



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

7 (69) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
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)

**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)

7 (69)

2024

июль

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 006.03-616.379-008.69

ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ҲОМИЛА ЎСИШДАН ОРТДА ҚОЛИШ СИНДРОМИНИ ЭРТА БАШОРАТ ҚИЛИШ МЕЗОНЛАРИ

Салимова Т.Б. <https://orcid.org/0000-0002-7949-9574>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Тадқиқот мақсади: ҳомила ўсишдан ортда қолиш синдромининг ривожланишини эрта башорат қилиш. **Тадқиқот материал ва усуллари:** Бухоро шаҳар туғруқ мажмуасининг 2018-2020 йиллардаги касаллик тарихини ретроспектив таҳлил қилиш, шунингдек, ҳомиладорликнинг 60 та 2 - триместридаги 3 гуруҳ ҳомиладор аёлларни истиқболли текшириш ўтказилди. **Асосий гуруҳ** 28-38 ҳафтада ҳомила ўсишдан ортда қолиш синдромининг ривожланиш хавфи бўлган 60 ҳомиладор аёлдан иборат эди, назорат гуруҳи текширув вақтида 30 шартли соғлом ҳомиладор аёллардан иборат эди. **Фетоплацентар тизимни баҳолаш учун барча ҳомиладор аёлларда клиник, лаборатория ва инструментал тадқиқотлар ўтказилди.**

Тадқиқот натижалари: бизнинг тадқиқотимизга кўра, асосий гуруҳ аёллари кўпроқ оғир анамнезга эга ва уларда ультратовушли доплерометрия натижалари фетоплацентар тизимда кўпроқ патологик шароитларни кўрсатди.

Хулоса: аёлнинг риск омиллари ҳамда ультратовушли доплерометрия ҳомила ўсишдан ортда қолиш синдромини башоратлашда қўллаш мумкин.

Калит сўзлар: ҳомила ўсишдан ортда қолиш синдроми, ультратовуш текшируви, Допплер велосиметрия, фетоплацентар етишмовчилик.

EARLY PREDICTION OF INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION SYNDROME IN PREGNANT WOMEN

Salimova T.B. <https://orcid.org/0000-0002-7949-9574>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

The aim of the study: prediction of developing fetal growth retardation syndrome.

Materials and methods of research: a retrospective analysis of the medical history of the Bukhara city maternity complex for the period 2018-2020 was carried out, as well as a prospective examination of 60 pregnant women in the 2nd and 3rd trimester of gestation. The main group consisted of 30 pregnant women at risk of developing FGRS at 28-38 weeks, the control group consisted of 30 conditionally healthy pregnant women at the time of the examination. Clinical, laboratory and instrumental studies were carried out in all pregnant women to evaluate the fetoplacental system.

The results of the study: according to our study the women of main group has more outweigh anamnesis and the results of ultrasound dopplerometry showed more pathological conditions in the fetoplacental system rather than in control group.

Conclusion: we can predict FGRS in pregnant women according to risk factors and ultrasound dopplerometry.

Key words: intrauterine growth restriction syndrome, ultrasound examination, Doppler velocimetry, fetoplacental insufficiency.

КРИТЕРИИ РАННЕГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ

Салимова Т.Б. <https://orcid.org/0000-0002-7949-9574>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Цель исследования: раннее прогнозирование развития синдрома задержки роста плода.
Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ истории болезни Бухарского родильного комплекса за 2018-2020 годы, а также проспективное обследование 60 беременных во 2 триместре беременности в 3 группах. Основную группу составили 60 беременных с риском развития синдрома задержки развития плода на сроке 28-38 недель, контрольную группу составили 30 условно здоровых беременных на момент обследования. Всем беременным проводились клинико-лабораторные и инструментальные исследования для оценки состояния фетоплацентарной системы.

Результаты исследования: по данным нашего исследования, женщины основной группы имеют более тяжелый анамнез, а результаты ультразвуковой доплерометрии у них выявили больше патологий в фетоплацентарной системе.

Заключение: факторы риска у женщин и ультразвуковая доплерометрия могут быть использованы для прогнозирования синдрома задержки роста плода.

Ключевые слова: синдром задержки роста плода, ультразвуковое исследование, доплеровская велосиметрия, фетоплацентарная недостаточность.

Долзарблиги

Ҳомила ўсишдан ортда қолиш синдромига (ҲЎОҚС) ҳомиланинг тана вазнининг ушбу ҳомиладорлик даври учун ўртача тана вазнига мос келмаслигини англатади.

ҲЎОҚС билан касалланган янги туғилган чақалоқларнинг асосий сони Осиёда учрайди; ундан кейин Африка ва Лотин Америкаси [12]. М.Ю. Исмадова (2017) маълумотларига кўра, 2014 йилда Бухоронинг перинатал марказида ретроспектив ва истикболли таҳлил натижасида 3476 шошилиш туғилиш орасида 73 аёлда ҲЎОҚС (5.1%) бўлганлиги аниқланди [10]. Тиббиётнинг сўнгги ютуқлари перинатал даврнинг ушбу асоратининг этиологияси ва патогенезини аниқлади (лекин тўлиқ ўрганилмаган).

Ҳомилалик ўсишдан ортда қолиш синдромига олиб келадиган сабаблар бир неча гуруҳларга бўлинади: она, ҳомила, плацента ва бошқалар. 35-40% ҳолларда оналик патологиялари билан юзага келади, масалан: ҳомиладорлик гипертензияси, преэклампсия, юрак касалликлари, диабет, шунингдек, ижтимоий-иқтисодий даражаси паст бўлган аёллар юқори хавфга эга [4,6,8].

Ҳомиланинг ривожланишининг бузилишига олиб келадиган энг кенг тарқалган сабаб бу плацента етишмовчилиги. Ўсиб бораётган организмни озуқа моддалари ва кислород билан оптимал таъминлаш учун зарур бўлган бачадон қон оқими спирал артериялар бўйлаб етиб боради. Ушбу артериялардаги гистологик ва морфологик ўзгаришлар трофобласт инвазияси босқичи билан чамбарчас боғлиқ [1,2]. Утероплацентал етишмовчилик плацента аномалиялари, аниқроғи трофобласт инвазияси босқичида юзага келадиган бузилишлар туфайли юзага келади, деб ишонилади. Етарли бўлмаган инвазия маълум миқдордаги қон томир ҳодисаларига олиб келади, шу жумладан плацента қон томирларининг вазодилатациясининг пасайиши, плацента ишемиясини келтириб чиқаради [14,18]. Ҳомиланинг ўсиши кечикиши мультифакториал касалликдир [10,11]. Ультратовуш диагностикасидан ташқари, доплерометрия ҳам муҳим диагностика усули ҳисобланади. Бугунги кунга келиб, хавфсиз, юқори диагностик, тез ўтказиладиган ва иқтисодий жиҳатдан арзон Доплер текшируви утероплацентал қон айланиши ва ҳомила гемодинамикаси ҳолатини баҳолашнинг асосий усули ҳисобланади [11,9].

Допплерометрия она-плацента-ҳомила тизимидаги асосий ўзгаришларни кўрсатади. Гемодинамиканинг бузилиши ҳомила касалликларининг асосий сабабидир [12,8,14]. Сўнгги ўн йилликларда ҳомиладор аёлларда фетоплацентал тизимдаги бузилишларни башорат қилувчи генлар ўрганилди. Буларга плацентада ва имплантация пайтида иммун жавобларни тартибга

солувчи генлар (IL10, IL6, IL6R), плацентада қон томир тармоғининг ўзгариши, (VEGFA), плацентада метаболлик функцияни тартибга солувчи генлар (PPARG, IGF II, PLA 1, PLA2), шунингдек плацентада бузилишга олиб келадиган генлар киради. имплантация ва плацентация пайтида қон ивиш тизими (F2, F5, FGB, ITGA2, ITGB3, SERPINE1) [4,5,6].

Тадқиқот мақсади: ҳомила ўсишдан ортда қолиш синдромининг ривожланишини эрта башорат қилиш.

Материал ва усуллар

Бухоро шаҳар туғруқ мажмуасининг 2018-2020 йиллардаги касаллик тарихини ретроспектив таҳлил қилиш, шунингдек, ҳомиладорликнинг 60 та 2 - триместридаги 3 гуруҳ ҳомиладор аёлларни истиқболли текшириш ўтказилди. Асосий гуруҳ 28-38 ҳафтада ҳомила ўсишдан ортда қолиш синдромининг ривожланиш хавфи бўлган 60 ҳомиладор аёлдан иборат эди, назорат гуруҳи текширув вақтида 30 шартли соғлом ҳомиладор аёллардан иборат эди. Фетоплацентар тизимни баҳолаш учун барча ҳомиладор аёлларда клиник, лаборатория ва инструментал тадқиқотлар ўтказилди.

Натижа ва таҳлиллар

28-38 ҳафталик гестация муддатида бўлган жами 90 нафар ҳомиладор аёл текширилди.

Текширилган барча аёллар қуйидаги гуруҳларга бўлинди:

I-гуруҳ – асосий гуруҳ, ҳомиладорлик даври текширув вақтида ХҶОҚС ривожланишига кузатилган 60 нафар аёл киритилди

II-гуруҳ – назорат гуруҳи, унга текширув вақтида ҳомиладорлик даври нисбатан соғлом 30 нафар ҳомиладорлар киритилди.

Асосий гуруҳда ҳомиладор аёлларнинг ўртача ёши $26,78 \pm 4,81$ ёшни (16 дан 25 ёшгача ўзгарди), назорат гуруҳида $26,20 \pm 5,01$ ёшни (19 ёшдан 41 ёшгача ўзгарди) ташкил этди ($p < 0,05$).

Барча гуруҳларда биринчи марта ҳомиладор ва биринчи марта туғайтган беморлар кўпчиликини ташкил қилди: асосий гуруҳда мос равишда 16(26,7%) ва 11(18,3%), назорат гуруҳида 10(33,3%) ва 10(33,3%).

Шунингдек, биз текширилган аёлларнинг гинекологик тарихини ўргандик. Ретроспектив маълумотларга кўра, кўплаб ҳомиладор аёллар илгари турли гинекологик касалликлар учун кузатилган ва даволанган. Тақдим этилган диаграммалардан кўриниб турибдики, бачадон кўшимчаларининг яллиғланиш касалликлари ва бачадон бўйни эктопияси кўпинча аниқланган. Жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликларининг юқори даражаси барча гуруҳларда кузатилган ва варикоз томирлари бўлган аёлларда тос бўшлиғининг веноз томирлари изоляция қилинган беморларга қараганда тез-тез учрайди. Шундай қилиб, аёлларнинг 37,8 фоизида бачадон ва анамнездаги кўшимчаларнинг сурункали яллиғланиш жараёнлари аниқланди, шундай қилиб, текширилган беморларнинг анамнезини ретроспектив ўрганиш шуни кўрсатдики, ҳомиладор аёлларда ХҶОҚС ривожланиши учун энг муҳим хавф омиллари акушерлик ва гинекологик анамнези оғирлашган; ҳомиладорлик ва туғиш паритети, шунингдек, соматик патологиянинг кўпайиши қайд этилди.

Ретроспектив таҳлилга кўра, ХҶОҚС ривожланиши учун хавф омили бўлиб хизмат қиладиган оғирлашган соматик, акушерлик ва гинекологик тарихга эга аёлларнинг асосий гуруҳини ташкил этди ва баҳолаш учун кейинги тадқиқотлар (клиник, лаборатория ва инструментал) ўтказдик.

1-жадвал. Текширилган аёлларда фетометрик индикаторларнинг қиёси

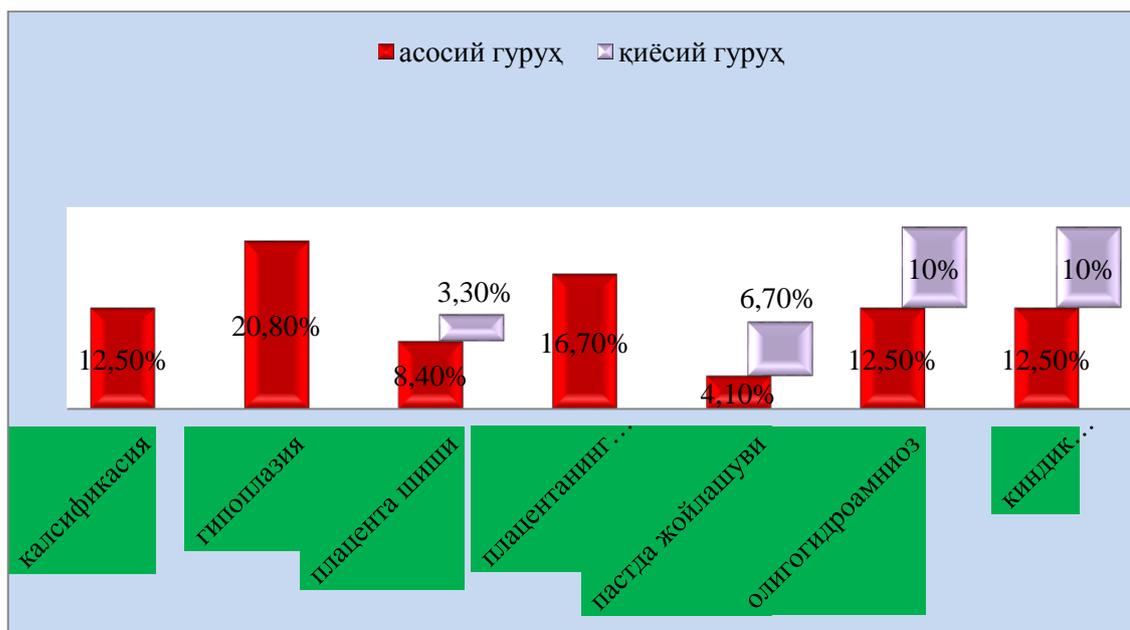
Ҳомиладорлик ҳафтаси	Индикаторлар	Асосий гуруҳ, n=30	Қиёсий гуруҳ, n=30
36	БПР	82,14±1,20	87,61±0,66
	БА	309,9±2,65	320,48±2,02
	ҚА	289,13±5,73*	319,70±3,04
	ССУ	66,18±1,07*	69,87±0,58
40	БПР	87,03±0,86	90,55±0,88
	БА	329,0±2,03	338,0±1,73
	ҚА	315,33±1,45**	343,27±2,90
	ССУ	71,0±1,15*	73,82±0,55

Асосий ва назорат гуруҳларининг 60 ҳомиладор аёлларида динамикада ультратовуш текширувлари ўтказилди. Ҳомиладорликнинг учинчи триместрида асосий ва назорат гуруҳлари беморларининг ҳомидаларида ҚА ва ССУ қийматлари ўртасида сезиларли фарқлар аниқланди. Шундай қилиб, асосий гуруҳдаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомидаларида ҚА қийматлари назорат гуруҳидаги беморларнинг ҳомиласига қараганда 36 ҳафтада - 7% ва 40 ҳафтада - 8% га паст эди. Асосий гуруҳдаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласидаги ССУ қийматлари 36 - ҳафтада назорат гуруҳи беморларининг ҳомиласига қараганда камроқ эди - 3% га ва 40 ҳафтада - 4% га (1-жадвал).

Асосий гуруҳ аёлларини ультратовушли плацентография ўтказилганда кўп ҳолларда бир нечта эхографик симптомларнинг комбинацияси аниқланди. Асосий гуруҳдаги ҳомиладор аёллар учун (73,5%) эрта пишиб етиш ва "қариш" (16,7), кальцификация (12,5%) ва плацента гипоплазияси (20,8%) комбинациялари энг характерли эди. Бу вақтда назорат гуруҳидаги аёлларда амниотик суюқлик камлиги (10%) ва киндик тизимчасининг ўралиши (10%) каби белгиларни кўрсатдилар. Шунга қарамай, ХЎОҚС учун энг муҳим эхографик белгилар плацентанинг қалинлиги эканлиги аниқ.

Шундай қилиб, асосий гуруҳ аёлларида плацента юқалиги назорат гуруҳига қараганда 1,4 баравар кўп бўлган. Плацентанинг қалинлашган ҳажмига келсак, улар назорат гуруҳларига қараганда 2,3-2,5 баравар кенг тарқалган эди, бу плацента компенсацион механизмларининг шаклланишининг ўзига хос хусусиятлари билан боғлиқ бўлиши мумкин.

1-Расм. Ҳомиладор аёлларнинг ультратовушли плацентометрия натижалари



Асосий гуруҳнинг 30 беморидан тадқиқот вақтида плацента қон айланишининг гемодинамик бузилишлари асосий гуруҳнинг 5 (16,7%) ҳомиладор аёлларида йўқ эди, аммо бу беморларнинг ҳомидаларида ультратовуш фетометриясига кўра гипотрофия бўлган. I даражали гемодинамик бузилишлар 10 (33,3%) беморда топилган, улардан 2 (20%) беморда ҳомила гипотрофияси қайд этилган; II даража – 12 (40%) да, шундан 4 (33,3%) беморда ҳомила гипотрофияси қайд этилган; III даража - 3 (3) да 10%), шундан 2 ҳомила гипотрофияга эга (66,7%).

Фетоплацентал комплекс томирларнинг доплерометрияси пайтида асосий гуруҳдаги беморларда она-плацента-ҳомила функционал тизимининг артерияларида турли даражадаги гемодинамик бузилишлар борлиги аниқланди, биз уларнинг пайдо бўлишини таҳлил қилдик. Барча ўрганилган даврларда асосий гуруҳ беморларининг бачадон артерияларида СДР, ИР ва ПИ қийматлари назорат гуруҳининг ҳомиладор аёлларига қараганда анча юқори бўлган (2-жадвал).

Асосий гуруҳ беморларида бачадон артериялари ва киндик артерияларида қон томир қаршилиги кўрсаткичлари назорат гуруҳидаги ҳомиладор аёлларга қараганда юқори бўлган. Асосий гуруҳдаги ҳомиладор ҳомиланинг ўрта мия артериясида қон оқимининг доплерометрик параметрлари назорат гуруҳидаги ҳомиладор аёллардаги ўхшаш параметрлардан паст эди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳда венос каналда қон оқимининг тезлиги пасаяди ва пастки вена қаватида атериал қисқариш пайтида тесқари қон оқимининг тезлиги ошади. Шу билан бирга, киндик венасида қон оқими спектрининг табиати "пульсацияланувчи" бўлади. Бу ҳомилада қон айланишининг марказлашишини кўрсатади.

ҲҶОҚС билан боғлиқ хавф омиллари ҳар доим ҳам ҳомила танасининг тартибга солиш тизимларининг ҳолатини аниқ бузилишига олиб келмайди ва шунинг учун ҳомиладорлик натижаларига сезиларли таъсир кўрсатмаслиги мумкин.

Бу плацентар компенсатор механизмларнинг шаклланишида ўзига хосликлар билан боғлиқ бўлиши мумкин.

2-жадвал. Иккала гуруҳ аёлларининг доплерометрия натижалари

Ҳомиладорлик ҳафталари	Кўрсаткичлари	Текширилган аёллар	
		Қиёсий гуруҳ, n=30	Асосий гуруҳ, n=30
36	СДР	1,86±0,03	2,49±0,21**
	ИР	0,46±0,01	0,57±0,02**
	ПИ	0,66±0,02	1,03±0,20**
40	СДР	1,93±0,07	2,07±0,14
	ИР	0,47±0,02	0,51±0,03
	ПИ	0,67±0,05	0,73±0,09

Эслатма: * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$ қиёсий гуруҳга нисбатан

Шундай қилиб, асосий гуруҳда 2/3 дан ортик беморларда плацентар етишмовчилиги ҳомидаларда симметрияли ёки асимметрияли шаклдаги гипотрофия ривожланиши билан кузатилди. Ўтказилган таҳлил шуни кўрсатадики, ехографик диагностика натижалари доим ҳам ҲҶОҚС мавжуд ҳомиладор аёлларда плацентар етишмовчиликнинг оғирлик даражаси тўғрисида юқори ишончлилик даражаси билан antenatal хулоса қилиш имконини беравермайди.

Хулоса

Ретроспектив таҳлилга кўра, ҳомиладор аёлларда ҳомила ўсишини чеклаш синдроми ривожланишининг энг муҳим хавф омилларига 95% ҳолларда анемия, 43% ҳолларда АРВИ, 30% ҳолларда варикоз томирлари, 33% ҳолларда сурункали гипертензия, 4% ҳолларда сийдик йўллари инфекциялари киради, ҳолатлар ($p > 0.05$). Шу билан бирга, оғир акушерлик ва гинекологик тарихда етакчи ўринларни қуйидаги асоратлар эгаллаганлиги қайд этилди: 23,3% ҳолларда тушиш хавфи ($p < 0,05$), 16,7% ҳолларда амниотик суюқлик оқиши ($p < 0,05$) ва олдинги ҳомиладорликларда ҳомиланинг antenatal ўлими ҳомиладор аёлларнинг 10 фоизиди ($p < 0,05$) 34 (37,8%) аёлларда бачадоннинг сурункали яллиғланиш жараёнлари ва анамнездаги қўшимчалар аниқланган.

Ҳомиланинг ўсишини чеклаш синдроми ривожланиш хавфи юқори бўлган ҳомиладор аёлларда ультратовуш ва доплер текшируви пайтида фетоплацентал етишмовчиликнинг қуйидаги белгилари аниқланди: асосий гуруҳдаги ҳомиладор аёллар учун (73,5%), эрта пишиб етиш ва "қариш" комбинациялари (16,7), кальцификация (12,5%) ва плацента гипоплазияси (20,8%) энг характерли эди. Бу вақтда назорат гуруҳидаги аёллар сув етишмаслиги (10%) ва киндик ичакчасидаги чалкашлик (10%) каби белгиларни кўрсатдилар.

Асосий гуруҳнинг 30 беморидан тадқиқот вақтида плацента қон айланишининг гемодинамик бузилишлари асосий гуруҳнинг 5(16,7%) ҳомиладор аёлларида йўқ эди, аммо бу беморларнинг ҳомидаларида ультратовуш фетометриясига кўра гипотрофия бўлган. I даражали гемодинамик бузилишлар 10(33,3%) беморда топилган, улардан 2(20%) беморда ҳомила гипотрофияси қайд этилган; II даража – 12(40%) да, шундан 4(33,3%) беморда ҳомила гипотрофияси қайд этилган; III даража - 3(3)да 10%), шундан 2 ҳомила гипотрофияга эга (66,7%).

Шундай қилиб, асосий гуруҳдаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомидаларида қорин айланаси қийматлари назорат гуруҳидаги беморларнинг ҳомиласига қараганда 36 ҳафтада - 7% ва 40 ҳафтада - 8% га паст эди. Асосий гуруҳдаги ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласидаги сон суяги узунлиги қийматлари 36 - ҳафтада назорат гуруҳи беморларининг ҳомиласига қараганда камроқ эди - 3% га ва 40 ҳафтада - 4% га.

Кейинчалик, биз ҳомиладор аёлларда ҳомиланинг тахминий оғирлигини солиштирдик, бу таҳлил шуни кўрсатдики, ультратовуш фетометрияси пайтида асосий гуруҳдаги 6 ҳомиладор аёлнинг 20 (30%) да ҳомила гипотрофияси аниқланган: улардан 5 (16,7%) носимметрик шаклга эга эди, 1 (3,3%) ассиметрик шаклга эга эди. Шундай қилиб, бир хил частотали асосий гуруҳ беморларининг

хомилаларида плацента кон айланишининг турли даражадаги гемодинамик бузилишлари кузатилди. Бачадон артериялари ва киндик артерияларидаги асосий гуруҳ беморларида кон томирларининг қаршилик кўрсаткичлари назорат гуруҳидаги хомилалар аёлларга қараганда юқори бўлган. Асосий гуруҳидаги хомилалар хомиланинг ўрта мия артериясида кон оқимининг доплерометрик параметрлари назорат гуруҳидаги хомилалар аёлларда шунга ўхшаш параметрлардан кам эди.

Ҳомилаларида плацента кон айланиши билан касалланган хомилалар аёлларда хомилаларлик ва туғилишнинг натижаси касалликнинг бошланиш вақти, плацентадаги структуравий бузилишларнинг оғирлиги, она-плацента-хомила тизимининг адаптив ва компенсацион механизмларининг ҳолати билан белгиланади. Шу муносабат билан ультратовушли фетометрия ва плацентометрия, амниотик суюқликнинг ультратовуш текшируви, Утероплацентал ва фетоплацентал кон айланишининг доплер текшируви ёрдамида она-плацента-хомила тизимининг функционал ҳолатини ҳар томонлама ўрганиш етказиб бериш усулини танлашни оптималлаштириш учун алоҳида аҳамиятга эга.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Абдусаматова М.Ф. Влияние некоторых факторов риска при беременности на развитие синдрома ограничения роста плода: материалы конференции “Акушерские кровотечения: новые технологии профилактики и лечения” г. Ургенч. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2016;73-74(1-2):172
2. Акрамова Х.А., Д.И. Ахмедова Роль плацентарного фактора роста в формировании задержки внутриутробного развития плода // Педиатрия. Ташкент, 2014;3-4:29.
3. Аслонова М.Ж., Ихтиярова Г.А., Мавлянова Н.Н. Ассоциация полиморфизмов гена ITGB3 риском развития синдрома ограничения роста плода // Вестник врача. Тошкент, 2021; 4:78-83. ISSN 2181-7812.
4. Аслонова М.Ж., Ихтиярова Г.А., Мавлянова Н.Н. Оценка выявляемости полиморфизма гена интегрин альфа-2(гликопротеин IA/IIA тромбоцитов PLAII) (ITGA2) у беременных с синдромом ограничения роста плода // Новый день в медицине. – Бухоро, 2021;3(35/1):64-69. ISSN 2181-712X
5. Бикметова Е.С., Артымук Н.В., Тришкин А.Г. Факторы риска задержки развития плода. Обзор литературы. // Вестник Кузбасского научного центра 2012; 15:24-25.
6. Исмаилова М.И. Социально-биологические факторы риска рождения детей с синдромом ограничения роста плода (по материалам Бухарского областного перинатального центра): научное издание // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья - Ташкент, 2017;79-80(3-4(2)):60-62.
7. Киосов А.Ф. Проблемы определения понятия задержки внутриутробного роста и диагностики этой патологии. // Доктор.Ру. 2020;19(3):6–11. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-3-6-11
8. Милеева П.Л. Молекулярно-генетические аспекты функционирования клеток моноцитарно-макрофагального ряда при беременности, осложненной задержкой роста плода // дис.. мед. наук : 14.01.01 / МИЛЕЕВА Полина Леонидовна. -М., 2020. -127 с.
9. Салимова Т.Б., Дустова Н.К., Роль доплеровской velocиметрии в диагностике синдрома задержки роста плода // Новый день в медицине 8(46)2022 359-364 <https://i.cclck.bar/c843b>
10. Benavides-Serralde A., Scheier M., Cruz-Martinez R., et al. Changes in central and peripheral circulation in intrauterine growth restricted fetuses at different stages of umbilical artery flow deterioration: new fetal cardiac and brain parameters // Gynecologic and Obstetric Investigation. 2011;71:274-280.
11. Bose C., Van Marter L.J., Laughon M., O’Shea T.M., Allred E.N., Karna P., Ehrenkranz R.A., Boggess K., Leviton A. Fetal Growth Restriction and Chronic Lung Disease Among Infants Born Before the 28th Week of Gestation. Pediatrics 2009; 124(3): 450–458. DOI: 10.1542/peds.2008-3249
12. Erickson A.C. Heavy smoking during pregnancy as a marker for other risk factors of adverse birth outcomes: a population-based study in British Columbia, Canada / A. C. Erickson, L. T. Arbour // BMC Public Health. 2012;12(102):122-124.
13. Figueras F. Intrauterine growth restriction: new concepts in antenatal surveillance, diagnosis, and management / F. Figueras, J. Gardosi // Am. J. Obstet. Gynec. 2011;204(4):288-300.
14. Proctor L.K., Rushworth V., Shah P.S., et al. Incorporation of femur length leads to underestimation of fetal weight in asymmetric preterm growth restriction // Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2010;35:442-448
15. Salimova T.B., Features of the course of pregnancy in pregnant women with fetal growth restriction syndrome and the role of Doppler velocimetry. // Central Asian journal of medical and natural science. 2022;3(6):557-563.

Қабул қилинган сана 20.06.2024