическим течением беременности.

Работа выполнялась в городском родильном комплексе Мохи-Хоса и областном перинатальном центре города Бухары за период с 2020 по 2022 годы.

У обследуемых нами групп беременных начиная с 22 недель гестации для оценки состояния регионарного - МПП кровотока было проведено скрининговое доплерометрическое исследование и анализ спектрограмм маточно- плацентарного и плодового кровотока с помощью «угол независимые показатели»: систолодиастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР).

Как видно из полученных данных доплерометрические показатели в третьем триместре беременности имели тенденцию к повышению, при угрозе преждевременных родов все показатели маточно-плацентарно-плодового кровотока были выше, по сравнению с контрольной группой у пациенток проспективно исследуемых групп. Достоверные различия были получены только у беременных с клиническими проявлениями угрожающих преждевременных родов, возможно это было обусловлено формированием эндотелиальной дисфункции который явилась основным этиологическим фактором приводящей плацентарной ишемии. Провоцирующей причиной развития угрозы прерывания беременности в третьем триместре гестации явилось хроническая ишемия плаценты, в связи отсутствием адекватного притока крови в маточных артериях. Согласно полученным результатам нашего исследования начиная со второго триместра беременности, до появления клинических симптомов преждевременных родов у исследуемых групп пациенток были выявлены нарушения маточного кровообращения, а



среднегрупповые доплерометрические показатели кровотока в маточных артериях у беременных, в последующем осложнившейся угрожающими преждевременными родами, были выше чем аналогичных параметров в других группах.

Таким образом, нарушения маточного кровотока во втором триместре гестации могут прогнозировать высокий риск развития ПР. В третьем триместре при клинических проявлениях ПР, к нарушениям маточно-плацентарного кровотока могут присоединяться изменения плодово – плацентарного кровообращения, в связи с чем, полученные результаты оценки маточно - плацентарного кровотока во втором триместре беременности можно использовать в качестве предиктора ПР, а в третьем триместре – основным маркером клинического проявления преждевременных родов. Вышеуказанные результаты доплерометрических параметров соответственно повлияли на рост и развития плода и зрелости плацентарной ткани и в связи, с чем мы проводили УЗИ плода и плаценты.

Плацентометрию проводили для оценки толщины, структуры и степени ее зрелости для прогнозирования ПР. Для определения PRi определяли длины плаценты - Lp и ее толщину - Tnp. Lp в контрольной группе составила 146,5 мм (144,0- 149,3мм), в основной 1- группе 148,5мм, а во 2- группе 149,5мм. показатель толщины плаценты – Tnp составила в контрольной группе 22,0, во 2- группе 21,0, а во 2- группе 19,0 мм. разница показателей была статистически значимой ($p=0,0001$). PRi в контрольной группе равнялась 6,68мм, в основной 1- группе 7,65, а во 2- группе беременных в среднем составляла 7,90, разница этих показателей оказалось статистически значимой. Из основной группы. У всех 65 беременных с риском на невынашивание, но без признаков угрозы ее прерывания PRi составил в среднем 6.4, значить менее > 7 . А у 85 пациенток 2- группы с клиническими признаками угрожающих преждевременных родов данный показатель оказался значительно увеличенным, составив в среднем 7,45- 8,75. Также в этой группе у 10 – беременных PRi превышал пороговый показатель – 9,65 и 8,45 и проявлялся клиническими признаками ранних родов.

Изолированные нарушения регионарного кровотока в маточных артериях не всегда могут приводит к нарушению перфузии крови в артерии пуповины плода вследствие анатомических особенностей строения сосудов материнского и плацентарного ложа. Необходимо указать о том, что сохранение низких резистентных свойств кровотока в артериях пуповины и бассейне маточных артерий вовсе не означают об отсутствие начальных стадий роста и развития плода и может быть прогнозирующим ее маркером, децентрализации кровотока плода и основным индикатором изменении мозговой гемодинамики плода.

Вывод: Нарушения маточного кровотока во втором триместре гестации могут прогнозировать высокий риск развития ПР. В третьем триместре при клинических проявлениях ПР, к нарушениям маточно - плацентарного кровотока могут присоединяться изменения плодово - плацентарного кровообращения, в связи с чем, полученные результаты оценки маточно-плацентарного кровотока во втором триместре беременности можно использовать в качестве предиктора ПР, а в третьем триместре – основным маркером клинического проявления преждевременных родов. Вышеуказанные результаты доплерометрических параметров соответственно повлияли на рост и развития плода и зрелости плацентарной ткани и в связи, с чем мы проводили УЗИ плода и плаценты.

Полученные нами данные доплерометрические исследования кровообращения в маточных артериях, артерии пуповины у плода показали изменения качественных показателей (СДО, ИР, ПИ) в сторону их увеличения, особенно имело место ухудшение кровотока в маточной и пупочной артерии у пациенток основной группы, которые были достоверно повышенными по сравнению с показателями СДО, ИР и ПИ в контрольной группе.



**БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ**

Саркисова Л.В. Шарипова Н.М.

Бухарский Государственный Медицинский институт имени Абу Али ибн Сино
Бухара, Узбекистан.

Введение: Преждевременные роды являются комплексной междисциплинарной, межведомственной медико-социальной проблемой, связанной с решением задач по улучшению качества последующей жизни детей, родившихся недоношенными, и сопряжены со значительными материально-экономическими затратами, также тяжесть заболеваний недоношенных обратно пропорциональна гестационному сроку. 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. 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 биологически активных 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.

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: Проведенные исследования показали статистически значимые различия в показателях периферической крови в анализируемых группах. В частности, содержание гемоглобина в крови беременных в группе с риском развития преждевременных родов достоверно было ниже значений контрольной группы в 1,14 раза ($p < 0,05$). В то же время у беременных с преждевременными родами с и без излития околоплодных вод средние значения гемоглобина статистически значимо были ниже в 1,28 ($p < 0,05$) и 1,27 ($p < 0,05$) раза, соответственно вышеперечисленным группам относительно значений контрольной группы. Эти значения также статистически значимо были ниже показателей 1-й группы. Достоверных различий данного показателя между 2А и 2Б подгруппами мы не выявили.

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 1-й группой. 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. Анализ уровня гормона прогестерона в сыворотке крови и слюне беременных с риском развития преждевременных родов показал его достоверное снижение в 2,44 ($p < 0,001$) и 2,62 раза ($p < 0,001$), соответственно, у пациенток первой группы по сравнению с показателями контрольной группы беременных. Так, если у беременных контрольной группы содержание прогестерона в сыворотке крови и слюне составило $101,6 \pm 3,9$ и $82,6 \pm 3,9$ нмоль/л, то у пациенток 1-й группы он снизился до $41,72 \pm 1,07$ и $31,5 \pm 0,76$ нмоль/л, соответственно. Снижение уровня прогестерона в сыворотке крови и слюне отмечено также и у беременных с уже состоявшимися преждевременными родами. Так, во 2А подгруппе в сыворотке крови и слюне это снижение составило 2,77 ($p < 0,001$) и 2,73 ($p < 0,001$) раза, составляя $36,7 \pm 0,54$ и $30,3 \pm 0,65$ нмоль/л, соответственно. Во 2Б подгруппе в сыворотке крови и слюне уровень прогестерона снизился в 2,65 ($p < 0,001$) и 2,78 ($p < 0,001$) раза, составляя $38,3 \pm 0,7$ и $29,7 \pm 0,67$ нмоль/л, соответственно. Эти значения были несколько ниже показателей 1-й группы беременных. Следует сказать, что прогестерон синтезируется во время беременности плацентой и его содержание прогрессивно возрастает по мере увеличения срока гестации, максимальные его значения наблюдаются перед родами. Снижение его концентрации свидетельствует о развитии фето-плацентарной недостаточности и риске развития выкидыша или преждевременных родов. Полученные нами результаты подтверждают высказанную мысль. Аналогичные результаты были получены и при исследовании уровня эстрадиола в сыворотке крови обследованных беременных. Так, содержание данного гормона в сыворотке крови контрольной группы беременных составило $52,64 \pm 1,17$ нмоль/л. В 1-й группе беременных его значения достоверно снизились в 1,85 ($p < 0,001$) раза и составили $28,4 \pm 1,1$ нмоль/л. Более выраженное снижение мы наблюдали у беременных с уже состоявшимися преждевременными родами. Так, в частности, во 2А подгруппе с излитием околоплодных вод содержание эстрадиола в сыворотке крови снизилось в 2,59 ($p < 0,001$) раза, составляя $20,33 \pm 0,62$ нмоль/л, у беременных 2Б группы без излития околоплодных вод это снижение было в 2,61 ($p < 0,001$) раза и составило $20,15 \pm 0,58$ нмоль/л. Следует сказать, что при наступлении беременности массивная продукция эстрадиола осуществляется плацентой.

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). 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.

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-микроглобулина 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-микроглобулина являются маркерами, имеющими значительную прогностическую значимость в развитии преждевременных родов.

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. 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, что индуцирует развитие преждевременных родов.

2. У беременных с риском развития преждевременных родов и, особенно с преждевременными родами уровень прогестерона в сыворотке крови и слюне снижаются однонаправленно, эстрадиола в сыворотке крови достоверно снижаются, что указывает на наличие фето-плацентарной недостаточности. Это позволяет использовать слюну в качестве диагностического неинвазивного объекта.

3. Уровень А1М 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.

4. Анализ специфичности, чувствительности и диагностической эффективности в прогнозировании преждевременных родов изученных параметров показал отличную значимость D-димера, низких значений гормонов и высокого уровня α 1-микроглобулина.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Саркисова Ляля Валеревна

Бухарский Государственный Медицинский институт имени Абу Али ибн Сино
Бухара, Узбекистан

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. 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. Несмотря на большое количество известных методов прогнозирования и биомаркёров, более половины случаев ПР остаются не прогнозируемыми.

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.

Изучение генного полиморфизма позволяет использовать генетические маркеры в качестве неинвазивных предикторов формирования группы риска и возможного прогнозирования преждевременных родов.

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. 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.

Материалы и 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 22-36 недель, из них 65 женщин с угрозой прерывания беременности, 52 с преждевременными родами, в группу контрольную вошли 106 женщин. Генетические исследования выполнялись в Республиканском научно-исследовательском медицинском центре Гематологии и отделении Молекулярной клеточной медицинской технологии, во главе д.м.н., профессора Бобоева К.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. Следовательно, женщины, имеющие этот аллель, могут столкнуться с риском гиперэкспрессии ИЛ1b, что приводит к эндотелиальной дисфункции и к преждевременным родам. В частности, доля гомозиготного генотипа ТТ составила 35,8%, а в контрольной группе гетерозиготный генотип ТС и гомозиготный генотип СС показали результат 44,3% и 19,8% соответственно. 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.

Выводы:

1. Проведенные нами научные исследования показали, что полиморфизм генов ИЛ-1β, ИЛ-10 является прогностическим маркёром угрозы прерывания беременности и преждевременных родов для женщин узбекской нации.
2. Полиморфизм генов ИЛ-10 и ИЛ-1b являются предикторами возникновения угрозы прерывания беременности и преждевременных родов.
3. Своевременная диагностика угрозы прерывания беременности и преждевременных родов, основанная на генетических маркёрах позволила своевременно выбрать тактику лечения, и улучшить перинатальные исходы.



ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ COVID-19

*Алимова Хилола Пулатовна, Аллаёров Баходир Курамбаевич,
Бутаев Азамат Хасанджанович*

Республиканская специализированная инфекционная больница Зангиота-1, Ташкент,
Узбекистан

Введение: Гистопатологическое исследование плацентарной ткани может предоставлять важную информацию о здоровье как матери, так и новорожденного, а также дать представление о патофизиологических особенностях инфекционного процесса как у матери, так и плода. При этом важную роль играют нарушения проницаемости плаценты, вызываемые прямым воздействием медиаторов воспаления.

Цель исследования: определить гистопатологические изменения в плаценте при беременности с положительным результатом на SARS-CoV-2 и их связь с неонатальными исходами.

Материал и методы: Проспективное аналитическое исследование в РСИБ Зангиота-1. Все беременные женщины, нуждающиеся в госпитализации, проходят тестирование на новый коронавирус с помощью назофарингеальной ПЦР с обратной транскриптазой (NP-RT-PCR). В исследование были включены в общей сложности 34 беременных с положительным результатом на инфекцию SARS-CoV-2 и одноплодной беременностью, разрешившейся в период с 1 июля 2021 г. по 15 сентября 2021 г. В качестве контроля было включено равное количество (n=34) одноплодных беременностей с отрицательным результатом на SARS-CoV-2, совпадающих по материнскому и гестационному возрасту, которые родили в этот период. После родов плаценты этих женщин фиксировали в 10% забуференном формалине для гистопатологического исследования. Всего из плаценты было взято 8 срезов: 2 среза с материнской поверхности, 2 срез с плодной поверхности, 2 полнослойных среза, 1 срез с оболочек, 1 срез с пуповины. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином (Г-Э) после тотчас после обычной обработки.

Результаты были записаны на предварительно разработанной форме, основанной на Амстердамских согласованных критериях для подтверждения изменений сосудистой мальперфузии у матери и плода и других связанных результатов.

Результаты: Среди патоморфологических признаков материнской сосудистой мальперфузии у беременных с COVID-19 преобладали ретроплацентарные гематомы (p=0.002; ОР=2,3), гиперплазия ворсин (p=0.004, ОР=2,19), дистальная гиперплазия ворсинок (p<0,001; ОР=2,32), острый атероз/фибриноидный некроз (p=0.005), пристеночная гипертрофия мембранных артериол (p<0,001; ОР=4,95) и сосудистая эктазия (p<0.001) и сохранение интрамурального эндovasкулярного трофобласта (p=0.017). Среди патоморфологических признаков сосудистой мальперфузии плодной поверхности при COVID-19 преобладали хориоангиоз (p<0,001; ОР=2,40), интрамуральное отложение фибрина (p=0,005), сосудистая эктазия (p=0,003; ОР=2,19) и периворсинчатое отложение фибрина (p<0,001; ОР=6,28). Дополнительными патоморфологическими признаками фетоплацентарной недостаточности при COVID-19 явились ворсинчатые инфаркты, персистенция интрамурального эндovasкулярного трофобласта, стойкая гипертрофия стенок артериол базальной пластинки, тромбоз базальных децидуальных сосудов, наличие аваскулярных ворсин, тромбоз фетальной хорионической пластинки и ворсинчатый стромальный сосудистый кариорексис; которые были обнаружены чаще у SARS-CoV-2 положительных беременностях, но разница не была статистически значимой по сравнению с контролем.

Вывод. Повреждение плаценты присутствует у всех беременных женщин с положительным результатом на SARS-CoV-2. По мере увеличения тяжести, фетоплацентарная недостаточность, развивающаяся на фоне пневмонии COVID-19, может повлиять на исходы беременности, учитывая, что большинство беременных инфицируются в конце третьего триместра.



INTERCONNECTION OF BIOCHEMICAL AND HEMODYNAMIC INDICATORS IN
PREMATURE LABOR

Sarkisova Lyalya Valerievna

Bukhara State Medical institute, Bukhara, Uzbekistan

Relevance: Premature birth remains one of the urgent problems of modern obstetrics, as it determines the level of perinatal mortality and morbidity. Of no small importance are the psycho-social, economic, demographic aspects of the problem of undermaturity, as well as the frequency of this pathology, which has not been has a downward trend. Among the risk factors for PD, a significant role belongs to infectious pathogens, inflammatory processes, dysfunction of the immune and endocrine systems. There is an opinion about the important role of genetic mutations in the pathogenesis of PR. However, to date, a single mechanism for implementing the PR has not been defined. And the PRs themselves are considered a polyetiological clinical syndrome, which is characterized by a chronic course, with the obligatory participation of the fruit factor and environmental factors in the pathogenesis. At the same time, some scientists associate the occurrence of clinical symptoms of various forms of miscarriage with the development of placental insufficiency

Purpose of the study: To study the nature of the relationship between the synthesis of placenta-specific proteins and uterine hemodynamics in threatening preterm labor.

Material and method: The study included 150 women with a clinic of threatened preterm birth with gestational age from 22 to 36.6 weeks (main group), who were treated at the Perinatal Center and the city maternity complex of the city of Bukhara. The control group consisted of 50 pregnant women with the physiological course of gestation at the same time. Examination of pregnant women was carried out in accordance with Order No. 572n. Doppler ultrasound examination (US) was performed on a HITACHI-5500 apparatus using broadband, ultra-high-density convex probes 3.5-5.0 MHz and cavity probes 5.0-7.5 MHz. Additionally, in terms of diagnostic measures, the content of placenta-specific alpha-1-microglobulin (PAMG-1) in the blood serum of pregnant women was studied by the method of enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) using diagnostic kits (Russia). The results were recorded using an enzyme immunoassay analyzer (Stat fax, USA). Statistical processing was performed using the software package "Excel MS Office Professional" and "Statistica 6.0", with the derivation of M + m, percent, logarithmic means (x) with a 95% confidence interval and the reliability of differences according to Student's t-test and Fisher's exact test (R). The relationship between the studied parameters was established on the basis of correlation analysis using nonparametric methods for testing statistical hypotheses. Correlation was assessed by Spearman's rank correlation coefficients (R).

Research results and their discussion: The age of pregnant women ranged from 19 to 36 years, while the average age in both groups was comparable. A detailed study of the obstetric and gynecological history showed that 56% of women in the main (n = 84) and 53.1% of the control (n = 26) groups had their first birth. At the same time, out of 72 multiparous patients of the main group, every second previous pregnancy ended in preterm labor (n = 39; 54.2%). The frequency of undergone abortions in the main group was 14 times higher than the control indicator. And various forms of miscarriage in the first half of gestation and ectopic pregnancy were traced in the anamnesis only in the main group. Among gynecological diseases in the group of pregnant women with the threat of premature birth, inflammatory processes of the genital organs, menstrual irregularities and cervical pathology were significantly more often detected. The analysis of extragenital pathology in the main group revealed a high proportion of diseases of the urinary system in the form of pyelonephritis and cystitis (up to 41.2%). The incidence of chronic gastritis and pancreatitis in women in the main group was 5 times higher than in the control group, and endocrinopathies (diffuse enlargement of the thyroid gland without dysfunction) and obesity were diagnosed in the main group 2-3 times more often. The results of a complex ultrasound scan in pregnant women with a clinic of threatening termination made it possible to visualize signs of premature maturation of the placenta in 62.5% of women (n = 94), IGR - in 27.1% (n = 41), polyhydramnios - in 4.2% (n = 6), lack of water - 19.8% (n = 30). In addition, according to cervicometry data, a significant shortening of the average value of the cervical length in the study group (24.5 ± 1.7 mm) was established



in comparison with the control data (43.6 ± 1.2 mm) ($P < 0.05$). Moreover, in every third patient of the main group ($n = 50$; 33.3%), the length of the cervix was less than 20 mm. At the same time, we did not find any pronounced disorders of the uteroplacental and fetal-placental blood flow in pregnant women of the main group. However, a comparative analysis of the qualitative parameters of Doppler measurements in the uterine arteries showed a slight decrease in the indices of peripheral vascular resistance against the background of a slight increase in the velocities of systolic and diastolic blood flow, in the absence of significant differences in the parameters between the groups. The content of PAMG-1 in the blood serum of pregnant women significantly increased 2 times ($P < 0.05$) in the main group in relation to the same parameters in the control group ($P < 0.05$). An increase in PAMG-1 is considered by many scientists to be a manifestation of the maladaptive nature of the “mother-placenta-fetus” system with the dominance of programs aimed at suppressing or stopping the further development of pregnancy. In the physiological course of pregnancy, no significant relationships were found: there was a weak positive relationship between IR and the level of PAMG-1 ($r = 0.146$; $P > 0.2$). When a clinic of threatening termination of pregnancy appeared, an increase in the connection with a change in the signs of the correlation between the parameter of uterine hemodynamics and the intensity of synthesis of placenta-specific protein was observed. According to the results of the correlation analysis, a significant negative relationship with the PAMG-1 level was established ($r = -0.621$; $P < 0.05$).

Conclusion: The revealed character of correlations between the content of the gravidar protein PAMG1 and the parameter of uterine hemodynamics in threatening preterm labor indicates the presence of progressive disorders in the mother-placenta-fetus system: maladjustment of the uteroplacental complex in the form of activation from the maternal part and inhibition of the protein-synthetic function of its fetus component is accompanied by a decrease in resistance to uterine blood flow, which contributes to increased vascularization of the cervix and its structural changes, increasing the risk of premature birth. The results of the study dictate the need for further study of the pathogenetic mechanisms of miscarriage in order to improve the existing principles of treatment.

MUDDATDAN OLDIN QOG'ONOQ PARDA YORILISHI KUZATILGAN HOMILADORLARDA TUG`RUQ YO`LLARI MIKROBIOSENOZ HOLATINI BAHOLASHDA FEMOFLOR TESTNING AHAMIYATI

Qayumova G.M., Dustova N.Q.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti 1-son akusherlik va ginekologiya kafedrası

Zamonaviy akusherlik va pediatriya muammolari orasida muddatdan oldin tug`ruq asosiy o`rinlardan birini egallaydi. Ammo qog`onoq suvlarining vaqtidan oldin ketishi tug`ruqni muddatidan oldin boshlanishining asosiy sabablaridan biri bo`lib hisoblanadi. Tug`ilish biomexanikasida amniotik suyuqlik muhim rol o`ynaydi va homilaning holati uchun katta fiziologik ahamiyatga ega.

Tadqiqotning maqsadi muddatdan oldin qog`onoq suvi ketgan homiladorlarda genital traktning mikrobiotsenozini tashkil etuvchi mikroorganizmlarning sifat va miqdoriy tarkibini PZR yordamida aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari: Perinatal markazga murojaat qilib kelgan 26-34 haftalik 24-36 yoshli muddatdan oldin qog`onoq suvi ketgan 28 nafar homilador ayollarning qin surtmalari o`rganildi. Nazorat guruhini 20-25 haftalik fiziologik rivojlanayotgan homiladorlik bilan 24-36 yoshdagi 11 nafar homilador ayollar tashkil etdi. Biz ayollarda urogenital trakt biotsenozini o`rganish uchun Femoflor-16 testidan foydalandik. Tegishli natijalarga erishish uchun qin va qisman bachadon bo`ynidan yetarli miqdordagi hujayralari va yetarli umumiy bakterial massasi bo`lgan namunalar ishlatildi. Namunalar hisobga olindi, unda inson hujayralarining DNK miqdori namunadagi 104 genom-ekvivalentidan (GE) ko`p bo`lgan va umumiy bakterial massa qiymati 106 dan 109 GE / namunaga teng bo`lgan. Amplifikatsiyadan so`ng bakterial massaning umumiy miqdori *Lactobacillus* spp. va shartli-



patogenlarning har biri avtomatik ravishda aniqlandi. Qin mikroflorasini miqdoriy baholash ham mutlaq, ham nisbiy jihatdan amalga oshirildi. Mutlaq ko'rsatkich namunadagi kerakli mikroorganizmning DNK miqdori bo'lib, GE da ifodalangan, o'nlik logarifm - lg shaklida ko'rsatilgan.

Tadqiqot natijalari: Taqqoslanayotgan guruhlarda biotsenoz ko'rsatkichlarini solishtirish shuni ko'rsatdiki, muddatdan oldin qog'onoq suvi ketgan ayollarda normotsenozning ulushi nazorat guruhidagiga nisbatan 2,5 baravar kam ($p=0,0019$). Disbioz 28 ta holatdan 18 tasida (64,3%), nazorat guruhida esa 11 ta ayoldan 1 tasida (9,1%; $p=0,0019$) aniqlangan. O'rtacha

anaerob, yaqqol ifodalangan aerob va aralash disbioz faqat asosiy guruh ayollarda topilgan (jadval 1). Anaerob bakteriyalar aeroblarga qaraganda tezroq aniqlangan, bu ilgari olingan natijalarga to'g'ri keladi. Yaqqol ifodalangan aerob disbalansi aniqlangan 28 ta bemordan 2 tasida *Streptococcus* spp. yuqori titrlarda kuzatilgan. Bemorlarning birida streptokokklar bilan birga diagnostik titrda *Candida* jinsining zamburug'larini aniqladik. Ikkala holatda ham *Lactobacillus* spp. aniqlanmagan. 2ta bemorda o'rtacha aerob-anaerob (aralash) disbioz ham aniqlandi. Aralash disbioz kuzatilgan 1ta bemorda quyidagilar aniqlandi: *Streptococcus* spp./*Gardnerella vaginalis*/*Prevolla bivia*/*Porphyromonas* spp., boshqa holatda *Megasphaera* spp./*Veillonella* spp./*Dialister* spp./*Ureaplasma* (*urealyticum*+*parvum*).

Xulosa: Shunday qilib, tadqiqot natijasida bakterial vaginozni tashxislash uchun yangi zamonaviy PZR usulidan foydalanish samaradorligi ko'rsatildi. Usul bitta namunaga bakterial vaginoz, anaerob va aerob flora bilan bog'liq bo'lgan laktobakteriyalar va bakteriyalar sonini, shu jumladan yetishtirish qiyin bo'lgan florani aniqlashga, ularning nisbati va ayollarning jinsiy yo'llarining biotsenoz holatini qisqa vaqt ichida baholashga imkon beradi. Birinchi marta Femoflor testidan foydalanib, muddatdan oldin qog'onoq suvi ketgan ayollarning genital traktining mikrobial andshafti fiziologik homiladorlik bo'lgan ayollarning jinsiy yo'llarining mikrobiotsenoz bilan taqqoslangan.

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Шопулотов Шохрух Аслиддинович, Шопулотова Зарина Абдумунировна
Научный руководитель: к.м.н., доц. Шодмонова Зебинисо Рахимовна

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Введения: Гиперактивный мочевой пузырь не является угрожающим жизни состоянием, но отрицательно влияет на ее качество, приводит к социальной дезадаптации и даже инвалидизации. В последнее время особую актуальность приобретает оценка роли функционального компонента в развитии нарушений мочеиспускания со стрессовым недержанием мочи (СНМ) в сочетании с императивным недержанием мочи, являющимся проявлением гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП). При уродинамическом исследовании выявляются признаки СНМ в сочетании с гиперактивностью детрузора. Как видно из выше сказанного гиперактивный мочевой пузырь является актуальной проблемой в современной медицине. Требуется подробное изучение этиологических факторов, способствующих развитию ГАМП, разработка ранней диагностики и профилактики ГАМП.

Материалы и методы: Изучены данные 20 пациентов с ГАМП, поступивших в урологическое отделение РНЦЭМП за периоды 2021-2022 гг. Критериями включения пациентов будет наличие ургентного недержания мочи, начальные стадии стрессового недержания мочи, смешанный тип недержания мочи. Критериями исключения являются наличие пролапса уrogenитальных органов, поздние стадии стрессового недержания мочи, анатомические аномалии приводящие к недержанию. Проведено полное клиничко-лабораторное обследование пациентов, с профедением специальных проб для выявления ГАМП.

Результаты: Все пациенты имели признаки ГАМП и жаловались на недержание мочи. Все пациенты испытывали данные симптомы в течении нескольких лет, к несчастью не один пациент сразу не обратился за помощью. Треть пациентов обращались с данными жалобами к врачам не урологического профиля и им чаще назначались антибактериальные и противовоспалительные



препараты под диагнозом “хронический цистит”. Изучение анамнестических данных показал высокий инфекционный индекс: наличие детских инфекционных заболеваний, ОРВИ более 2х раз в год, наличие хронических очагов воспаления, в том числе хронических заболеваний урогенитального тракта (хронический простатит, эндометрит, кольпит, сальпингоофарит и их сочетание). Среди женщин отмечался отягощенный акушерский анамнез, роды с крупным плодом и повреждением области промежности. Для подтверждения недержания мочи были использованы специальные пробы – Вальсальвы, кашлевая и прокладочный тест. Они соответственно были положительны у 70%, 75% и 80% пациентов. Общий анализ крови помог выявить наличие анемии у 25% пациентов, общий анализ мочи показал наличие солей, грибов и бактерий в моче у 60%. Бактерии были неспецифической флоры.

Обзорная урография не дало ценной информации по поводу ГАМП, экскреторная урография позволила оценить состояние мочевыделительных путей. УЗИ органов малого таза показал наличие хронического цистита у 45%, явления остаточной мочи у 60%, у всех мужчин был определен хронический простатит и у более половины аденома простаты, у женщин в 70% случаев имелась картина воспалительных заболеваний гениталий. При мопощи доплерометрии было выявлено нарушение в кровотоке мочевого пузыря в области детрузора что могло явиться причиной ГАМП.

Выводы: Исходя из данных обследования можно сказать об основной причине поздней диагностики – поздняя образуемость или обращение к специалистам другого профиля. Что приводит к неправильной диагностике и лечению, что в свою очередь способствует ухудшения течения ГАМП.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Дусчанова Зайнаб Атабаевна

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Ургенч, Узбекистан

Менопаузальный синдром является одной из актуальных проблем в гинекологии. На постменопаузальный период приходится одна треть женской популяции, в которой она сохраняет свою профессиональную и социальную активность. В 75—80% случаев на фоне возрастного снижения и «выключения» функции яичников в климактерии могут наблюдаться симптомы дефицита женских половых гормонов.

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность применения заместительной гормональной терапии и влияние ее на психосоматическое состояния женщин в менопаузальном периоде.

Материал и методы исследования: В исследовании принимали участия 52 женщин в возрасте от 45 до 55 лет с менопаузальным синдромом. У всех женщин с менопаузальным синдромом отмечалось повышение уровня ФСГ, ЛГ и снижение эстрадиола. Исследуемые женщины были разделены на 2 группы. В первой группы были 25 женщины с менопаузальным синдромом, которые принимали менопаузальную гормональную терапию, 2-ю контрольную группу составили 27 женщины с менопаузальным синдромом (МГТ), которые отказались от приема МГТ.

Результаты исследования: У женщин, принимающих гормональную терапию, уменьшалось вегетососудистые симптомы, таких как приливы и потливость, особенно улучшилось показатели психосоматического состояния и отмечалось положительная динамика личностных характеристик, что является важным фактором, повышающим качество жизни в период перименопаузы. На фоне приёма МГТ произошло достоверное улучшение качества жизни, что сопровождалось уменьшением количества ранее предъявляемых жалоб, достоверным



снижением индекса массы тела и артериального давления, особенно у женщин, страдавших ожирением и гипертонией. Нормализация веса и артериального давления привело к улучшению сократительной способности миокарда на фоне уменьшения массы левого желудочка и общего периферического сопротивления. Достоверно увеличилось количество пациенток с «нормальными» ЭКГ.

В контрольной группе, отказавшейся от приема МГТ, отмечалась тенденция к уменьшению вегетососудистых симптомов за счёт процесса адаптации. Но качество жизни ухудшилось за счет усиления таких симптомов как нарушение сна, боли в суставах, снижение настроения, понижение работоспособности из-за возрастающего дефицита эстрогенов. В основе ухудшения качества жизни была тенденция к увеличению веса и индекса массы тела.

Заключение: Таким образом, целесообразным следует считать своевременное назначение МГТ является эффективным и способствует к улучшению психосоматического состояния, т.е. качества жизни женщин.

ВАЖНОСТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЖЕНЩИН К СПЕРМЕ ПАРТНЕРА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Хикматова Н. И. Бухарский государственный медицинский институт,
Моисеева О.М. Бухарский областной многопрофильный центр

Актуальность: Сенсibilизация у женщин к сперматозоидам партнера является известным фактором в развитии бесплодия. Аллергические реакции на антигены спермы могут проявляться как местными, так и общими аллергическими реакциями. Все это необходимо учитывать при лечении бесплодия, а также проведения процедур экстракорпорального оплодотворения.

Цель: Определение антиспермальных сывороточных IgE антител у женщин с бесплодием, страдающих воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Материалы и методы исследования: Были обследованы 80 женщин репродуктивного возраста, страдающих бесплодием воспалительной этиологии. Средний возраст составил $29 \pm 0,6$ лет. Контрольную группу составили 35 здоровых аналогичного возраста. Для определения антиспермальных сывороточных IgE использовался модифицированный протокол Anti-Spermatozoa Antibody – ASA Serum ELISA, Demeditec Diagnostisc (Германия). Модификация предназначена для выявления только сывороточных антиспермальных IgE антител, несущих Fab- фрагменты к антигенам сперматозоидов.

Результаты: Проведенное обследование показало, что у 45 (62.5%) пациенток наряду с различными видами условно-патогенной влагалищной микрофлоры были обнаружены хламидии, цитомегаловирус, вирус простого герпеса, уреоплазма, а также их ассоциации.

Специфические IgE антитела к антигенам сперматозоидов были выявлены в сыворотке крови у 7 (17.5%) пациенток с бесплодием. Максимальный уровень IgE в 4 раза превышал пороговое значение показателя женщин контрольной группы. Корреляции с общим IgE не выявлено. Коэффициент корреляции Пирсона составил 0.024166.

Заключение: По результатам исследования установлено, что до 50% женщин с IgE к протеинам сперматозоидов отмечали реакцию уже на первый контакт со спермой, что позволяет предполагать возможную перекрестную аллергическую реакцию. Вероятно, часть женщин с сенсibilизацией к семенной жидкости и сперматозоидам были ранее сенсibilизированы к перекрестным аллергенным эпитопам. Так, установлены перекресты между молекулами простатного калликрейна собаки Can f 5 и ПСА (простатический специфический антиген). Этот вопрос заслуживает отдельного научного исследования. Установленную сенсibilизацию у 17.5% женщин с бесплодием воспалительного генеза к протеинам сперматозоидов следует обязательно учитывать при выборе персонализированных подходов к лечению бесплодных пар. Кроме того, также учитывать наличие сенсibilизации при проведении процедур экстракорпорального оплодотворения.



THE IMPORTANCE OF FEMALE SENSITIVITY TO PARTNER SPERM IN
INFLAMMATORY INFERTILITY

Khikmatova N.I. Bukhara State Medical Institute,
Moiseeva O.M. Bukhara Regional Multidisciplinary Center

Objective: Sensitization in women to partner sperm is a known factor in the development of infertility. Allergic reactions to sperm antigens can be manifested by both local and general allergic reactions. All this must be considering in the treatment of infertility, as well as in IVF procedures. The purpose of the study was determination of antisperm serum IgE antibodies in infertile women suffering from pelvic inflammatory diseases.

Materials and methods: We examined 80 women of reproductive age suffering from infertility of inflammatory etiology. The average age was 29 ± 0.6 years. The control group consisted of 35 healthy women of the same age. To determine antisperm serum IgE, we used a modified Anti-Spermatozoa Antibody protocol - ASA Serum ELISA, Demeditec Diagnostics (Germany). The modification is designed to detect only antisperm IgE antibodies that carry Fab fragments to sperm antigens.

Results: The survey showed that in 45 (62.5%) patients, along with various types of opportunistic vaginal microflora, chlamydia, cytomegalovirus, herpes simplex virus, ureaplasma, and their associations were found.

Specific IgE antibodies to sperm antigens were detected in the blood serum of 7 (17.5%) infertile patients. The maximum IgE level was 4 times higher than the threshold value for the women in the control group. There was no correlation with total IgE. Pearson's correlation coefficient was 0.024166.

Conclusions: According to the results of the study, it was found that up to 50% of women with IgE to sperm proteins noted a reaction already to the first contact with sperm, which suggests a possible cross-allergic reaction. Probably, some women with sensitization to seminal fluid and spermatozooids were previously sensitized to cross-allergic epitopes. Thus, cross-sections were established between "Can f 5" prostate kallikrein molecules of dog and PSA (prostate specific antigen). This issue deserves a separate scientific study. The established sensitization in 17.5% of women with infertility of inflammatory genesis to sperm proteins should be taken into account when choosing personalized approaches to the treatment of infertile couples. In addition, also should consider the presence of sensitization during IVF procedures.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ПРОГЕСТЕРОНОВОГО РЕЦЕПТОРА (PRG) У
ЖЕНЩИН С ЭКО В РАЗВИТИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ

Мирзаева Дилфуза Ботиржоновна, Саиджалилова Дилноза Джавдатовна

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Изучение аллельного полиморфизма генов, отвечающие за благоприятное течение беременности является перспективным направлением для выявления генотипов предрасположенности к невынашиванию. Однако, несмотря на постоянное внимание к проблеме ведения и течения беременности после экстракорпорального оплодотворения, остаются нерешенными многие вопросы.

Цель исследования: Провести сравнительную оценку клинико-диагностической значимости аллелей и генотипов полиморфизма гена PRG у женщин с ЭКО, в развитии акушерских и перинатальных осложнений.

Материал и методы: Проведен молекулярно-генетическое исследование крови у 96 женщин с определением полиморфизма гена PRG. Из них основную группу составили 82 женщины, обратившихся для проведения программы ЭКО/ИКСИ. Контрольную группу в этом исследовании составили 14 беременных с физиологическим течением беременности.



Результаты исследования: Средний возраст составил $31,84 \pm 0,46$ лет в основной группе и $27,35 \pm 1,19$ года в контрольной группе. Наиболее часто встречались женщины после ЭКО в возрасте от 30 до 34 лет, на долю которых пришлось 32,9%, наименьше всего – 21–24 лет, что составило 6,5% случаев.

Анализ социального статуса показал, что все женщины ($n=96$) находились в зарегистрированном браке. 44 (45,8%) пациентки были работающие, 52 (54,2%) – домохозяйками, 58 (60,4%) – жители городов и 38 (39,6%) – сельских местностей. Статистически значимые различия между групп по месту проживания (город, село) и по социальному фактору не выявлены ($p > 0,05$).

Проведен анализ частоты возникновения акушерских осложнений в первой половине данной беременности в зависимости от аллелей и генотипов PRG у обследуемых пациенток. При анализе выявили, что угроза невынашивания ($\chi^2=44,55$; $p < 0,001$, ОШ=52,6; 95%ДИ: 11,02-251,2) начавшийся самопроизвольный выкидыш ($\chi^2=26,63$; $p < 0,001$, ОШ=16,5; 95%ДИ: 4,64-58,68), ретрохориальная гематома без наружного кровотечения ($\chi^2=29,96$; $p < 0,001$, ОШ=17,73; 95%ДИ: 5,36-58,68), а также прерывание беременности ($\chi^2=16,81$; $p < 0,001$, ОШ=8,74; 95%ДИ: 2,39-31,8) были статистически связаны с наличием в организме мутантного аллеля T, по сравнению с женщинами, которых данной аллеля не имели ($p < 0,05$).

В ходе нашего следующего этапа исследования был проведен анализ частоты возникновения акушерских осложнений во второй половине данной беременности в зависимости от аллелей и генотипов PRG у обследуемых пациенток. По нашим данным, у 17 (24%) женщин наблюдались угроза прерывания ($\chi^2=24,05$; $p < 0,001$), у 6 (8,6%) женщин ПОНРП ($\chi^2=24,76$; $p < 0,001$), у 18 (25,7%) женщин НМППК ($\chi^2=16,96$; $p < 0,001$, ОШ=11,7; ДИ95%: 3,17-43,52) разной степени, у 9 (12,9%) женщин СОРП ($\chi^2=38,96$; $p < 0,001$) у плода, у 9 (12,9%) женщин преждевременные роды ($\chi^2=30,2$; $p < 0,001$, ОШ=61,7; ДИ95%: 6,68-569,9). Все эти осложнения были статистически значимы ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, в результате нашего исследования можно увидеть значительную связь между полиморфизма генов PRG и невынашиванием беременности. Эти генетические вариации могут вызывать изменение биологической функции у PRG и потенциально могут способствовать патологии процессов имплантации и плацентации, что в совокупности приводит к восприимчивости индивидуума к развитию потери беременности.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПРЕРЫВАНИЕ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ЭКО

Норова Г.И. Хафизова Д.Б., Ярматова Ш.К.

Республиканский научный центр экстренной медицины Бухарский филиал, Бухарский медицинский институт

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) – сравнительно молодой (впервые применен в Англии в 1978 г.) эффективный метод лечения бесплодия. Частота наступления беременности после проведения процедуры ЭКО, по данным разных центров ЭКО, достигает 40%.

По оценкам ВОЗ, бесплодием страдают 50-80 миллионов женщин во всем мире и 11,3% замужних женщин, причем только 35% из них обращаются за медицинской помощью.

Однако более 50% пациенток с наступившей после ЭКО беременностью сталкиваются с проблемой невынашивания беременности, особенно в первом триместре. Частота самопроизвольного прерывания беременности после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов, по данным различных авторов, варьирует от 18,5 до 32%. Наиболее уязвимым этапом программы ЭКО, с точки зрения вынашивания беременности, является период имплантации и ранние сроки беременности.



Цель: патогенетическое обоснование применения микронизированного прогестерона для снижения риска прерывания при неблагоприятных исходах ЭКО

Материалы и методы: Обследованы 35 беременных на базе кафедры Бухарского родильного комплекса, в возрасте от 17 до 41 года с угрозой самопроизвольных выкидышей на сроках 12-22 недель гестации. Для обследования женщин применялись общеклинические, биохимические, методы, УЗИ плода. Изучение системы гемостаза проводили по стандартным методикам с обязательным определением антитромбина III (АТ-III), прогестерона и эстриола в сыворотке крови, а также (маркер эндотелиальной дисфункции) F VII гены. Основную группу составили 35 беременных с риском угрозой самопроизвольных выкидышей и варикозным расширением вен нижних конечностей, где в комплексная терапия проводилась с применением прогестерона и Диосмин-600 (Флебодиа). Степень риска определялась по длине шейки матки. Высокий риск имели 11 женщин с длиной шейки матки 15 мм, 16 - имели длину шейки 18-25 мм, что снижало степень риска, остальные - 32-36 мм. Большинство женщин получали Диосмин -600 микронизированный прогестерон (Феталстон 200) с 12 недель беременности в дозе 200 мг, но на высоте клиники угрозы выкидыша дозу повышали до 400-600 мг препарата интравагинально в 2-3 приема в течение дня. У подавляющего большинства женщин боли снимались в течение суток, и по мере снижения тонуса матки это позволяло снизить дозу прогестерона до 400 мг, а затем до 200 мг (длительность применения до 22 недель). В группу сравнения были включены 15 пациенток, получавших традиционное лечение угрозы выкидыша (токолитическая, седативная, терапия).

Клинические проявления угрозы выкидыша сопровождались нарушениями в системе гемостаза у 93,4% женщин: у 60% изменения отмечены только в отдельных звеньях гемостаза. Гиперагрегация тромбоцитов (спонтанная и индуцированная) наблюдалась у 34,2% беременных. Анализ конечных этапов гемостаза показал, что уровень фибриногена повышался в 46,6% наблюдениях и в ходе лечения достоверно снижался только в основной группе $4,97 \pm 0,6$ до лечения, $4,0 \pm 0,6$ после $p < 0,05$), тромбиновое время удлинялось у 4% беременных от общего числа исследуемых.

В совокупности наши данные показали, что распространенность мутаций тромбофильного гена была одинаковой у женщин с неудачами ЭКО и у здоровых женщин, только в совокупности с параметрами коагулограммы мы можем прогнозировать риск самопроизвольных выкидышей после применения ЭКО.

Результаты проведенных исследований показали, что натуральному прогестерону присущи гораздо большие возможности, и, соответственно, перспективы применения. Эффективность воздействия препарата на ведущие звенья патогенеза и установленные взаимосвязи параметров гемостаза при угрозе самопроизвольных выкидышей безусловно расширяют терапевтические возможности натурального прогестерона. Сохранение беременности у большинства женщин является весомым доводом в пользу этого вывода.

XORAZM VILOYATIDA HOMILADOR AYOLLAR O'RTASIDA KESAR KESISH AMALYOTINING UCHRASH KO'RSATKICHLARI VA UNGA OLIB KELUVCHI SABABLAR

Бажарувчи: 1-курс ординатори *Tajiboeva Mehriniso Atajon qizi*

Ilmiy rahbar: Akusherlik va ginekologiya kafedrasida datsenti vaqtinchalik bажарувчи PhD.

Ro'zmetova Dilfuza To'ylibaevna

Dolzarbliqi: So'nggi yillarda butun dunyoda bo'lgani kabi O'zbekistonda ham perinatal akusherlik intensiv rivojlanmoqda. Uning asosiy printsiplari onaning, homilaning va yangi tug'ilgan chaqaloqning sog'lig'ini ta'minlashdan iborat bo'lib, bu ba'zi hollarda tez va ehtiyotkorlik bilan qaror qabul qilishni talab qiladi. So'nggi o'n yilliklarda aynan kesarcha kesish usuli onaning va bolaning sog'lig'ini saqlab qolish vositasiga aylandi. Anesteziologiya va reanimatsiya, antibiotik terapiyasi va jarrohlik texnikasi



sohasidagi yutuqlar operativ tug'ilish xavfini minimallashtirishga imkon beradi. Kesarcha kesish dunyodagi eng keng tarqalgan operatsiyalardan biridir. Kesarcha kesish ning eng yuqori chastotasi Lotin Amerikasi va Karib havzasi mintaqasida (40,5%), Shimoliy Amerikada (32,3%), Okeaniyada (31,1%), Evropada (25%) va Osiyoda (19,2%) kuzatiladi. O'zbekistonda Kesarcha keshish 2022 yilda 40 % ni tashkil qilgan.

Maqsad: Birinchi tug'ruq va qayta tug'riqlarda ayollarda rejali va shoshilinch xolatlarida zamonaviy tibbiyotda kesarcha kesish operatsiyasi bilan tug'ishga ko'rsatmalarni o'rganish.

Materiallar va usullari: 2022-yilda operatsiya qilingan 50 nafar bemorni kesarcha kesish bilan tug'ish protokollari tasodifiy tanlab olish yo'li bilan retrospektiv tarzda o'rganildi. Tadqiqotlar Xorazm viloyat perenatal markazida o'tkazildi. Perenatal markaz ma'lumotlariga ko'ra 2022 – yilda kesarcha kesish usuli bilan tug'ish 43 % ni tashkil etdi.

Natijalar: O'rganish jarayonida ma'lum bo'lishicha, 50 ta operatsiyadan Favqulotda 7 % shoshilinch 16%, rejali 77% operatsiya qilingan. 18-25 yoshda homilador ayollar 42%, 26-35 yoshda - 45%, 36-45 yoshda - 13% ni tashkil etgan.

Kesarcha kesish operatsiyasiga asosisiy ko'rsatmalar: Favqulodda ko'rsatmalar (I toifa) Qayta tug'riq 70% va Birinchi tug'riq 30% da aniqlangan. 80% hollarda onadan ko'rsatmalar aniqlangan, ularning eng ko'p tarqalgan sababi 60% hollarda platsentaning muddatidan oldin ajralishi, 20% hollarda homila ko'rsatkichlari qayd etilgan (kindik buralishi fonida).

Shoshilinch ko'rsatmalar (II toifa) 83% Qayta tug'riqda va 17% Birinchi tug'riqda sodir bo'lgan.

42% hollarda onadagi o'zgarishlar, 10% xomiladagi o'zgarishlar va 48% da kombinatsiyalangan xolatlar ko'rsatma bo'lgan. Ona tomonidan 65% hollarda tug'ruqning kuchsizligi tashxisi qo'yilgan va bu dori-darmonlar bilan tog'irlash imkoni bo'lmagan, 15% da - tug'riq yo'llari yetuk bo'lmagan tug'riq yo'llari fonida suvning muddatidan oldin chiqib ketishi va 10% - og'ir preeklampsiya. Ushbu toifadagi homila tomonidan 76% hollarda xomila yurak urish tezligining o'zgarishi bilan homila gipoksiyasi va 24% hollarda amniotik suyuqlikka mekoniyning chiqishi bilan homila gipoksiyasi sabab bo'lgan.

Rejalashtirilgan operatsiyalar (IIItoifa) Klinik tor chanoqlik 2.1 % platsentaning oldinda yotishi 2.7% og'ir preeklamsiya va eklamsiya 10.9%, xomilaning noto'g'ri joylashishi 2 %. Bachadon chandiqlik 44.6 % egiz xomila 5.3%, xomilaning noturg'un xolati 4.4% miopiya yuqori daraja 6.2% bachadon miomasi, onkologik kasalliklar 1 % chanoqlik bilan yotishi 7.1% platsenta oldinda yotishi 2.7% xomilaning noaniqlik xolati 2.9% va b. 7%.

Xulosa: Biz bemorlarning katta ko'pchiligi (67%) qayta tug'riqlarda kuzatilganini aniqladi. Ko'pchilik (41%) shoshilinch ko'rsatmalar bo'yicha operatsiya qilingan, 52% hollarda - reja asosida va bemorlarning 7% da favqulotta ko'rsatmalar uchun kesarcha kesish o'tkazilgan. Favqulotta jarrohlikning asosiy ko'rsatkichi normal joylashgan platsentaning muddatidan oldin ajralishi (60%). Shoshilinch ko'rsatkichlarga ko'ra, asosiy ko'rsatkich tug'ruqning kuchsizligi (65%) edi. Rejalashtirilgan tarzda, har uchinchi bemorda (44.6%) bachadonda chandiqlik paydo bo'lgan (to'liq bo'lmagan yoki vaginal etkazib berishni rad etish). Kesarcha kesish operatsiyasini o'tkazish uchun favqulodda va shoshilinch ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, kasalxonaga yotqizish tashxis qo'yilgandan so'ng darhol amalga oshiriladi. Belgilangan favqulodda va shoshilinch ko'rsatkichlari bo'lgan bemorlarni Kesarcha kesish operatsiyasini o'tkazish tibbiy muassasada, asoratlar paydo bo'lganda shoshilinch yordam ko'rsatishga tayyor tibbiy xodimlar hamrohligida amalga oshiriladi. Kesarcha kesish operatsiyasini rejali tarzda tug'ilganda, kasalxonaga yotqizish ko'rsatkichlari va davomiyligi homiladorlik davrining xususiyatlariga, akusherlik holatiga, ekstragenital kasalliklar mavjudligiga va homilaning holatiga qarab akusher-ginekolog tomonidan belgilanadi. Klinik jihatdan qiyin holatlarda tug'ruq usulini tanlash va kasalxonaga yotqizish muddati "Konsilyum" tomonidan belgilanadi.



ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ COVID-19

Алимова Хилола Пулатовна, Аллаёров Баходир Курамбаевич, Бутаев Азамат Хасанджанович

Республиканская специализированная инфекционная больница Зангиота-1, Ташкент,
Узбекистан

Введение: Гистопатологическое исследование плацентарной ткани может предоставлять важную информацию о здоровье как матери, так и новорожденного, а также дать представление о патофизиологических особенностях инфекционного процесса как у матери, так и плода. При этом важную роль играют нарушения проницаемости плаценты, вызываемые прямым воздействием медиаторов воспаления.

Цель исследования: определить гистопатологические изменения в плаценте при беременности с положительным результатом на SARS-CoV-2 и их связь с неонатальными исходами.

Материал и методы: Проспективное аналитическое исследование в РСИБ Зангиота-1. Все беременные женщины, нуждающиеся в госпитализации, проходят тестирование на новый коронавирус с помощью назофарингеальной ПЦР с обратной транскриптазой (NP-RT-PCR). В исследование были включены в общей сложности 34 беременных с положительным результатом на инфекцию SARS-CoV-2 и одноплодной беременностью, разрешившейся в период с 1 июля 2021 г. по 15 сентября 2021 г. В качестве контроля было включено равное количество (n=34) одноплодных беременностей с отрицательным результатом на SARS-CoV-2, совпадающих по материнскому и гестационному возрасту, которые родили в этот период. После родов плаценты этих женщин фиксировали в 10%

забуференном формалине для гистопатологического исследования. Всего из плаценты было взято 8 срезов: 2 среза с материнской поверхности, 2 срез с плодной поверхности, 2 полнослойных среза, 1 срез с оболочек, 1 срез с пуповины. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином (Г-Э) после тотчас после обычной обработки. Результаты были записаны на предварительно разработанной форме, основанной на Амстердамских согласованных критериях для подтверждения изменений сосудистой мальперфузии у матери и плода и других связанных результатов.

Результаты: Среди патоморфологических признаков материнской сосудистой мальперфузии у беременных с COVID-19 преобладали ретроплацентарные гематомы (p=0.002; ОР=2,3), гиперплазия ворсин (p=0.004, ОР=2,19), дистальная гиперплазия ворсинок (p<0,001; ОР=2,32), острый атероз/фибриноидный некроз (p=0.005), пристеночная гипертрофия мембранных артериол (p<0,001; ОР=4,95) и сосудистая эктазия (p<0.001) и сохранение интрамурального эндovasкулярного трофобласта (p=0.017). Среди патоморфологических признаков сосудистой мальперфузии плодной поверхности при COVID-19 преобладали хориоангиоз (p<0,001; ОР=2,40), интрамуральное отложение фибрина (p=0,005), сосудистая эктазия (p=0,003; ОР=2,19) и периворсинчатое отложение фибрина (p<0,001; ОР=6,28). Дополнительными патоморфологическими признаками фетоплацентарной недостаточности при COVID-19 явились ворсинчатые инфаркты, персистенция интрамурального эндovasкулярного трофобласта, стойкая гипертрофия стенок артериол базальной пластинки, тромбоз базальных децидуальных сосудов, наличие аваскулярных ворсин, тромбоз фетальной хорионической пластинки и ворсинчатый стромальный сосудистый кариорексис; которые были обнаружены чаще у SARS-CoV-2 положительных беременностях, но разница не была статистически значимой по сравнению с контролем.

Вывод: Повреждение плаценты присутствует у всех беременных женщин с положительным результатом на SARS-CoV-2. По мере увеличения тяжести, фетоплацентарная недостаточность, развивающаяся на фоне пневмонии COVID-19, может повлиять на исходы беременности, учитывая, что большинство беременных инфицируются в конце третьего триместра.



СВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТЕСТОВ НАРУШЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Тешаева Ш.К., Негматуллаева М.Н.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

Введение: Гипотиреоз и гипертиреоз матери являются факторами риска преждевременных родов. По мнению многих авторов заболевание щитовидной железы в частности субклинический гипотериоз может, приводит к потери плода и преждевременным родам. Кроме того, вопрос об интеллектуальных способностях данного плода в дальнейшем тоже остается спорным. Мы в своем исследовании постарались выяснить факт связан ли субклинический гипотериоз с преждевременными родами.

Цель исследования: изучить, являются ли отклонения теста функции щитовидной железы матери факторами риска преждевременных родов.

Материалы и методы исследования: В исследуемую популяцию вошли 105 беременных (средний возраст 29 лет; средний гестационный возраст на момент забора крови 12,9 недель), из которых 4 (3,1%) имели субклинический гипотиреоз (повышенная концентрация тиреотропина при нормальной концентрации Т4, 4(2,2%) имели изолированную гипотироксинемию (снижение концентрации FT4 при нормальной концентрации тиреотропина), а 9(7,5%) были положительными по антителам к ТПО; 7(5,0%) имели преждевременные роды. Исследования, в которых участники получали лечение, основанное на аномальных тестах функции щитовидной железы, были исключены. Основные исходы и критерии: основным исходом были преждевременные роды (гестационный возраст <37 недель).

Результаты исследования: В результате исследования был определен факт того что, риск преждевременных родов был выше у женщин с субклиническим гипотиреозом, чем у эутиреоидных женщин 6,1% против 5,0% соответственно. Абсолютная разница рисков 1,4% [95% ДИ, 0% -3,2%]. При этом отношение шансов (ОШ) составил 1,29 случая, 95% ДИ, 1,01-1,64. Среди женщин с изолированной гипотироксинемией риск преждевременных родов составлял 7,1% по сравнению с 5,0% у эутиреоидных женщин абсолютная разница в рисках, 2,3% [95% ДИ, 0,6-4,5%]; OR, 1,46 [95% ДИ, 1,12–1,90]. В непрерывном анализе каждое повышение концентрации тиреотропина у матери на 1 SD было связано с более высоким риском преждевременных родов (абсолютная разница рисков, 0,2% 95% ДИ, 0% -0,4% на 1 SD. Женщины с положительными антителами к тиреоидной пероксидазе имели более высокий риск преждевременных родов по сравнению с женщинами с отрицательными антителами к ТПО (6,6% против 4,9%, соответственно; абсолютная разница в рисках, 1,6% [95% ДИ, 0,7% -2,8%]; ОШ, 1,33 [95% ДИ 1,15-1,56]). каждое повышение концентрации тиреотропина у матери на 1 SD было связано с более высоким риском преждевременных родов (абсолютная разница рисков, 0,2% [95% ДИ, 0% -0,4%] на 1 SD; OR, 1,04 [95% ДИ, 1,00–1,09] за 1 SD).

Вывод: Среди беременных без явного заболевания щитовидной железы субклинический гипотиреоз, изолированная гипотироксинемия и положительность антител к ТПО были значительно связаны с более высоким риском преждевременных родов. Эти результаты дают представление об оптимизации стратегий принятия клинических решений, которые должны учитывать потенциальный вред и преимущества программ скрининга и лечения левотироксином во время беременности.



“РОЛЬ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА В ГЕНЕЗЕ ДИСМЕНОРЕИ”

Ходжаева А.С., Джураева Д.Л., Тиллабаева Д.М.

Центр развития повышения квалификации медицинских работников, кафедра Акушерства и гинекологии. Ташкент, Узбекистан.

Актуальность: Частота дисменореи у девочек-подростков в условиях пандемии COVID-19 растет (25-29%) в результате срыва регуляторных и адаптивных механизмов, нарушения гипоталамо-гипофизарно-яичниково-маточных взаимосвязей.

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 80 ти 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 (дисменореи), 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.



БЕПУШТЛИК ҲОЛАТИДА ТУХУМДОННИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК
ЎЗГАРИШЛАРИ

¹Исроилов Ражаббой Исроилович, ²Шокирова Садоқатхон Мухамматсолиевна

¹Республика патологик анатомия маркази Ўзбекистон Республикаси

²Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад: Бепуштликда тухумдоннинг клиник анамнестик ва морфологик кўрсаткичларини ишлаб чиқиш.

Текширув усуллари: Андижон шаҳрида бепуштлик бўйича мурожаат қилган оптимал репродуктив ёшдаги аёлларда гормонал текширувлар ўтказилди. Шунингдек жарроҳлик усулида тухумдон понасимон резекциясида олинган тухумдон бўлакчалари морфологик текширувдан ўтказилди.

Натижа: Бепуштлик бўйича жарроҳлик амалиётида олинган тухумдон бўлакчаларини морфологик текширув шуни кўрсатдики, тухумдонда ўзига хос бир қатор патоморфологик ўзгаришлар ривожланганлиги, натижада тухумдоннинг асосий функцияси бўлган овуляцияси бузилиб, морфологик жиҳатдан атрофия, деструкция юз берганлиги билан. Патоморфологик ўзгаришларнинг ҳар хиллиги кузатилди: 1) тухумдон оқ пардаси ва пўстлоқ қавати фиброматози, 2) тухумдон ташқи юза тўқимасининг дисрегенератор патологияси, 3) текаматоз ёки гипертекоз, 4) тухумдон оралиқ тўқимасининг яллиғланишли, дистрофик, дисрегенератор патологиялари. Тухумдон оқ пардаси ва пўстлоқ қавати фиброматози ривожланишининг сабаблари қуйидачилиги аниқланди: ташқи юзасидан пўстлоқ қаватга тарқалган яллиғланиш, тўқима ва хужайра тузилмаларида моддалар алмашируви бузилиши, дисрегенератор жараёнлар бошланиши, айрим ҳолатларда иммунопатологик жараённинг қўшилиши.

Хулоса: Тухумдон оқ пардаси ва пўстлоқ қавати фиброматози ривожланишининг сабаблари қуйидагилардан иборат: ташқи юзасидан пўстлоқ қаватга тарқалган яллиғланиш, тўқима ва хужайра тузилмаларида моддалар алмашируви бузилиши, дисрегенератор жараёнлар бошланиши, айрим ҳолатларда иммунопатологик жараённинг қўшилиши. Юқорида кўрсатилган умумий патологик жараёнлар ривожланиши оқибатида тухумдон тўқимаси таркибидаги мавжуд бириктирувчи тўқима фаоллашиб, гиперпластик жараёнга айланади. Натижада умумий патологик жараёнларга қўшилган ҳолда бириктирувчи тўқиманинг ҳам хужайра, ҳам толали тузилмалари кўпайиб, пролиферацияланади. Ўсиб кўпайган бириктирувчи тўқима таркибида меърдан ортик хужайралар кўпайиб, толали тузилмалар ва оралиқ модда мукополисахаридлари ишлаб чиқарилади. Репаратив регенерацияга учраган бириктирувчи тўқима фиброз тўқимага айланади, яъни таркибида қўпол толалар пайдо бўлади, хужайралари дезорганизацияга учраганлиги оқибатида толаларининг фиброэластога, гиалинози ривожланиши кузатилади. Бу ҳолатдаги фиброматозга учраган тухумдоннинг ҳам овуляция, ҳам гормонал функциялари бузилиб, бепуштликга олиб келади.

QANDLI YOKI GESTATION DIABETI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA
TUG'RUQ PAYTIDA TUG'RUQ YO'LLARIDAGI YUMSHOQ TO'QIMLARNING
JAROHATLANISHI

Xolmatova Sh.Sh. ¹, Zufarova Sh.A. ¹, Kamolov T.T. ²

¹Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Toshkent shahri, O'zbekiston Respublikasi,

²Y.X. To'raqulov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan endokrinologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi. Toshkent shahri, O'zbekiston Respublikasi



Kirish: Yumshoq to'qimalarning yirtilishi - tug'ruq paytidagi eng ko'p uchraydigan shikastlanishlar va tug'ilish asoratlaridan biridir. Bu muammo homilador ayolarning ayollarning 8 dan 18 gacha foizida uchraydi. Homiladorlik davridagi giperglikemiya ham onada, ham homilada asoratlarni rivojlanishini xavfli omillaridan biri hisoblanadi. Manbaalarga ko'ra homiladorlarning 15,8% da giperglikemiyaning holati kuzatiladi va homiladordagi giperglikemiya holati asosan (80%) gestatsion diabet (GD) hisobida yuzaga keladi, shuningdek, GD barcha uglevod almashinuvi kasalliklarining 83,6% ni tashkil qiladi. GD bo'lgan homilador ayollarda kuzatiladigan asoratlari: tug'ruq paytida jarohatlarning ikkilamchi bitishi, jarohatlarning giperglikemiya hisobiga yiringli infeksiyaga moyilligi, homila makrosomiyasi, diabetik fetopatiya kuzatilishi va h.k.

Tadqiqot maqsadi: Qandli diabet va gestatsion diabeti bo'lgan ayollarda tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ruq paytida yumshoq to'qimalarning yirtilishini uchrashi chastotasini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari: 2017 yildan 2021 yilgacha bo'lgan davrda Respublika perinatal markazida qayd etilgan tug'ruqlarni retrospektiv tahlilini o'rganish.

Tadqiqot natijalari: RPMda 5 yil davomida 32564 ta tug'ilish sodir bo'lgan, shundan 2279 ta holatda (7,0%) giperglikemiya qayd etilgan, shundan 1240 holatda (54,4%) GD tashxisi qo'yilgan, bulardan 662 tasi tabiiy tug'ruqlardir. GD bilan barcha tabiiy tug'ruqlar orasida yumshoq to'qimalarning yirtilishi 24,8% (164 homilador ayol), GD bo'lmagan ayollarda esa yumshoq to'qimalarning yirtilishi 12,4% (3755 ayol tug'ruq bosqichida) ni tashkil etdi. Ko'rinib turibdiki, GD bilan kasallangan homilador ayollarda tabiiy tug'ruq paytida yumshoq to'qimalarning yirtilishi 2 barobar ko'p ($P < 0,05$). Keyingi tahlillar natijasida biz GD bilan I darajali yirtilishlar II darajali yirtilishlarga (36,0% hollarda; 59 homilador ayol) nisbatan sezilarli darajada ko'pligini ($P < 0,01$) va III-IV darajali yirtilishlar 6,1% hollarda kuzatilishini (10 homilador ayollarda) aniqladik. Yumshoq to'qimalarning yirtilishi bilan ko'p hollarda GD bilan kasallangan homilador ayollarning birinchi martrta tug'ayotganlari - 62,8% (103 ta homilador ayol), 37,2% hollarda – qayta tug'uvchilar tashkil etadi.

Izlanishlar davrida tug'ruq bosqichida o'rganilgan ayollarning asosiy qismini 20 yoshdan 30 yoshgacha bo'lgan ayollar 72,6 foizini (119 nafar homilador ayol), 30 yoshdan 40 yoshgacha bo'lganlar 23,2 foizini (38 homilador ayol), 20 yoshgacha – 4,2 foizini (7 nafar homilador) tashkil etdi.

Xulosa: Toshkent shahrida joylashgan RPM da tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ruq paytida yumshoq to'qimalarning yirtilishida GD li ayollar 24,8% ini tashkil etadi bu GD kasalligisiz bo'lgan homilador ayollarga nisbatan ikki barobar ko'pdir. Tug'ruq paytida yumshoq to'qimalarning yirtilishi 20-30 yoshdagi birinchi martrta tug'ayotgan homilador ayollar orasida keng tarqalgan.

REPRODUKTIV TIZIM VA QALQONSIMON BEZNING FUNKSIONAL O'ZARO TA'SIRI

Zufarova Sh.A., Ismoilova K.G.

Toshkent Pediatriya tibbiyot instituti

Dolzarbligi: Ba'zi mualliflarga ko'ra o'smirlik davridagi jinsiy a'zolarining umumiy patologiyalari orasida hayz davrining buzilishi birinchi o'rinni egallaydi. HMC tarqalishi 40-64% ni tashkil qiladi.

Qizlar o'rtasida hayz ko'rish buzilishining keng tarqalganligiga qaramay, ushbu kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi va davolashga oid ko'plab savollar hal etilmayapti. Bu kasallikning tez-tez takrorlanishi va davolashning past samaradorligi, reproduktiv disfunktsiyadan dalolat beradi. Reproduktiv tizimning neyroendokrin regulatsiyasining bu buzilishlari o'smirlik davrida eng halokatli.

NMC xavfi ostida bo'lgan qizlarni klinikadan oldin aniqlash muammosi mavjud, afsuski, qalqonsimon bez kasalliklarida NMC haqida nashr etilgan juda kam ma'lumotlar mavjud va mavjud ma'lumotlar asosan kattalar bemorlarini o'rganish materiallariga asoslangan. Qalqonsimon bez kasalliklari bilan og'rigan qizlarda NMC oligopsomenoreya yoki giperpolimenoreya, kamroq tez-tez amenoreya shaklida paydo bo'lishi mumkin.



So'nggi yillarda o'smirlarning endokrin patologiyasi tarkibida qalqonsimon bez kasalliklari birinchi o'ringa chiqdi. Shu bilan birga, qalqonsimon bez va reproduktiv tizimlar o'rtasidagi yaqin funktsional aloqalar ma'lum, bu gomeostazning ushbu bo'g'inlaridan birining buzilishida qo'shma kasalliklar rivojlanishining yuqori ehtimolini keltirib chiqaradi. Reproaktiv salomatlik buzilishi muammosi shakllanayotgan va rivojlanayotgan ushbu yoshdagi davrda butun dunyoda alohida tashvish uyg'otmoqda va qalqonsimon bez kasalliklarining qizlarning hayz ko'rish funktsiyasiga ta'sirini o'rganish dolzarb ko'rinadi. Bundan tashqari, har yili hayz ko'rish buzilishi bilan kasallangan qizlar soni ortib bormoqda.

O'smir qizlarda qalqonsimon bez kasalliklarida hayz ko'rish funktsiyasini shakllantirish xususiyatlarini o'rganish, ular uchun diagnostika mezonlarini aniqlash, kombinatsiyalangan buzilishlarning turli xil klinik variantlari bo'lgan bemorlarni davolashning optimal usullarini ishlab chiqish va aniq amaliy tavsiyalar. Pdiatriya, akusherlik va ginekologiyaning dolzarb muammosi.

Tadqiqot maqsadi: Qalqonsimon bez patologiyasi bo'lgan o'smir qizlarda hayz davrining buzilishida gen polimorfizmining roli va xususiyatlarini o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari: Tadqiqotda qalqonsimon bez patologiyasi bilan bog'liq hayz davrining buzilishi bo'lgan 200 nafar o'smir qiz (11-18 yosh) ishtirok etadi. Asosiy guruhga 2 guruh kiradi: 1-guruh - hipotiroidizm fonida oligomenoreya bilan og'rikan 100 qiz; 2-guruh - gipertiroidizm fonida gipomenoreya bilan og'rikan 100 nafar qiz. Nazorat guruhiga qalqonsimon bez patologiyasi bo'lmagan va muntazam hayz ko'radigan 30 nafar sog'lom o'smir qizlar kiritilgan. Qalqonsimon bezning patologiyasini aniqlaydigan maxsus genlarning polimorfizmi elektroforetik aniqlash bilan allelga xos polimeraza zanjiri reaksiyasi usuli bilan o'rganiladi.

Tadqiqotning vazifalari:

1. Qalqonsimon bez patologiyasi bilan bog'liq hayz davrining buzilishi etiologiyasi, patogenezini, diagnostikasini o'rganish;
2. O'smir qizlarda hayz siklining klinik rivojlanishini o'rganish.
3. Qalqonsimon bezning patologiyasini aniqlaydigan o'ziga xos genlarning hayz davriga ta'sirini o'rganish.
4. O'smir qizlarning gormonal funktsiyasiga gen polimorfizmining ta'sirini o'rganish.
5. Qalqonsimon bez patologiyasi bo'lgan qizlarda hayz davrining shakllanishini optimallashtirish.

Kutilayotgan natija: Qalqonsimon bezning patologiyasini aniqlaydigan maxsus genlarning polimorfizmi Qalqonsimon bezning patologiyasini aniqlaydigan maxsus genlarning polimorfizmi qaysi variantlari qalqonsimon bez patologiyasi bo'lgan o'smir qizlarda hayz ko'rish funktsiyasi buzilishlari rivojlanishi uchun xavf belgilari bo'lishi mumkinligini aniqlash.

**ТУХУМДОН ЭРТА ЕТИШМОВЧИЛИГИ БЎЛГАН АЁЛЛАРНИНГ КЛИНИК-
АНАМНЕСТИК ХУСУСИЯТЛАРИ**

Найимова Н.С., Убайдуллаева С.И.

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, №1 Акушерлик ва гинекология кафедраси

Долзарблиги: Европа репродуктологлар ва одам эмбриологияси жамиятининг (ESHRE) 2016 йилдаги клиник кўрсатмаларида тухумдон эрта етишмовчилиги клиник (ТЭЕ) синдромига 40 ёшгача бўлган аёлларда ҳайз циклининг бузилиши, гонадотропинлар микдорининг ошиши ва эстрадиол концентрациясининг ошиши билан намоён бўладиган тухумдон функциясининг тўхташи деб таъриф берилган. ТЭЕ учраш частотаси популяция ўртасида 1-3% ни, аммо ёш жихатидан тарқалиш ҳолатлари алоҳида кўриб чиқилганда бу кўрсаткичлар ушбу синдромнинг учрашини аниқроқ кўрсатади: 20 ёшгача – 1:10 000, 30 ёшгача – 1:1000, 35 ёшгача – 1:250, 40 ёшгача – 1:100 бўлиб, аменорея сабабларининг 10% ташкил этади.



Ишнинг мақсади: Тухумдон эрта етишмовчилиги бўлган аёлларнинг клиник-анамнестик хусусиятларини аниқлаш.

Текшириш усуллари ва материаллари: Проспектив текширишларимиз асосан Республика шошилинч ёрдам илмий маркази Бухоро филиалида, Бухоро давлат тиббиёт институтининг Акушерлик ва гинекология кафедраси базасида йиғилган. 2020-2022 йилларда ТЭЕ бўлган аёлларда 122 та аёлнинг касаллик тарихлари ва амбулатор карта маълумотлари статистик йўл орқали 3 гуруҳга бўлиб ўрганилди; 1 – гуруҳ асосий гуруҳимиз бўлиб, 49 та ТЭЕ билан тухумдонда ёки кичик чаноқ аъзоларида жарроҳлик аралашувлар ўтказилиши натижасида овариал резерви пасайган аёллардан ташкил топган. 2-гуруҳимиз қиёсий гуруҳ бўлиб, ТЭЕ бўлган жарроҳлик аралашувларисиз овариал резервнинг пасайиши билан 43 та аёлни ташкил қилган. 3-гуруҳимиз гинекологик соғлом аёллар бўлиб, улар 30 тани ташкил этади.

Тадқиқот натижалари: Ҳар бир гуруҳдаги тадқиқот учун танлаб олинган ТЭЕ мавжуд аёллардан касаллигига доир муаммоси бўйича асосий саволларга жавоб берадиган алоҳида кузатув картаси бор эди ва бу алоҳида телеграмм канал очилиб саволлар ва жавоблар орқали он-лайн ҳам боғланишга имкон беради ва бу куйидагилардан иборат эди: аёлнинг ёши, касби, ирси, ўтказган операциялари, ҳомиладорлик ва туғруқлар сони, касаллик тарихи, ташхиси (асосий, кўшимча), соматик патология, ТВИ, шикоятлари, ҳаёт сифатини баҳолайдиган сўровнома ва саволларни ўз ичига олган. Бизнинг текширишларимизда анемия 43,41%, қалқонсимон без касалликлари билан касалланиш 39,3%ни, семириш ҳоллари 30,8% ни ташкил қилган. Сўров ўтказилган ҳомиладор аёлларнинг анамнезида гинекологик касалликларнинг комбинацияси ҳам тез-тез учраб, асосий гуруҳнинг 100% респондентларида, қиёсий гуруҳнинг 76,7% ҳайз циклининг бузилиши кузатилган. Асосий гуруҳдаги аёлларда операция сабаблари ўрганиб чиқилганда, катта улуш бир томонлама цистэктомия ўтказилган аёллар 32(65%) ташкил қилди. Битта тухумдоннинг резекцияси (тухумдонни тикиш, резекция) операциялари 11(22%) та аёлларда ўтказилган, бепуштлик сабабидан сальпинголизис операцияларида иккала тухумдон дриллинги 4(8,7%) та беморда қайта-қайта ўтказилган. ТЭЕ билан 2(4,3%) та аёлда бачадон ампутацияси бир томонлама тухумдон билан бирга олиб ташланган.

Хулоса: Хулоса қилиб айтиш мумкинки, ТЭЕ билан пациентларнинг клиник-анамнестик хусусиятларини ўрганганимизда, ТЭЕ аксарият оптимал репродуктив ёшда – 26-35 ва кечки репродуктив ёшларда кўп учраганини аниқладик. Касбий мансублигини таҳлил қилганда, ТЭЕ операция бўлган уй бекаларида, аксинча эса операция бўлмаган аёллар ўртасида ақлий меҳнат билан шуғулланадиган аёллар (ўрта мактаб ўқитувчиларида) ўртасида кўпроқ учраб экан, бу ҳолат эса мунтазам ва тез-тез такрорланадиган стресс факторлари билан боғлиқ деб ҳисобладик.

ИННОВАЦИОННЫЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Азимов Ф.Р., Адизова З.А., Каримов Д.Н.

РНЦЭМПБФ, Узбекистан.

Миома матки наиболее распространенное доброкачественное новообразование матки и встречается у 20-40% женщин репродуктивного возраста, при этом существенно снижает репродуктивную функцию женщин. Миома матки до сих пор лечится в основном хирургическим путем и является наиболее частой причиной гистерэктомии.

Эмболизация маточной артерии - современной способ лечение миомы матки без хирургической операции. Эффект достигается за счет перекрытия кровотока в узлах миом с помощью специальных эмболов, которой вводится в артерии матки по тонкой трубке (катетеру) через бедро. Препарат содержит мелкие шарики (эмболы) который прикрывает артерии миомы после чего она погибает в течение нескольких часов. При миоме ЭМА вызывает прекращение кровотока по ветвям маточных артерии кровоснабжающую миому. После



прекращения кровоснабжения мышечные клетки формирующую миому гибнут. В течение нескольких недель происходит их замещение соединительной тканью. Затем в процессе рассасывания этой ткани происходит значительное уменьшение или исчезновение узлов.

В исследование включены 23 пациенток 29-45 лет с симптомом миомы матки, планирующие беременность и получавшие консервативное лечение и которым планировалось хирургическое лечение.

По результатам исследования выявлено у 14(60%) женщины в течение 7- 9 дней наступила аменорея. После лечение отчетливо уменьшение анемии (легкой степени у 98(46%) женщин, нормальный уровень гемоглобина у 106(53%). Среднее значение уменьшения размеров матки составило 30,7% (минимальное -8%, с 415 до 380 см³, максимальное -70%, с 1180 до 270 см³), ММ- на 25.8% (минимальное 12%, с 285 до 251 см³, максимальное 45%, с 849 до 327 см³) У 50% (23,1%) женщин размеры матки и миоматозных узлов не изменилось. 20(92,3%) пациенткам была успешно произведена ЭМА, которым не пришлось удалить репродуктивный орган.

Достижение аменореи у большинства пациенток можно считать важным терапевтическим эффектом для больных, страдающих аномальными маточными кровотечениями на фоне миомы матки и нуждающихся в отсроченном хирургическом лечении. Для оценки возможности назначения ЭМА с целью избежать хирургического лечения необходимо оценить долгосрочные результаты после проведения нескольких курсов.

ВЛИЯНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В РАЗВИТИИ БЕСПЛОДИЯ ЭНДОМЕТРИАЛЬНОГО ФАКТОРА

Махмудова Ш. А., Киличева В.А.

Бухарский 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.

АКУШЕРЛИК ҚОН КЕТИШЛАРИГА ЮҚОРИ ХАВФЛИ ГУРУХДАГИ ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ЦИТОКИН ПРОФИЛИНИ БАҲОЛАШ

Поянов О.Й., Зокирова Н.Р., Убайдуллаева С.И.

Қашқадарё вилоят перинатал маркази

Долзарблиги: Туғруқдан сўнг қон кетиш частотаси 3% дан 8% гача учрайди ва пасайиш тенденцияси кузатилмаяпти. Бачадон атонияси кўп ҳолларда массив қон кетишларга сабаб бўлади ҳамда коагуляция ва фибринолиз тизимидаги бузилишлар билан боғлиқ бўлади. Қон ивиш тизимидаги бузилишлар чуқурлашиши билан системали яллиғланиш ҳолатига хос иммун бузилишлар юзага келади ва иммун тизимининг пасайиши билан кечади. Шу сабабли иммун тизимдаги дисфункция оқибатида туғруқдан сўнг қон кетишлар истикболни белгилаш ва профилактикасини такомиллаштириш муҳим аҳамият касб этмоқда.

Ишнинг мақсади: акушерлик қон кетишларига юқори хавфли гуруҳдаги ҳомиладор аёлларда цитокин профилини баҳолаш.

Тадқиқот усуллари ва материаллари: Тадқиқотда клиник, лаборатор, иммунологик, биокимёвий ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2014-2019 йилларда Қашқадарё вилоят перинатал марказида назоратда бўлган 346 нафар акушерлик қон кетиши бўйича юқори хавфли гуруҳга кирувчи ва туғруқдан сўнг қон кетиш билан асоратланган аёллар туғруқ тарихларининг ретроспектив таҳлили, 2020-2021 йилларда Қашқадарё вилоят перинатал марказида проспектив таҳлил қилинган 122 нафар қон кетишига юқори хавфли гуруҳга кирувчи ҳомиладор аёллар ва 25 нафар соғлом ҳомиладор аёллар олинган.

Тадқиқот натижалари: Анемияси мавжуд бўлган ҳомиладорларда енгил ва ўрта оғирлик даражаларида IL-1 β микдори ошади, оғир даражаларида эса аксинча пасаяди. IL-2 ва IL-8 яллиғланиш олди цитокинларининг соғлом ҳомиладорларга нисбатан ишончли ошиши ва IL-1 микдорининг пасайиши аниқланди. Ушбу ўзгаришлар айниқса такрор ҳомиладорликда яққол кузатилди. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, анемияси мавжуд бўлган такрор ҳомиладор ДВС – синдромига ва туғруқдан сўнг қон кетишига мойиллик баланд бўлади, шу сабабли уларда комплекс давога иммунокоррегирловчи даво қўшилиши лозимлигини кўрсатади. Преэклампсияси мавжуд бўлган ҳомиладорлар қон зардобиди яллиғланиш олди интерлейкинлар



IL-1 β , IL-8 ва TNF α да микдорининг ошиши асосий белгилардан бири ҳисобланади. IL-1 β микдори соғлом ҳомиладорларга нисбатан 1,8 мартага ошганлигини, IL-8 микдори 3,1 мартага ошганлиги, TNF α микдорига 1,6 марта ошганлиги аниқланди. IgM синтезининг пасайиши натижасида гемостаз тизимида ўзгаришлар вужудга келиши ва ДВС- синдроми ривожланишига олиб келиши аниқланди.

Ўткир -респиратор касалликлар била касалланган ҳомиладорларда IL-1 β , IL-2, IL-8 ва TNF α микдорлари ошиши, хелпер дефицит ҳолатининг ДВС- синдромига хос бўлган гемокоагуляцион бузилишлар мажмуасининг вужудга келиши аниқланди.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, патологик ҳолатларда (анемия, преэклампсия, ўткир респиратор касалликлар) яллиғланиш цитокинлар ишлаб чиқарилишининг кучайиши, ДВС-синдромга мойиллиги борлиги дипиридамомл билан комплекс даво ўтказилганда яллиғланиш олди цитокинлар микдорининг пасайганлиги, яллиғланишга қарши цитокинлар микдорининг ошиши, иммун тизим кўрсаткичларида, клиник симптоматикада ижобий силжишлар кузатилди ва бу дипиридамомлнинг нафақат антиагрегант хусусиятларидан балки шу ҳомиладорларла иммуномодулирловчи хусусияти эффектини исботлаб берди.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ПРОГЕСТЕРОНОВОГО РЕЦЕПТОРА (PRG) У ЖЕНЩИН С ЭКО В РАЗВИТИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ

*Мирзаева Дилфуза Ботиржоновна, Саиджалилова Дилноза Джавдатовна, Зокирова Наргиза
Рузиевна*

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан
РНЦЭМП, Бухара, Узбекистан

Актуальность: Изучение аллельного полиморфизма генов, отвечающие за благоприятное течение беременности является перспективным направлением для выявления генотипов предрасположенности к невынашиванию. Однако, несмотря на постоянное внимание к проблеме ведения и течения беременности после экстракорпорального оплодотворения, остаются нерешенными многие вопросы.

Цель исследования: Провести сравнительную оценку клинико-диагностической значимости аллелей и генотипов полиморфизма гена PRG у женщин с ЭКО, в развитии акушерских и перинатальных осложнений.

Материал и методы исследования: Проведен молекулярно-генетическое исследование крови у 96 женщин с определением полиморфизма гена PRG. Из них основную группу составили 82 женщины, обратившихся для проведения программы ЭКО/ИКСИ. Контрольную группу в этом исследовании составили 14 беременных с физиологическим течением беременности.

Результаты исследования: Средний возраст составил 31,84 \pm 0,46 лет в основной группе и 27,35 \pm 1,19 года в контрольной группе. Наиболее часто встречались женщины после ЭКО в возрасте от 30 до 34 лет, на долю которых пришлось 32,9%, наименьше всего – 21–24 лет, что составило 6,5% случаев.

Анализ социального статуса показал, что что все женщины (n=96) находились в зарегистрированном браке. 44 (45,8%) пациентки были работающие, 52 (54,2%) – домохозяйками, 58 (60,4%) – жители городов и 38 (39,6%) – сельских местностей. Статистически значимые различия между групп по месту проживания (город, село) и по социальному фактору не выявлены (p>0,05).

Проведен анализ частоты возникновения акушерских осложнений в первой половине данной беременности в зависимости от аллелей и генотипов PRG у обследуемых пациенток. При анализе выявили, что угроза невынашивания ($\chi^2=44,55$; p<0,001, ОШ=52,6; 95%ДИ: 11,02-251,2) начавшийся самопроизвольный выкидыш ($\chi^2=26,63$; p<0,001, ОШ=16,5; 95%ДИ: 4,64-58,68), ретрохориальная гематома без наружного кровотечения ($\chi^2=29,96$; p<0,001, ОШ=17,73; 95%ДИ:



5,36-58,68), а также прерывание беременности ($\chi^2=16,81$; $p<0,001$, ОШ=8,74; 95%ДИ:2,39-31,8) были статистически связаны с наличием в организме мутантного аллеля T, по сравнению с женщинами, которых данной аллеля не имели ($p<0,05$).

В ходе нашего следующего этапа исследования был проведен анализ частоты возникновения акушерских осложнений во второй половине данной беременности в зависимости от аллелей и генотипов PRG у обследуемых пациенток. По нашим данным, у 17 (24%) женщин наблюдались угроза прерывания ($\chi^2=24,05$; $p<0,001$), у 6 (8,6%) женщин ПОНРП ($\chi^2=24,76$; $p<0,001$), у 18 (25,7%) женщин НМППК ($\chi^2=16,96$; $p<0,001$, ОШ=11,7; ДИ95%: 3,17-43,52) разной степени, у 9 (12,9%) женщин СОРП ($\chi^2=38,96$; $p<0,001$) у плода, у 9 (12,9%) женщин преждевременные роды ($\chi^2=30,2$; $p<0,001$, ОШ=61,7; ДИ95%: 6,68-569,9). Все эти осложнения были статистически значимы ($p<0,05$).

Выводы: Таким образом, в результате нашего исследования можно увидеть значительную связь между полиморфизма генов PRG и невынашиванием беременности. Эти генетические вариации могут вызывать изменение биологической функции у PRG и потенциально могут способствовать патологии процессов имплантации и плацентации, что в совокупности приводит к восприимчивости индивидуума к развитию потери беременности.

СВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТЕСТОВ НАРУШЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Тешаева Ш.К., Негматуллаева М.Н.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

Введение: Гипотиреоз и гипертиреоз матери являются факторами риска преждевременных родов. По мнению многих авторов заболевание щитовидной железы в частности субклинический гипотериоз может, приводит к потери плода и преждевременным родам. Кроме того, вопрос об интеллектуальных способностях данного плода в дальнейшем тоже остается спорным. Мы в своем исследовании постарались выяснить факт связан ли субклинический гипотериоз с преждевременными родами.

Цель исследования: изучить, являются ли отклонения теста функции щитовидной железы матери факторами риска преждевременных родов.

Материалы и методы исследования: В исследуемую популяцию вошли 105 беременных (средний возраст 29 лет; средний гестационный возраст на момент забора крови 12,9 недель), из которых 4 (3,1%) имели субклинический гипотиреоз (повышенная концентрация тиреотропина при нормальной концентрации Т4), 4 (2,2%)) имели изолированную гипотироксинемию (снижение концентрации FT4 при нормальной концентрации тиреотропина), а 9 (7,5%) были положительными по антителам к ТПО; 7 (5,0%) имели преждевременные роды. Исследования, в которых участники получали лечение, основанное на аномальных тестах функции щитовидной железы, были исключены. Основные исходы и критерии: основным исходом были преждевременные роды (гестационный возраст <37 недель).

Результаты исследования: В результате исследования был определен факт того что, риск преждевременных родов был выше у женщин с субклиническим гипотиреозом, чем у эутиреоидных женщин 6,1% против 5,0% соответственно. Абсолютная разница рисков 1,4% [95% ДИ, 0% -3,2%]. При этом отношение шансов (ОШ) составил 1,29 случая, 95% ДИ, 1,01-1,64. Среди женщин с изолированной гипотироксинемией риск преждевременных родов составлял 7,1% по сравнению с 5,0% у эутиреоидных женщин абсолютная разница в рисках, 2,3% [95% ДИ, 0,6-4,5%]; OR, 1,46 [95% ДИ, 1,12-1,90]. В непрерывном анализе каждое повышение концентрации тиреотропина у матери на 1 SD было связано с более высоким риском преждевременных родов (абсолютная разница рисков, 0,2% 95% ДИ, 0% -0,4% на 1 SD. Женщины с положительными антителами к тиреоидной пероксидазе имели более высокий риск



преждевременных родов по сравнению с женщинами с отрицательными антителами к ТПО (6,6% против 4,9%, соответственно; абсолютная разница в рисках, 1,6% [95% ДИ, 0,7% -2,8%]; ОШ, 1,33 [95% ДИ 1,15-1,56]). каждое повышение концентрации тиреотропина у матери на 1 SD было связано с более высоким риском преждевременных родов (абсолютная разница рисков, 0,2% [95% ДИ, 0% -0,4%] на 1 SD; OR, 1,04 [95% ДИ, 1,00-1,09] за 1 SD).

Вывод: Среди беременных без явного заболевания щитовидной железы субклинический гипотиреоз, изолированная гипотироксинемия и положительность антител к ТПО были значительно связаны с более высоким риском преждевременных родов. Эти результаты дают представление об оптимизации стратегий принятия клинических решений, которые должны учитывать потенциальный вред и преимущества программ скрининга и лечения левотироксином во время беременности.

ПОКАЗАТЕЛИ ИНДЕКСА КУППЕРМАНА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Азамкулова Н. О., Иргашева С. У.

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр Акушерства и гинекологии Республики Узбекистан г. Ташкент

Актуальность: Вирус SARS-Cov-2 помимо поражения ряд органов и систем так же неблагоприятно влияет на функцию яичников у женщин. После выздоровления часть пациентов столкнулись с постковидным синдромом, который проявлялся рядом симптомокомплексов, протекающих на фоне нарушений менструальной функции, аномальных маточных кровотечений, олиго- аменореи с вегетососудистыми, психическими, обменно-эндокринными изменениями. Отмечается схожесть с симптомами климактерия, у женщин старше 45 лет совокупность клинических проявлений значительно влияет на самочувствие больных. Для оценки тяжести проявлений климактерического синдрома используются различные шкалы и методики опроса, в том числе модифицированный менопаузальный индекс (ММИ)-индекс Куппермана в модификации Е.В. Уваровой, производящий оценку состояния женщин.

Цель исследования состояла в изучении особенностей проявления климактерических расстройств у женщин в перименопаузе с постковидными нарушениями с помощью опросника модифицированного менопаузального индекса (ММИ) в модификации Е.В. Уваровой.

Материал и методы: Исследовано 80 женщин в перименопаузальном периоде с климактерическим синдромом в возрасте старше 45-52 года (средний возраст 48,3±2,3 года). В основную группу вошло 50 женщин в перименопаузе с климактерическим синдромом после перенесенной коронавирусной инфекции. Группу контроля составили 30 женщин не болевшие COVID-19. Собрали общий и гинекологический анамнез, провели гинекологический осмотр, измеряли А/Д, антропометрические данные. С помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ)-индекса Куппермана (в модификации Е.В. Уваровой) оценивали тяжесть климактерических симптомов.

Результаты исследования: У женщин основной группы в основном преобладали нейровегетативные, психоэмоциональные и метаболические симптомы климактерического синдрома в тяжелых формах и составило 58,38±8,38, тогда как у контрольной группы 34,20±5,91. Среднее значение индекса Купермана находилось на границе между легкой и средней степенью тяжести. Выраженность климактерических симптомов зависела от тяжести заболевания COVID-19. Жалобы на ознобы, приливы жара, артериальную гипертензию, головную боль, раздражительность, депрессию, расстройства сна чаще встречались у участниц первой группы, нежели у пациенток контрольной группы. Симптомы у основной группы составило: нейровегетативные 31,46±5,27, метаболические 12,13±2,76, психоэмоциональные 15,07±3,08, а



значения контрольной группы нейровегетативные $19,97 \pm 4,61$, метаболические $5,43 \pm 1,78$, психоэмоциональные $8,79 \pm 1,89$. При оценке степени расстройств климактерических симптомов по данным менопаузального индекса Куппермана было выявлено, что у пациенток после перенесенной коронавирусной инфекции с среднетяжелой и тяжелой степени, преобладали тяжелая 31 женщин (62%) и среднетяжелой степени тяжести 19 пациенток, 38% соответственно. При этом у участниц второй группы в основном преобладали симптомы легкой степени тяжести КС.

Вывод: Таким образом, результаты исследования показали, что тяжесть течения климактерического синдрома у женщин в перименопаузальном периоде после перенесенной коронавирусной инфекции усугубляется. Поддержание и улучшение качества жизни женщин в перименопаузе с климактерическим синдромом является первостепенной задачей. В результате этого существует необходимость дальнейшего изучения данной патологии для формирования алгоритма обследования и лечения.

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Шопулотов Шохрух Аслиддинович, Шопулотова Зарина Абдумунировна
Научный руководитель: к.м.н., доц. *Шодмонова Зебинисо Рахимовна*

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Введения: Гиперактивный мочевой пузырь не является угрожающим жизни состоянием, но отрицательно влияет на ее качество, приводит к социальной дезадаптации и даже инвалидизации. В последнее время особую актуальность приобретает оценка роли функционального компонента в развитии нарушений мочеиспускания со стрессовым недержанием мочи (СНМ) в сочетании с императивным недержанием мочи, являющимся проявлением гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП). При уродинамическом исследовании выявляются признаки СНМ в сочетании с гиперактивностью детрузора.

Как видно из выше сказанного гиперактивный мочевой пузырь является актуальной проблемой в современной медицине. Требуется подробное изучение этиологических факторов, способствующих развитию ГАМП, разработка ранней диагностики и профилактики ГАМП.

Материалы и методы: Изучены данные 20 пациентов с ГАМП, поступивших в урологическое отделение РНЦЭМП за периоды 2021-2022 гг. Критериями включения пациентов будет наличие ургентного недержания мочи, начальные стадии стрессового недержания мочи, смешанный тип недержания мочи. Критериями исключения являются наличие пролапса уrogenитальных органов, поздние стадии стрессового недержания мочи, анатомические аномалии, приводящие к недержанию. Проведено полное клинико-лабораторное обследование пациентов, с профедением специальных проб для выявления ГАМП.

Результаты: Все пациенты имели признаки ГАМП и жаловались на недержание мочи. Все пациенты испытывали данные симптомы в течении нескольких лет, к несчастью не один пациент сразу не обратился за помощью. Треть пациентов обращались с данными жалобами к врачам не урологического профиля и им чаще назначались антибактериальные и противовоспалительные препараты под диагнозом “хронический цистит”. Изучение анамнестических данных показал высокий инфекционный индекс: наличие детских инфекционных заболеваний, ОРВИ более 2х раз в год, наличие хронических очагов воспаления, в том числе хронических заболеваний уrogenитального тракта (хронический простатит, эндометрит, кольпит, сальпингоофарит и их сочетание). Среди женщин отмечался отягощенный акушерский анамнез, роды с крупным плодом и повреждением области промежности. Для подтверждения недержания мочи были использованы специальные пробы – Вальсальвы, кашлевая и прокладочный тест. Они соответственно были положительны у 70%, 75% и 80% пациентов. Общий анализ крови помог выявить наличие анемии у 25% пациентов, общий анализ мочи показал наличие солей, грибов



и бактерий в моче у 60%. Бактерии были неспецифической флоры. Обзорная урография не дало ценной информации по поводу ГАМП, экскреторная урография позволила оценить состояние мочевыделительных путей. УЗИ органов малого таза показал наличие хронического цистита у 45%, явления остаточной мочи у 60%, у всех мужчин был определен хронический простатит и у более половины аденома простаты, у женщин в 70% случаев имелась картина воспалительных заболеваний гениталий. При мопощи доплерометрии было выявлено нарушение в кровотоке мочевого пузыря в области детрузора что могло явится причиной ГАМП.

Выводы: Исходя из данных обследования можно сказать об основной причине поздней диагностики – поздняя образуемость или обращение к специалистам другого профиля. Что приводит к неправильной диагностике и лечению, что в свою очередь способствует ухудшения течения ГАМП.

ПОКАЗАТЕЛИ ИНДЕКСА КУППЕРМАНА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ SARS CoV-2.

Азамкулова Н. О., Иргашева С. У.

РСНПМЦ Акушерства и гинекологии Республики Узбекистан г. Ташкент

Актуальность: Вирус SARS-Cov-2 помимо поражения ряд органов и систем так же неблагоприятно влияет на функцию яичников у женщин. После выздоровления часть пациентов столкнулись с постковидным синдромом, который проявлялся рядом симптомокомплексов, протекающих на фоне нарушений менструальной функции, аномальных маточных кровотечений с вегетососудистыми, психическими, обменно-эндокринными изменениями. Отмечается схожесть с симптомами климактерия, у женщин старше 45 лет совокупность клинических проявлений значительно влияет на самочувствие больных. Для оценки тяжести проявлений климактерического синдрома используются различные шкалы и методики опроса, в том числе модифицированный менопаузальный индекс (ММИ)-индекс Куппермана в модификации Е.В. Уваровой.

Цель исследования: состояла в изучении особенностей проявления климактерических расстройств у женщин в перименопаузе с постковидными нарушениями с помощью опросника модифицированного менопаузального индекса (ММИ) в модификации Е.В. Уваровой.

Материал и методы: Исследовано 80 женщин в перименопаузальном периоде с климактерическим синдромом в возрасте старше 45-52 года (средний возраст $48,3 \pm 2,3$ года). В основную группу вошло 50 женщин в перименопаузе с климактерическим синдромом после перенесенной коронавирусной инфекции. Группу контроля составили 30 женщин не болевшие COVID-19. Собрали общий и гинекологический анамнез, провели гинекологический осмотр, измеряли А/Д, антропометрические данные. С помощью ММИ-индекса Куппермана оценивали тяжесть климактерических симптомов.

Результаты исследования: У женщин основной группы в основном преобладали нейровегетативные, психоэмоциональные и метаболические симптомы климактерического синдрома в тяжелых формах и составило $58,38 \pm 8,38$, тогда как у контрольной группы $34,20 \pm 5,91$. Среднее значение индекса Куппермана находилось на границе между легкой и средней степенью тяжести. Выраженность климактерических симптомов зависела от тяжести заболевания COVID-19. Жалобы на приливы жара, артериальную гипертензию, головную боль, раздражительность, депрессию, расстройства сна чаще встречались у участниц первой группы, нежели у пациенток контрольной группы. Симптомы у основной группы составило: нейровегетативные $31,46 \pm 5,27$, метаболические $12,13 \pm 2,76$, психоэмоциональные $15,07 \pm 3,08$, а значения контрольной группы нейровегетативные $19,97 \pm 4,61$, метаболические $5,43 \pm 1,78$, психоэмоциональные $8,79 \pm 1,89$. При оценке степени расстройств климактерических симптомов по данным ММИ Куппермана было выявлено, что у пациенток после перенесенной SARS CoV-2 с среднетяжелой и тяжелой степени,



преобладали тяжелая 31 женщин (62%) и среднетяжелой степени тяжести 19 пациенток, 38% соответственно. При этом у участниц второй группы в основном преобладали симптомы легкой степени тяжести КС.

Вывод: Результаты нашего исследования показали, что тяжесть течения климактерического синдрома у женщин в перименопаузальном периоде после перенесенной COVID-19 усугубляется. Поддержание и улучшение качества жизни женщин в перименопаузе с климактерическим синдромом является первостепенной задачей. В результате этого существует необходимость дальнейшего изучения данной патологии для формирования алгоритма обследования и лечения.

HOMILADOR AYOLLARDA BILIAR SLADJ HOSIL BO'LISHIDA TIBBIY-IJTIMOIIY OMILLARNING ROLI

Karimov Axmad Xoshimovich, Egamova Sitora Nusratillayevna

Toshkent tibbiyot akademiyasi Oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası, Toshkent, O'zbekiston.

Hozirgi vaqtda xolelitiaz patogenezida homiladorlikning tizimli jarayon sifatidagi rolini o'rganishga alohida e'tibor qaratilmoqda, bu nafaqat maqsadli organ bo'lgan o't pufagi emas, balki butun organizmga ta'sir qiladi. (Saveliev B.C., Yablokov E.G., 1999; Savelyev B.C., Petuxov V.A., 2002).

Tadqiqot usullari: Tadqiqot 2019 yildan 2023 yilgacha bo'lgan muddatda TTA ko'p tarmoqli klinikasi tug'ruq majmuasida davolangan turli homiladorlik davridagi jami 160 nafar homilador ayollarda o'tkazildi. Homilador ayollarda biliar sladj rivojlanish xavfini baholash bitta homilador ayolga doimiy va vaqtinchalik omillarning o'rtacha sonini hisoblash asosida amalga oshirildi.

Natijalar: Tahlil shuni ko'rsatdiki, Biliar sladj mavjud bo'lgan 1 homilador ayol o'rtacha 3,1 xavf omiliga ega (nazoratda - 1,3). O'zgarmas omillar bu-yosh va irsiyat edi. Biliar sladj bo'lgan homilador ayollarning yoshi 17 yoshdan 40 yoshgacha, o'rtacha yoshi $33,02 \pm 4,81$ yoshni tashkil etdi. Yosh o'sishi bilan homilador ayollarda Biliar sladj bilan kasallanish sezilarli darajada oshib, 30-39 yosh guruhida maksimal darajaga-59(45,4%), minimal - 17-19 yoshda ekanligi aniqlandi 29(22,3%), bu adabiyot ma'lumotlariga mos keladi (Maksimov V.A., 1988; Ivanchenkova R.A., 2006; Davvani S.A., 2009).

Biliar sladj bo'lgan homilador ayollarda irsiyatni o'rganish davomida qarindoshlarda O't pufagi kasalliklarini uchrash ko'rsatkichi o'rganilganda 2,5 marta tez-tez uchraganligi 23(17,7%) aniqlangan, nazorat guruhida esa 2(6,7%).

Biliar sladj bilan og'rigan homilador ayollarda muvozanatsiz ovqatlanish, vazn yo'qotish uchun dietadan foydalanish, oshqozon-ichak kasalliklari, dori-darmonlar, 4 yoki undan ortiq homiladorlik tarixi, hayz davrining buzilishi, akusherlik tarixining og'irlashishi kabi vaqtinchalik xavf omillari ustunlik qildi. Ular orasida birinchi o'rinni ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari egalladi, ular nazorat bilan solishtirganda 96(73,9%) - 8(26,7%) surunkali gastrit ko'rinishidagi gastroduodenal zona patologiyasi ustunlik qilgan va ichak tasirlanish sindromi 55(42,3%) ich qotishi tendentsiyasi shaklida axlat buzilishi bilan kechgan.

Biliar sladj bo'lgan homilador ayollarda I-II darajali semizlik 20(15,3%) mavjud ekanligini aniqladik, nazorat guruhida bu ko'rsatkich faqat bittada (3,3%) edi, bu nosog'lom turmush tarzi va ovqatlanish bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Aniqlanishicha, Biliar sladj bo'lgan homilador ayollar orasida qayta homilador ayollar 105 (80,8%) va qayta tug'uvchi ayollar 89(68,5%) nazoratga nisbatan ko'p uchragan.

Oziqlanishning tabiatini o'rganar ekanmiz, homilador ayollarda to'liq oziq-ovqat iste'mol qilish chastotasi, nonushta qilishdan bosh tortish, asosiy ovqatni kechki-tungi vaqtga o'tkazish ko'p uchradi 92(70,8%). Ko'p miqdorda yog'lar, tez parchalanuvchi uglevodlar va yuqori kaloriyali ovqatlardan foydalanish Biliar sladj guruhida 67 (51,5%) nazorat guruhiga (23,3%) nisbatan sezilarli darajada ko'p uchradi. Shunisi e'tiborga loyiqki, Biliar sladj bo'lgan homilador ayollarning yarmidan ko'pi cheklangan jismoniy faollik bilan harakatsiz turmush tarzini olib borgan - 77(59,2%), uyda va ishda stressli vaziyatlar, asabiy zo'riqishlar



35(26,9%), yomon odatlardan aziyat chekkan 8 (6,2%), va bu 6(20%) va 1(3,3%) ko'rsatkichli nazorat guruhidagi homilador ayollarga qaraganda deyarli 2 barobar ko'p

Xulosa: Shunday qilib, anamnez ma'lumotlarining retrospektiv tahlili shuni ko'rsatdiki, homilador ayollarda Biliar sladj turli xil doimiy (30 yoshdan oshgan) va vaqtinchalik xavf omillarining kombinatsiyasi fonida shakllangan bo'lib, ular orasida tibbiy omillar (ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari, asoratlangan akusherlik va ginekologik tarix, ko'p homiladorlik va tug'ish) va ijtimoiy, harakatsiz turmush tarzi va asabiy zo'riqish bilan bog'liq.

ИММУНОЦИТОХИМИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алиева Аида Запировна, Идрисова Муминат Абдусаламовна, Эседова Асият Эседовна

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Махачкала, Россия.

Введение: Цель исследования. Изучение динамики изменений цитохимических показателей нейтрофилов крови женщин при физиологически протекающей беременности, а также у беременных пациенток с диффузным токсическим зобом.

Материал и методы: В исследование включены 82 беременных женщин в возрасте 20-40 лет с аутоиммунным тиреодитом и диффузным токсическим зобом. Предметом исследования стали определение иммунологических показателей: уровень аутоантител к тиреотропному гормону, тиреопероксидазе и тиреоглобулину; содержание популяций и субпопуляций лимфоцитов, и цитохимических показателей крови: активность миелопероксидазы; содержание катионных белков; содержание гликогена; содержание липидов.

Результаты: Активность миелопероксидазы в нейтрофилах крови женщин с физиологическим течением беременности (группа сравнения) сходна с тем в контрольной группе. В первом триместре беременности процент нейтрофилов с умеренным и высоким содержанием окрашенных гранул имеет тенденцию к снижению, что отражается на величине среднего цитохимического показателя (СЦП).

Заключение: В заключении следует отметить, что в нейтрофилах периферической крови беременных женщин с синдромом тиреотоксикоза найдены достоверные сдвиги содержания компонентов фагоцитарной защитной системы. Они, несомненно, являются показателями снижения функционального состояния клеток, и общей неспецифической резистентности организма. В связи с этим есть основание полагать, что возможно, нейтрофилы материнской крови принимают участие в механизме развития ряда осложнений течения беременности у женщин с ДТЗ.

Список литературы:

1. Мечников И.И. Избранные биологические произведения. - М., 1950. - С. 641 (Mechnikov I.I. Izbrannye biologicheskie proizvedeniya. - M., 1950. - S. 641).
2. Евсева Г.П., Супрун С.В., Козлов В.К. Оценка цитохимических показателей у беременных женщин // Таврический медико-биологический вестник, 2013. - Том 16. - №2. - С.28-31 (Evseeva G.P., Suprun S.V., Kozlov V.K. Ocenka citohimicheskikh pokazatelej u beremennyh zhenshchin // Tavricheskij mediko-biologicheskij vestnik, 2013. - Tom 16. - №2. - S.28-31).
3. Хамадьянов У.Р., Каюмов Ф.А., Кульмухаметова Н.Г., Хамадьянова А.У. Цитохимические показатели лейкоцитов периферической крови в динамике гестозов // Вест. акушера-гинеколога, 1997. - №1. - С.23-24 (Hamad'yanov U.R., Kayumov F.A., Kul'muhametova N.G., Hamad'yanova A.U. Citohimicheskie pokazateli lejkocitov perifericheskoy krovi v dinamike gestozov // Vest. akushera-ginekologa, 1997. - №1. - S.23-24).
4. Шищенко В.М. Клинико-цитологические основы прогнозирования здоровья, роста и развития новорожденных и детей раннего возраста: автореф. дисс.... д-ра мед. наук: 14.00.09., М., 1988. - 44 с (SHishenko V.M. Kliniko-citologicheskie osnovy prognozirovaniya zdorov'ya, rosta i razvitiya novorozhdennyh i detej rannego vozrasta: avtoref. diss.... d-ra med. nauk: 14.00.09., M., 1988. - 44 s).
5. Brown S.B., Savil J. Phagocytosis triggers macrophage release of Fas ligand and induces apoptosis of bystander leukocytes // J. immunol. -1999.-Vol.162.-P.480-485.



ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Кутлимуратова Б.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Матризаева Г.Д.
Ташкентская Медицинская Академия Ургенчский филиал, Ургенч, Узбекистан

Актуальность: Одно из первых мест среди важнейших проблем практического акушерства занимает проблема невынашивания беременности. Невынашивание беременности – это самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель, считая с первого дня последней менструации. Это многофакторный процесс, причину которого установить крайне сложно. Самопроизвольным выкидышем заканчивается каждая четвертая желанная беременность.

Цель: Изучить анамнестические данные у женщин с невынашиванием беременности, установить структуру их заболеваемости.

Материалы и методы исследования: В Областном Перинатальном Центре г.Ургенч исследованы истории болезни беременных и родильниц 60 женщин с невынашиванием беременности и угрозой прерывания на момент обследования. У пациенток были проанализированы анамнез жизни, наличие сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии, течение и исходы предыдущих и настоящей беременности, генетический паспорт, оценивали нарушения жирового обмена – вычисляли индекс массы тела (ИМТ) по формуле: $ИМТ = \frac{масса\ тела\ (кг)}{рост^2\ (м^2)}$. Результаты рассчитывали среднее арифметическое значение и стандартное отклонение или процент от анализируемой группы.

Результаты и обсуждения: Средний возраст беременных составил 27+5,8 лет. При исследовании ИМТ нормальную массу тела имели 28 женщины (46,67%), недостаток массы тела – 2 пациентки (3,3%), избыточную массу тела – 26 беременных (43,33%), ожирение – 4 женщины (6,67%). Из акушерского анамнеза установлено, что возраст начала менархе – 14 +1,4 года, число беременностей в анамнезе (с учетом настоящей) составило: 2 беременности – у 8 пациенток (13,33%), 3 – у 21 женщин (35%), 4 – у 16 женщин (26,67%), 5 – у 5 (8,33%), 6 беременностей – у 4 женщин (6,67%), 7 – у 2 пациенток (3,33%), 8 – в 3(5%) случаях, 10 – у 1(1,67%) наблюдении. Самопроизвольные выкидыши отмечены у 34 женщин (56,67%), замершие беременности – у 29 пациенток (48,33%). Внематочные беременности в анамнезе у 6 женщин (10%), искусственный аборт – у 9 женщин (15%).

Гинекологическая патология отмечается у 42 женщин (70%), из них в анамнезе наблюдалась эрозия шейки матки в 63,64% случаев, синдром поликистозных яичников в 4,55% наблюдений, врожденные пороки развития матки в 9,11% случаев, хронический аднексит в 13,64% наблюдений, эндометриоз яичников в 4,55% случаев, уреаплазмоз в 9,11% наблюдений. Экстрагенитальная патология отмечалась у 47 женщин (78,33%): заболевания сердца в 53,13% случаев, щитовидной железы в 18,75%, системные заболевания соединительной ткани в 6,25%, антифосфолипидный синдром в 9,38%, генетические тромбофилии в 9,38%, гиперкоагуляционный синдром в 3,13%, сахарный диабет 1 типа в 3,13%, адреногенитальный синдром в 3,13%, заболевания почек в 21,88%.

Выводы: Итак, у пациенток с невынашиванием гестации встречалась патологическая масса тела, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез. Невынашивание беременности ассоциировалось с числом гестаций и случаев самопроизвольных выкидышей поровну. Среди гинекологической патологии преобладали воспалительные заболевания шейки матки, придатков, инфекции, передающиеся половым путем. У большинства отмечалась экстрагенитальная патология с преобладанием сердечно-сосудистой и эндокринной. Вышесказанное требует их тщательного наблюдения акушером гинекологом и смежными специалистами, преградившей подготовки и дополнительной диагностики.



СОВРЕМЕННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИИ
РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Азиза Сагдуллаевна Ходжаева, Дилноза Мурадовна Тиллабаева

Центр развития повышения квалификации медицинских работников,
кафедра Акушерства и гинекологии. Ташкент, Узбекистан.

Ретенционные кисты яичников-фолликулярные, эндометриодные и кисты желтого тела часто являются причиной нарушения менструального цикла у девочек – подростков. Перед выбором лечения детский гинеколог сталкивается со следующей задачей: применить оперативную активность которая не всегда оправдана или консервативное лечение которая опасно из-за возможных критических осложнений.

Цель нашего исследования: усовершенствование тактики ведения пациенток с функциональными кистами яичников.

Материал и методы: Нами были обследованы 44 девочки-подростка в возрасте 14-19 лет (средний возраст составил $16,75 \pm 0,37$ 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:

I 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.

Заключение: Таким образом, применение комплексной терапии (классической, а затем ВМК) при лечении функциональных кист яичников в практике гинеколога, на наш взгляд, патогенетически оправдано, поскольку в сжатые сроки позволяет корректировать патологический процесс и избежать рецидивы.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С
ОЖИРЕНИЕМ В МЕНОПАУЗЕ

*Идрисова Муминат Абдусаламовна, Эседова Асият Эседовна, Алиева Аида Запировна, Ильясов
Камилхан Абдулсаламович*

Дагестанский государственный медицинский университет Махачкала, Россия



Введение: Одним из самых обсуждаемых в настоящее время является вопрос взаимосвязи остеопороза (ОП) с избыточной или недостаточной массой тела. Ассоциация низкой массы тела и ОП в целом ясна, но постулат о том, что ожирение является фактором риска ОП, все еще вызывает недоумение. Цель исследования – оценить состояние костного метаболизма у женщин, страдающих ожирением, в постменопаузе.

Методы: Обследовано 165 женщин в состоянии физиологической менопаузы. Основную группу сформировали 87 пациенток с ожирением различной степени тяжести, а контрольную группу – 78 женщин без ожирения в постменопаузе. В работе использовали такие методы исследования, как антропометрический, гинекологический, биохимический, иммуноферментный, цитологический, рентгенологический и денситометрию.

Результаты и их обсуждения: Из 87 пациенток основной группы 75, страдали ожирением различной степени тяжести и 12 лиц имели избыточную массу тела. У трех женщин группы контроля из 78 выявлен дефицит массы тела. Увеличение объема талии также было выявлено и в группе контроля, что указывает на изменение композиционного состава тела у женщин в постменопаузе. Среди лиц основной группы 97% имели абдоминальный тип ожирения и только 3% – гиноидный, а среди лиц контрольной группы 12% – абдоминальный тип распределения жировой ткани и 88% – гиноидный.

В основной группе показатели обмена кальция ниже по сравнению с группой контроля, а показатель экскреции оксипролина с мочой обнаружил тенденцию к повышению. Т-критерий у женщин с ожирением соответствовал остеопении.

Таким образом, по результатам денситометрии и показателям костного метаболизма в крови выявлено, что в основной группе женщин с ожирением, 24 (27,6%) пациентки имели нормальные показатели минеральной плотности кости (МПК), у 51 (58,6%) определялась остеопения и у 12 (13,8%) – остеопороз. В контрольной группе у 22 (28,2%) пациенток имелись нормальные показатели МПК, у 37 (47,4%) – остеопения и у 19 (24,4%) – остеопороз.

Уровень лептина в крови у женщин основной группы значимо отличался в большую сторону ($60,1 \pm 8,1$ нг/мл) от значений контрольной группы ($30,6 \pm 6,3$ нг/мл) ($p < 0,05$), что подтверждает его значение в развитии ожирения. Выявлена отрицательная связь между уровнем лептина и МПК в шейке бедра, проксимальном отделе бедра и позвоночнике. Отрицательная корреляция в нашем исследовании лептина с МПК проксимального отдела бедра и позвоночника дает возможность предположить, что сама по себе жировая масса не оказывает существенного влияния на костные структуры, ее действие осуществляется за счет выработки жировой тканью гормона – лептина.

Нами проведена оценка уровня витамина D и выявлено значимое снижение его в основной группе ($54,09 \pm 7,55$ нмоль/л), относительно группы контроля ($78,31 \pm 5,28$ нмоль/л). У пациенток со сниженной МПК выявлена положительная корреляция между Т-критерием и уровнем витамина D ($r = 0,463$; $p < 0,05$). А также обратная зависимость витамина D с индексом массы тела у лиц с ожирением ($r = -0,573$; $p < 0,05$).

Заключение: Следовательно, ожирение едва ли можно рассматривать как «защитный» фактор в отношении остеопоротических переломов. Лептин и витамин D могут рассматриваться, как самостоятельные маркеры в снижении МПК и могут быть использованы в качестве дополнительных факторов риска развития остеопороза.

**XORAZM VILOYATIDA XOMILADOR AYOLLAR O'RTASIDA KESAR KESISH
AMALYOTINING UCHRASH KO'RSATKICHLARI VA UNGA OLIB KELUVCHI
SABABLAR**

Tajibayeva Mehriniso Atajan qizi

Ilmiy raxbar: Ro'zmetova Dilfuza To'ylibaevna
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali, Urganch, O'zbekiston



Dolzarbliigi: So'nggi yillarda butun dunyoda bo'lgani kabi O'zbekistonda ham perinatal akusherlik intensiv rivojlanmoqda. Uning asosiy printsiplari onaning, homilaning va yangi tug'ilgan chaqaloqning sog'lig'ini ta'minlashdan iborat bo'lib, bu ba'zi hollarda tez va ehtiyotkorlik bilan qaror qabul qilishni talab qiladi. So'nggi o'n yilliklarda aynan kesarcha kesish usuli onaning va bolaning sog'lig'ini saqlab qolish vositasiga aylandi. Anesteziologiya va reanimatsiya, antibiotik terapiyasi va jarrohlik texnikasi sohasidagi yutuqlar operativ tug'ilish xavfini minimallashtirishga imkon beradi. Kesarcha kesish dunyodagi eng keng tarqalgan operatsiyalardan biridir. Kesarcha kesishning eng yuqori chastotasi Lotin Amerikasi va Karib havzasi mintaqasida (40,5%), Shimoliy Amerikada (32,3%), Okeaniyada (31,1%), Evropada (25%) va Osiyoda (19,2%) kuzatiladi. O'zbekistonda kesarcha kesish 2022 yilda 40 % ni tashkil qilgan.

Maqsad: Birinchi tug'ruq va qayta tug'riqlarda ayollarda rejali va shoshilinch xolatlarda zamonaviy tibbiyotda kesarcha kesish operatsiyasi bilan tug'ishga ko'rsatmalarni o'rganish.

Materiallar va usullari: 2022-yilda operatsiya qilingan 50 nafar bemorni kesarcha kesish bilan tug'ish protokollari tasodifiy tanlab olish yo'li bilan retrospektiv tarzda o'rganildi. Tadqiqotlar Xorazm viloyat perenatal markazida o'tkazildi. Perenatal markaz ma'lumotlariga ko'ra 2022 – yilda kesarcha kesish usuli bilan tug'ish 43 % ni tashkil etdi.

Natijalar: O'rganish jarayonida ma'lum bo'lishicha, 50 ta operatsiyadan Favqulotda 7 % shoshilinch 16%, rejali 77% operatsiya qilingan. 18-25 yoshda homilador ayollar 42%, 26-35 yoshda - 45%, 36-45 yoshda - 13%ni tashkil etgan.

Kesarcha kesish operatsiyasiga asosiy ko'rsatmalar: Favqulodda ko'rsatmalar (I toifa) Qayta tug'ruq 70% va Birinchi tug'ruq 30% da aniqlangan. 80% hollarda onadan ko'rsatmalar aniqlangan, ularning eng ko'p tarqalgan sababi 60% hollarda platsentaning muddatidan oldin ajralishi, 20% hollarda homila ko'rsatkichlari qayd etilgan (kindik buralishi fonida).

Shoshilinch ko'rsatmalar (II toifa) 83% Qayta tug'ruqda va 17% Birinchi tug'ruqda sodir bo'lgan. 42% hollarda onadagi o'zgarishlar, 10% xomiladagi o'zgarishlar va 48% da kombinatsiyalangan xolatlar ko'rsatma bo'lgan. Ona tomonidan 65% hollarda tug'ruqning kuchsizligi tashxisi qo'yilgan va bu dori-darmonlar bilan tog'irlash imkoni bo'lmagan, 15% da - tug'ruq yo'llari yetuk bo'lmagan tug'ruq yo'llari fonida suvning muddatidan oldin chiqib ketishi va 10% - og'ir preeklampsiya. Ushbu toifadagi homila tomonidan 76% hollarda xomila yurak urish tezligining o'zgarishi bilan homila gipoksiyasi va 24% hollarda amniotik suyuqlikka mekoniyning chiqishi bilan homila gipoksiyasi sabab bo'lgan.

Rejalashtirilgan operatsiyalar (III toifa) Klinik tor chanoqlik 2.1 % platsentaning oldinda yotishi 2.7% og'ir preeklampsiya va eklampsiya 10.9%, xomilaning noto'g'ri joylashishi 2 %. Bachadon chandiq 44.6 % egiz xomila 5.3%, xomilaning noturg'un xolati 4.4% miopiya yuqori daraja 6.2% bachadon miomasi, onkologik kasalliklar 1 % chanoq bilan yotishi 7.1% platsenta oldinda yotishi 2.7% xomilaning noaniq xolati 2.9% va b. 7%.

Xulosa: Biz bemorlarning katta ko'pchiligi (67%) qayta tug'riqlarda kuzatilganini aniqladi. Ko'pchilik (41%) shoshilinch ko'rsatmalar bo'yicha operatsiya qilingan, 52% hollarda - reja asosida va bemorlarning 7% da favqulotta ko'rsatmalar uchun kesarcha kesish o'tkazilgan. Favqulotta jarrohlikning asosiy ko'rsatkichi normal joylashgan platsentaning muddatidan oldin ajralishi (60%). Shoshilinch ko'rsatkichlarga ko'ra, asosiy ko'rsatkich tug'ruqning kuchsizligi (65%) edi. Rejalashtirilgan tarzda, har uchinchi bemorda (44.6%) bachadonda chandiq paydo bo'lgan (to'liq bo'lmagan yoki vaginal etkazib berishni rad etish). Kesarcha kesish operatsiyasini o'tkazish uchun favqulodda va shoshilinch ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, kasalxonaga yotqizish tashxis qo'yilgandan so'ng darhol amalga oshiriladi. Belgilangan favqulodda va shoshilinch ko'rsatkichlari bo'lgan bemorlarni Kesarcha kesish operatsiyasini o'tkazish tibbiy muassasada, asoratlar paydo bo'lganda shoshilinch yordam ko'rsatishga tayyor tibbiy xodimlar hamrohligida amalga oshiriladi. Kesarcha kesish operatsiyasini rejali tarzda tug'ilganda, kasalxonaga yotqizish ko'rsatkichlari va davomiyligi homiladorlik davrining xususiyatlariga, akusherlik holatiga, ekstragenital kasalliklar mavjudligiga va homilaning holatiga qarab akusher-ginekolog tomonidan belgilanadi. Klinik jihatdan qiyin holatlarda tug'ruq usulini tanlash va kasalxonaga yotqizish muddati Konsilyum tomonidan belgilanadi.



ИННОВАЦИОННЫЙ ПОХОД РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ
МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Нигматова Гулнара Махсудовна

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Гистерэктомия, проведенная у женщин в репродуктивном возрасте, способствует снижению качества жизни и развитию психоэмоциональных, обменно-эндокринных и атрофических изменений, как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки после оперативного вмешательства.

Установлено, что у определенной части женщин после удаления матки появляются те или иные клинические проявления, напоминающие менопаузальные. Поэтому клинические проявления климактерического синдрома после оперативного вмешательства в этом возрасте выражены не так интенсивно, как в пременопаузе, и появляются несколько позже. Это вносит определенный дискомфорт качества жизни женщины и увеличивает время ее социальной реабилитации. В связи с этим мы считаем целесообразным гормональную коррекцию после операции.

Цель нашего исследования: поиск методов терапии генитоуринарных расстройств у женщин, перенесших ампутацию матки.

Нами обследовано 50 пациенток репродуктивного возраста, перенесших ампутацию по поводу опухолевых образований

Дефицит эстрогенов является причиной атрофических изменений в мочеполовой системе, которые развиваются у 40–60% пациенток. Женщины после ГЭ нередко жалуются на частое мочеиспускание, дизурию и императивные позывы. Атрофический вагинит, рецидивирующие цистоуретриты (ЦУ), недержание мочи, никтурия крайне отрицательно сказываются на качестве жизни женщины. У 2 пациенток (6,7%) выявлено увеличение числа лейкоцитов до 25–30 в поле зрения, преобладал морфотип грамположительных кокков. Культуральное исследование выявило рост стрептококка группы В (106 КОЕ/мл). Данная ситуация была расценена нами как неспецифическое воспаление – аэробный вагинит

Качественная оценка микрофлоры влагалища включала характеристику большинства встречающихся морфотипов бактерий: грамположительные кокки, бактероиды, лактоморфотип, фузобактерии, морфотип гарднереллы.

Принимая во внимание тот факт, что ведущим фактором в патогенезе синдрома яичниковой недостаточности после операции на органах малого таза является возникновение дефицита яичниковых гормонов, с целью коррекции возникающего синдрома использовалась гормонозаместительная терапия. Женщинам после ампутации матки мы назначали трансдермальный эстрогенсодержащий препарат Лензетто (Гедеон Рихтер, Венгрия) по одному распылению в непрерывном режиме.

Назначение ЗГТ сразу после операции способствует плавной адаптации организма женщины при этом замедляются процессы старения кожи, уменьшаются или исчезают аффективные расстройства, поддерживается половое влечение, улучшается качество жизни.

Выбор режима терапии зависит от возраста женщины, наличия факторов риска, объема операции, а также особенностей клинических признаков и результатов инструментального обследования.

Заключение: Согласно полученным данным, трансдермальный эстроген показал свою эффективность, приводя к снижению урогенитальных последствий и улучшая качество жизни пациенток после операции.



ГОРМОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН С
ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Ахророва Ш. О., Азизова Г. Д., Асатова М. М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии.

Актуальность: Привычное невынашивание беременности продолжает оставаться одной из самых актуальных и сложных медико-социальных проблем. Несмотря на внедрение новых методов обследования и лечения привычного невынашивания беременности, его частота в современном акушерстве достигает 10 – 25 % от общего количества беременностей. Среди причин невынашивания беременности на долю гормональных нарушений приходится до 30%. Недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) менструального цикла является следствием дисфункции многих желез внутренней секреции. Эффективность проводимых мер по профилактике невынашивания беременности во многом зависит от устранения основных причин формирования НЛФ.

Цель исследования: Изучить патогенетические механизмы формирования недостаточности лютеиновой фазы у женщин с привычным невынашиванием беременности.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 38 пациенток с привычным невынашиванием беременности в анамнезе, обратившихся в консультативную поликлинику РСНПМЦ акушерства и гинекологии МЗ РУз. Обследование включало: клиничко-анамнестическое, гинекологическое, ультразвуковое исследование органов малого таза гормональное исследование определение содержания гонадотропинов (ФСГ, ЛГ), пролактина (ПРЛ), свободного тестостерона (свободного Тестостерона), тиреотропина (ТТГ), стероидных гормонов яичника.

Результаты и обсуждение: Средний возраст пациенток составил $25,8 \pm 3,28$ лет. Основными жалобами при опросе пациенток явились: 17(44,7%) отмечали обильные выделения из половых путей; 9(23,6%) отмечали боли внизу живота и в пояснице.

Возраст менархе больше, чем у половины составил 13-14 лет. У 45% пациенток менструальный цикл установился не сразу и носил нерегулярный характер. Постпонирующая вариация менструального цикла отмечена у каждой 4 пациентки. У 8(21%) женщин отмечалось избыточное оволосение. Выделения из сосков выявлено у 3(7,8%) женщин.

Данные акушерско-гинекологического анамнеза свидетельствовали, что 35(92,1%) пациенток имелись неразвивающиеся беременности, у 29 (76,3%) имелись самопроизвольные выкидыши. Медикаментозный аборт был у 22(57,8%) пациенток, 16(42,1%) пациенткам было выполнено выскабливание полости матки.

Наиболее часто невынашивание беременности наблюдались в ранние сроки беременности. Превалирующие сроки беременности были в 5-6, 7-8 и 9-10 недель беременности.

При ультразвуковом обследовании у большинства пациенток толщина М-эхо с 19 по 22 дни менструального цикла менее 7 мм. У 53,3% пациенток эндометрий был эхо-неоднородным, у 36,7% эхоструктура эндометрия не соответствовала дню менструального цикла.

Результаты гормонального исследования показали, что гипофункция щитовидной железы выявлен у 23 (60,5%) пациенток, гиперпролактинемия наблюдалась у 7 (18,4), гипогонадотропная яичниковая недостаточность у 4 (10,5) женщин.

Заключение: Учитывая, что недостаточность лютеиновой фазы это симптом, свидетельствующий о нарушении функции яичников, уточнение механизмов формирования его, позволит проводить эффективную профилактику невынашивания беременности. Предварительные данные показали, что основную квоту составляет патология щитовидной железы. Учитывая, малый объем проведенных обследований диктует необходимость продолжения исследования.



СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ
БЕРЕМЕННОСТИ

Назирова М.У. Бахтиярова Д. М. Райимова З. А.

Ташкентский Государственный Стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Несмотря на значительные успехи, достигнутые в антинотальной охране плода, в ряде случаев под влиянием различных неблагоприятных факторов наступает внутриутробная гибель плода. Искусственное прерывание беременности представляет собой важную медико – социальную проблему, так как занимает ведущее место в структуре материнской заболеваемости и смертности. Особенно большую угрозу здоровью и жизни матери влечет за собой прерывании неразвивающейся беременности

Цель исследования: Изучение этиологических факторов, клиническое течение и разработка оптимальных методов ее прерывания.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 40 женщин в возрасте от 18 до 43 лет с неразвивающейся беременностью. У 16(40%) женщин данная беременность первая, у 24(60%) повторная. Развитие беременности прекратилось в сроки от 16 недель у 19(47,4%) пациенток, до 22 недель – 21(52,6%). Все обследованные разделены на 2 группы. Сроки задержки развития от 2-4 недель. В первой группе 24 пациенткам проводилась специальная терапия с использованием мизопростола Е1 по схеме, во второй группе в количестве 16 женщин проводилась традиционная терапия + амниоцентез.

Результаты и обсуждение: Проведено сравнительное изучение традиционных методов прерывания неразвивающейся беременности (группа сравнения) с медикаментозным прерыванием при применении простагландина Е1 мизопростола в таблетированном виде (основная группа) Традиционный метод включал в себя создание витаминно-гормонально кальцевого фона + интраамниальное введение гипертонического раствора 20%. В основной группе беременность прерывалось созданием витаминно- гормонально -кальцевого фона пероральное введение мизопростола от 50 мкг до 600 мкг (1табл. 200мкг) в зависимости от от срока беременности и состояния шейки матки. Мизопростол Е1 действует на созревание шейки матки, на сократительную способность матки уменьшая общий объем кровопотери. В основной группе отмечалось прерывание беременности от 2-3 суток, тогда как при традиционной 5-6 суток. В основной группе не наблюдалась патологическая кровопотеря, тогда как у 2(4%) в группе сравнения наблюдалась патологическая кровопотеря. В послеабортном периоде в основной группе осложнений не наблюдалось. В группе сравнения в послеабортном периоде гнойно-септические осложнения наблюдались у 3 (12%) случаях. Наряду с важными медицинскими достижениями при применении простагландина Е1 мизопростола можно говорить об экономических его позитивах. Сокращение пребывания пациенток в стационаре на 2-3 дня значительно сокращают расходы коечного фонда и медикаментозных средств, что имеет существенное народнохозяйственное значение.

Выводы: Таким образом, проведенный нами сравнительный анализ различных клинических параметров при применении просталандина Е1 мизопростола и традиционного метода прерывания, свидетельствует о значительной эффективности его.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ, ИМЕЮЩИХ
ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА

Фаражова Э.Ш. Ихтиярова Г.А.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.



В нашей работе исследовано 38 женщин, страдающих первичным бесплодием от 1-8 лет, имеющих ИР в течении 2х и более лет с ИМТ 16-25.

Исследуемые пациенты были разделены на 2 группы:

1-я группа- 20 женщин со вторичной аменореей от 6 мес и более с дефицитом массы тела.

2-я группа - 18 женщин со вторичной аменореей от 6 мес и более с нормальной массой тела.

Исследуемым группам лиц проводились следующие клинико-лабораторные обследования:

-Гормональный спектр, биохимический анализ крови, коагулограмма, ОАК;

-Узи щитовидной железы, молочных желез, органов малого таза TV;

-Антропометрические исследования.

У 1-й группы исследуемых было выявлено увеличение уровня 17-ОПГ в 4 и более раз, снижение уровня эстрадиола в 2 и более раз в сравнении со 2й группой. При УЗД обнаружено увеличение КАФ до 16-20 шт. в каждом яичнике.

У 2й группы исследуемых было выявлено увеличение уровня 17-ОПГ в 1.3 раза, пролактина в 2 и более раз, ТТГ в 1.5 и более раз. При УЗД увеличение КАФ до 16-20 шт. в каждом яичнике.

Уровень инсулина в обеих группах был равнозначно повышен в 2 и более раз. Пациентам 1-й группы была назначена терапия: Метформин, Лираглутид, ГКС, ОК в течении 6-12 мес.

Пациентам 2-й группы была назначена терапия: Левотироксин натрия, Агонист допаминовых рецепторов, Метформин, Лираглутид, ГКС, ОК в течении 6-12 мес.

Дозировка препаратов была подобрана индивидуально каждому пациенту.

На фоне лечения у пациентов 1-й группы наблюдалось снижение уровня инсулина в 2 и более раз в течении 3-6мес, без изменения ИМТ; снижение 17-ОПГ в 2 и более раз; снижение КАФ до 9-12. У 57.2% пациентов на фоне лечения и отмены ОК наступила долгожданная беременность.

На фоне лечения у пациентов 2-й группы наблюдалась нормализация уровня ТТГ, снижение уровня пролактина до нормы, снижение 17-ОПГ в 1 и более раз, снижение инсулина в 2 и более раз, уменьшение ИМТ; снижение КАФ до 9-12. У пациентов данной группы на фоне лечения и отмены ОК в 64.7 % случаев наступила долгожданная беременность.

Результаты данного исследования указывают на то, что пациенты имеющие инсулинорезистентность с дефицитом массы тела имеют положительный ответ на назначенную терапию также, как и пациенты с инсулинорезистентностью с нормальной массой тела.

На данном этапе исследования и тактики ведения можно предположить, что восстановление фертильности у данной когорты пациентов может быть использовано при лечении первичного и вторичного бесплодия.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕ РОДОВЫХ МЕТРОЭНДОМЕТРИТОВ

Олимова Н.Х. Султонова Ш.Р Матякубова С.А.

Хорезмский областной перинатальный центр, г. Ургенч, Республика Узбекистан
Ургенчский Филиал Ташкентсой медицинской академии. Клиник ординатор.

Важной проблемой современного акушерства является послеродовой метроэндометрит (ПМ), который по-прежнему занимает существенный удельный вес в структуре послеродовой септической заболеваемости.

Цель работы: Анализ течения родов и данных обследования у пациенток с ПМ.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 70 женщин с ПМ. Обследование больных включало в себя: клинико-статистические, общеклинические, бактериологические (посевов крови, мочи и отделяемого из полости матки на флору) лабораторные методы исследования, ретроспективный анализ 30 историй родов. Результаты исследования. Две трети пациенток поступили в отделение септической гинекологии из дома, в основном свыше 7 суток послеродового периода. Установлено, что факторами риска развития



послеродовых воспалительных заболеваний матки явились: сопутствующая генитальная и экстрагенитальная патология, осложнения беременности, патологическое течение родов. Среди экстрагенитальной патологии обращало на себя внимание наличие ОРВИ и гриппа во время настоящей беременности, хронических тонзиллитов, пиелонефритов. Факт инфицирования беременной вирусом гриппа А (H1N1), а также ВИЧ позволяет отнести пациентку к группе высокого риска развития послеродовых и перинатальных осложнений. У 83% женщин с ПМ неблагоприятным фоном явились кольпит, хроническая урогенитальная инфекция (кандидоз, хламидиоз, трихомониаз), использование внутриматочной контрацепции до настоящей беременности, наличие хронического сальпингоофорита и неразвивающихся беременностей в анамнезе. Анемия, умеренная преэклампсия, угроза прерывания настоящей беременности, многоводие предрасполагали к развитию ПМ в трети наблюдений. У женщин с ПМ часто отмечались дородовое излитие околоплодных вод и длительный безводный период (19,5%), аномалии родовой деятельности (13%), оперативные вмешательства в родах (43%), кровопотеря более 500 мл (25,8%). При гистологическом исследовании последов во всех случаях выявлены: фуникулиты, флебиты, васкулиты, хориоамниониты, децидуиты. В одном наблюдении ПМ развился на фоне остатков плацентарной ткани и вакуум аспирации содержимого полости матки. В 9 случаях метроэндометрит сочетался с расхождением швов на промежности. Признаки системного воспалительного ответа (два и более) и субинволюция матки встречались у всех рожениц. С-реактивный белок был положителен, а прокальцитонинотест был отрицателен почти у всех женщин с ПМ. Следует отметить, что бактериологическое обследование полости матки, информируя о возбудителе, не всегда дает полное представление о тяжести течения воспалительного процесса. В 56% наблюдений посевы из полости матки были стерильны, что возможно связано с самолечением пациенток дома. Микробный пейзаж матки был представлен в основном грамотрицательной флорой кишечной группы: энтеробактер, кишечная палочка и др. В 17% случаев обнаружены ассоциации бактерий. Бактериемия выявлена в 2 наблюдениях (*Staphylococcus spp.*). Посевы мочи были не стерильны в 2 наблюдениях (*E.coli*). При бактериологическом посеве отделяемого раны на промежности в 2 случаях выявлен энтеробактер.

Заключение: Экстрагенитальная и генитальная патология, осложненное течение беременности и родов являются неблагоприятным фоном для развития ПМ. Наряду с этим, осложнения беременности и родов, возможно приводят к развитию иммунодефицита, активации условно-патогенной флоры родильницы и реализации метроэндометрита уже после выписки из роддома.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ПРОГЕСТЕРОНОВОГО РЕЦЕПТОРА (PRG) У ЖЕНЩИН С ЭКО В РАЗВИТИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ

Мирзаева Дилфуза Ботиржоновна, Саиджалилова Дилноза Джавдатовна

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Изучение аллельного полиморфизма генов, отвечающие за благоприятное течение беременности является перспективным направлением для выявления генотипов предрасположенности к невынашиванию. Однако, несмотря на постоянное внимание к проблеме ведения и течения беременности после экстракорпорального оплодотворения, остаются нерешенными многие вопросы.

Цель исследования: Провести сравнительную оценку клинико-диагностической значимости аллелей и генотипов полиморфизма гена PRG у женщин с ЭКО, в развитии акушерских и перинатальных осложнений.

Материал и методы исследования: Проведен молекулярно-генетическое исследование крови у 96 женщин с определением полиморфизма гена PRG. Из них основную группу составили 82



женщин, обратившихся для проведения программы ЭКО/ИКСИ. Контрольную группу в этом исследовании составили 14 беременных с физиологическим течением беременности.

Результаты исследования: Средний возраст составил $31,84 \pm 0,46$ лет в основной группе и $27,35 \pm 1,19$ года в контрольной группе. Наиболее часто встречались женщины после ЭКО в возрасте от 30 до 34 лет, на долю которых пришлось 32,9%, наименьше всего – 21–24 лет, что составило 6,5% случаев. Анализ социального статуса показал, что все женщины ($n=96$) находились в зарегистрированном браке. 44 (45,8%) пациентки были работающие, 52 (54,2%) – домохозяйками, 58 (60,4%) – жители городов и 38 (39,6%) – сельских местностей. Статистически значимые различия между групп по месту проживания (город, село) и по социальному фактору не выявлены ($p > 0,05$).

Проведен анализ частоты возникновения акушерских осложнений в первой половине данной беременности в зависимости от аллелей и генотипов PRG у обследуемых пациенток. При анализе выявили, что угроза невынашивания ($\chi^2=44,55$; $p < 0,001$, ОШ=52,6; 95%ДИ: 11,02-251,2) начавшийся самопроизвольный выкидыш ($\chi^2=26,63$; $p < 0,001$, ОШ=16,5; 95%ДИ: 4,64-58,68), ретрохориальная гематома без наружного кровотечения ($\chi^2=29,96$; $p < 0,001$, ОШ=17,73; 95%ДИ: 5,36-58,68), а также прерывание беременности ($\chi^2=16,81$; $p < 0,001$, ОШ=8,74; 95%ДИ: 2,39-31,8) были статистически связаны с наличием в организме мутантного аллеля T, по сравнению с женщинами, которых данной аллеля не имели ($p < 0,05$).

В ходе нашего следующего этапа исследования был проведен анализ частоты возникновения акушерских осложнений во второй половине данной беременности в зависимости от аллелей и генотипов PRG у обследуемых пациенток. По нашим данным, у 17 (24%) женщин наблюдались угроза прерывания ($\chi^2=24,05$; $p < 0,001$), у 6 (8,6%) женщин ПОНРП ($\chi^2=24,76$; $p < 0,001$), у 18 (25,7%) женщин НМППК ($\chi^2=16,96$; $p < 0,001$, ОШ=11,7; ДИ95%: 3,17-43,52) разной степени, у 9 (12,9%) женщин СОРП ($\chi^2=38,96$; $p < 0,001$) у плода, у 9 (12,9%) женщин преждевременные роды ($\chi^2=30,2$; $p < 0,001$, ОШ=61,7; ДИ95%: 6,68-569,9). Все эти осложнения были статистически значимы ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, в результате нашего исследования можно увидеть значительную связь между полиморфизма генов PRG и невынашиванием беременности. Эти генетические вариации могут вызывать изменение биологической функции у PRG и потенциально могут способствовать патологии процессов имплантации и плацентации, что в совокупности приводит к восприимчивости индивидуума к развитию потери беременности.

ЮРАК ПАТОЛОГИЯСИ БИЛАН ҲОМИЛАДОРЛИКДА NT-PROBNP РОЛИ

Бабаджанова Г.С., Узоқова М.К.

Тошкент Тиббиёт Академияси №1 сонли Акушерлик ва гинекология кафедраси

Муаммонинг долзарблиги: Ҳомиладорликда юрак қон томир тизимида бир қатор мураккаб ўзгаришлар руй беради. В-type natriuretic peptide биоактив молекула ва унинг ноактив amino terminal бўлаги (NT-proBNP) юрак шикастланишини кўрсатувчи муҳим биомаркерлардан бўлиб ҳисобланади. В-type natriuretic peptide чап қоринча юкламасига жавоб берувчи юрак миоцитларидан ажраллади. Шунингдек бошқа омиллар, ўнг қоринчага босимни ошиши, нейроргормонал омиллар ва ишемия ҳам (NT-proBNP) секрециясини оширади.

Мақсад: Юрак касалликлари мавжуд ҳомиладорларда NT proBNP ролини баҳолаш.

Материал ва методлар: Текширилувчи аёллар 2 гуруҳга бўлинди. 1 гуруҳ 52 та юрак касалликлари мавжуд ҳомиладорларда (аортал стеноз, митрал стеноз, миокардит ва ревматик этиологияли митрал етишмовчилик) ва 2 гуруҳ 8 соғлом аёлларда N- терминал натрийуретик пропептид миқдори ИФА усулида Stat fax 2100 анализаторида ҳомиладорликнинг III триместрида ва туғруқдан кейин аниқланди;



Натижалар: NT-proBNP концентрацияси 1 гуруҳда 2 гуруҳга нисбатан баланд бўлиб, туғруқдан кейин иккала гуруҳда ҳам камайди. Ҳомиладорлик давомида 3 беморда (5,4%) хансираш кучайиб борди, жисмоний юкламага чидамлик камайиб борди ва NT-proBNP миқдори ошди. NT-proBNP ўртача миқдори $177,7 \pm 36,1$ пг/мл, 12 та беморда эса (21,4%) NT-proBNP миқдори 125 пг/млга ошган ва ўртача миқдори $330,3 \pm 54,7$ пг/млни ташкил этди. 3 триместрда 23 та ҳомиладор аёлда NT-proBNP миқдори 100 pg/ml да кам бўлса, 29 тасида 100 pg/ml дан юқори бўлди. Туғруқдан кейин эса 27 та аёлда 100 pg/ml дан кам бўлса, 26 та аёлда 100 pg/ml дан ошди. Эътиборли жиҳати шундаки, NT-proBNP миқдори юқори аёлларда нормал миқдордаги аёлларга нисбатан юрак-кон томир томонидан асоратлар 3 марта кўп кузатилди. (42% қарши 13%). Аммо NT-proBNP миқдори юқори аёлларда акушерлик асоратлари кўпаймади. Текширув натижаларига кўра pro-BNP миқдори 1 гуруҳда юқори натижани қайд этди $382 \pm 3,8$ п/мл. 2 ва 3 гуруҳларда $236 \pm 2,4$ ва $162 \pm 4,2$ п/мл мос равишда аниқланди.

Хулоса: Ҳомиладорликнинг 3 триместрида ва туғруқдан кейинги даврда NT pro-BNP миқдори юрак касалликлари мавжуд ҳомиладор аёлларда соғлом аёлларга нисбатан юқори бўлиб, NT-proBNP концентрациясининг нормадан баланд бўлиши ҳомиладорлик даврида юрак кон-томир тизими асоратларини кўрсатувчи маркери сифатида қўллашимиз мумкин.

SEMIZLIK BOR AYOLLARDA PREGRAVIDAR CHORA - TADBIRLARNI TAKOMILLSHTIRISH

Soliyeva X.A., Ilmiy rahbar: Abdullyeva L.M., t.f.d

23 - oilaviy poliklinika, Toshkent, O`zbekiston

Dolbzarligi: Akusherlik amaliyotida patologiyaning ekstragenital turlari orasida homilador ayollarda semirish ko'p ahamiyatga ega. Akusherlik va perinatal asoratlarning chastotasi va ushbu patologiyaning nisbati yuqori darajada saqlanib qolmoqda. Hozirgi vaqtda semizlik ayollarda reproduktiv tizim disfunktsiyasining asosiy sabablaridan biri sifatida qaralmoqda. II va ayniqsa III darajali semizligi bo'lgan ayollarda gipertonik tipdagi vegetativ-qon tomir distoniysi, pastki genital varikoz tomirlari, oshqozon-ichak traktining jigar kasalliklari kabi kasalliklar tez-tez uchrab turishi aniqlandi. Tez semirib ketayotgan ayollarda, normal tana vazniga ega bo'lgan ayollarga nisbatan menstrual disfunktsiya, tuxumdon disfunktsiyasi, bepustlik yuzaga keladi. Homiladorlik davrida semirish ko'pincha ona va homila uchun jiddiy asoratlarni rivojlanishi bilan birga keladi. Shu munosabat bilan alimentar-konstitutsiyaviy semirib ketgan ayollarni pregravid tayyorlash kompleksini ishlab chiqish juda dolzarb vazifadir.

Tadqiqot maqsadi: Alimentar - konstitutsiyaviy semirib ketgan ayollar uchun homiladorlik jarayonining xarakterli asoratlarini hisobga olgan holda, ona va homila uchun homiladorlik natijalarini yaxshilash uchun pregravid tayyorgarlikni ishlab chiqish. O'rganilayotgan kontingentni tibbiy-ijtimoiy xususiyatlarini ko'rsatish. Alimentar-konstitutsiyaviy semizlik bilan og'rigan ayollarni oldindan o'qitish algoritmnini ishlab chiqish. Pregravid tayyorgarlik va pregravid tayyorgarliksiz guruhlarda homiladorlik va uning natijalarini qiyosiy tahlil qilish.

Tadqiqot usullari va materiallari: Asosiy guruh - 30 nafar homilador alimentar-konstitutsiyaviy semizlik bor ayolda oldin pregravid tayyorgarlik o'tkaziladi, buning uchun pregravid tayyorlash, umumiy qabul qilingandan tashqari; Reduxin-forte, Ekobiont (prebiyotik), Hofitolpreparatlari (gepatoprotektor), Flebodia-600 (venotonik) qo'llaniladi. Taqqoslash guruhi - 30 nafar homilador, semirishning alimentar - konstitutsiyaviy turi bor ayolda oldin pregravid tayyorgarlik o'tkazilmaydi. Nazorat guruhi - 30 nafar shartli sog'lom homilador ayollar yoshi bo'yicha taqqoslanadigan ayollar. Ayollarning barcha guruhlarini quyidagi tadqiqotlardan o'tadilar: Umumiy klinik va akusherlik tadqiqot usullari, biokimyoviy ko'rsatkichlarni o'rganish (jigar funktsiyasi testlari, qon lipidlari), qonning uglevod spektrini o'rganish (glikozillangan gemoglobin, C-peptid, insulin), tos a'zolarining ultratovush tekshiruvini, tomirlarini dopplerografiyasi.



Natijalar: Toshkentda birinchi marta semirishning alimentar-konstitutsiyaviy turiga ega bo'lgan ayollarda homiladorlikning xarakterli asoratlarini o'rganish asosida pregravid tayyorlash kompleksi ishlab chiqildi. O'tkazilgan tadqiqotlar davomida semirishning alimentar-konstitutsiyaviy turi bo'lgan ayollarni homiladorlik jarayonining o'ziga xos asoratlarini hisobga olgan holda, natijalarni yaxshilash uchun, ona va homila uchun homiladorlikda pregravid tayyorlash kompleksi ishlab chiqildi. Semirib ketish eng keng tarqalgan metabolik kasallik. So'nggi yillarda uning chastotasi ortib bormoqda va iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda 20-50% ga etadi. Homilador ayollar orasida bu patologiya 15,5% dan 26,9% gacha. Semirib ketish, turli organlar va tizimlarning faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan, homiladorlik, tug'ish, tug'ruqdan keyingi davrning patologik kursi xavfini, turli xil fetopatiyali bolalarning tug'ilish chastotasini, perinatal kasallanish va o'limni oshiradi, ularning chastotasi 20,7% dan 95,0% gacha.

Xulosalar: Semizligi bor bemorni poliklinikalar, tug'ruq majmualari ba'zilarida pregravid tayyorgarlik o'tkazilgach. Ushbu semizlik bor ayollarda turli organlar va tizimlarning faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatishini, homiladorlik, tug'ish, tug'ruqdan keyingi davrning patologik kursi xavfini, turli xil fetopatiyali bolalarning tug'ilish chastotasini, perinatal kasallanish va o'limni kamaytirishga erishildi.

ДИНАМИКА ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Назирова М. У. Ахмедова Ф.Э.

Ташкентский Государственный Стоматологический институт
Техникум общественного здоровья имени Абу Али Сино

Актуальность: Неразвивающаяся беременность занимает особое место в проблеме невынашивания беременности. Длительная задержка мертвого плодного яйца в матке вызывает целый ряд осложнений, одним из которых является кровотечение. Актуальность и необходимость изучения функционирования системы гемостаза и ее адаптации при неразвивающейся беременности обусловлены все большим признанием роли нарушений в системе гемостаза при патологии гестационного процесса.

Цель исследования: Изучения изменения отдельных звеньев системы гемостаза при неразвивающейся беременности для прогнозирования тромбгеморрагических осложнений.

Материал и методы: Проведено исследование у 34 женщин с неразвивающейся беременностью в 1 и 2 триместрах гестации; из них 10 женщин с неразвивающейся беременностью при прерывании плодного яйца в матке менее 2-х недель, 8 женщин с пребыванием мертвого плода в течении 2-4 недель, 8 женщин с внутриутробной задержкой погибшего плода свыше 6 недель, а также 16 беременных женщин в 1 и 2 триместре с физиологическим течением гестации. Возраст обследованных в среднем составил $26 \pm 1,8$ года. Из обследованных 18 первородящих и 16 повторнородящих женщин. Общеклиническое исследование включало изучение анамнеза, особенностей соматического акушерско-гинекологического статуса, результатов клинико-лабораторных исследований, а также все параметры гемостаза.

Результаты и обсуждение: Основными симптомами неразвивающейся беременности является уменьшение размеров матки соответственно сроку беременности, подтверждаемое УЗИ исследованием. Исчезновением субъективных симптомов беременности, иногда симптомы угрозы выкидыша. При наличии факторов, как гипоксия, вирусы, токсины, циркулирующие иммунные комплексы, гемодинамические факторы, цитокины, сопровождающийся дисбалансом протромбогенных и антитромбогенных сосудистых. При исследовании уровня фактора Виллебранда крови отмечено, что наибольшее его повышение имеют место у 82,5% женщин с неразвивающейся беременностью сроком 6 недель и составило $121,5 \pm 0,14\%$ по сравнению $73,2 \pm 0,3\%$ факторов, может способствовать развитию неконтролируемой коагуляции крови. Это свидетельствует, что гибель эндотелиоцитов при неразвивающейся беременности является пусковым моментом активации сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза. Анализ



суммарной активности факторов внешнего и внутреннего звена системы свертывания крови по данным АВР и АТВ показал, что у женщин с неразвивающейся беременностью отмечено достоверное повышение суммарной активности факторов, особенно у беременных с задержкой более 6 недель. Количество тромбоцитов у всех обследуемых достоверно снижалось и составило $148,0 \pm 9,8.10^9$ л против $264,2 \pm 11,4.10^9$ л.

Выводы: Таким образом с пребыванием мертвого плода в течении 6 недель и более, гиперкоагуляционный синдром может перейти в гиперкоагуляционную фазу острого ДВС синдрома, а иногда может перейти в гипокоагуляционную фазу острого ДВС синдрома.

ASSESSMENT OF THE EFFECT OF VITAMIN D ON PREGNANCY

Turdieva Feruza Rahmatjonovna, Nadirxanova Natalya Suratovna, Qayumova Dilrabo Talmasovna

The Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology,
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.

The topicality: Today much attention is paid to the study of the biological role of vitamin D during pregnancy, its calcemic and non-calcemic effects on the maturation of organs and tissues of the fetus and newborn, and the formation of the child's health. Pregnant women and newborns with low vitamin D sufficiency have a higher risk of developing both non-communicable and infectious pathologies. The cord blood cholecalciferol index closely correlates with that in the mother's blood and depends on the availability of vitamin D during pregnancy.

The aim of the research: to analyze the course of pregnancy in women with insufficiency and deficiency of vitamin D in the blood serum.

The materials and methods: From September 2019 to October 2020, 100 pregnant women were examined at the Perinatal Center of the Namangan region of the Republic of Uzbekistan. All pregnant women underwent general clinical studies; including the collection of complaints, anamnesis, general and special obstetric examination. Also, in the blood serum of pregnant women, the level of 25-hydroxycholecalciferol (25-OH-D) was determined by immunochemiluminescent analysis using an ELISA machine in the Namangan Medical Diagnostics laboratory.

The results of the research and their discussion: Of the 100 patients included in the study, 30% (n=30) had sufficient levels of vitamin D (group 3), 29% (n=29) of pregnant women had insufficient levels of vitamin D (group 2) and 41% (n=41) had vitamin D deficiency.

During pregnancy, women with a deficiency (by 9.6 times) and an insufficient amount (by 5.2 times) of vitamin D more often suffered from acute respiratory infection (ARI) compared to the control group, and ARI with an increase in body temperature was transferred in group 1 - 13 (31.7%), in group 2 - 5 (17.2%) and 1 (3.3%) pregnant women - in group 3. ARI without fever also more often affected pregnant women with low levels of cholecalciferol (23–56.1% and 3–17.2%, respectively, in groups 1 and 2), which was 5.6 and 1.7 times more often than in the control - in 3 (10%). When analyzing the somatic status of pregnant women, it was found that 26 (63.4%) women with deficiency, 21 (72.4%) women with vitamin D deficiency and only 9 (30%) women in the control group suffered infections of the genitourinary system.

As a consequence, urinary tract infection occurs almost 5.2 times more often in women with low levels of cholecalciferol in blood serum, compared with pregnant women with adequate levels of vitamin D. Anemia - a marginal pathology in pregnant women - was observed mainly in the 2nd group - in 18 (62%), which was 1.8 times more common than in the control group (33.3%) and 1.3 times more often with vitamin D deficiency - 46.3%. Thus, every 2nd woman with low levels of vitamin D suffers from anemia of varying severity.

Conclusion: Therefore, our results of the research showed that 70% of pregnant women have deficiency or deficiency of vitamin D. The lower the level of vitamin D in the blood serum, the more often (2-3 times) there is a risk of developing inflammatory diseases (ARI, urinary tract infections) - from 1.7 to



5.6 times more often than in women with a normal level, then how 1 in 2 women with low vitamin D levels suffered from varying degrees of anemia. The above data suggest that deficiency, and especially vitamin D deficiency, negatively affect the course of pregnancy and the health of the expectant mother.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Исанбаева Ландыш Мухамедзакиевна

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Г.Ташкент.
Республика Узбекистан.

Дисгормональные заболевания молочных желез — одно из самых распространённых заболеваний у женщин: в популяции заболеваемость составляет 30–40%, а среди женщин, страдающих различными гинекологическими заболеваниями — 98%. Наиболее часто мастопатия сочетается с гиперпластическими процессами в органах репродуктивной системы: гиперплазия эндометрия, аденомиоз, миома матки. Это свидетельствует об общности патогенеза болезней всех органов репродукции и обосновывает патогенетическую терапию.

Цель исследования: определить эффективность терапии дисгормональных заболеваний молочных желез у женщин с эндометриозом ультрамикродозированного оральное контрацептивного препарата, содержащего 15 мкг ЭЭ и 60 мкг гестодена в сочетании с растительным препаратом Маммостин.

Материал и методы исследования: обследованы 46 женщин репродуктивного возраста, страдающие бесплодием (у 37 пациенток было выявлено первичное и у 11 вторичное бесплодие). Обследованные пациентки были распределены на две подгруппы. В первую подгруппу (n=20) вошли пациентки с ФКМ и эндометриозом, которые получали монотерапию ультрамикродозированным оральным контрацептивным препаратом, содержащий 15 мкг ЭЭ и 60 мкг гестодена (Виолетта) в режиме 24+4. Вторую группу (n=26) составили пациентки, которым наряду с ультрамикродозированным оральным контрацептивным препаратом в лечение был включен отечественный препарат Маммостин, по 2 таблетки 2 раза в день за 30 минут до еды. Длительность терапии составило 6 месяцев.

Результаты и обсуждение: На сегодняшний день известно, что единственный гестаген, который не влиял на активность эстрогеновых рецепторов в клетках мишенях, обладающий мощным антиэстрогеновым эффектом является гестоден (Rabe T., Bohlmann M.K. et al., 2000). Ультрамикродозированный оральные контрацептив (Виолетта) содержит 60 мкг гестодена. Маммостин комбинированный растительный препарат, в состав которого входят вытяжки из лекарственных растений: витекса священного (Agnus Castus), душицы, солодки голой, ириса, календулы. Известно, Agnus Castus принимает участие в регуляторном цикле гипоталамус-гипофиз-яичники, снижает повышенный уровень пролактина за счет допаминергического эффекта, что способствует сужению протоков, снижению активности пролиферативных процессов и болевого синдрома, обратному развитию дегенеративных изменений тканей молочных желез. Оценка эффективности терапии проводилась через каждые 3, 6 и 12 месяцев клиническим и УЗИ исследованием. Выраженность болевого синдрома оценивалась по шкале ВАШ. Через 3 мес. после начала терапии число больных с жалобами на масталгию сократилось на 50.0% в 1 группе и 73.1% во второй группе женщин. Было зафиксировано уменьшение интенсивности набухания молочных желез и сокращение числа дней до начала менструации, в течение которых отмечалась мастодиния. Через 3 месяца во 2 подгруппе комбинированной терапии выраженность болевого синдрома достоверно на 33% была ниже по сравнению с моногормонотерапией (P<0,05). Через 12 месяцев отмечено восстановление репродуктивной функции у 35.0% женщин в первой группе и у 65.4% во второй группе пациенток.



Заключение: Таким образом, результаты приведенных исследований показали эффективность сочетанного применения Маммостина с ультрамикродозированным оральным контрацептивом (Виолетта) для лечения дисгормональных заболеваний молочных желез и эндометриоза. Адекватное лечение способствовало улучшению качества жизни женщин и восстановлению репродуктивной функции.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СТРАТЕГИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ ГЕНАМИ-КАНДИДАТАМИ (СУР17А1-RS743572, СУР19А1-RS247015) В РАЗВИТИИ СПКЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Ихтиярова Г.А., Музаффарова М.Х.

Кафедра акушерство и гинекологии, Бухарский государственный медицинский институт им.
Абу Али ибн Сина. Узбекистан

Цель: разработать прогностические критерии исходов программ вспомогательная репродуктивная технология (ВРТ) у женщин с бесплодием при синдром поликистозных яичников (СПКЯ) на основе молекулярно-генетических предикторов нарушения фолликулогенеза.

Материал и методы исследования: Для решения поставленных в работе задач обследованы 125 женщин: 1 группа 45 женщин с первичным СПКЯ и бесплодием; 2 группа 46 женщин с бесплодием и СПКЯ при подготовке к ВРТ; 3 группа 26 условно здоровые женщины.

Исходя с вышесказанным, нами представлены данные собственных исследований по оценке состояния, гены стероидных гормонов (СУР17А1-rs743572, СУР19А1-rs247015) на основании анализа лабораторных показателей.

Результаты и их обсуждение: По поводу влияние полиморфизма гена СУ19А1 rs2470152 на развитие СПКЯ привило к тому что мутантные аллели выяснилось значительно больше у пациентов к сравнению с контрольной группе. Когда мы распредели в плане СУР19А1 основной группе на МС(+) и МС(-) и сравнили с контрольной группе то обнаружили что гомозиготный мутантный генотип обнаружился больше у МС (+) и МС (-) группу сравнением с контрольной группе. С этим можем заключит что, гомозиготная мутационная форма СУР19А1 гена играет убедительный индуцируемый рол в СПКЯ и наше результат был достоверным ($\chi^2 = 5,74$; $p < 0,02$ в основном группе; $\chi^2 = 5,2$; $p = 0,02$ у больных с метаболическим синдромом и $\chi^2 = 3,9$; $p < 0,05$ у больных без метаболического синдрома). Однако при изучении не было выявлено индуцируемый эффект по гетерозиготному генотипу в развитии СПКЯ ($\chi^2 < 3,85$; $p > 0,05$). В то же время гомозиготный вариант дикого типа играл протективная роль с точки зрения появления СПКЯ в основной группе, а также в группах МС (+) и МС (-) ($OR \geq 0,5$). Когда дело доходит до уравнения Харди Вайнберга, мы не обнаружили существенной разницы между ожидаемыми и наблюдаемыми результатами в основном группе. Оценки эффективности предсказания полиморфизма, как уже упоминалось, показали только 0,6, что означает, эффективность предсказания не была надежной с точки зрения мутантного аллеля и генотипа.

Выводы: В заключение по изучению полиморфизма СУ17А1 у пациентов с СПКЯ можно сказать, что мутантный генотип GG статистически значимой степенью чаще встречался у пациентов по сравнению с контрольной группой. При разделении больных СПКЯ разделили на группы и сравнили с контрольной группой, МС+ больные СПКЯ имели меньший уровень генотипа мутантной формы (GG) по сравнению с контрольной группой, но у МС- больных СПКЯ по сравнению с контрольной группой, мутантный ген определялся больше.

Заключение: С этим можем заключит что, мутантная форма (AA) СУР19А1 rs2470152 гена играет существенную индуцируемый роль при патогенезе СПКЯ. Образцы, имеющие генотип дикого типа, означает, что у них есть 2 одинаковые копии гена ароматазы и они могут производит достаточное количество фермент ароматаза. В то время как гетерозиготы имеют одну



нормальную и другую мутантную ароматазу копия гена, продуцирующая недостаточное количество фермента ароматазы, поскольку обе копии гена не одинаково выражены. Что касается гомозиготного мутантного генотипа производит недостаточное количество фермента, что приводит к дефициту ароматазы. Дефицит ароматаз с своей очереди, может вызвать гиперандрогенизм, так как нарушается превращение тестостерона к эстрадиол. Гиперандрогения приводит к нарушению нормального фолликулогенеза и, следовательно, стимулирует появление инсулинорезистентности и поликистоза яичников.

THE ROLE OF DETERMINANT GENES OF STEROID HORMONES DYSFUNCTION REGULATORS (CYP17A1-RS743572, CYP19A1-RS247015) IN THE DEVELOPMENT OF PCOS IN WOMEN WITH INFERTILITY

Ikhtiyarova G.A., Muzaffarova M.Kh.

Department of Obstetrics and Gynecology, Bukhara State Medical Institute. Abu Ali ibn Sina.
Uzbekistan

Key words: folliculogenesis, heterozygotes, mutant gene, polymorphism, insulin resistance, hyperplaktinemia, hyperandrogenism, biochemical parameters.

Purpose: to develop prognostic criteria for the outcomes of ART programs in women with infertility in PCOS based on molecular genetic predictors of folliculogenesis disorders.

Material and research methods: To solve the tasks set in the work, 125 women were examined: group 1 - 45 women with primary PCOS and infertility; group 2 - 46 women with infertility and PCOS in preparation for ART; group 3 26 conditionally healthy women. Based on the foregoing, we presented the data of our own studies on the assessment of the state, the genes of steroid hormones (CYP17A1-rs743572, CYP19A1-rs247015) based on the analysis of laboratory data.

Results and its discussion: Regarding the influence of the polymorphism of the CYP19A1 rs2470152 gene on the development of PCOS, mutant alleles were found to be significantly higher in patients than in the control group. When we divided the main group into MC(+) and MC(-) in terms of CYP19A1 and compared with the control group, we found that the homozygous mutant genotype was found to be greater in the MC(+) and MC(-) group compared to the control group. With this, we can conclude that the homozygous mutational form of the CYP19A1 gene plays a convincing inducible role in PCOS and our result was significant ($\chi^2 = 5.74$; $p < 0.02$ in the main group; $\chi^2 = 5.2$; $p = 0.02$ in patients with metabolic syndrome and $\chi^2 = 3.9$; $p < 0.05$ in patients without metabolic syndrome). However, the study did not reveal an induced effect on the heterozygous genotype in the development of PCOS ($\chi^2 < 3.85$; $p > 0.05$). At the same time, the wild-type homozygous variant played a protective role in terms of the appearance of PCOS in the main group, as well as in the MC (+) and MC (-) groups ($OR \geq 0.5$). When it comes to the Hardy Weinberg equation, we found no significant difference between the expected and observed results in the main group. Estimates of polymorphism prediction efficiency, as already mentioned, showed only 0.6, which means that the prediction efficiency was not reliable in terms of mutant allele and genotype.

In conclusion, from the study of CYP17A1 polymorphism in patients with PCOS, it can be said that the GG mutant genotype was statistically significantly more common in patients compared to the control group. When dividing PCOS patients, they were divided into groups and compared with the control group, MS+ PCOS patients had a lower level of the mutant form (GG) genotype compared to the control group, but in MS-PCOS patients compared to the control group, the mutant gene was determined more.

Conclusion: With this, we can conclude that the mutant form (AA) of the CYP19A1 rs2470152 gene plays a significant inducible role in the pathogenesis of PCOS. Samples that have the wild type genotype means that they have 2 identical copies of the aromatase gene and can produce sufficient amounts of the aromatase enzyme. Whereas heterozygotes have one normal and another mutant aromatase, a copy of the gene produces insufficient amounts of the aromatase enzyme because both copies of the gene are



not equally expressed. As for the homozygous mutant genotype, it produces insufficient amounts of the enzyme, leading to aromatase deficiency. Aromatase deficiency, in turn, can cause hyperandrogenism, as the conversion of testosterone to estradiol is impaired. Hyperandrogenism leads to disruption of normal folliculogenesis and, therefore, stimulates the appearance of insulin resistance and polycystic ovaries.

КОЛЬПОСКОПИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Муминова Н.Х.

Бухарский государственный медицинский институт

Введение: Заболевания шейки матки являются одним из наиболее частых патологических состояний женской репродуктивной системы и не имеют тенденции к снижению. Любые гинекологические заболевания могут сочетаться с патологией шейки матки.

Важным методом для выявления патологии шейки матки является кольпоскопия с установлением подозрительных участков для прицельной биопсии. Кольпоскопия - высокоинформативный, доступный и недорогой метод диагностики заболеваний шейки матки, влагалища, вульвы, который существенно повышает эффективность обследования женщин с гинекологической патологией.

Цель работы: Доклиническая диагностика заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста путём кольпоскопического исследования.

Материал и методы: За период от 2019 до 2022 года нами в Бухарском областном перинатальном центре обследовано 242 женщин, обратившихся на консультацию с различными гинекологическими заболеваниями в возрасте от 18 до 46 лет. Всем пациенткам проведено комплексное профилактическое обследование с включением метода классической и расширенной кольпоскопии на портативном аппарате Digital Video Colposcope 1293, производство компании Promis Medical (Australia). Проводился осмотр терапевтом. Тщательно собран анамнез.

Результаты и обсуждение: В результате проведённых комплексных клинко-эндоскопических исследований практически здоровыми оказались 66 (29,5%) женщин. У 158 (70,5%) женщин выявлены те или иные заболевания, в том числе: и экзоцервициты у 44 (27%), эндометриоз шейки матки у 9 (5,5%), псевдоэрозии и эрозии шейки матки 35 (21,4%), полип шейки матки у 6 (3,7%), простая и частично перекрытая эктопия у 20 (12,2%), старые разрывы и рубцы шейки матки у 8 (4,9%), сужение и заращение шейки матки у 5 (3,0%), папиллома шейки матки у 4 (2,4%), цервициты, вызванные герпетической и грибковой инфекцией у 29 (17,7%), лейкоплакия у 4 (2,4%) женщин. Учитывая клинко-эхографический прогноз, женщины, у которых были выявлены значимые расхождения в диагностике отнесены в группе активного наблюдения у онкогинеколога.

Выводы: Таким образом, кольпоскопия рекомендуется для широкого внедрения в практику акушеров-гинекологов с целью комплексного проведения диагностических мероприятий. Ввиду применения в современных кольпоскопах цифровых видеосистем с программным обеспечением эффективность данного метода диагностики существенно повышается, что позволяет провести адекватное своевременное лечение.



ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ
СИНДРОМОМ

Дусчанова Зайнаб Атабаевна

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии Ургенч, Узбекистан

Менопаузальный синдром является одной из актуальных проблем в гинекологии. На постменопаузальный период приходится одна треть женской популяции, в которой она сохраняет свою профессиональную и социальную активность. В 75—80% случаев на фоне возрастного снижения и «выключения» функции яичников в климактерии могут наблюдаться симптомы дефицита женских половых гормонов.

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность применения заместительной гормональной терапии и влияние ее на психосоматическое состояние женщин в менопаузальном периоде.

Материал и методы исследования: В исследовании принимали участия 52 женщины в возрасте от 45 до 55 лет с менопаузальным синдромом. У всех женщин с менопаузальным синдромом отмечалось повышение уровня ФСГ, ЛГ и снижение эстрадиола. Исследуемые женщины были разделены на 2 группы. В первой группы были 25 женщины с менопаузальным синдромом, которые принимали менопаузальную гормональную терапию, 2-ю контрольную группу составили 27 женщины с менопаузальным синдромом (МГТ), которые отказались от приема МГТ.

Результаты исследования: У женщин, принимающих гормональную терапию, уменьшалось вегето-сосудистые симптомы, таких как приливы и потливость, особенно улучшилось показатели психосоматического состояния и отмечалось положительная динамика личностных характеристик, что является важным фактором, повышающим качество жизни в период перименопаузы. На фоне приема МГТ произошло достоверное улучшение качества жизни, что сопровождалось уменьшением количества ранее предъявляемых жалоб, достоверным снижением индекса массы тела и артериального давления, особенно у женщин страдавших ожирением и гипертонией. Нормализация веса и артериального давления привело к улучшению сократительной способности миокарда на фоне уменьшения массы левого желудочка и общего периферического сопротивления. Достоверно увеличилось количество пациенток с «нормальными» ЭКГ.

В контрольной группе отказавшейся от приема МГТ, отмечалась тенденция к уменьшению вегето-сосудистых симптомов за счёт процесса адаптации. Но качество жизни ухудшилось за счет усиления таких симптомов как нарушение сна, боли в суставах, снижение настроения, понижение работоспособности из-за возрастающего дефицита эстрогенов. В основе ухудшения качества жизни была тенденция к увеличению веса и индекса массы тела.

Заключение: Таким образом, целесообразным следует считать своевременное назначение МГТ является эффективным и способствует к улучшению психосоматического состояния, т.е. качества жизни женщин.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Саркисова Л.В, Насретдинова Д.Э, Шарипова Н.М.

Бухарский Государственный Медицинский институт имени Абу Али ибн Сино
Бухара, Узбекистан.

Актуальность: Преждевременные роды (ПР) – это роды с 22+0 до 36+6 недели беременности. Если точный срок родов неизвестен, роды считаются преждевременными, если вес



новорожденного ≥ 500 г. Преждевременные роды являются самой частой причиной заболеваемости и смертности новорожденных во всем мире: 1 из 20 родов преждевременные, 2 из 3 новорожденных, умерших в перинатальном периоде, родились преждевременно, 60% перинатальной смертности составляют новорожденные, родившиеся до 32 недель беременности. Недоношенные новорожденные – группа самого высокого риска. Их адаптация из-за морфологической и функциональной незрелости органов и систем несовершенная. Недоношенные новорожденные в 10 раз чаще болеют церебральным параличом, у них в 75 раз чаще устанавливаются психические нарушения и в 7 раз чаще пороки развития. Недоношенные новорожденные намного хуже адаптируются к факторам окружающей среды. Они чаще болеют, у них увеличен риск смертности и тяжелых повреждений ЦНС. Недоношенные новорожденные имеют кратковременные и долговременные проблемы здоровья – от нарушений психомоторного развития до повышенного риска хронических заболеваний. У недоношенных новорожденных чаще бывают нарушения зрения, слуха, эмоциональные и психические расстройства, тяжелая социальная адаптация, особенно в подростковом возрасте. Преждевременные роды – одна из важных и наиболее сложных проблем акушерства и перинатологии. Частота преждевременных родов (ПР) в мире варьирует от 5 до 18% и практически не снижается, даже в странах с высоким уровнем жизни, несмотря на использование новых диагностических, лечебных и профилактических технологий. Проблема уходит корнями в период эмбриогенеза, охватывает все этапы развития функциональной системы «мать-плацента-плод», включая осложнения беременности и родов, а также сопряжена с экстрагенитальной патологией женщины и репродуктивной дисфункцией. Риск смерти недоношенных детей в 25-30 раз выше, чем доношенных детей. Преждевременные роды- это роды наступившие в сроки беременности от 22 до 36 недель 6 дней, начиная с первого дня последней менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 500г до 2500г.

Цель исследования: Профилактика преждевременных родов с целью снижения частоты и улучшение перинатальных исходов.

Материалы и методы: Работа выполнена на базе родильного комплекса Мохи-Хоса и Перинатального центра города Бухары. За период с 2020г-2022г проведено ретроспективное исследование 200 историй родов беременных женщин с реализовавшимися преждевременными родами в сроке гестации 22/0-36/6 недель.

Результаты и обсуждения: Показателем начала преждевременных являются: регулярная родовая деятельность и динамическое изменение шейки матки. По данным исследования в 1 периоде родов госпитализованы 69 женщин (35%). Преждевременные роды предшествовавшие родовый разрыв плодных оболочек у 67(33%). Основные причины неонатальной смертности связаны с ПДРПО, недоношенностью, сепсисом, гипоплазией легких. При сроке беременности до 34 недель при отсутствии показаний целесообразно выжидательная тактика: токолиз и профилактика РДС плода. Если необходима срочно родоразрешение, желателен его проводить на третьи сутки госпитализации, после 24 часов от последней дозы Дексаметазона. Если позволяет акушерская ситуация пролонгировать беременность до максимальной возможности. Хориоамнионит абсолютное показание к быстрому родоразрешению. При этом в случае отсутствия родовой деятельности – кесарево сечение. 4,7% случаи осложнился хориоамнионитом. Исследование факторов риска преждевременных родов у беременных дало возможность выявить наиболее значимые из них, так как у исследуемых женщин: ПДРПО - 81(41%), маловодие - 20(11,2%), ИЦН - 17(9,5%), преэклампсия - 7 (3,5%), ПОНРП - 6(3%), многоводие - 2 (1%), рубец.

Выводы:

1. Необходима качественная предгравидарная подготовка на этапе планирования беременности путем назначения фолиевой кислоты за 1-3 месяца до планируемой беременности вместе с супругом, санация хронических очагов инфекции, лечение анемии, обследование функции щитовидной железы, потому что гипер- и гипотиреоз является частой причиной невынашивания и преждевременных родов, а в дальнейшем причиной слабости родовой деятельности и перенашивания. Все эти мероприятия должны проводиться участковыми врачами – терапевтами и ВОП совместно с акушер-гинекологами и узкими специалистами.



2. Правильно интерпретировать данные акушерского анамнеза с выделением группы риска по преждевременным родам и ЗВУР плода.
3. Всем беременным брать кровь на TORCH-инфекции и ПЦР на ИППП при взятии на учет, осуществлять контроль и проводить консультирование беременным по необходимости раннего лечения с 18 до 22 нед, так как ИППП повышают риск хориоамнионита в беременность, преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов, перинатальных осложнений.
4. Женщинам с соматической патологией, особенно с болезнями почек и бессимптомной бактериурией, нужно своевременно проводить лечение для снижения рисков как для матери, так и для плода. Лечить бактериурию согласно чувствительности к антибиотикам с последующим контролем бак посева мочи может акушер-гинеколог или терапевт при отсутствии уролога, при обострении пиелонефрита вести в дальнейшем совместно с урологом 1 раз в месяц или чаще по показаниям с обязательным контролем лабораторных показателей. Нелеченная бактериурия приводит к увеличению ЗВУР и преждевременных родов, обострению пиелонефрита, развитию уросепсиса, тяжелой преэклампсии.
5. В антенатальном наблюдения важно заполнять гравидограмму врачами акушерами – гинекологами, своевременно диагностировать ЗВУР плода и госпитализировать таких женщин в стационар для динамического наблюдения за состоянием матери и плода, проведения профилактики синдрома дыхательных расстройств с учетом возможного досрочного родоразрешения, что привело бы к снижению перинатальной заболеваемости и смертности, так как все случаи перинатальной смертности в сроках до 34 нед беременности.

**MUDDATDAN OLDIN QOG'ONOQ PARDA YORILISHI KUZATILGAN
HOMILADORLARDA TUG`RUQ YO`LLARI MIKROBIOSENOZ HOLATINI
BAHOLASHDA FEMOFLOR TESTNING AHAMIYATI**

Qayumova G.M., Dustova N.Q.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti 1-son akusherlik va ginekologiya kafedrası

Zamonaviy akusherlik va pediatriya muammolari orasida muddatdan oldin tug`ruq asosiy o`rinlardan birini egallaydi. Ammo qog`onoq suvlarining vaqtidan oldin ketishi tug`ruqni muddatidan oldin boshlanishining asosiy sabablaridan biri bo`lib hisoblanadi. Tug`ilish biomexanikasida amniotik suyuqlik muhim rol o`ynaydi va homilaning holati uchun katta fiziologik ahamiyatga ega.

Tadqiqotning maqsadi muddatdan oldin qog`onoq suvi ketgan homiladorlarda genital traktning mikrobiotsenozini tashkil etuvchi mikroorganizmlarning sifat va miqdoriy tarkibini PZR yordamida aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari: Perinatal markazga murojaat qilib kelgan 26-34 haftalik 24-36 yoshli muddatdan oldin qog`onoq suvi ketgan 28 nafar homilador ayollarning qin surtmalari o`rganildi. Nazorat guruhini 20-25 haftalik fiziologik rivojlanayotgan homiladorlik bilan 24-36 yoshdagi 11 nafar homilador ayollar tashkil etdi. Biz ayollarda urogenital trakt biotsenozini o`rganish uchun Femoflor-16 testidan foydalandik. Tegishli natijalarga erishish uchun qin va qisman bachadon bo`ynidan yetarli miqdordagi hujayralari va yetarli umumiy bakterial massasi bo`lgan namunalar ishlatildi. Namunalar hisobga olindi, unda inson hujayralarining DNK miqdori namunadagi 104 genom-ekvivalentidan (GE) ko`p bo`lgan va umumiy bakterial massa qiymati 106 dan 109 GE / namunaga teng bo`lgan. Amplifikatsiyadan so`ng bakterial massaning umumiy miqdori *Lactobacillus* spp. va shartli-patogenlarning har biri avtomatik ravishda aniqlandi. Qin mikroflorasini miqdoriy baholash ham mutlaq, ham nisbiy jihatdan amalga oshirildi. Mutlaq ko`rsatkich namunadagi kerakli mikroorganizmning DNK miqdori bo`lib, GE da ifodalangan, o`nlik logarifm - lg shaklida ko`rsatilgan.

Tadqiqot natijalari: Taqqoslanayotgan guruhlarda biotsenoz ko`rsatkichlarini solishtirish shuni ko`rsatdiki, muddatdan oldin qog`onoq suvi ketgan ayollarda normotsenozning ulushi nazorat



guruhidagiga nisbatan 2,5 baravar kam ($p=0,0019$). Disbioz 28 ta holatdan 18 tasida (64,3%), nazorat guruhida esa 11 ta ayoldan 1 tasida (9,1%; $p=0,0019$) aniqlangan. O'rtacha anaerob, yaqqol ifodalangan aerob va aralash disbioz faqat asosiy guruh ayollarda topilgan (jadval 1). Anaerob bakteriyalar aeroblarga qaraganda tezroq aniqlangan, bu ilgari olingan natijalarga to'g'ri keladi. Yaqqol ifodalangan aerob disbalansi aniqlangan 28 ta bemordan 2 tasida *Streptococcus* spp. yuqori titrlarda kuzatilgan. Bemorlarning birida streptokokklar bilan birga diagnostik titrda *Candida* jinsining zamburug'larini aniqladik. Ikkala holatda ham *Lactobacillus* spp. aniqlanmagan. 2ta bemorda o'rtacha aerob-anaerob (aralash) disbioz ham aniqlandi. Aralash disbioz kuzatilgan 1ta bemorda quyidagilar aniqlandi: *Streptococcus* spp./*Gardnerella vaginalis*/*Prevolla bivia*/*Porphyromonas* spp., boshqa holatda *Megasphaera* spp./*Veillonella* spp./*Dialister* spp./*Ureaplasma* (*urealyticum*+*parvum*).

Xulosa: Shunday qilib, tadqiqot natijasida bakterial vaginozni tashxislash uchun yangi zamonaviy PZR usulidan foydalanish samaradorligi ko'rsatildi. Usul bitta namunaga bakterial vaginoz, anaerob va aerob flora bilan bog'liq bo'lgan laktobakteriyalar va bakteriyalar sonini, shu jumladan yetishtirish qiyin bo'lgan florani aniqlashga, ularning nisbati va ayollarning jinsiy yo'llarining biotsenozi holatini qisqa vaqt ichida baholashga imkon beradi. Birinchi marta Femoflor testidan foydalanib, muddatdan oldin qog'onoq suvi ketgan ayollarning genital traktining mikrobial landshafti fiziologik homiladorlik bo'lgan ayollarning jinsiy yo'llarining mikrobiotsenozi bilan taqqoslangan.

CHAQALOQLARGA SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASINING TA'SIRI

Xazratkulova Mashhura Ismatovna

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Samarqand, O'zbekiston.

Mavzuning dolzarbligi: Statistik ma'lumotlarga qaraganda sitomegalovirus infeksiyasi chaqaloqlar orasida perinatal o'limning 37.5% ni tashkil qiladi va SMVI ta'sirida kelib chiqqan tug'ma nuqsonlar natijasidagi o'lim 61.4% ni tashkil qiladi. Tug'ma sitomegalovirus infeksiyasi simptomsiz yoki og'ir shaklda kechishi, SMVI natijasida tez-tez o'lim kuzatilishi bilan izohlanadi. Shunga ko'ra 90% SMVI bilan og'ir shaklda kasallangan chaqaloqlarda keyinchalik turli xildagi somatik va nevrologik asoratlar shakllanishi, simptomsiz kechganda esa 5-17% bolalarda har xil patologiyalar shakllanishi mumkin.

Tadqiqot materiallari va usullari: Tekshirish ob'yektimiz Samarqand shahridagi viloyat Perinatal markazida 2022-2023 yillarda tug'ilgan sitomegalovirus infeksiyasi bor onalardan 10 nafar muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlar bo'lib, ularning anamnezi, laborator va instrumental tekshiruv tahlillari hisoblanadi. Chaqaloqlarning vazni 900 grammdan 2200 grammgachani tashkil qilib, ularning gestatsion yoshi 28 haftadan 34 haftagachani tashkil qildi. Laborator tahlillarga chaqaloq va ularning onalari qonida SMVIning IFA va PZR tahlili orqali tekshirish, chaqaloqlar kindik qonidan umumiy qon tahlili va umumiy qon biokimyoviy tahlili, hamda tug'ruqxona yig'ilgan chaqaloqlar siydik tahlili va siydikda "boyg'uli ko'zi" sinamasi Ramonovskiy Gimza bo'yash usuli o'tkazildi. Tahlil uchun qon chaqaloq tug'ilgandan olingan kindik qoni hamda 3-4 kunlarda olingan qon tahlillari hisoblanadi.

Natijalar: Kuzatilgan chaqaloqlar onasining anamnezi aniqlanganda homiladorlik homila tushish xavfi fonida kechgan, toksikoz (40% ni) pielonefrit (30% ni), homila ko'p bora o'z-o'zidan tushganligi, rivojlanmay qolganligi, ko'p yillar bepustlik, gripp, anemiya kuzatilgani ma'lum bo'ldi. Shuning bilan birgalikda qog'anoq suvlarining kam yoki ko'pligi hamda loyqa bo'lib yurganligi (50% ni) anamnezidan aniqlandi. Bu chaqaloqlarining onalari davo muolajalarini tug'ruqgacha va tug'ruq vaqtida qabul qilgan. Shuning bilan tug'ruqxona sharoitida qayta IFA va PZR tahlili orqali SMVIga qon olib tekshirildi va aniqlandi. SMVI aniqlanib tug'gan bu ayollar SMVIga maxsus anti SMVIga qarshi davo muolajalarini olmagan. SMVI bor onalardan tug'ilgan chaqaloqlarning umumiy qon tahlilida leykositlar ko'rsatgichi $13,02 \pm 1,12^* \llbracket 10 \rrbracket \wedge 9/l$ oshganligi, gemoglobinning kindik qonida pastligi $111,93 \pm 2,84$ g/l aniqlandi. Qonning umumiy biokimyoviy tahlilida bilvosita bilirubin, hamda kreatinin oshganligi aniqlandi. Chaqaloqlar siydigi tahlilida esa leykositlarning miqdori $14,71 \pm 3,93$ va oqsilning siydikdagi miqdori $0,12 \pm 0,03$ oshganligi ko'ruv maydonida aniqlandi. Siydikni "boyg'uli ko'zi" sinamasi tekshirilganda,



sitomegalovirus infeksiyasi aniqlanmadi. Qolgan laborator ko'rsatkichlar normasidan oshmadi. Instrumental tekshirishlardan bosh miya neyrosonografiyasi va ichki organlar ultratovush tekshirishlar qilinib, unda ikki nafar chaqaloqda ventrikulomegaliya, bir nafarida bosh miya ichi 1 darajali qon quyilishi hamda barcha chaqaloqlarda bosh miya gipoksiyasi aniqlandi. Ichki organlar tekshirish tahlilida esa 4(40%)nafarida oq buyrak sindromi bir (10%) nafarida 1 darajali gidronefroz aniqlandi. Chaqaloqlarning yuragi doplerografiyasida 4(40%) nafari yuragida oval teshikning ochiqligi va 3(30%) nafarida arterial yo'lakchanning ochiqligi aniqlandi. Shuning bilan chaqaloqlar hayotning dastlabki davrida Apgar shkalasi bo'yicha past baholanib tug'ildi, moslashish davrida emishning sustligi, tashqi ta'sirlarga sust javob berishi, nafas buzilish sindromi har xil darajada 9(90%), sariqlik uzoq vaqtgacha cho'zilishi n=5(50%)ida kuzatildi va klinikasida billirubinning oshishi davo muolajalariga qaramasdan uzoq cho'zilishi kuzatildi.

Xulosa: SMVI bor bo'lgan homilador ayollar doimiy nazoratda bo'lishi zarur, ularga standart davo muolajalarini erta boshlash, poliklinika sharoitida SVMI ni erta aniqlash va profilaktika ishlarini nazoratga olish zarur. Bu infeksiya homiladorlik davrida juda ko'p sonli nuqsonli holatlar bilan tug'ilishlarga, shu bilan birga bolada aqliy rivojlanishiga, siydik yo'llari nuqsonlari yoki tez-tez yallig'lanishiga sababchi bo'lishi mumkin. Chaqaloqlar SMVI bilan zararlanganiga qaramasdan ilk chaqaloqlik davrida siydik bilan SMVI ajralmasligi "boyg'uli ko'zi" sinamasida tekshiruvimizda aniqlanmadi.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ВОСТАНОВЛЕНИЯ ЦИКЛА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Усманова Нафиса Юнусовна

Республиканский научно-исследовательский центр экстренной медицинской помощи Бухарский филиал, Бухара, Узбекистан.

Введение: Covid-19 вызывает разнообразные нарушения деятельности различных органов и систем организма. В связи с этим можно предположить, что Covid-19 нарушает так же менструальный цикл. Изучение нарушения цикла у женщин в постковидный период и оценка применяемых средств для коррекции является самым важным аспектом лечения постковидного синдрома.

Методы исследования: С помощью выработанной нами оригинальной анкеты, включающей 10 вопросов, были опрошены 120 женщин в возрасте с 14 до 50 лет. В опросник был включен характер, длительность, количество менструального цикла, характер нарушений и применяемые средства для восстановления нормального менструального цикла.

Результаты исследования: Из 120 опрошенных женщин 89.2% болели Covid-19. В ходе опроса выяснилось, что у 56,7% заболевших были нарушения в менструальном цикле еще до заболевания Covid-19, а у 43,3% были выявлены сбои цикла после перенесенной короновирусной инфекции. Этими нарушениями были: задержка менструации, альгодисменорея, изменение продолжительности цикла, увеличение продолжительности менструального кровотечения. Вышеуказанные нарушения у анкетированных женщин происходили во время заболевания Covid-19, в то время как у 40,1% женщин нарушения менструального цикла происходили позже (т.е. в следующем цикле). У 26,8% анкетированных нарушения цикла развились спустя несколько месяцев после перенесенного заболевания. И наконец, у 19,5% женщин нарушение



менструального цикла, развившиеся вовремя коронавирусной инфекции, сохранились до времени анкетирования. Для восстановления цикла после Covid-19 женщинам назначались разнообразные препараты: Циклодинон (экстракт плодов *Vitex agnus-castus*), Тайм-фактор (двухфазный негормональный комплекс витаминов, микроэлементов и фитоэкстрактов), Дюфастон (дидрогестерон), Фемостон (Эстрадион+дидрогестерон), Белара (Этинилэстрадиол+хлормадинон), Джес (Дроспиренон+этинилэстрадиол.). После приема этих средств, следующий менструальный цикл у всех женщин вернулся к нормальному состоянию до болезни. Все вышеперечисленные препараты получили позитивную оценку эффективности у опрошенных женщин.

Заключение: Covid-19 приводит к достаточно высокому (26.8%) риску нарушения менструального цикла. Нарушения менструального цикла в большинстве случаев транзиторные и только у небольшого числа женщин (19.5%) приобретают хронический характер. Риск нарушения менструального цикла сохраняется даже спустя несколько месяцев после перенесенного ковида, однако установить связь подобных нарушений цикла с перенесенной коронавирусной инфекцией невозможно. Все примененные препараты показали свою эффективность в отношении восстановления менструального цикла.

СОДЕРЖАНИЕ:

Нодира Исламовна Закирова

УЧИТЕЛЬ И НАСТАВНИК В МОЕЙ ЖИЗНИ30 стр

Sarkisova Lyalya Valerievna

**INTERCONNECTION OF BIOCHEMICAL AND HEMODYNAMIC INDICATORS IN
PREMATURE LABOR.....32 стр**

Шопулотов Шохрух Аслиддинович, Шопулотова Зарина Абдумуминовна, Шодмонова Зебинисо Рахимовна

**ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ
.....33 стр**

Саркисова Ляля Валеревна

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ34 стр**

Хикматова Н.И., Моисеева О.М.

**ВАЖНОСТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЖЕНЩИН К СПЕРМЕ ПАРТНЕРА ПРИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ36 стр**

Шопулотов Шохрух Аслиддинович, Шопулотова Зарина Абдумуминовна, Шодмонова Зебинисо Рахимовна

**ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ
.....37 стр**

Киличева В.А.

**ВЛИЯНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В РАЗВИТИИ БЕСПЛОДИЯ
ЭНДОМЕТРИАЛЬНОГО ФАКТОРА38 стр**



Sadikova X.Z., Yeshimbetova G.Z., Musaxodjaeva D.A., Rustamova N.B., An A.V., Kurbanova S.Yu.
**ONA-YO'LDOSH -HOMILA TIZIMIDA BUZILISHI BO'LGAN AYOLLARDA
YALLIG'LANISHGA HOS VA YALLIG'LANISHGA QARSHI SITOKINLAR DARAJASI**
.....39 стр

Ахророва Ш.О., Азизова Г. Д., Асатова М.М.
**ГОРМОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН С
ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**39 стр

Камалов Т.М., Музафарова С.А.
**НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ,
СТРАДАЮЩИХ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ**40 стр

Турдыева Д.М., Сафоев С.С.
**ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА В ПОЗДНИЕ СРОКИ
ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**41 стр

Eshimbetova G.Z., Muxamedova B.U., Qurbonova S.Yu.
**COVID -19 TASDIQLANGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK, TUG'ISH VA
TUG'RUQDAN KEYINGI DAVRNING XUSUSIYATLARI**42 стр

Мусаходжаева Д.А., Жураева Д.М., Ешимбетова Г.З., Ан А.В., Азизова З.Ш., Рустамова Н.Б.
ЙЎЛДОШ ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ЎСИШ ОМИЛЛАРИНИНГ РОЛИ43 стр

Шейхова Х.К.
АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН44 стр

Фаражова Э.Ш. Ихтиярова Г.А.
**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ, ИМЕЮЩИХ
ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА**45 стр

Расулева Тахмина Абдуалиевна
ЗНАЧЕНИЕ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА ПРИ ВРТ46 стр

Саркисова Л.В.
**ВЛИЯНИЕ ДИСБАЛАНСА ЦИТОКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ЖЕНЩИН НА
РАЗВИТИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**47 стр

Негматуллаева М.Н., Саркисова Л.В.
**СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАРНОГО МАТОЧНО- ПЛАЦЕНТАРНОГО И ПЛОДОВОГО
КРОВОТОКА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ**48 стр

Саркисова Л.В. Шарипова Н.М.
**БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ**50 стр

Саркисова Ляля Валеревна
**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**52 стр

Алимова Хилола Пулатовна, Аллаёров Баходир Курамбаевич, Бутаев Азамат Хасанджанович
**ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ COVID-19**54 стр





Sarkisova Lyalya Valerievna

**INTERCONNECTION OF BIOCHEMICAL AND HEMODYNAMIC INDICATORS IN
PREMATURE LABOR55 стр**

G.M.Qayumova, N.Q.Dustova

**MUDDATDAN OLDIN QOG'ONOQ PARDA YORILISHI KUZATILGAN
HOMILADORLARDA TUG'RUQ YO'LLARI MIKROBIOSENOZ HOLATINI
BAHOLASHDA FEMOFLOR TESTNING AHAMIYATI56 стр**

Шопулотов Шохрух Аслиддинович, Шопулотова Зарина Абдумуниновна, Шодмонова Зебинисо Рахимовна

**ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ
.....57 стр**

Дусчанова Зайнаб Атабаевна

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ
СИНДРОМОМ58 стр**

Хикматова Н.И., Моисеева О.М.

**ВАЖНОСТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЖЕНЩИН К СПЕРМЕ ПАРТНЕРА ПРИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ59 стр**

Khikmatova N.I., Moiseeva O.M.

**THE IMPORTANCE OF FEMALE SENSITIVITY TO PARTNER SPERM IN
INFLAMMATORY INFERTILITY60 стр**

Мирзаева Дилфуза Ботиржоновна, Саиджалилова Дилноза Джавдатовна

**РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ПРОГЕСТЕРОНОВОГО РЕЦЕПТОРА (PRG) У
ЖЕНЩИН С ЭКО В РАЗВИТИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ60 стр**

Норова Г.И. Хафизова Д.Б., Ярматова Ш.К.

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПРЕРЫВАНИЕ ПРИ
НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ЭКО61 стр**

Ro'zmetova Dilfuza To'ylibaevna, Tajiboeva Mehriniso

**XORAZM VILOYATIDA HOMILADOR AYOLLAR O'RTASIDA KESAR KESISH
AMALYOTINING UCHRASH KO'RSATKICHLARI VA UNGA OLIV KELUVCHI
SABAVLAR62 стр**

Алимова Хилола Пулатовна, Аллаёров Баходир Курамбаевич, Бутаев Азамат Хасанджанович

**ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ COVID-1964 стр**

Тешаева Ш.К., Негматуллаева М.Н.

**СВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТЕСТОВ НАРУШЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ65 стр**

Ходжаева А.С., Джураева Д.Л., Тиллабаева Д.М.

“РОЛЬ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА В ГЕНЕЗЕ ДИСМЕНОРЕИ”66 стр



Исроилов Ражаббой Исроилович, Шокирова Садоқатхон Мухамматсолиевна

БЕПУШТЛИК ҲОЛАТИДА ТУХУМДОННИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ
.....67 стр

Xolmatova Sh.Sh., Zufarova Sh.A., Kamolov T.T.

**QANDLI YO'Kİ GESTATSION DIABETI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA TUG'RUQ
PAYTIDA TUG'RUQ YO'LLARIDAGI YUMSHOQ TO'QIMLARNING JAROHATLANISHI**
.....67 стр

Zufarova Sh.A., Ismoilova K.G.

REPRODUKTIV TIZIM VA QALQONSIMON BEZNING FUNKSIONAL O'ZARO TA'SIRI
.....68 стр

Найимова Н.С., Убайдуллаева С.И.

**ТУХУМДОН ЭРТА ЕТИШМОВЧИЛИГИ БЎЛГАН АЁЛЛАРНИНГ КЛИНИК-
АНАМНЕСТИК ХУСУСИЯТЛАРИ**69 стр

Азимов Ф.Р., Адизова З.А., Каримов Д.Н.

**ИННОВАЦИОННЫЕ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ
МАТКИ**70 стр

Махмудова Ш. А., Киличева В.А.

**ВЛИЯНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В РАЗВИТИИ БЕСПЛОДИЯ
ЭНДОМЕТРИАЛЬНОГО ФАКТОРА**71 стр

Поянов О.Й., Зокирова Н.Р., Убайдуллаева С.И.

**АКУШЕРЛИК ҚОН КЕТИШЛАРИГА ЮҚОРИ ХАВФЛИ ГУРУҲДАГИ ҲОМИЛАДОР
АЁЛЛАРДА ЦИТОКИН ПРОФИЛИНИ БАҲОЛАШ**72 стр

*Мирзаева Дилфуза Ботиржоновна, Саиджалилова Дилноза Джавдатовна, Зокирова Наргиза
Рузиевна*

**РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ПРОГЕСТЕРОНОВОГО РЕЦЕПТОРА (PRG) У
ЖЕНЩИН С ЭКО В РАЗВИТИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ**73 стр

Тешаева Ш.К., Негматуллаева М.Н.

**СВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТЕСТОВ НАРУШЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ**74 стр

Азамкулова Н. О., Иргашева С. У.

**ПОКАЗАТЕЛИ ИНДЕКСА КУППЕРМАНА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ С
КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ
КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**75 стр

*Шопулотов Шохрух Аслиддинович, Шопулотова Зарина Абдумуминовна, Шодмонова Зебинисо
Рахимовна*

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ
.....76 стр

Азамкулова Н. О., Иргашева С. У.

**ПОКАЗАТЕЛИ ИНДЕКСА КУППЕРМАНА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ С
КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ SARS CoV-2**77стр



Karimov Axmad Xoshimovich, Egamova Sitora Nusratillayevna

HOMILADOR AYOLLARDA BILAR SLADJ HOSIL BO'LISHIDA TIBBIY-IJTIMOY OMILLARNING ROLI78 стр

Алиева Аида Запировна, Идрисова Муминат Абдусаламовна, Эседова Асият Эседовна

ИММУНОЦИТОХИМИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ79 стр

Кутлимуратова Б.А.

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ80 стр

Азиза Сагдуллаевна Ходжаева, Дилноза Мурадовна Тиллабаева

СОВРЕМЕННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ81 стр

Идрисова Муминат Абдусаламовна, Эседова Асият Эседовна, Алиева Аида Запировна, Ильясов Камильхан Абдулсаламович

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ В МЕНОПАУЗЕ81 стр

Tajibayeva Mehriniso Atajan qizi

XORAZM VILOYATIDA HOMILADOR AYOLLAR O'RTASIDA KESAR KESISH AMALYOTINING UCHRASH KO'RSATKICHLARI VA UNGA OLIV KELUVCHI SABABLAR82 стр

Нигматова Гулнара Махсудовна

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОХОД РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ84 стр

Ахророва Ш. О., Азизова Г. Д., Асатова М. М.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ85 стр

Назирова М.У., Бахтиярова Д.М., Райимова З.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ86 стр

Фаражова Э.Ш. Ихтиярова Г.А.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ, ИМЕЮЩИХ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА86 стр

Олимова Н.Х. Султонова Ш.Р. Матякубова С.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕ РОДОВЫХ МЕТРОЭНДОМЕТРИТОВ87 стр

Мирзаева Дилфуза Ботиржоновна, Саиджалилова Дилноза Джавдатовна

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ПРОГЕСТЕРОНОВОГО РЕЦЕПТОРА (PRG) У ЖЕНЩИН С ЭКО В РАЗВИТИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ88 стр

Бабаджанова Г.С., Узокова М.К.

ЮРАК ПАТОЛОГИЯСИ БИЛАН ХОМИЛАДОРЛИКДА NT-PROBNP РОЛИ89 стр

Soliyeva X.A., Ilmiy rahbar: Abdullyeva L.M.

SEMIZLIK BOR AYOLLARDA PREGRAVIDAR CHORA - TADBIRLARNI TAKOMILLSHTIRISH90 стр



Назирова М. У. Ахмедова Ф.Э.

ДИНАМИКА ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ91 стр

Turdieva Feruza Rahmatjonovna, Nadirxanova Natalya Suratovna, Qayumova Dilrabo Talmasovna

ASSESSMENT OF THE EFFECT OF VITAMIN D ON PREGNANCY92 стр

Исанбаева Ландыш Мухамедзакиевна

**СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ93 стр**

Ихтиярова Г.А., Музаффарова М.Х.

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СТРАТЕГИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ
ГЕНАМИ-КАНДИДАТАМИ (CYP17A1-RS743572, CYP19A1-RS247015) В РАЗВИТИИ СПКЯ У
ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ 94 стр**

Ikhtiyarova G.A., Muzaffarova M.Kh.

**THE ROLE OF DETERMINANT GENES OF STEROID HORMONES DYSFUNCTION
REGULATORS (CYP17A1-RS743572, CYP19A1-RS247015) IN THE DEVELOPMENT OF PCOS
IN WOMEN WITH INFERTILITY95 стр**

Наврзова Н.О., Ихтиярова Г.А., Муминова Н.Х.

**КОЛЬПОСКОПИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ96 стр**

Дусчанова Зайнаб Атабаевна

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ
СИНДРОМОМ97 стр**

Саркисова Л.В, Насретдинова Д.Э, Шарипова Н.М.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ97 стр

G.M.Qayumova, N.Q.Dustova

**MUDDATDAN OLDIN QOG'ONOQ PARDA YORILISHI KUZATILGAN HOMILADORLARDA
TUG'RUQ YO'LLARI MIKROBIOSENOZ HOLATINI BAHOLASHDA FEMOFLOR
TESTNING ANAMIYATI99 стр**

Hazratkulova Mashhura Ismatovna

CHAQALOQLARGA SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASINING TA'SIRI100 стр

Усманова Нафиса Юнусовна

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ВОСТАНОЛЕНИЯ
ЦИКЛА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ101 стр**

<p>Тезислардаги маълумотлар учун муаллиф ва бош муҳаррир маъсул Тахририят фикри муаллифлар фикри билан муносиб бўлмаслиги мумкин Барча муаллифлик ҳуқуқлари ҳимояланган Барча маълумотлар тахририят рухсатисиз этилмайди.</p>	<p>Маъсул муҳарр: Сафоев Б.Б. Баддий муҳаррир: Пулатов С.С. Таржимон: Гайбуллаев С.С. Теришга берилди: 20.04.2023 Босишга рухсат этилди: 24.04.2023 Бичими 60x84^{1/4} Шартли босма табоғи: 30,0 Офсет қоғозда чоп этилди. Адади 100 нусха. 107 - буюртма: “Humoyunbek-Istiqloл Mo'zizasi” Босмаҳонасида чоп этилди: 100000 Тошкент А.Темур кўчаси, 60 уй</p>	<p>“Тиббиётда янги кун” тиббиёт журнали тахририяти, Тошкент ш. 100011, Навоий кўчаси 30 уй. Тел: +998908061882 Email: ndmuz@mail.ru Тошкент вилояти Матбуот ва ахборот Бошқармасида 2012 йил 16 февралда Рўйхатга олинган (03-084-сонли Гувохнома) Баҳоси келишилган нархда. Нашр кўрсаткичи 7084</p>
---	---	---