



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

11 (73) 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. АБДУМАДЖИДОВ
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. ИЛЪЯСОВ
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. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

11 (73)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

UQK 618.3-06:(618.11-006.2+616.45):577.175.62-07-08

ҲОМИЛА КЎТАРА ОЛМАСЛИКНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

¹Матризаева Гулнора Жуманязовна <https://orcid.org/0009-0002-2398-3711>

²Ихтиёрова Гулчехра Акмаловна <https://orcid.org/0009-0001-2796-8041>

¹Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали Ўзбекистон, Хоразм вилояти, Урганч шаҳри, Ал-Хоразмий кўчаси 28-уй Тел: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

²Абу 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

Ҳомиладорликни кўтара олмаслик барча ҳомиладорликларнинг 15-20% ташиқил қилиб, жиддий муаммо ҳисобланади. Аввалги ҳомиладорликни йўқотган аёлларда яна ҳомилани йўқотиш хавфи анча юқори бўлиб, бундай аёлларда ҳомиладорлик натижаларини прогноз қилиш орқали асоратларни камайтириш муҳимдир. Ушбу мақолада муаллифларнинг илмий тадқиқотларига асосланган замонавий прогнозлаш ва даволаш усуллари келтирилган.

Калит сўзлар: анти-ХГЧ, гормонал рецепторлар, иммуногистохимё, эндометрий, ҳомиладорликни котара олмаслик.

MODERN TRENDS IN THE TREATMENT OF WOMEN WITH MISTARRIAGE

¹Matrizaeva Gulnara Dzhumaniyazovna <https://orcid.org/0009-0002-2398-3711>

²Ikhtiyarova Gulchekhra Akmalovna <https://orcid.org/0009-0001-2796-8041>

¹Urgench branch of the Tashkent Medical Academy Uzbekistan, Khorezm region, Urgench city, Al-Khorezmi street No. 28 Tel: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

²Bukhara 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

Miscarriage is a serious problem, affecting up to 15-20% of all pregnancies. Women with a previous miscarriage have a significantly higher risk of recurrent miscarriage, making predicting pregnancy outcomes an extremely important aspect to minimize complications. This article presents modern forecasting methods based on our own research data.

Key words: HCG antibodies, hormonal receptors, immunohistochemistry, endometrium, miscarriage.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

¹Матризаева Гулнора Джуманязовна <https://orcid.org/0009-0002-2398-3711>

²Ихтиярова Гулчехра Акмаловна <https://orcid.org/0009-0001-2796-8041>

¹Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии Узбекистан, Хорезмская область, город Ургенч, улица Ал-Хорезми №28 Тел: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

²Бухарский 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

Невынашивание беременности является серьезной проблемой, затрагивающей до 15-20% всех беременностей. У женщин с предыдущим невынашиванием риск повторных потерь значительно выше, что делает прогнозирование исходов беременности крайне важным аспектом для минимизации осложнений. В данной статье представлены современные методы прогнозирования и лечения, основанные на данных собственных исследований.

Ключевые слова: антитела на чХГ, гормональные рецепторы, иммуногистохимия, эндометрий, невынашивания беременности.

Долзарблиги

Тадқиқотлар маълумотларига кўра, ҳомиладорликларнинг тахминан 10–15% ўз-ўзидан тушиш билан якунланади, шунингдек, 1–2% аёллар қайта-қайта ҳомиладорлик йўқотиш билан дуч келишади. Ҳомиладорликни йўқотиш сабаблари орасида генетик ва гормонал бузилишлар, иммунологик омиллар ва инфекция қасалликлар [1, 3], шунингдек, стресс ва турмуш тарзи каби ташқи омиллар мавжуд (Радзинский, 2017).

Иммуногистокимё, рецептивлик маркерлари ва молекуляр тестлар каби замонавий молекуляр-иммунологик усуллар имплантация бузилишларини аниқлашда ва даволашни оптималлаштиришда муҳим роль ўйнайди. Ушбу соҳадаги тадқиқотларнинг давом этиши аниқроқ ташхис алгоритмларини ишлаб чиқишга ва эндометрий рецептивлиги бузилган аёлларда натижаларни яхшилашга ёрдам беради [4].

Эндометрий рецептивлигини яхшилаш учун қин орқали озон қўллаш репродуктив тиббиётда эмбрион имплантациясининг муваффақиятини ошириш учун қўлланиладиган усуллардан биридир. Озон терапияси аниқ яллиғланишга қарши, антибактериал ва антиоксидант таъсир кўрсатиб, эндометрий ҳолатини яхшилайдиган ва уни имплантацияга тайёрлайди.

Озон эндометрийдаги оксидатив стрессни тартибга солиш қобилияти билан ўз таъсирини амалга оширади. Нормал физиологик ҳолатларда эндометрий фаол кислород шакллари таъсирини учраши мумкин. Яллиғланиш ёки метаболик бузилишлар шароитида АФК даражаси ошиб, эндометрий ҳужайралари мембраналари ва ДНКсини зарарлантириши мумкин. Озон супероксиддисмутаза, глутатионпероксидаза ва каталаза каби антиоксидант ферментларни фаоллаштириб, АФК даражасини пасайтиради ва ҳужайраларни тикланишига ёрдам беради. Шу тариқа, озон тўқималарнинг яхлитлигини сақлаб қолади ва имплантация учун мос шарт-шароит яратади. Бундан ташқари, эндометрийдаги яллиғланиш жараёнлари, айниқса, сурункали эндометрит, рецептивликни сезиларли даражада пасайтиради. Яллиғланиш олди цитокинларини (IL-6, TNF-α) ишлаб чиқаришни оширади, бу эса эндометрий тузилишига, васкуляризацияга ва ҳужайра функцияларига таъсир қилади. Озон яллиғланиш жараёнларини камайтиради ва эндометрий ҳолатини яхшилайдиган, бу эса эмбрионнинг муваффақиятли имплантацияси учун муҳимдир.

Озоннинг яллиғланишга қарши таъсири жуда аниқ ифодаланган. У яллиғланиш олди цитокинлар ишлаб чиқарилишини ингибирлаб, интерлейкин-10 (IL-10) каби яллиғланишга қарши медиаторларни фаоллаштиради. Бу эндометрийдаги яллиғланишни камайтиришга ва микроциркуляцияни яхшилашга ёрдам беради, натижада имплантация учун мос шароитлар тикланади [2].

Озоннинг муҳим таъсирларидан бири тўқималарда қон айланиши ва оксигенацияни яхшилашдир. Озон азот оксиди (NO) ишлаб чиқарилишини рағбатлантириб, қон томирларни кенгайтиради ва эндометрий тўқималарининг қон билан таъминланишини яхшилайдиган. Қон айланишининг бундай яхшиланиши эндометрийнинг кислород ва озунка моддалари билан етарли даражада таъминланишини қўллаб-қувватлайди, бу эса имплантация учун муҳим шарт-шароит ҳисобланади.

Шу билан бирга, озон коллаген ва ҳужайралараро матрикснинг бошқа оқсиллари синтезини рағбатлантириб, эндометрий тузилиши ва эластиклигини яхшилайдиган. Бу имплантация учун оптимал шароитларни яратишга имкон беради [5, 6].

Тадқиқот мақсади: Орол бўйи ҳудудида яшовчи аёлларда ҳомиладорликни кўтара олмасликнинг ривожланиш сабабларини аниқлаш орқали ташхислаш ва прегравидар тайёргарлик усулларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот материал ва усуллари

Тадқиқот 2021–2023 йилларда Тошкент тиббиёт академиясининг Урганч филиали “Акушерлик ва гинекология” кафедрасида олиб борилди. Клиник материаллар Хоразм вилояти Перинатал маркази ва “Дилором Медикал” хусусий клиникаси базасида йиғилди. Клиник ва лаборатория таҳлиллари “Дилором Медикал” (2021 йил, №3 шартнома) ва “Алфа Медсервис” (2022 йил, №2 шартнома) клиникаларида ўтказилди.

Тадқиқотда 258 нафар фертил ёшдаги аёл иштирок этди. Уларнинг барчаси Хоразм вилояти ва Қорақалпоғистон Республикаси шаҳар ва қишлоқ туманларида доимий яшовчи аёллар эди.

Тадқиқот иштирокчилари икки гуруҳга ажратилди:

1. Асосий гуруҳ — ҳомила кўтара олмаслиги бўлган 198 аёл. Улар қўлланган даволаш усулига қараб икки кичик гуруҳга бўлинди.

2. Назорат гуруҳи — ўз хоҳишига кўра тиббий аборт ўтказиш учун мурожаат қилган 60 нафар соғлом аёл.

Қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари Mindray-BA-88A аппаратида текширилди. Таҳлилларни бажариш учун Human (Германия) компаниясининг реактивларидан фойдаланилди. Гипоталамо-гипофиз-тухумдон тизимининг гормонлар концентрацияси ҳайз циклининг 2-3 кунлари, соат 08:00 дан 09:00 гача оч қоринга аниқланди. Тадқиқотлар гормонал таҳлиллар учун Mindray MR-96A аппаратида иммунфермент таҳлил усулида ўтказилди.

Қуйидаги лаборатор таҳлиллар ўтказилди. Биокимёвий таҳлиллар: умумий оксил, глюкоза, АЛТ, АСТ, лактатдегидрогеназа.

• Иммунологик таҳлиллар: прокальцитонин, VGF, ферритин, волчанка антикоагулянти, АТ-ТПО, хорион гонадотропинига қарши антителалар.

• Гормонал профиллар: тиреотроп гормони, Т3, Т4, пролактин, тестостерон, эстрадиол, фолликулостимулювчи гормон (ФСГ), лютеинловчи гормон (ЛГ) ва бошқа репродуктив гормонлар даражалари.

Патоморфологик ўзгаришларни ўрганиш методлари

Тадқиқот учун 40 нафар одатий ҳомила сақлаб қоламаган аёллардан (2 ёки ундан ортиқ ўз-ўзидан аборт ёки ҳомила ривожланишининг тўхташи) ҳамда ўз хоҳиши билан тиббий аборт қилган 20 нафар нормал ривожланаётган ҳомиладорлик ҳолатидаги аёллардан бачадон қириндилари намуналари олинди.

Гистологик хусусиятларни баҳолаш:

Намуналар Хоразм вилояти Перинатал маркази гинекология бўлими, Урганч шаҳар тиббий бирлашмаси акушерлик ва гинекология комплекслари ҳамда “Дилором Медикал” хусусий клиникасидаги беморлардан олинган. Кюретаж ёки бачадон аспирацияси усулида олинган тўқима бўлаклари шу кунинг ўзида тайёрланган.

Материалларни ишлов бериш биопсия ва операцион материаллар устида унификация қилинган гистологик тадқиқот методлари асосида Thermo Fisher Scientific гистопроцессори орқали 16 соат давомида, ишлаб чиқарувчи кўрсатмаларига мувофиқ амалга оширилди.

Биз қуйидаги иммуногистохимия маркерларини ўрганиб чиқдик:

• CD34 — хужайралар орасидаги ёпишқоқликни таъминлайдиган мембрана оксили, бу қон ҳосил бўлишининг дастлабки босқичларида муҳим роль ўйнайди.

• Ki-67 — хужайраларнинг пролиферацияси билан боғлиқ бўлган оксил (шунга кўра, MIB-1 деб ҳам аталади). Ki-67 оксили ўсувчи хужайра популяциясининг улушини аниқлаш учун ажойиб маркер ҳисобланади. Акушерликда Ki-67 оксилининг юқори фаоллиги, ҳомиладор аёлнинг эндометрийсида кучли пролифератив жараёни амалга ошириш ва фетоплацентар комплексни шакллантириш учун зарурдир.

• Эстрогенлар — хужайраларнинг ўсиши ва пролиферацияси учун масъулдир. Эстриол — бу нисбатан кам фаолликка эга бўлган гормондир, у эстрадиол ва эстрондан оксидланиш маҳсулидир. Эстриолга айланиш асосан жигар орқали содир бўлади.

• Прогестерон — асосий прогестин бўлиб, лекин кичик миқдордаги 17- α -гидроксипрогестерон, прогестерон билан бирга ажралиб чиқади ва ўхшаш таъсир кўрсатади. Прогестеронларнинг асосий функцияси — бачадонни ҳомилдорликка тайёрлаш ва кўкрак безини лактацияга тайёрлашдир.

• ХГЧ (хорионик гонадотропин) — бу ҳомилдорлик даврида инсон эмбрионининг қопламалари томонидан ишлаб чиқариладиган гормон. У прогестерон ишлаб чиқарилишини стимуляция қилади, бу эса ҳомилдорликни кўллаб-қувватлаш учун зарурдир. Ҳомилдорликни эрта аниқлаш, шу жумладан уйдаги тезкор тестлар, ХГЧ даражасини аниқлашга асосланади.

Ушбу тадқиқотда иммуногистохимик таҳлил орқали ҳомилдорликнинг эрта босқичларида ҳомилани сақлаб қолиш сабабларини хужайра даражасида аниқладик. Биз эстроген, прогестерон ва ХГЧ рецепторларининг миқдорини, хужайраларнинг пролиферация

даражасини, яллиғланиш белгиларини ва қон томирларидаги молекуляр ёпишқокликни ўргандик.

Тадқиқотга кириш мезонлари — Тадқиқот иштирокчилари 18 ёшдан 45 ёшгача бўлган, ҳомилдорликни йўқотишнинг 2 ва ундан ортиқ ҳолатини бошдан кечирган ва ҳозирги вақтда ҳомиладор бўлган аёллар бўлиши керак.

Тадқиқотдан чиқариш мезонлари — ёш белгиланган чегарадан ташқари бўлиши, эркак фактораси, аллоиммун аборти, бачадон патологиялари, юқори таналар массаси индекси ва бошқа ҳолатлар тадқиқотдан чиқарилган.

Натижа ва таҳлиллар

Асосий гуруҳдаги аёлларда назорат гуруҳига нисбатан ЖКТ касалликлари, масалан, сурункали гастрит (62,6% ва 6,66%; $\chi^2=3600$; $p<0,0001$), сурункали холецистит (51,5% ва 25%; $\chi^2=504,6$; $p<0,001$) анча кўпроқ учради. Ушбу ҳолатларни асосий гуруҳда узоқ вақт давомида ҳомилдорликни сақлаб қолиш учун ишлатиладиган дориларни қўллаш билан боғладик. ЖКТ касалликлари ошқозон-ичак тизимида таъсир қилади, бу эса ҳомилдорлик учун зарур бўлган микроэлементлар, масалан, темир, фолий кислотаси ва витаминларнинг яхшилаб ўзлаштирилишига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Бу жуда муҳим, чунки микроэлементлар етишмаслиги онанинг ва боланинг соғлиғига салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

Асосий гуруҳда анемия хавфи кузатилган аёллар сони жуда юқори бўлиб, 156 аёл (78,8%) ва 32 аёлда (53,3%) аниқланди ($\chi^2=480,5$; $p<0,001$). Қалқонсимон без касалликлари одатдаги ҳомиладорликни сақлаб қола олмайдиган аёллар гуруҳида 111 аёлда (56%) кузатилган, холбуки, назорат гуруҳида 2 аёлда (3,33%) ($\chi^2=5940$; $p<0,0001$) қайд этилган. Бу эса қақонсимон безининг ҳомиладорликнинг сақланишида муҳим хавф фактораси эканлигини кўрсатади. Варикоз кенгайиши асосий гуруҳда 47% аёлларда аниқланган бўлиб, бу назорат гуруҳидаги 30% билан солиштирганда ($\chi^2=312,5$; $p<0,001$) статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилади. Варикоз кенгайиши пастки аъзоларда қон туришини таъминлаб, тромбоз хавфини ошириши мумкин. Веноз чиқарилишнинг бузилиши плацентар қон айланишига ҳам таъсир кўрсатиши ва бу асоратларнинг хавфини ошириши мумкин.

Қонни умумий таҳлил қилишда, асосий гуруҳдаги аёлларда гемоглобин даражаси 90,4 г/л (СИ 95% - 88,68; 92,1) бўлиб, бу назорат гуруҳидаги 112,88 г/л (СИ 95% - 109,4; 114,9) га нисбатан сезиларли даражада пастроқ ($\chi^2=4,47$; $p<0,05$). Ҳамда, лейкоцитлар сони асосий гуруҳда 1,5 марта кўпроқ бўлган: $9,1181\pm 0,18110^9/\text{л}$ ва $5,923\pm 0,116710^9/\text{л}$ бўлди, лекин улар ҳали ҳам нормал кўрсаткичлардан ошмаган. Асосий гуруҳдаги таёкча ядроли нейтрофиллар даражаси $77,782\pm 0,547\%$ назорат гуруҳидаги $62,085\pm 0,468\%$ га нисбатан юқори бўлиб, бу яллиғланиш жараёнининг мавжудлигини кўрсатади ($\chi^2=3,96$; $p<0,05$). Шунингдек, асосий гуруҳда лимфоцитлар даражаси $20,151\pm 0,6077\%$ ни ташкил этиб, назорат гуруҳидаги $31,712\pm 0,51\%$ билан солиштирганда пастроқ бўлиб, иммун тизимининг заифлашганини кўрсатиши мумкин ($\chi^2=4,21$; $p<0,05$). СОЭ кўрсаткичининг ошиши асосий гуруҳда $16,112\pm 0,429$ мм/ч бўлиб, назорат гуруҳида $9,883\pm 0,6336$ мм/ч билан солиштирганда аҳамиятли фарқ қилган ($\chi^2=3,92$; $p<0,05$).

Иммунологик кўрсаткичлар, ҳомиладорликни сақлай олмаган аёлларда патогенезда муҳим роль ўйнайдиган антифосфолипид антигенлар, ХГЧ, қизил югурик антикоагулянти ва тиреопероксидазага қарши антителарнинг фарқлари кўрсатилган.

- Антифосфолипид синдроми IgM: Асосий гуруҳдаги кўрсаткичлар ($1,325\pm 0,05581$) назарий гуруҳга нисбатан сезиларли фарқ қилмайди ($\chi^2=3,028$; $p>0,05$). Аммо бу кўрсаткич клиник аҳамиятга эга.

- Антифосфолипид синдроми IgG: Асосий гуруҳда кўрсаткичлар ($4,19638\pm 0,0783$) назарий гуруҳга нисбатан ($1,6532\pm 0,0798$) анастандарт даражада юқори, ва статистик аҳамиятга эга ($p<0,05$). Бу аёллар организмда автоиммун жараёнларнинг мавжудлигини кўрсатади.

- ХГЧ антителар: Асосий гуруҳда ХГЧ IgM ва IgG антителар даражаси сезиларли даражада юқори. Бу гормонал қўллаб-қувватлашнинг бузилишини кўрсатади ($p<0,05$).

- Тиреопероксидаза антителар: Асосий гуруҳда бу кўрсаткич ($141,506\pm 11,671$) назарий гуруҳга нисбатан ($22,22\pm 2,3956$) анча юқори, бу щитовидка безининг функциясини бузилишига ишора қилади.

Асосий гуруҳда витамин D концентрацияси сезиларли даражада паст, бу эса ҳомиладорликни сақлай олмаган аёлларда унинг дефитига ишора қилади. Асосий гуруҳда ўртача даража (21,683 нг/мл) ўртача дефицитга тўғри келса, назорат гуруҳида (56,305 нг/мл) витамин D даражаси оптимал даражага яқин. Бу фарқ статистик жиҳатдан аҳамиятли ($\chi^2=5,74$, $p<0,001$), ва паст витамин D даражаси ҳомила тушиш хавфини ошириш билан боғлиқ бўлиши мумкин, чунки бу витамин иммун тизимини тартибга солиш ва плацентанинг соғлиғини сақлашда муҳим роль ўйнайди.

Фолий кислота даражаси ҳам ҳомиладорликни сақлай олмаган аёлларда сезиларли даражада паст ($6,0672\pm0,175$ нг/мл), назорат гуруҳига нисбатан ($13,5018\pm0,633$ нг/мл). Бу фарқ статистик жиҳатдан аҳамиятли ($\chi^2=4,09$, $p<0,05$).

Экспрессия CD34, ангиогенез маркери, асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан 2 барабар камроқ бўлган, яъни $8,525\pm0,1625$ ва $15,5\pm0,349$, $\chi^2=3,85$; $p<0,05$. CD34 — бу янги қон томирлари ривожланиши ва вазкуляризациясини кўрсатувчи кўрсаткич, бу эса ҳомиладорликни ривожлантириш ва сақлаш учун муҳим. Асосий гуруҳда бу маркер даражасининг пасайиши, тўқималарга қон айланишининг йўқлиғини ёки пасайишини кўрсатиши ва плацентация ёки васкуляризациянинг бузилишини келтириб чиқариши мумкин. Ki-67, хужайралар пролиферациясининг маркери, назорат гуруҳида юқори фаолиятни кўрсатмоқда ($6,2\pm0,3703$) асосий гуруҳга нисбатан ($10,275\pm0,1421$), бу нормал ҳомиладорликда децидуал қопламасида хужайраларнинг кўпайишини кўрсатади, лекин бу кўрсаткич статистик жиҳатдан аҳамиятсиз ($\chi^2=2,16$; $P>0,05$).

CD20 маркери, В-лимфоцитлар маркери, асосий гуруҳда 2 марта юқори экспрессияга эга ($20,675\pm0,169$ қарсы $9,9\pm0,5257$), бу иммун фаолиятининг кучайганлигини кўрсатади, бу эса ҳомиладорликни сақлай олмаган аёлларда децидуал қопламасида иммун тизимининг активациясини кўрсатади ($\chi^2=11,7$; $p<0,001$).

Танасий ҳарорат кундузда ҳомиладорликни сақлай олмаган аёлларда юқори ($37,168\pm0,035$; 95%CI-37-37,3), саломат аёлларга ($36,65\pm0,0376$; 95%CI-36,5-36,7) нисбатан, лекин фарқ статистик жиҳатдан аҳамиятсиз ($\chi^2=0,007$; $p>0,05$). Кечаси ҳам, ҳомиладорликни сақлай олмаган аёлларда танасий ҳарорат юқори ($37,32\pm0,0496$; 95%CI-37,1-37,5), назорат гуруҳидаги аёлларга ($36,46\pm0,044$; 95%CI-36,4-36,5) нисбатан, лекин фарқнинг ўзи статистик жиҳатдан аҳамиятсиз ($\chi^2=0,02$; $p>0,05$). Гуруҳлар ўртасида ўрганилган ушбу критерияни солиштирганда, унинг максимал медианаси эрта ҳомиладорликни сақлай олмаган аёлларда (38,7) қайд этилган. Шунини инобатга олиш керакки, ушбу жадвалда кўрсатилган маълумотлар асосида аёлларда ҳозирги кунда оғир яллиғланиш касалликлари аниқланмаган, улар тадқиқотдан четлатилган (Жадвал №3). Демак, танасий ҳароратнинг ошиши, иммун тизимининг фаолиятининг ошиши ёки ҳомиладорлик стрессларига реакция сифатида кўриб чиқилиши мумкин.

Тадқиқот натижаларига кўра, даволашдан кейин эстрадиол рецепторларининг экспрессияси ҳар икки гуруҳда ҳам статистик жиҳатдан аҳамиятли даражада ошган, лекин гуруҳлар орасида фарқ мавжуд. Прегравидар тайёргарлик кўрмаган аёлларда эндометрийда 40% ҳолатда паст ижобий реакция сақланиб қолган. 1а-группада эстраген рецепторлари билан юқори ижобий реакция 75% аёлларда аниқланган, бу статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлиб ($p<0,05$).

Даволашдан кейин прогестерон рецепторларининг экспрессияси комплекс даволаш гуруҳида стандарт терапия гуруҳига нисбатан статистик жиҳатдан юқори бўлган ($p<0,05$). Воспалция омилларининг мақсадли коррекцияси 1а-группада СД-20 экспрессиясини сезиларли даражада камайтирган, бу гуруҳда 60% ҳолда негатив реакция ва 40% ҳолда паст ижобий реакция қайд этилган, $p<0,05$.

Хулоса

Шунингдек, эндометрий структураларида эстраген ва прогестерон экспрессиясини тадқиқ қилиш, одатда ҳомиладорликни сақлай олмаган аёлларда статистик жиҳатдан аҳамиятли даражада пасайишни кўрсатди, бу ҳомиладорликни муаммоларсиз ўтказишга олиб келган билан солиштирганда. Анти-ХГЧ — бу ХГЧнинг нормал функциясини бузиб, ҳомиладорликнинг гормонал қўллаб-қувватлашини камайтириши ва унинг узилишига олиб келиши мумкин бўлган антителар. Танаси ҳароратининг ошиши иммун тизимининг фаоллашиши билан боғлиқ бўлиши мумкин, бу эса анти-ХГЧ даражасининг ошишига олиб келади. Бу, ҳомиладорликнинг ривожланишига таъсир қилувчи аутоиммун жараёнларнинг маркеридир. Прегравидар

тайёргарлик, хусусан гормонал коррекция ва соғлиқни яхшилаш, ҳомиладорлик давомида муаммоларни камайтиришга сезиларли таъсир кўрсатади, масалан, ретрохориал гематомалар, ривожланмайдиган ҳомиладорлик ва ёки ўз-ўзидан абортлар. Тайёргарлик кўрган аёлларда ҳомиладорликни узилиши ва беморликлар, хусусан, эмбрионнинг ривожланиш муаммолари камроқ бўлади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. ESHRE Guideline Group on RPL; Bender Atik R., Christiansen O.B. et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. Hum Reprod Open. 2023; 2023(1):hoad002. DOI: 10.1093/hropen/hoad002.
2. Marini M.G., et al. Effects of Platelet-Rich Plasma in a Model of Bovine Endometrial Inflammation In Vitro. Reprod Biol Endocrinol, 2016. (<https://doi.org/10.1186/s12958-016-0195-4>)
3. Matrizayeva G.D., Ikhtiyarova G.A. Immunohistochemical features of the endometrium in miscarriage //World Bulletin of Public Health 2022;17. WBPН.
4. Матризаева Г.Д. Иммуногистохимический метод обследования эндометрия при привычном невынашивании беременности в первом триместре //The Journal of humanities and natural sciences 2023;I:93.
5. Van den Boogaard E., Cohn D.M., Korevaar J.C. et al. Number and sequence of preceding miscarriages and maternal age for the prediction of antiphospholipid syndrome in women with recurrent miscarriage. Fertil Steril. 2013;99(1):188-192. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2012.09.002.
6. Friedler S., et al. Ultrasonography in Endometrial Receptivity Evaluation Post-ART. Hum Reprod Update, 1996. doi:10.1093/humupd/2.4.323 (<https://doi.org/10.1093/humupd/2.4.323>)

Қабул қилинган сана 20.10.2024