



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 (78) 2025

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)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

УДК 618.3 – 005.1

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ АКУШЕРСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Ахтамова Нилуфар Акбаржонова <https://orcid.org/0000-0001-9425-9870>

Самаркандский Государственный медицинский университет, Узбекистан, Самарканд, ул.
Амира Тимура, тел: +99818662330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Выявлено что причинами патологической кровопотери при преждевременных родах может быть анамнестические данные ретроспективной и проспективной группы (прерывания беременности и преждевременных родов являются, невынашивание беременности, разного рода аборт (самопроизвольные, медицинские)), ЭГЗ и УЗИ. Для полного понимания влияния вышеуказанных причин вероятности наступления ПК при преждевременных родов, необходимо проведение дополнительных исследований, которые смогут прогнозировать данную патологию.

Ключевые слова: Преждевременные роды, патологическая кровопотеря, дисфункция эндотелия.

FEATURES OF MANAGEMENT OF WOMEN WITH PREMATURE BIRTH COMPLICATED BY OBSTETRIC BLEEDING

Akhtamova Nilufar Akbarjonovna <https://orcid.org/0000-0001-9425-9870>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur, Tel: +99818 66
2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Resume

It was revealed that the causes of pathological blood loss during premature birth may be anamnestic data of the retrospective and prospective groups (abortions and premature births are miscarriage, various kinds of abortions (spontaneous, medical)), EGZ and ultrasound. In order to fully understand the impact of the above-mentioned causes of the likelihood of PC in premature birth, additional studies are needed that will be able to predict this pathology.

Key words: Premature birth, pathological blood loss, endothelial dysfunction.

AKUSHERLIK QON KETISHI BILAN MURAKKABLASHGAN ERTA TUG'ILGAN AYOLLARNI OLIB BORISH XUSUSIYATLARI

Akhtamova Nilufar Akbarjonova <https://orcid.org/0000-0001-9425-9870>

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur, Tel: +99818 66
2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Erta tug'ilishda patologik qon yo'qotishining sabablari retrospektiv va istiqbolli guruhning anamnestik ma'lumotlari bo'lishi mumkinligi aniqlandi (homiladorlikning uzilishi va erta tug'ilish, homiladorlikning yo'qolishi, turli xil abortlar (o'z-o'zidan, tibbiy)), EGZ va ultratovush. Erta tug'ilish paytida kompyuter paydo bo'lishi ehtimolining yuqoridagi sabablarining ta'sirini to'liq tushunish uchun ushbu patologiyani bashorat qila oladigan qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish kerak.

Kalit so'zlar: erta tug'ilish, patologik qon yo'qotish, endotelial disfunktsiya.

Актуальность

В научной литературе встречается множество работ, позиционирующих эндотелиальную дисфункцию как важный фактор риска развития акушерской и перинатальной патологии: преждевременного прерывания беременности, преэклампсии (ПЭ), фетоплацентарной недостаточности (ФПН), синдрома задержки роста плода (СЗРП) и т. д. [6;]. Определение роли эндотелия в процессах формирования фетоплацентарной системы, изучение механизмов сосудистых нарушений на ранних сроках гестации – одна из перспективных задач современного акушерства. Перинатальная медицина сегодня зачастую позволяет диагностировать осложнения беременности только при появлении клинической симптоматики, методы прогнозирования не всегда совершенны, а первичная профилактика отсутствует. Это диктует необходимость разработки новых методов прогнозирования, профилактики и ранней диагностики акушерской патологии [8;]. Оценка факторов риска ПРК должна проводиться в антенатальном, интранатальном и послеродовом периодах для своевременной профилактики материнской заболеваемости и смертности, связанных с ПРК [1, с.4;].

Цель исследования: Изучить особенности ведения женщин с преждевременными родами осложнившейся акушерским кровотечением.

Материал и методы

Исследование выполнено в период 2021-2023 гг. в в филиале РСНПМЦЗМИР г. Самарканда (главный врач – Хамраева Л.К., г. Самарканд).

В данном исследовании применялся комплексный подход, который включал в себя различные методы клинических, лабораторных, ультразвуковых и статистических исследований.

Беременные женщины были включены в исследование по мере обращаемости.

Согласно поставленным целям и задачам, были сформированы следующие клинические группы:

Обследовано 151 беременная женщина с УПР и риском развития акушерских кровотечений в родах, которые были разделены на три клинические группы: I- основную группу составили (n=55) женщины с УПР, II- группу сравнения – (n=56) женщины с УПР. Контрольную группу составили (n=40) женщины с физиологическим течением беременности и родов.

Рисунок 1. Дизайн распределения групп

В соответствии с планируемыми клинико-лабораторным обследованием, диагнозом и разработанными методами, составлен критерии включения в исследование.



Критерии включения в исследование:

1. Беременные со сроком от 28-34 недель
2. Возраст беременных от 17 до 37 лет
3. Информированное согласие на участие в исследовании
4. Женщины, имевшие преждевременные роды и излитие околоплодных вод в анамнезе .
5. Акушерское кровотечения в анамнезе.

Критерии исключения:

1. Истмико цервикальная недостаточность.
2. Многоплодная беременность.
3. Преэклампсия/Эклампсия.
4. Аномалия развития плода.
5. Аномалии и опухоли матки и яичников.
6. Тяжелая соматическая патология.
7. Беременность после ЭКО.
8. Женщины с наследственными и врождёнными заболеваниями крови.

Для получения письменного согласия на участие в научном исследовании все беременные женщины были ознакомлены с целью и методами исследования.

В ходе работы были использованы общеклинические и специальные методы исследования: лабораторные, инструментальные.

Клиническое исследование, проведенное в данной работе, требовало заполнения индивидуальных анкет, в которых фиксировались особенности анамнеза, состояния здоровья женщин, течение беременности и родов. Проспективно наблюдалось когортное исследование методом «случай-контроль», при этом все участники были госпитализированы в отделение патологии беременных.

При изучении анамнеза учитывались образ жизни, перенесенные заболевания, вредные привычки, личный и семейный анамнез. Изучалось состояние менструальной функции и гинекологический анамнез, а также проводился общий осмотр и анализ состояния организма.

Результат и обсуждения

В исследование были включены женщины в возрасте от 18 до 36 лет, большинство из них приходилось на возраст от 25 до 30 лет (45%), 31-36 лет (30%) и 18-25 лет (25%)(рис.2), средний возраст составил $27 \pm 2,1$ лет.

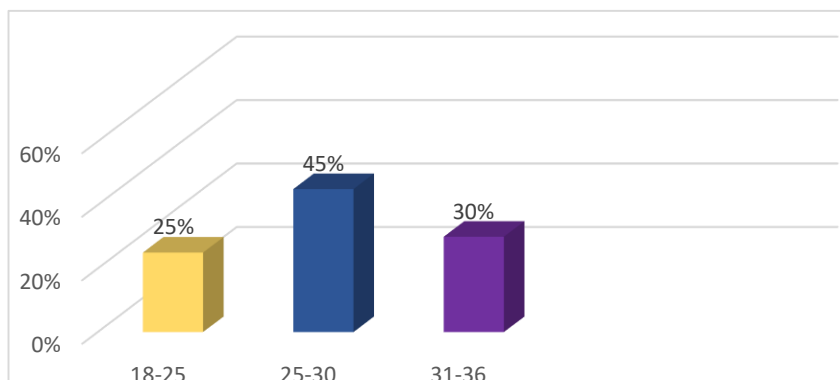


Рисунок 2. – Возрастной диапазон обследованных женщин

По социальному статусу: 28% были домохозяйками, 27% студентками, 45% были трудоустроенными (рис. 3).

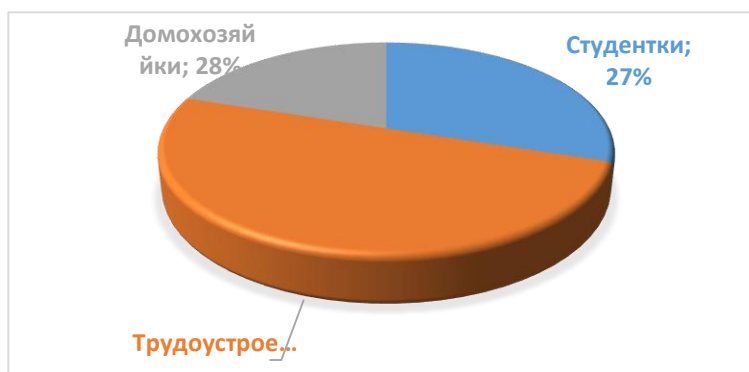


Рисунок 3. – Распределение женщин по социальному статусу.

Распределение женщин по месту жительства представлено на рисунке 3.8., при этом 52% женщин проживали в городе и 48% - в регионах. Примечательно, что половина женщин, у которых было кровотечение во время преждевременных родов, были из сельской местности (рис.4).



Рисунок 4.

– Место жительства женщин, включенных в исследование.

Для выявления группы риска по анамнезу нами была использована «Прогностическая матрица для выявления факторов риска» (ЭВМ программа : 13.03.2022 г. (Агентство по интеллектуальной собственности при министерстве юстиции Республики Узбекистан № DGU 2022 1122)) (рис. 5.)

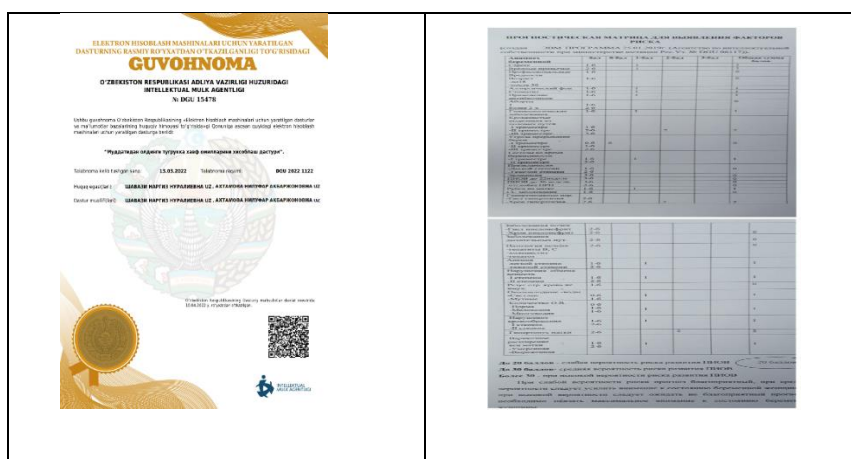


Рисунок 5. Прогностическая матрица для выявления факторов риска

По результатам матрицы беременных можно разделить на 3 группы

- ✓ 1 группа – низкая вероятность развития ПР (до 5 баллов);
- ✓ 2 группа - средняя, вероятность развития ПР (от 6 до 20 баллов):
- ✓ 3 группа - высокая вероятность развития ПР (более 20 баллов)

Оценка ИМТ представляла значительный интерес в плане оценки объема кровопотери, что представлено в таблице 1.

Таблица 1.

ИМТ женщин групп исследования

Показатель	Группы		
	1 (n=55)	2 (n=56)	3 (n=40)
Рост, см	164,5±6,8	165,4±5,9	167,2±7,6
Масса тела, кг	71,2±11,5	68,8±10,2	63,4±5,8
ИМТ	32,87±4,68	33,00±4,66	26,49±4,27

Анализ ИМТ показал, что в I группе среднее значение ИМТ составил $32,87 \pm 4,68$; во II группе $33,00 \pm 4,66$.

Анализ был проведен для прогнозирования риска патологической кровопотери при преждевременных родах. Для этого были изучены различные особенности анамнеза, включая репродуктивный, гинекологический, соматический, инфекционный, а также течение настоящей беременности, причины кровотечения и послеродовой период.

При анализе репродуктивного анамнеза в сравниваемых группах получены следующие результаты (таблица 2). Средний возраст менархе был $13,1 \pm 1,21$ лет в первой группе, $14,3 \pm 1,43$ во второй группе исследования и $12,4 \pm 1,08$ в группе контроля. Как видно из представленных данных возраст менархе и продолжительность менструации были статистически сопоставимы в группах исследования.

Таблица 2.

Репродуктивный анамнез женщин групп исследования

Показатель	Группы, n (%)		
	1 (n=55)	2 (n=56)	3 (n=40)
Возраст менархе, годы	$13,1 \pm 1,21$	$14,3 \pm 1,43$	$12,4 \pm 1,08$
Продолжительность менструации, дни	$5,10 \pm 0,5$	$6,01 \pm 0,8$	$5,04 \pm 1,01$

Отличительной особенностью акушерского анамнеза у беременных с УПР является высокая частота самопроизвольных абортов в I группе (70,7%); во II группе (67,6%), угроза преждевременных родов I группе (57,8%); во II группе (78,6%), преждевременные роды в анамнезе во I группе (62,4%); во II группе (61,3%).

Изучение паритета женщин показало, что 45% из них были первородящими, а 55% - повторнородящими

Это свидетельствует о том, что женщины имели социальные, клинические и анамнестические особенности, связанные с известными факторами риска преждевременных родов и патологической кровопотери.

При изучении паритета женщин в первой группе 1-е роды были — у 12 женщин (22%), 2-е роды — у 13 женщин (23,6 %), 3-е роды — у 21 (38,1 %) 4-е и более роды — у 9 женщин (16,3%), во второй группе 1-е роды были — у 8 женщин (14,3%), 2-е роды — у 11 женщин (19,6%), 3-е роды — у 23 (41,1%) 4-е и более роды — у 14 женщин (25%) в контрольной группе 1-е роды были — у 26 женщин (65%), 2-е роды — у 9 женщин (22,5 %), 3-е роды — у 4 (10 %) 4-е — у 1 женщины (2,5%) (рис.3.11.).

Срок гестации у женщин основных 2-х групп был от 28 до 34 недель. (таблица 3.5.).

Таблица 3.

Срок беременности у женщин групп исследования

Группа	M	SD	Me	Q25	Q75	Min	Max
I группа	32,95	2,82	34	31	35	28	34
II группа	28,66	4,76	28	24	34	28	34
Контрольная группа	38,82	2,05	39	38	40	37	41

Примечание: M (mean) – средняя арифметическая, или средняя сумма всех значений, деленная на их количество; SD - стандартное отклонение; Me (median) – медиана значение, находящееся в середине вариационного ряда; Q25, Q75 - интерквартильный размах разность верхнего и нижнего квартилей (или 75% и 25% перцентилей); Min – минимум наименьшее значение переменной; Max – максимум наибольшее значение переменной.

В таблице представлен гестационный срок женщин в группах исследования. Средний гестационный срок беременности в основных группах в среднем был $28,66 \pm 4,76$ недель, в контрольной группе $38,82 \pm 2,05$ недель.

Различные гинекологические заболевания, такие как вагинит, патология шейки матки, эндоцервицит, хронический метроэндометрит и эндометриоз, с различной частотой выявлялись у женщин всех клинических групп в течение года до наступления беременности.

Женщины в первой группы имели значительно более высокую частоту вагинитов 48 (87,2%), что указывает на то, что вагинит может играть значительную роль в развитии патологической кровопотери

при преждевременных родах (травмы). Кроме того, у женщин, чаще выявлялись патологии шейки матки 49 (89,1%) в первой группе и 51 (92,7%) во второй группе, аборт и выкидыш встречались наиболее часто в первой группе 44 (80%), что может быть связано с риском развития акушерских осложнений во время родов (рис.6).

Рисунок 6. Гинекологический анамнез



Таким образом, наличие гинекологических заболеваний может значительно повышать риск развития патологической кровопотери при преждевременных родах, и требует более тщательного наблюдения и лечения со стороны врачей. Первичное звено это подчеркивает важность предварительного обследования женщин с высоким риском развития преждевременных родов.

При анализе соматических заболеваний было выявлено, что женщины в клинических группах имели сопоставимую частоту отмечавшихся в анамнезе ожирения различной степени, миопии и варикозной болезни (ВБ) нижних конечностей

Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) и железодефицитная анемия (ЖДА) чаще диагностировались у женщин с первой группы 29 (52,7%); 47 (85,4%), и второй группы 33 (58,9%); 43 (76,7%) ($p=0,0125$).

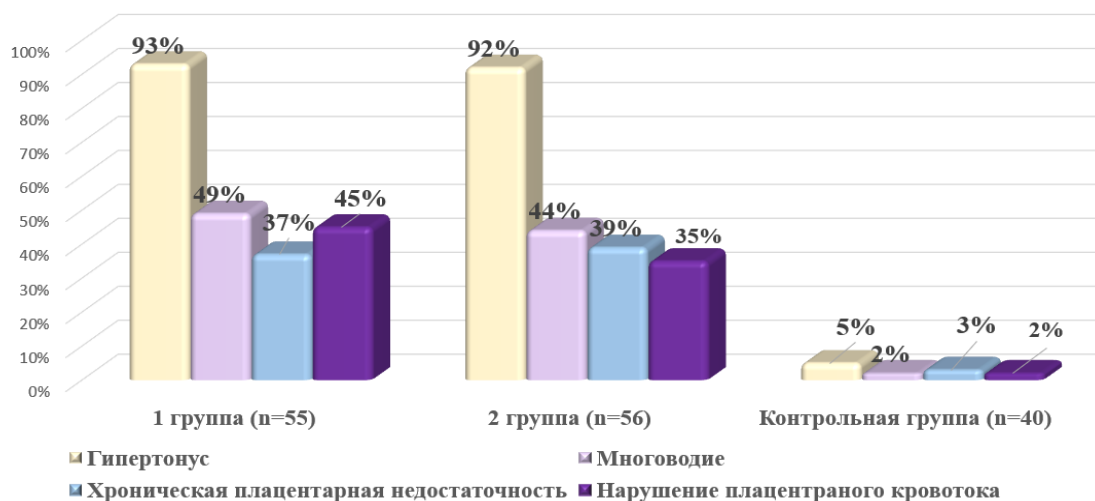


Рисунок 7. Сонографические признаки хронической плацентарной недостаточности

Хронический пиелонефрит и частые ОРВИ не связаны с кровотечением при преждевременных родах. Наличие соматической патологии в анамнезе может увеличить риск патологической кровопотери при родах, независимо от срока гестации. Оценка анамнеза необходима для профилактики патологических кровотечений при преждевременных родах.

Необходимо отметить, что данные результаты могут быть ограничены и не могут быть обобщены на всю женскую популяцию, так как исследование было проведено только на группе женщин с ПК и преждевременными родами.

Для полного понимания влияния инфекционно-воспалительных заболеваний на вероятность ранней беременности, необходимо проведение дополнительных исследований, которые учитывают более широкий диапазон факторов.

Таким образом, анализ показал, что женщины с патологической кровопотерей при преждевременных и срочных родах чаще имели ЖДА. Всем обследованным женщинам было проведено УЗ исследование и доплерография для выявления нарушения маточно-плацентарного кровотока. При УЗ исследовании анализированы такие параметры как, тонус матки, количество околоплодных вод, сосояние плаценты, длина шейки матки (ДШМ) в мм. Гипертонус матки обнаружен в первой группе в 93%, во второй группе 92% наблюдений (рис.7).

Женщины в первой группе имели более высокую долю нарушения маточно-плацентарного кровотока, чем в группе контроля. Хроническая плацентарная недостаточность была выявлена только у женщин с преждевременными родами. Частота нарушения маточно-плацентарного кровотока была выше во второй группе (35%), чем в первой группе (45%) и контрольной группе (2%).

Выводы

Таким образом, выявлено что причинами патологической кровопотери при преждевременных родах может быть анамнестические данные ретроспективной и проспективной группы (прерывания беременности и преждевременных родов являются, не вынашивание беременности, разного рода аборты (самопроизвольные, медицинские)), ЭГЗ и УЗИ.

Для полного понимания влияния вышеуказанных причин вероятности наступления ПК при преждевременных родов, необходимо проведение дополнительных исследований, которые смогут прогнозировать данную патологию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахтамова Н. А., Шавазид Н. Н. Prediction of obsetric blood loss in women with preterm birth (literature review) // Узбекский медицинский журнал. 2022;3:5.
2. Тилявова С. А. Современные подходы к диагностике и лечению нарушений мочеписания у женщин в пременопаузе // Узбекский медицинский журнал. 2022;3:3.
3. Шавазид Н.Н., Алимова П.Б. Современные аспекты акушерских кровотечений (обзор литературы) // Журнал репродуктивного здоровья и урон-нефрологических исследований. 2022;3(2).
4. Эл Ваттар Б.Х., Тэмблин Дж.А., Парри-Смит В. и др. Ведение акушерских послеродовых кровотечений: оценка национальной службой текущей практики в Великобритании // Risk Manag Healthc Policy. 2017;10:1-6.
5. Шавазид Н. Н., Бабамурадова З. Б. Соотношение про-и Антиангиогенных факторов в патогенезе преждевременных родов у беременных на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани // European Research: innovation in science, education and technology. 2020; 93-96.
6. Ахтамова Н. А., Шавазид Н. Н. Prediction of obsetric blood loss in women with preterm birth (literature review) // Узбекский медицинский журнал 2022;3(5).
7. Шавазид Н.Н. и др. Total gisterektomiyaning subtotal gisterektomiyadan ustunvorligini tahlillash // Журнал биомедицины и практики. 2022;7:3.
8. Nasyrovich S.S. et al. Predictors of bleeding in preterm labor: retrospective observational // Journal of Modern Educational Achievements. 2023;5(5):185-196.
9. Nuraliyevna S. N., Dilshodovna J. M. Morphofunctional structure of the placenta in premature labor // Galaxy International Interdisciplinary Research Journal. 2022;10(4):381-384.
10. Nuralievna S. N., Akbarjonovna A. N., Farkhodovna R. N. Management of the Reatening Preterm Birth // Texas Journal of Medical Science. 2023;17:25-38.
11. Nuralievna S. N., Akbarovna A. N. Fetal standing and perinatal outcomes of premature birth // Confrencea. 2023;10(1):14-16.
12. Shavazi N., Akhtamova N., Katkova N. Perinatal risk of premature birth: New obstetric opportunities // E3S Web of Conferences. – EDP Sciences, 2023;413:03035.
13. Khudoyarova D., Tilavova S. A., Shopulotova Z. A. Manifestations of examination of chronic pyelonephritis in pregnant women (clinical case) // Thematics Journal of Microbiology. 2022;6:1.
14. Ахтамова Н. А., Эрнзарова М. Ш. Многоплодная беременность и многоводие (краткий обзор) // Бюллетень студентов нового Узбекистана. 2024;3(1):9-13.
15. Axtamova N., Ernazarova M. Ko'p homilali homiladorlikda ko'p suvlilik // Молодые ученые. 2025;3(1):131-134.
16. Ахтамова Н. Факторы риска развития патологической кровопотери при преждевременных родах // Confrencea. 2024;2:64-65.
17. Nasyrovich S. S. et al. Management of pregnant women with premature birth // Journal of Modern Educational Achievements. 2023;3(3):205-225.

Поступила 20.03.2025