



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (54) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х.ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (54)

2023

апрель

УДК 618.2.40-089.888.14.1

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Муминова Нигора Хайрулдиновна <https://orcid.org/0009-0000-3305-7503>

Мирзаева Наргиза Мамадалиевна <https://orcid.org/0009-0001-5442-906X>

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Узбекистан
Ташкент, Мирзо Улугбекский район, улица Паркентская №51 Тел: +998 (71)268-17-44 E-mail:
info@tipme.uz

✓ Резюме

По данным ВОЗ, невынашивание в разных странах составляет от 10 до 25% всех беременностей. Своевременное формирование прогестерон индуцирующий фактор беременности (PIBF) способствует эффективному прогрессированию беременности, но следует учесть инфекционный фактор в женской половой сфере. Целью исследования явилось оценка клинической эффективности синтетического прогестерона при угрозе прерывания беременности с изучением взаимосвязи с рецидивирующим воспалением нижнего этажа женской половой сферы. 130 беременным с привычным невынашиванием назначили прогестерон и местно вагинально противобактериальные свечи. Комплексное лечение привычного невынашивания с учетом местного воспаления со знанием возбудителей рецидивирующих воспалительных процессов местного характера у женщин с невынашиванием беременности способствует повышению рецептивности эндометрия, эффективно формирует ПИБФ и способствует прогрессированию беременности с минимальными осложнениями.

Ключевые слова: невынашивание беременности, натуральный прогестерон, рецептивность матки, имплантационное окно, воспаление.

HOMILANI KUTAROLMASLIKNI COLISHTIRMA TAHLILI

N.X.Muminova, N. Rahimova

Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi O'zbekiston Toshkent sh., Mirzo Ulug'bek tumani, Parkentskaya ko'chasi 51-uy Tel: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.uz

✓ Rezyume

JSST ma'lumotlariga ko'ra, turli mamlakatlarda abort barcha homiladorlikning 10 dan 25% gacha. Homiladorlikning progesteronni qo'zg'atuvchi omilining (PIBF) o'z vaqtida shakllanishi homiladorlikning samarali rivojlanishiga yordam beradi, ammo ayol jinsiy a'zolaridagi yuqumli omil bo'lishi kerak. inobatga olingan. Tadqiqotning maqsadi sintetik progesteronning abort xavfida klinik samaradorligini ayol jinsiy a'zolarining pastki qavatining takroriy yallig'lanishi bilan bog'liqligini o'rganish edi. Takroriy abortga uchragan 130 homilador ayolga progesteron va topikal antibakterial vaginal shamlar buyurildi. Abortga uchragan ayollarda mahalliy tabiatning takroriy yallig'lanish jarayonlarining qo'zg'atuvchilarini bilish bilan mahalliy yallig'lanishni hisobga olgan holda takroriy abortni kompleks davolash endometriumning retseptivligini oshiradi, PIBF ni samarali shakllantiradi va homiladorlikning minimal asoratlari bilan rivojlanishiga yordam beradi.

Kalit so'zlar: homilani kutarolmaslik, tabiiy progesteronni sintetik analogi, bachadon cezubchanligi, implantasion darcha, yallig'lanish

COMPARATIVE ANALYSIS OF MISCARRIAGE

N.Kh.Muminova, N.Mirzaeva

Center for the development of professional qualifications of medical workers Uzbekistan Tashkent, Mirzo Ulugbek district, Parkentskaya street No. 51 Tel: +998 (71) 268-17-44 E-mail: info@tipme.uz

✓ *Relevance*

According to WHO, miscarriage in different countries ranges from 10 to 25% of all pregnancies. The timely formation of the progesterone-inducing factor of pregnancy (PIBF) contributes to the effective progression of pregnancy, but the infectious factor in the female genital area should be taken into account. The aim of the study was to evaluate the clinical efficacy of synthetic progesterone in the threat of abortion with the study of the relationship with recurrent inflammation of the lower floor of the female genital area. 130 pregnant women with recurrent miscarriage were prescribed progesterone and topical vaginal antibacterial suppositories. Comprehensive treatment of recurrent miscarriage, taking into account local inflammation with knowledge of the causative agents of recurrent inflammatory processes of a local nature in women with miscarriage, increases the receptivity of the endometrium, effectively forms PIBF and contributes to the progression of pregnancy with minimal complications.

Key words: miscarriage, natural progesterone, uterine receptivity, implantation window, inflammation.

актуальной

Актуальность

Н а сегодняшний день невынашивание беременности остается актуальной медико - социальной проблемой в акушерстве и гинекологии. По данным ВОЗ, невынашивание беременности (НБ) составляет от 10 до 25% всех беременностей. Основными причинами НБ являются иммунологические конфликты, воспалительные процессы женской половой сферы и общего организма. Следует помнить, что своевременное формирование прогестерон индуцирующего, а беременности (PIBF) способствует положительному влиянию прогестерона в прогрессировании беременности. Но это возможно при достаточном содержании в крови прогестерона и отсутствии какого-либо воспаления местного или общего характера [1,3,5].

Успешность конкретной беременности зависит от преобладания Th2 профиля цитокинов, которые предупреждают материнскую реакцию на полуаллогенный инвазирующий цитотрофобласт. В противоположность этому, провоспалительный профиль Th1-цитокинов вызывает эмбриотоксический эффект, стимулирует апоптоз цитотрофобластических клеток и в целом, конкурирует с цитокинами Th2. Эти приспособительные механизмы организма для благотворного существования плодного яйца изменяются в сторону ухудшения при лютеиновой недостаточности, с последующим формированием снижения рецептивности эндометрия со слабым формированием «имплантационного окна», в результате которого в периоде беременности могут осложниться угрозой или выкидышем [3,5].

Цель исследования: оценить клиническую эффективность синтетического аналога натурального прогестерона с учетом рецидивирующего воспаления нижнего этажа половой сферы при невынашивании беременности.

Материал и методы

55 беременные обратились в 1-м триместре в отделении гинекологии с клиническими признаками угрозы прерывания беременности, подтвержденный ультразвуковым исследованием.

Возраст больных в среднем составил $22 \pm 0,5$ лет. Из 55 беременных в анамнезе были 2 выкидыша у 17, 3 у 5 беременных.

Из экстрагенитальной патологии ведущее место занимало -анемия различной степени: 1-й у 20, 2-я у 29, 3-я степень у 6, которые были проконсультированы у семейного врача для исключения каких-либо заболеваний крови.

Инфекции мочевых путей- где у 28 беременных в анализах мочи были найдены бактерии, лейкоциты и беременные указали на перенесенный цистит 23, 7 на пиелонефрит и большинство

из них получали по 2-3 курса антибактериальной терапии как вне, так и при предыдущих беременностях.

По литературным данным которые утверждают, что условно-патогенные микроорганизмы, такие как грибы рода *Candida* и гарднереллы, которые поражают женскую половую сферу нижнего этажа вызывают дискомфорт в организме беременной, с одновременным развитием различного характера осложнений [1,4,5].

При гинекологическом осмотре 55 беременных, у 36 из них были верифицированы клиника кольпита той или иной степени выраженности и при бактериальном посеве обнаружены грибы рода *Candida*, гарднереллы и неспецифическая Грамм + флора.

При предыдущих беременностях при возникновении клиники угрозы выкидыши никто из беременных не проверялись на наличие инфекции нижнего этажа женской половой сферы (кольпиты, уретриты) и, следовательно, не лечились, во избежания тератогенного или эмбриотоксического действия антибактериальных препаратов

В зависимости от характера лечения все больные были разделены на 2 клинические группы: 1-я основная группа – 30 пациенток, у которых для купирования угрозы выкидыша назначали синтетический аналог натурального прогестерона дидрогестерон (Дюфастон, Аббот, Нидерланды) по 10мг x 3 раза в сутки, в течении 10 дней. Если угроза купировалась оставляли беременную на 30мг, со снижением дозы на 10мг, в случае возникновения осложнений (мажущие выделения, продолжающиеся боли, свидетельствующие об угрозе выкидыша беременности) дозу повышали до 10мг в сутки с добавлением в курс лечения транексамовой кислоты под строгим контролем коагулограммы.

Во второй группе также были 25 беременные, которым назначили Дюфастон в идентичной дозе, но учитывая анамнестические и данные бактериоскопии назначали одновременно допустимые в 1-м триместре гестации противогрибковые свечи, со 2-го триместра Кандидо -100 (Kusum Healthcare, Индия) по 1 свече 1 раз в сутки в течении 5 дней, а при необходимости курс лечения продолжали до 7-10 суток.

Исходя из данных литературы(2,3), подобранная адекватная форма нами дидрогестерона создавало оптимальные условия для развития имплантационного окна и формированию своевременного ПИБФ, которая имело важное значение для нормального прогрессирования настоящей беременности. Также дидрогестерон на наш взгляд имел ряд преимуществ перед другими формами прогестерона, без побочных эффектов, с легким переносом и с высокой биодоступностью гормонального препарата, почти до 100%, как при парентеральном введении лекарства.

А также дидрогестерон при угрозах выкидыша, которая наблюдалась у всех 55 беременных в течении короткого времени, из-за высокой биодоступности быстро и эффективно купировала патологическое состояние.

Для достоверности эффекта дидрогестерона каждые 2 суток мы проверяли гормональный фон, в случае адекватного и эффективного действия экзогенного гормона уровень прогестерона в крови повышался.

Результат и обсуждения

В первой группе, где беременные получали только дидрогестерон, 17 женщинам из 25 приходилось увеличить дозу прогестерона до 40-50мг, из-за продолжающегося угрозы выкидыша на фоне проводимой гормональной терапии, без учета местного воспалительного процесса нижнего этажа (кольпиты), которые также могли спровоцировать угрозу выкидыша [3,4].

Поэтому следует помнить, что при хроническом или вяло текущем воспалительном процессе при беременности снижается рецептивность эндометрия, которая не в состоянии создать благоприятные условия для nidации оплодотворенной яйцеклетки, а также формированию полноценного PIBF фактора, что свидетельствовали данные иммунных анализов ряда исследований, которые проводились ведущими клиниками ряда стран [2,4,5].

Лабораторные анализы также показали рост прогестерона в обеих группах каждые 2 дня почти в одинаковой степени, но все же концентрация прогестерона в группе больных с антибактериальными препаратами были на 0,5-0,8нмоль/л выше, составляя от 2,42 до 5,17 нмоль/л, что свидетельствовала о восполнении дефицита эндогенного прогестерона.

Качество жизни беременной улучшалось уже с первых суток при комплексном ведении с назначением гормона с антибактериальными местными препаратами, у которых исчезали такие симптомы как зуд, жжение при мочеиспускании и дискомфорт в нижнем этаже половой сферы.

Такие симптомы как боли в низу живота, характеризующие угрозу выкидыша и мажущие выделения купировались уже на 28-34 часа раньше и беспокойство, и чувство тревоги исчезали именно во второй группе.

Например, нами назначенные местные суппозитории Дермазол (активно действующий субстрат кетакеназол 400мг) в терапевтических дозах по 1 суппозитории 1 раз в сутки 12 беременным в сроках 12-15 недель, эффективно способствовало купирование местного воспаления в виде кольпита, что сразу на 2-сутки беременные отмечали уменьшение выделений из влагалища, исчезал зуд и жжение, которые резко сказывались на общем самочувствии беременной женщины.

Бактериологические анализы, взятые через сутки после окончания лечения кетакеназолом показали хорошие результаты, где только у 3 из 30 беременных найдены *Candida* и смешанная флора.

Этим 3 беременным назначали Гайнекс (метронидазол 500мг+миконазол 100мг), учитывая смешанную микрофлору с гарднереллой на 5 дней.

В целом хотелось бы отметить, что при лечении привычного невынашивания в последнее время многие ученые мира отдают предпочтения дидрогестерону, который имеет давнюю хорошую репутацию и нами рекомендованные дозы обладали высокой биодоступностью, а самое главное с отсутствием побочных действий на органы при прохождении активного компонента через печень была побочных действий. Беременные с угрозой выкидыша принимали назначенные суточные дозы (30мг) и хорошо переносили и все признаки угрозы выкидыша исчезали за короткое время и учитывая доказанную прогестерон недостаточное состояние организма, анамнез всем пациенткам продолжали лечение до 16-20 недели беременности [1].

Заключение

Но нельзя упустить тот факт, что при наличии хронической инфекции местного характера, который препятствует нормальному течению беременности, специалистам рекомендуем местную антибактериальную терапию, т.е санацию влагалища, так как системная антибиотикотерапия проводится строго по жизненным показаниям, часто из-за тератогенного и эмбриотоксического действия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Зайдиева З.С., Карапетян Т.Э. Дюфастон в комплексе лечебно–профилактических мероприятий у женщин группы высокого инфекционного риска. // РМЖ. 2005;17:1150.
2. Муминова Н.Х. Комплексный подход к лечению угрозы прерывания беременности у пациенток с привычным невынашиванием // Проблемы биологии и медицины 2020;5(122):71-75.
3. Захидова К.Ш. Нишанова Г.Н., Муминова Н.Х. Современные методы терапии при смешанных бактериальных инфекциях пациенток с бесплодием различного генеза. // Проблемы биологии и медицины 2020;3(119):2020.
4. Аржанова О.Н. и др. Причины акушерских осложнений у пациенток после вспомогательных репродуктивных технологий. // Аржанова О.Н., Пайкачева Ю.М., Капустин Р.В. и др. // Журнал акушерства и женских болезней 2017;66(3):25-33.
5. Muminova N.Kh., Djuraeva D.L., Zaxidova.K.Sh. The role of mixed bacterial infections in purulent–septic diseases // European science review. 2017;5-6:29-30.(14.00.00;19).
6. Wathne B., Hoist E., Hovellius B. Erytromycin versus metronidazole in the treatment of bacterial vaginosis // Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;72(6):470-471.

Поступила 20.04.2023