



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

12 (74) 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)

12 (74)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.11.2024, Accepted: 03.12.2024, Published: 10.12.2024

УДК 618.36-008.64-08-07

IKKILAMCHI YO'LDOSH YETISHMOVCHILIGINING KLINIK-MORFOLOGIK TAHLILI

Oripova Shaxnoza Asadullayevna, <https://orcid.org/0009-0005-2019-2366>

Abu ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Buxoro sh., A.Navoiy ko'chasi.
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Yo'ldosh yetishmovchiligi patogenezi sifatida bachadon-yo'ldosh qon aylanishining buzilishi, yo'ldoshda infarkt, so'rg'ichlar to'laqlonligi, fibrinoidning ko'pligi, amnion pardalari va yo'ldosh so'rg'ichlarining yallig'lanishi, ya'ni xorioamnionit, villuzit aniqlandi. Yo'ldoshning yallig'lanishidan rivojlangan yo'ldosh yetishmovchiligi gestatsiyaning 30-haftasigacha kuzatilib, natijada homiladorlikning uzoq vaqt davomida uzilish xavfi va klinik jihatdan homila rivojlanishining orqada qolishi bilan yuzaga chiqadi. Yo'ldoshning yallig'lanishga xos morfologik belgilarining exografik xos markerlari yo'ldoshning barvaqt qarishi, qog'onoq suvining anomaliyasi, homila rivojlanishining orqada qolishi bilan namoyon bo'ladi.

Kalit so'zlar: yo'ldosh yetishmovchiligi, homiladorlik, homila, yo'ldosh, morfologik tahlil.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВТОРИЧНОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Oripova Shaxnoza Asadullaevna, <https://orcid.org/0009-0005-2019-2366>

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

✓ Резюме

В качестве патогенеза плацентарной недостаточности выявляют нарушение маточно-плацентарного кровообращения, инфаркт плаценты, полноту сосков, избыток фибриноида, воспаление околоплодных оболочек и сосков плаценты или хориоамнионит и villuzit. Плацентарная недостаточность, развившаяся на фоне воспаления плаценты, наблюдается до 30-й недели беременности, вследствие чего существует риск прерывания беременности на длительный срок и задержки клинического развития плода. Эхографические маркеры воспалительных морфологических признаков плаценты проявляются преждевременным старением плаценты, аномалией околоплодных вод, задержкой развития плода.

Ключевые слова: плацентарная недостаточность, беременность, плод, плацента, морфологический анализ.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ANALYSIS OF SECONDARY PLACENTAL INSUFFICIENCY

Oripova Shakhnoza Asadullaevna, <https://orcid.org/0009-0005-2019-2366>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara city, A. Navoi street. Phone: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

As a pathogenesis of placental insufficiency, a violation of the uteroplacental circulation, placental infarction, nipple fullness, excess fibrinoid, inflammation of the amniotic membranes and placental nipples or chorioamnionitis and villusitis are revealed. Placental insufficiency developed against the background of inflammation of the placenta is observed up to the 30th week of pregnancy, as a result of which there is a risk of termination of pregnancy for a long period and delay in clinical development of the fetus. Echographic markers of inflammatory morphological signs of the placenta are manifested by premature aging of the placenta, anomalies of amniotic fluid, and delayed fetal development.

Keywords: placental insufficiency, pregnancy, fetus, placenta, morphological analysis.

Dolzarbligi

Yo'ldosh yetishmovchiligi nomli sindrom o'lik tug'ilish sabablarining 50% tashkil qiladi [1]. Homiladorlikning 8 oyligida yo'ldosh to'liq takomil topib, vazni sezilarli darajada oshadi, morfologik jihatdan keng tarmoqlanib, kotiledonlar paydo bo'lishi tezlashadi. 9 oylikda yo'ldosh vazni o'sishi sekinlashadi va 37-40 haftaligida yana ko'tariladi. Yo'ldoshning rivojlanishi va takomil topishi, birinchi navbatda so'rg'ichli xorionning stromasini tashkil qiladigan biriktiruvchi to'qimaning o'z vaqtida rivojlanib borishiga bog'liq [2]. O'zak so'rg'ichlar stromasi yirik, devori qalin tomirlar va kollagen tolali biriktiruvchi to'qimadan tashkil topgan. Yo'ldosh yetishmovchiligi, bu – yo'ldoshning morfofunktsional o'zgarishlariga asoslangan sindromi bo'lib, u avj olganda homilaning o'sishi sekinlashadi va gipoksiya rivojlanadi [3]. Vaqti va rivojlanish mexanizmi bo'yicha yo'ldosh yetishmovchiligi: birlamchi – homiladorlikning 16 haftasigacha implantatsiya va placentatsiya jarayonlarining buzilishidan rivojlanadi, ikkilamchi – homiladorlikning 16 haftasidan keyin homila va yo'ldoshga ekzogen omillarning ta'siri oqibatida rivojlanadi. Birlamchi yo'ldosh yetishmovchiligi genetik, endokrin, infeksiya – zigota, blastotsista va yo'ldosh shakllanishiga ta'siri, desidual to'qimada fermentlar yetishmovchiligi-tuxumdondan disfunktsiyasi sababchi bo'lishi mumkin [4].

Ikkilamchi yo'ldosh yetishmovchiligi yo'ldosh shakllanishiga ekzogen ta'sirotlar homiladorlikning 2-yarmida o'tkir va surunkali ko'rinishlariga olib keladi. O'tkir turi yo'ldoshning barvaqt uzilishi bilan namoyon bo'ladi, retroplasental qon quyilishi, vorsinkalar oralig'iga qon quyilishi, desidual to'qimaga qon quyilishi, vorsinkalar stromasiga qon quyilishi, tromblar, infarkt, to'laqonlik, vorsinkalar angiomatozi bilan namoyon bo'ladi. Surunkali turi homila rivojlanishi orqada qolishi, surunkali gipoksiya, homila ichi o'limi bilan asoratlanadi. Yo'ldoshda kompensator o'zgarishlar aralash keladi: rezorbsiyalangan, terminal so'rg'ichlar ko'payishi, kapillyarlarga, sinsitiotrofoblastlarga boyishi, involyutiv-distrofik o'zgarishlardan: fibrinoid miqdori ko'payishi, so'rg'ichlar oralig'i bo'shlig'ining torayishi, so'rg'ichlar fibrozi, tomirlar sklerozi, kalsinoz, yallig'lanishli o'zgarishlar, ba'zida, sirkulyator o'zgarishlardan: infarkt, tromboz, giperemiya, vaskulyarizatsiya kamayishi, tomirlar obliteratsiyasi, giperplaziya tomirlar; yo'ldosh yetilishining orqada qolishi: tezlashish, sekinlashish, gipoplaziya bilan namoyon bo'ladi [5].

Tadqiqotning maqsadi ikkilamchi yo'ldosh yetishmovchiligining klinik-morfologik tahlilini o'tkazishdan iborat.

Tadqiqotning material va metodlari

Tadqiqotimizda yo'ldoshning ikkilamchi yetishmovchiligi bo'yicha o'tkazilgan morfologik tekshiruv natijalari asosida 124 ta yo'ldoshlar ikkita guruhga ajratildi: birinchi guruh - 92 ta, ularning yo'ldoshida yallig'lanish belgilari va surunkali yo'ldosh yetishmovchiligi topilganlar; ikkinchi guruh – 32 ta, yo'ldoshda faqat surunkali yo'ldosh yetishmovchiligi aniqlanganlar. Patsientlardagi klinik ma'lumotlar homiladorlik, tug'ruq va erta neonatal davr kechishining o'ziga xosligiga bog'lab tahlil qilindi. Jami 124 ta homiladorlarda surunkali yo'ldosh yetishmovchilik akusherlik tekshiruvi, fetovaginal placentometriya ultratovush, bachadon arteriyalaridagi qon aylanishining doplerometriyasi asosida tasdiqlangan. Homiladorlik va tug'ruq oqibatlari ilk neonatal davrda 119 ta go'daklar va 5 ta o'lik tug'ilganlarda tahlil qilindi. Antenatal davrda asfiksiyadan nobud bo'lgan 5 ta o'lik tug'ilganlar avtopsiya materiali har tomonlama o'rganildi. Qo'lga kiritilgan ma'lumotlarga Excel Microsoft Office 97 paketi elektron jadvallarida statistik ishlov berildi, o'rtacha arifmetik kattalik (M), o'rtacha arifmetik hatolik (m) hisoblandi. O'zaro taqqoslangan guruhlar orasidagi ishonchlilik darajasi Student mezonlari bo'yicha baholandi va $u < 0,05$ bo'lganda ishonchli deb hisoblandi.

Tadqiqot natijalari. Natijalar shuni ko'rsatdiki, gestatsiya jarayoni kechishi bilan yo'ldoshning struktur o'zgarishlarini solishtirish natijasida ikkala guruhda ham yo'ldosh yetishmovchiligi etiopatogenezi aniqlashga imkon yaratildi. 1- va 2-guruh patsientlarida yo'ldosh yetishmovchiligi rivojlanishining xavfli omillari ijtimoiy-biologik va somatik kasalliklar ta'siriga bog'liqligi kuzatildi. 1- guruh patsientlar yo'ldoshida yallig'lanish va yo'ldosh yetishmovchiligi aniqlandi, homiladorlikning 13-22 haftalarida ishonchli darajada homiladorlikni ko'tara olmaslik holati 2-guruhga nisbatan yuqori bo'ldi (1-guruhda $42,6 \pm 12\%$, 2-guruhda $16,8 \pm 0,23\%$). 1-guruhda homiladorlikning ushbu davrida yo'ldoshning uzilish xavfi bo'lganda infeksiya bilan shikastlangan spiral arteriyalar devoriga trofoblastlarning ikkinchi marta invazyalanishi kuzatildi. Homiladorlikning uzilish xavfi bu guruhda o'ziga xos klinik belgi hisoblandi va bachadon ichi infeksiya mavjudligidan

dalolat berdi. Yo'ldoshda rivojlangan infeksiyon yallig'lanish jarayoni, qon aylanishining buzilishiga, kompensator-moslanish jarayonlarining buzilishiga sabab bo'lib, homiladorlikning uzilish xavfini tug'diradi va bu guruhda homiladorlikning erta davrlarida yo'ldosh yetishmovchiligi rivojlanishiga olib keladi. Klinik jihatdan 1-guruh ayollarda gestatsiyaning 31-34 haftalarida yo'ldosh yetishmovchiligi ustun turishi kuzatildi, $52,6 \pm 2,14\%$ aniqlandi. Natijada homilani fotometriya usulida tekshirilganda homila rivojlanishining orqada qolishi 2-guruhga nisbatan 1-guruh patsientlarida ($14,4 \pm 0,16\%$) ustun turishi kuzatildi, bu esa patologik omillarning fetoplasentar tizimga homiladorlikning erta davrlaridan boshlab ta'sir ko'rsatganligini tasdiqlaydi.

1-guruh homiladorlarda plasentometriya o'tkazish natijasi shuni ko'rsatdiki, ularda yo'ldosh erta shakllanib, kista, kalsinoz, tomirlarning varikoz kengayishi 3 barobar ko'p uchradi va bular yo'ldoshni morfologik o'rganishda qon quyilish, infarkt, tomir ichi trombozi kabi patomorfologik o'zgarishlar bilan namoyon bo'ldi. Homila pardalari epiteliysida yallig'lanishli va destruktiv o'zgarishlar rivojlanganligidan, amnion suyuqligi paydo bo'lishi va so'rilishi buzilib, qog'onoq suvi miqdorining anomal holda o'zgarishi 2-guruhga nisbatan ($5,1 \pm 0,6\%$), 1-guruhda ($21,4 \pm 1,27\%$) yuqori bo'ldi. Natijada 1-guruh patsientlarda qog'onoq suvining o'z vaqtidan oldin ketishi 2-guruhga nisbatan 2 barobar ko'p uchradi ($20,3 \pm 0,17\%$ va $11,6 \pm 0,54\%$).

Yo'ldosh va bachadon morfologik tekshirilganda spiral arteriyalar devori mushak qavatining infeksiyon agent bilan shikastlanishi, endometriyda o'choqli immun reaksiyaga xos limfoid infiltratsiya borligi bachadonda surunkali latent holda kechuvchi infeksiya borligidan dalolat beradi. Bu esa, 1-guruh patsientlarda tug'ruqdan keyingi davrda bachadon miometriysi qisqarishining buzilishi, 2-guruhga nisbatan 2 barobar ko'p uchraganligi bilan namoyon bo'ldi (1-guruhda $21,2 \pm 0,28\%$, 2-guruhda $11,8 \pm 0,45\%$).

1-jadval

Surunkali yo'ldosh yetishmovchiligi mavjud ayollar klinik-morfologik belgilarining uchrash darajasi

Homilador va tuqqanlarning klinik-morfologik belgilari	1-guruh M $\pm$ m	2-guruh M $\pm$ m	R
Ayollar soni, n	92	32	
1. Homilani ko'tara olmaslik	$42,6 \pm 12\%$	$16,8 \pm 0,23$	0,05
2. Surunkali yo'ldosh yetishmovchiligi	$52,6 \pm 2,14$	$18,7 \pm 1,16$	0,05
3. Homila rivojlanishining orqada qolishi	$14,6 \pm 0,16$	$8,2 \pm 0,15$	0,01
4. Qog'onoq suvning anomaliyaga uchrashi	$21,4 \pm 1,27$	$9,3 \pm 0,14$	0,01
5. Qog'onoq suvning erta ketishi	$20,3 \pm 0,17$	$11,6 \pm 0,54$	0,01
6. Miometriy qisqarishining buzilishi	$21,2 \pm 0,28$	$11,8 \pm 0,45$	0,05
7. Chaqaloqlar afiksiyasi	$18,4 \pm 0,21$	$9,3 \pm 0,61$	0,05
8. Vaznning 2499 dan kamligi	$7,4 \pm 0,23$	$2,23 \pm 0,44$	0,05
9. Vaznning 2999 dan kamligi	$31,5 \pm 0,24$	$9,6 \pm 0,42$	0,01
10. Infeksiyaning yuqoriga ko'tarilish yo'li	$21,8 \pm 0,26$	$6,3 \pm 0,23$	0,01
11. Infeksiyaning gematogen yo'li	$75,1 \pm 0,07$	$14,6 \pm 0,03$	0,01

Chaqaloq va go'daklarning fiziologik holati yo'ldoshning shikastlanish darajasiga va unda kompensator-moslanish jarayonlarining qay darajada rivojlanganligiga bog'liq bo'ldi. 1-guruhda chaqaloqlarning asfiksiya bilan tug'ilishi, 2-guruhga nisbatan 2 barobar ko'p uchradi ($18,4 \pm 0,21\%$ va $9,3 \pm 0,61\%$). 1-guruhda yo'ldosh yetishmovchiligi va yo'ldoshdagi yallig'lanish jarayoni yo'ldoshning trofik, transport va moddalar almashinuvi faoliyatining buzilishiga va chaqaloqlar vaznining kam bo'lib tug'ilishiga olib keldi. 1-guruhda chaqaloqlar vaznining 2499 gramm kam bo'lishi 2-guruhga nisbatan 3,5 barobar ko'p uchradi ($7,4 \pm 0,23\%$ va $2,23 \pm 0,44\%$) (1-jadvalga qarang). Chaqaloqlar

vaznining 2999 gramm kamligi birinchi guruhda $31,5 \pm 0,24\%$, ikkinchi guruhda esa $9,6 \pm 0,42\%$ tashkil qildi. 2-guruh patsientlar yo'ldoshida kompensator-moslanish jarayonlarining o'z vaqtida rivojlanishi va yetilgan yo'ldoshga xosligi, nisbatan yetilgan chaqaloqlar tug'ilishiga va ularning fiziologik ko'rsatgichlari gestatsiya davriga mosligi kuzatildi.

Yo'ldosh to'qimasida yallig'lanish infiltratining joylanishi va jadal kechishiga qarab bachadon bo'shlig'iga infeksiyaning kirish yo'llari aniqlandi. 1-guruhda infeksiyaning yuqoriga ko'tariluvchi yo'li $21,8 \pm 0,26\%$ aniqlandi. Adabiyot ma'lumotlari bo'yicha yuqoriga ko'tariluvchi yo'l bilan amnion va yo'ldoshning yallig'lanishi har qanday mikroflora bilan, aksariyat hollarda *Escherichia coli*, *Streptococcus faecalis*, *Staphylococcus albus* i aureus, shartli patogen flora, zambrug'lar, mikoplazma, xlamidiy, oddiy herpes, sil va zaxm qo'zg'atuvchilari bilan amalga oshadi. Bizning tadqiqotlarimizda 1-guruh ayollarda yo'ldoshga infeksiyaning kirishi asosan gematogen yo'l bilan amalga oshganligi tasdiqlandi ($75,1 \pm 0,07\%$). Homilador organizmidagi infeksiya gematogen yo'l bilan kirganda dastlab spiral arteriya orqali desidual to'qimaga, keyin endometriy tomirlariga kirib boradi. Yo'ldoshning gematogen yo'l bilan zararlanishi ko'pincha enterokokk, strepto- va stafilokokk, mikoplazma, xlamidiy, sil batsillasi, toksoplazma, adenovirusli infeksiya, krasnuxa, sitomegalovirus, oddiy herpes virusi, V virusli gepatit va OITS amalga oshadi. Demak, bizning tekshiruv natijalarimiz homiladorlik kechishiga yomon ta'sir qiladigan, yo'ldosh yetishmovchiligi va tug'ruqning yomon oqibatlariga olib keladigan infeksiya omillari xaqidagi adabiyot ma'lumotlari bilan mos keladi.

1-guruh ayollarda o'lik tug'ilish va chaqaloqlarning og'ir darajadagi asfiksiya bilan vaznining 2999 gramm kam holda tug'ilishi 2-guruhga nisbatan 2 barobar ko'p uchradi.

Xulosa

1-guruh homiladorlarda yo'ldosh yetishmovchiligi rivojlanishining asosiy etiopatogenetik omili yo'ldosh va amnion pardalarining infeksiya bilan shikastlanishi bo'lib chiqdi. 1-guruh patsientlarda infeksiyaning bachadonga gematogen yo'l bilan kirishi, infeksiyaning keng tarqalganligi va surunkali latent holda davom etishi bilan namoyon bo'ldi.

Homiladorlarni prenatal monitoring qilishda zamonaviy algoritimga albatta qin mikrotsenozini va jinsiy a'zolar orqali o'tadigan infeksiyalar: ureaplazma, mikoplazma, xlamidiy, sitomegalovirus, gepatit virusi, papillomaviruslarga tahlil olishni qo'shish kerak.

Ikkilamchi yo'ldosh yetishmovchiligi patogenezini sifatida bachadon-yo'ldosh qon aylanishining buzilishi, yo'ldoshda infarkt, so'rg'ichlar to'laqlonligi, fibrinoidning ko'pligi, amnion pardalari va yo'ldosh so'rg'ichlarining yallig'lanishi oqibatida homiladorlikning uzilish xavfi, klinik jihatdan homila rivojlanishining orqada qolishi bilan yuzaga chiqadi. Oqibatda so'rg'ichlarda stromasi takomil topmagan, kapillyarlari kam, sinsitiokapillyar to'siq paydo bo'lmagan, yuzasidagi trofoblastlar ham chala rivojlangan, Kashenko-Gofbauer makrofaglarini ko'pligi kuzatiladi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Маматкасимов А.М., Юлдашева Ш.Ф. Морфологические изменения плаценты при фетоплацентарной недостаточности у беременных женщин //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. Ташкент, 2014;3:6-8.
2. Нагайцева Е.А., Серова Н.С. Сравнительный анализ эхографических и морфологических изменений при плацентарной недостаточности //Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2017;1:25-38.
3. Нажмутдинова Д.К. Роль бактериальной инфекции в клиническом течении фетоплацентарной недостаточности //Дерматовенерология и эстетическая медицина. Ташкент, 2016;31-32(3-4):28-31.
4. Погорелова Т.Н., Гунько В.О., Линде В.А. Плацентарная экспрессия белков хроматина и их посттрансляционная модификация при осложненной беременности //Проблемы репродукции. - М., 2013;19(6):82-85.
5. Липатов И.С. Патогенетические механизмы формирования плацентарной недостаточности и преэклампсии //Акушерство и гинекология. - М., 2017;9:64-71.

Qabul qilingan sana 20.11.2024