



**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 (81) 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. 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  
Б.Б. ХАСАНОВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
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 (Ташкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**7 (81)**

**2025**

*июль*

www.bsmi.uz  
https://newdaymedicine.com E:  
ndmuz@mail.ru  
Тел: +99890 8061882

УДК 618.39(075.8)

**ҲОМИЛА ТУШИШИ КУЗАТИЛГАН АЁЛЛАРДА КЛИНИК-АНАМНЕСТИК,  
ЛАБОРАТОР ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТАҲЛИЛ КЎРСАТКИЧЛАРИ**

Ярматова Ш.З. <https://orcid.org/0009-0008-0454-2620>

Ихтиярова Г.А. <https://orcid.org/0000-0002-2398-3711>

Наврүзова Н.О. <https://orcid.org/0000-0002-2817-8922>

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](mailto:info@bsmi.uz)

✓ **Резюме**

**Мақсад:** Ҳомила тушиши кузатилган аёлларда клиник-анамнестик, лаборатор ва инструментал таҳлил кўрсаткичларини баҳолаш.

**Материал ва усуллар:** Ушбу тадқиқотда Бухоро ва Қарши шаҳридаги 117 нафар ҳомиладорликнинг I-триместрида бўлган ҳомила тушиши хавфи кузатилган аёллар жалб қилинди. Улардан 51 нафари ЭКУ амалга оширилган ҳомила тушиши хавфи мавжуд аёллар, 2-гурӯх 46 нафар муваффақиятсиз ЭКУ ўтказилган 14 ҳафтагача ҳомиладорлик кузатилган аёллар, 3-гурӯх эса ҳомиладорлик физиологик кечаётган 20 нафар аёллар гурӯҳи.

**Натижалар:** Текширилаётган барча беморларни ўртача ёши I- гурӯх аёлларда ўртача ёши  $23,61 \pm 0,46$ , II- гурӯх аёлларда ўртача  $28,17 \pm 0,8$  ёши ва  $28,25 \pm 0,75$  ёшида бўлган аёллар назорат гурӯҳини ташиқил этди. Асосий гурӯҳдаги 90 нафар бемордан энг кўп учрайдиган бепуштлиқ сабаби найсимон омил бўлиб, у 39 (43,3%) нафар аёлда кузатилган. Ановуляция 31 (34,4%) нафар аёлда, идиопатик бепуштлиқ эса 20 (22,2%) нафар беморда ташиқисланди. Беморларнинг асосий гурӯҳида бепуштлиқ сабабларини таҳлил қилиш диагностика ҳамда даволашига комплекс ва кўп тармоқли ёндашувнинг муҳимлигини таъкидлайди. Ҳомиладорликнинг физиологик кечиши қон кетиши ва тромбозлар пайдо бўлиш хавфининг ошиши билан бирга кечади, бу фибринолитик фаолликнинг бузилиши ва гиперкоагуляция, эндотелиал дисфункция ҳамда қон реологиясининг ўзгариши билан боғлиқ. Тромбофилия билан биргаликда бу кўпинча ЭКУ дан кейин ҳомила ривожланиш хавфини ва бошқа акушерлик асоратларини келтириб чиқаради. Хулоса: Гемостаз тизимидаги аниқланган ўзгаришлар асосий гурӯх беморларида гиперкоагуляцион ҳолатни кўрсатади. Бу ЭКУ муолажаларини ўтказишда алоҳида эътибор ва назоратни талаб қилади, чунки тромб ҳосил бўлишига юқори мойиллик даволашни сезиларли даражада мураккаблаштириши ва унинг самарадорлигини пасайтириши мумкин

**Калит сўзлар:** экстракорпорал уруғлантириш, ҳомила тушиши, УТТ, гемостаз, гиперкоагуляция

**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ, ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ  
ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ ПЛОДА**

Ярматова Ш.З., Ихтиярова Г.А., Наврүзова Н.О.

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](mailto:info@bsmi.uz)

✓ **Резюме**

**Цель:** Оценка клинико-анамнестических, лабораторных и инструментальных показателей у женщин с угрозой выкидыша. **Материалы и методы:** В исследование были включены 117 женщин из городов Бухара и Қарши с беременностью I триместра, у которых отмечалась угроза выкидыша. Обследуемые были распределены по следующим группам: **Группа 1** — 51 женщина с угрозой выкидыша после процедуры ЭКО; **Группа 2** — 46 женщин

с беременностью до 14 недель после неудачной попытки ЭКО; Группа 3 (контрольная) — 20 женщин с физиологически протекающей беременностью. Результаты: Средний возраст обследуемых составил: Группа 1:  $23,61 \pm 0,46$  года; Группа 2:  $28,17 \pm 0,8$  года; Группа 3:  $28,25 \pm 0,75$  года. В основной группе (90 женщин) наиболее частой причиной бесплодия являлся трубный фактор — у 39 женщин (43,3%). Ановуляция была выявлена у 31 (34,4%), идиопатическое бесплодие — у 20 (22,2%) пациенток. Эти данные подчеркивают необходимость комплексного и мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению бесплодия. Даже при физиологическом течении беременности возможно повышение риска кровотечений и тромбозов, что связано с нарушением фибринолитической активности, гиперкоагуляцией, эндотелиальной дисфункцией и изменением реологических свойств крови. В сочетании с тромбофилией это может способствовать осложнениям при беременности, особенно после ЭКО. Заключение: Выявленные изменения в системе гемостаза указывают на гиперкоагуляционное состояние у пациенток основной группы. Это требует особого контроля при проведении ЭКО, так как повышенная склонность к тромбообразованию может значительно усложнить лечение и снизить его эффективность

**Ключевые слова:** Экстракорпоральное оплодотворение, выкидыш, УЗИ, гемостаз, гиперкоагуляция

## CLINICAL, ANAMNESTIC, LABORATORY AND INSTRUMENTAL PARAMETERS IN WOMEN WITH FETAL NON-PREGNANCY

Yarmatova Sh.Z., Ikhtiyarova G.A., Navruzova N.O.

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](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Resume

**Objective:** To evaluate clinical, anamnestic, laboratory, and instrumental indicators in women with a risk of miscarriage. **Materials and Methods:** This study included 117 women in their first trimester of pregnancy from Bukhara and Karshi, all experiencing a threat of miscarriage. The participants were divided into three groups: Group 1 — 51 women with a risk of miscarriage after in vitro fertilization (IVF); Group 2 — 46 women with pregnancies up to 14 weeks after unsuccessful IVF attempts; Group 3 (control group) — 20 women with physiologically normal pregnancies. **Results:** The average age of patients was: Group 1:  $23.61 \pm 0.46$  years; Group 2:  $28.17 \pm 0.8$  years; Group 3:  $28.25 \pm 0.75$  years. Among the 90 patients in the main group, the most common cause of infertility was the tubal factor (39 women, 43.3%). Anovulation was diagnosed in 31 women (34.4%), and idiopathic infertility in 20 women (22.2%). These findings emphasize the importance of a comprehensive and multidisciplinary approach to diagnosing and treating infertility. Even with physiologically progressing pregnancies, there is a risk of bleeding and thrombosis, which is associated with impaired fibrinolytic activity, hypercoagulation, endothelial dysfunction, and changes in blood rheology. When combined with thrombophilia, these factors often lead to complications in IVF pregnancies. **Conclusion:** Identified changes in the hemostasis system in the main group indicate a hypercoagulable state. This requires careful monitoring during IVF procedures, as a high risk of thrombosis can complicate treatment and reduce its effectiveness

**Keywords:** In vitro fertilization, miscarriage, ultrasound, hemostasis, hypercoagulation

### Долзарблиги

Хомиладорлик даврида юзага келадиган акушерлик асоратларидан бири бўлган ҳомила тушиши ҳали ҳам долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, ҳар 4-5 та хомиладорликдан бири табиий йўл билан тушади ва бу ҳолатнинг 15–25% ҳолатлари биринчи триместрда содир бўлади [1].

Айниқса, ЭКУ (экстракорпорал уруғлантириш) орқали ҳомиладор бўлган аёлларда ҳомила тушиши хавфи юқори бўлиши аниқланган. Бу кўп ҳолларда тромбофилия, гиперкоагуляция ва

эндотелиал дисфункция каби ҳолатлар билан боғлиқ [2,3]. Қатор тадқиқотлар ЭКУ билан ҳомиладор бўлган беморларда гемостаз тизимидаги ўзгаришлар, хусусан, фибринолитик фаоллик пасайиши ва тромбозга мойиллик ортиши натижасида ҳомила сақланмаслигини кўрсатган [4,12].

Тромбофилия — организмда тромб ҳосил бўлиш хавфини оширадиган ирсий ёки орттирилган ҳолатлар мажмуасидир. У ҳомиладорликка салбий таъсир кўратиши, плацентар қон айланишини бузиши ва шунга мос равишда ҳомиланинг ривожланишини издан чиқариши мумкин [5,13]. Айрим тадқиқотларда тромбофилия бўлган аёлларда ЭКУ муваффақиятсизлиги 30–40% гача ошиши қайд этилган [6,11].

Шунингдек, ҳомиладорлик пайтида кузатиладиган гиперкоагуляцион ҳолат организмнинг табиий ҳимоя механизми ҳисобланади. Аммо бу ҳолат меъёрдан ошса, у ҳолда плацентар қон айланиши бузилиб, ҳомиланинг тутилиши ёки ривожланмаслигига олиб келиши мумкин [7,14].

Клиник ва лаборатор тадқиқотлар шуни кўрсатмоқдаки, ҳомила тушиши билан боғлиқ ҳолатларда D-димер, фибриноген, ПТИ (протромбин индекси) каби кўрсаткичлар ўзгариши аниқланади ва уларни назорат қилиш эҳтимолий асоратларни камайтиришда муҳим аҳамиятга эга [8,9].

Бепуштлиқ сабаблари — найсимон омил, ановуляция ва идиопатик ҳолатлар — ҳам ҳомиладорлик самарадорлигига таъсир қилувчи муҳим омиллардан ҳисобланади. Уларнинг тўғри ташхисланиши ва даволаниши ҳомиладорликни сақлаб қолиш имкониятини оширади [10]

**Тадқиқот мақсади:** Ҳомила тушиши кузатилган аёлларда клиник-анамнестик, лаборатор ва инструментал таҳлил кўрсаткичларини баҳолаш.

### Материал ва усуллар

Тадқиқотга Бухоро ва Қарши шаҳарларида ҳомиладорликнинг I триместрида бўлган, ҳомила тушиши хавфи мавжуд бўлган 117 нафар аёл жалб қилинди. Тадқиқотимиз 3 гуруҳда олиб борилди, улар:

**1-гуруҳ** — ЭКУ (экстракорпорал уруғлантириш) амалга оширилган ва ҳомила тушиши хавфи бор бўлган 51 нафар аёл;

**2-гуруҳ** — муваффақиятсиз ЭКУдан кейин 14 ҳафтагача ҳомиладорлик ривожланган 46 нафар аёл;

**3-гуруҳ (назорат)** — физиологик кечаётган ҳомиладорликка эга бўлган 20 нафар аёл.

### Натижа ва таҳлиллар

Текширилаётган барча беморларни ўртача ёши I- гуруҳ аёлларда ўртача ёш  $23,61 \pm 0,46$ , II- гуруҳ аёлларда ўртача  $28,17 \pm 0,8$  ёш ва  $28,25 \pm 0,75$  ёшда бўлган аёллар назорат гуруҳини ташкил этди. Текширилган аёлларни ёш бўйича таснифи № 1- жадвалда келтирилган.

№ 1-жадвал

	I-гуруҳ, n=51	II-гуруҳ, n=46	Назорат гуруҳ, n=20
Ўртача ёш $M \pm m$	$23,61 \pm 0,4$	$28,17 \pm 0,8$	$28,25 \pm 0,75$

Анамнезни йиғишда биз беморларнинг яшаш жойини ҳам ҳисобга олдик, текширилаётган аёлларнинг яшаш бўйича таснифини таҳлил қилганимизда I ва II гуруҳимиздаги аёлларда шаҳар аҳолиси қишлоқ аҳолисига нисбатан тахминан 2 баробар кам эканлигини аниқладик ва бу кўрсаткич 33,33% ва 36,96 % ни ташкил этди. Текширилаётган аёлларнинг яшаш бўйича таснифи 2-жадвал келтирилган.

№ 2-жадвал

Яшаш жойи	I-гуруҳ, n=51		II-гуруҳ, n=46		Назорат гуруҳ, n=20	
	абс	%	Абс	%	абс	%
Шаҳар	17	33,3	17	36,96	9	45
Қишлоқ	34	66,7	19	63,04	11	55

Тадқиқот гуруҳларидаги аёлларда ҳайз кўриш функцияси таҳлили маълумотлари ўрганилганда шуни кўрсатдики менарх содир бўлган ёши асосий гуруҳ аёлларида 11,8% да 12 ёшни, 29,4 % аёлларда 13 ёшни, 41,2% да 14 ёшни, 17,6% да 15 ёшни ташкил этди (3-жадвал). Кўпинча, ҳайз кўришининг кеч бошланиши эндокрин бепуштлиги бўлган аёлларда кузатилган.

Ушбу 4-жадвалда аёлларнинг ҳайз кўриш функциясининг батафсил қиёсий тавсифлари келтирилган.

Адабиётларда тана массаси индексининг ҳомиладорликга таъсири ҳақидаги маълумотларни инобатга олган ҳолатда биз ҳам ўз тадқиқотимизда ушбу кўрсаткични аниқладик. Бунда I-гуруҳда тана массаси индекси 18,5 дан кам бўлганлар 9,8 %, 18,6-24,9 гача бўлганлар 41,2% ни, 25 дан 29,9 гача бўлганлар 37,3%, 30-34,9 гача бўлганлар 7,8 % ни ташкил этди. Иккинчи тадқиқот гуруҳида ушбу кўрсаткичлар 8,7%, 43,5%, 34,8% ва 6,5% ни, назорат гуруҳда эса, 5%, 85%, 10% ва 0% ни ташкил этди. Ушбу маълумотлар 1.-расмда келтирилган. *Изоҳ; \*p<0,05 назорат гуруҳ билан тадқиқот ўтказилаётган гуруҳлар ўртасида кўрсаткичлардаги фарқларнинг ишончлиги*

№ 3-жадвал

Тадқиқот гуруҳларидаги аёлларда менарх содир бўлган ёши

Гуруҳ	Ўртача ёши M±m	12		13		14		15	
		абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%
Назорат гуруҳ, n=20	13,61±0,13	11	55	4	20	3	15	2	10
I-гуруҳ, n=51	13,5±0,12	6	11,8	15	29,4	21	41,2	9	17,6
II-гуруҳ, n=46	12,8±0,24	5	10,9	14	30,4	22	47,8	5	10,9

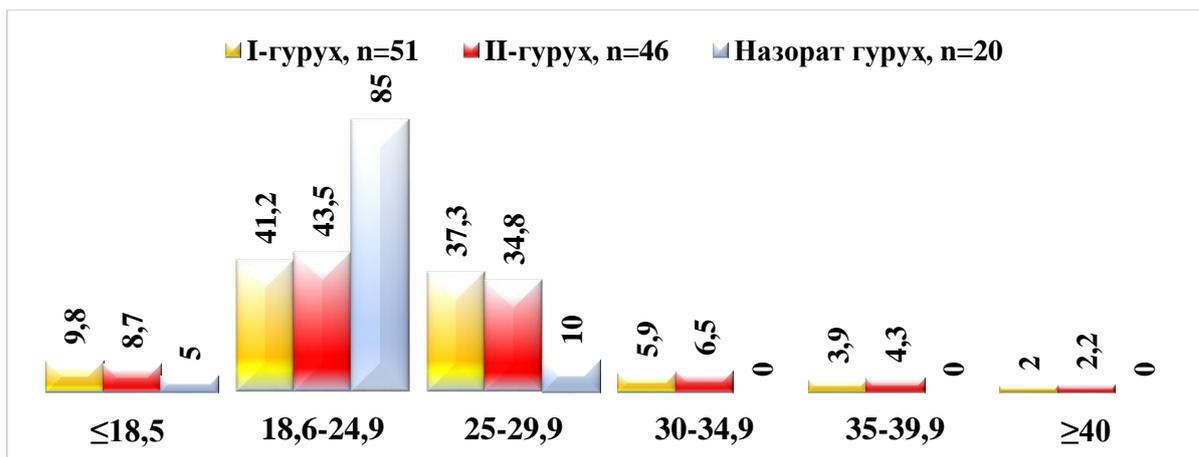
№ 4-жадвал

Ҳайз параметрларининг қиёсий таҳлили

Аёлларда ҳайз цикли Кўрсаткичлари		I-гуруҳ, n=51		II-гуруҳ, n=46		Назорат гуруҳ, n=20	
		абс	%	абс	%	Абс	%
Мунтазамлиги	мун.	23	45,1	24	52,2	100	0
	номун.	28	54,9	22	47,8	0	0
Цикл давомийлиги	≤20	3	5,9	2	4,3	1	5
	21-35	37	72,5	35	76,1	19	95
	≥36	11	21,6	9	19,6	0	0
Ҳайз ажралмаси Микдори	Кам	7	13,7	5	10,9	2	10
	Ўрта	38	74,5	37	80,4	17	85
	Кўп	6	11,8	4	8,7	1	5
Оғриқ синдроми Яққоллиги	оғриқли	15	29,4	13	28,3	0	0
	оғриқсиз	36	70,6	33	71,7	20	100

№ 5-жадвал

	I-гуруҳ, n=51	II-гуруҳ, n=46	Назорат гуруҳ, n=20
Ўртача ёш M±m	20,1±0,23*	21,2±0,3*	20,45±0,41



**1-расм Гуруҳларда тана масса индекси бўйича аёлларнинг тақсимланиши.**

Ўрганилган гуруҳда аёлларнинг жинсий ҳаёт бошланган ёши 18 дан 25 ёшгача бўлди. Жинсий ҳаёт бошланган ёш бўйича таҳлил қилинганда, ўртача ёши 1 гуруҳда  $20,1 \pm 0,23$  ёш, 2 гуруҳда  $21,2 \pm 0,3$  ва назорат гуруҳида  $20,2 \pm 0,34$  ёш бўлиб, гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар кузатилмади ( $p > 0,05$ ) (5-жадвал).

6-жадвал маълумотларидан кўриниб турибдики, ўрганилаётган аёллар орасида бепуштлиқ давомийлиги қуйидагича тақсимланди: 1 гуруҳ аёлларида 38 нафар аёлда бепуштлиқ 5-йилгача давом этди. Қолган 13 нафар аёлда бепуштлиқ 5-йилдан ортиқ давом этган. 2 гуруҳ аёлларида эса 21 нафар аёлда бепуштлиқ 5-йилгача ҳамда қолган 25 нафар аёлда бепуштлиқ 5-йилдан ортиқ давом этган. Бунда, бирламчи бепуштлиқ 1 гуруҳ аёлларида 23 нафар аёлда, иккиламчи бепуштлиқ эса 28 нафар (54,9%) аёлда кузатилди. 2 гуруҳ аёлларида бирламчи бепуштлиқ 22 нафар аёлда, иккиламчи бепуштлиқ эса 26 нафар аёлда кузатилди.

**6 жадвал**

**Асосий гуруҳ беморларининг бепуштлиқ давомийлигига қараб тақсимланиши**

Параметрлари		I-гуруҳ, n=51		II-гуруҳ, n=46	
		абс.	%	абс.	%
Бепуштлиқ давомийлик даври	5 йилгача	38	74,5	21	45,6
	5 йилдан ортиқ	13	25,5	25	54,3
Бепуштлиқ тури	Бирламчи	23	45,1	22	47,8
	Иккиламчи	28	54,9	24	52,2

Бепуштлиқ этиологияси учта асосий тоифа билан ифодаланди: ановуляция, най омили ва идиопатик бепуштлиқ, уларнинг натижалари 7-жадвалда келтирилган.

**7- жадвал**

**Бепуштлиқ омилларига қараб беморларнинг тақсимланиши**

Бепуштлиқ этиологияси	1 гуруҳ, n=51		2 гуруҳ, n=46	
	абс.	%	абс.	%
<b>Ановуляция</b>	16	31,4%	15	32,6%
<b>Най омили</b>	22	43,1%	20	43,5%
<b>Идиопатик бепуштлиқ</b>	11	21,6%	13	28,2%

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, ЭКУ (экстракорпорал уруғлантириш) амалга оширилган ҳамда муваффақиятсиз ЭКУдан кейин ҳомиладорлик қайд этилган аёллар орасида бепуштлиқнинг асосий сабаби сифатида най омили устунлик қилади (мутаносиб равишда 43,1% ва 43,5%). Шунингдек, ановуляция ҳам жуда кенг тарқалган омиллардан бири бўлиб, ҳар икки гуруҳда деярли тенг даражада (31,4% ва 32,6%) кузатилган. Идиопатик бепуштлиқ кўрсаткичи эса 2-гуруҳда (28,2%) 1-гуруҳга (21,6%) нисбатан юқори бўлган. Ушбу маълумотлар,

бепуштлиқнинг турли клиник шакллари ЭКУ муваффақиятига ҳамда ҳомиладорликнинг сақланишига таъсир этувчи муҳим омиллардан бири эканлигини тасдиқлайди.

8 жадвал

### Гинекологик касалликларнинг учраши

Кўрсаткичлар	1 гуруҳ, n=51		2 гуруҳ, n=46	
	абс	%	абс	%
Сурункали салпингоофорит	17	33,3	15	32,6
Аденомиоз	5	9,8	7	15,2
Бачадон миомаси	7	13,7	4	8,7
Тухумдонлар поликистозиди синдроми	5	9,8	7	15,2
Анамнезда миомэктомия	4	7,8	4	8,7
Анамнезда тубэктомия	9	17,6	7	15,2

Шу боис, ҳар бир бемор учун индивидуал ёндашув асосида, аниқ этиологик омилга қараб мақсадли даволаш ва кузатув тактикаларини танлаш муҳим аҳамият касб этади.

Бундан ташқари, экстрагенитал патологияни ўрганишга алоҳида эътибор қаратилди, чунки бундай касалликлар аёлларнинг репродуктив саломатлигига сезиларли таъсир кўрсатиши, фертиллиқ ва ҳомиладорликнинг умумий натижаларига турли хил таъсир кўрсатиши мумкин.

Гинекологик патологиялар таҳлили шуни кўрсатадики, ҳар иккала гуруҳда ҳам энг кўп қайд этилган касаллик сурункали салпингоофорит бўлиб, у 1-гуруҳда 33,3%, 2-гуруҳда эса 32,6% ҳолатларда учраган. Бу ҳолат най омилли бепуштлиқнинг ривожланишида муҳим рол ўйнаши мумкинлигини тасдиқлайди. Шунингдек, аденомиоз ва тухумдонлар поликистозиди синдроми 2-гуруҳда юқорироқ учраш даражасига эга бўлиб, уларнинг ҳомиладорлик ривожланишига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Бачадон миомаси, анамнездаги миомэктомия ва тубэктомия каби жарроҳлик амалиётлари ҳам ҳомиладорлик сақланиши билан боғлиқ хавфларни оширади (8-жадвал).

9- жадвал

### Текширилаётган гуруҳларда қон ивиш тизими кўрсаткичларининг қиёсий тавсифи (M±m)

Кўрсаткичлар	Назорат гуруҳи	1 гуруҳ, n=51	2 гуруҳ, n=46
Протромбин вақти (сек)	9,7±0,2	11,84±0,18***	11,6±0,16***
ХНК	1,11±0,03	1,15±0,02	1,14±0,03
АҚТВ (сек)	24,03±0,45	25,56±0,17**	25,6±0,18**
Тромбин вақти (сек)	11,74±0,24	11,87±0,2	11,63±0,17
Фибриноген (гр/л)	3,07±0,11	4,99±0,06***	5,0±0,07***
Д-димер (нг/мл)	339,6±18,2	893,2±16,7***	839,5±24,7***

Изоҳ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$  назорат гуруҳ билан тадқиқот ўтказилаётган гуруҳлар ўртасида кўрсаткичлардаги фарқларнинг ишончлиги

Тадқиқот натижаларига кўра, қон ивиш тизими кўрсаткичларида тадқиқот гуруҳларида назорат гуруҳига нисбатан аҳамиятли ўзгаришлар кузатилди. Хусусан, протромбин вақти (8,6±0,1 сек. ва 9,2±0,11 сек.) ва фибриноген даражалари (4,97±0,06 г/л ва 5,02±0,07 г/л)нинг юқорилиги, шунингдек Д-димер миқдорининг анча ошгани (893,2±16,7 нг/мл ва 839,5±24,7 нг/мл) қон ивиш тизими фаоллигининг ошганлигини ва тромбоҳолатларга мойиллик борлигини кўрсатади. АҚТВнинг қисқариши (23,3±0,15 сек. ва 23,42±0,16 сек.) қон ички ивиш механизмлари фаоллашганини, ХНКнинг пасайиши эса (1,01±0,02 ва 1,02±0,02) қон ивишга бўлган мойилликни тасдиқлайди. Ушбу статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқ асосий гуруҳдаги беморларда гиперкоагулятцион ҳолатни кўрсатади. Барча кўрсаткичлар бўйича аниқланган фарқлар статистик жиҳатдан ишончли бўлиб,  $p < 0,01$  ва  $p < 0,001$  даражасида баҳоланди.

**Ҳомила тушиш хавфи мавжуд бўлган аёлларнинг плацентометрик  
кўрсаткичлари, М±m**

Гуруҳлар	Хорион қалинлиги, мм		Сариқлик халтаси, мм	
	4-11 ҳафта	11-14 ҳафта	4-11 ҳафта	11-14 ҳафта
<b>Назорат гуруҳи</b>	8,33±0,16	11,70±0,14	2,14±0,02	1,04±0,02
<b>1 гуруҳ, n=51</b>	5,47±0,17***	8,94±0,37***	3,03±0,12***	2,56±0,05***
<b>2 гуруҳ, n=46</b>	5,18±0,09***	9,04±0,28***	2,69±0,16***	2,22±0,13***

*Изоҳ; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001 назорат гуруҳ билан тадқиқот ўтказилаётган гуруҳлар ўртасида кўрсаткичлардаги фарқларнинг ишончлиги*

УЗИ (Ультратовушли текширув) асосида баҳоланган хорион қалинлиги ва сариқлик халтаси кўрсаткичлари гуруҳлар ўртасида аниқ статистик фарқлар билан фарқланади: Хорион қалинлиги 4–11 ҳафта даврида 1-группа (5,47 мм) ва 2-группа (5,18 мм)да назорат гуруҳидан (8,33 мм) аниқ кичик бўлган ( $p<0,001$ ). Шу кўрсаткичлар 11–14 ҳафтада ҳам сақланган. Сариқлик халтаси миқдори эса аксинча, асосий гуруҳларда юқори қайд этилган: 1-группа (3,03 мм), 2-группа (2,69 мм), назорат гуруҳида эса 2,14 мм (4–11 ҳафта) ни ташкил этган ( $p<0,001$ ). Сариқлик халтасининг катталашгани ҳомиланинг нормал ривожланишига хавф солувчи биомаркер сифатида баҳолашимиз мумкин. Бу кўрсаткичлар ҳомиланинг ривожланишида кечикаётган ёки патологик ҳолатлар мавжудлигини кўрсатади.

#### Хулоса

Шундай қилиб, текширилган беморларда аниқланган клиник-анамнестик, лаборатор ва инструментал ўзгаришлар ҳомиладорликни сақлаш муаммоси билан боғлиқ бўлган ҳолатларнинг кўп тармоқли ва комплекс табиатига ишора қилади. Айниқса, ЭКУ амалга оширилган аёлларда бепуштлиқ сабаблари, гемостаз тизими ўзгаришлари ва плацентометрик кўрсаткичларни эрта босқичда баҳолаш, ҳомиладорлик ривожини учун хавф омилларини аниқлаш ва самарали профилактика чораларини ишлаб чиқишда муҳим аҳамиятга эга.

#### АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. WHO. Miscarriage: Facts and Statistics. World Health Organization. 2022.
2. Kutteh WH. Immunologic aspects of recurrent pregnancy loss. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2015;58(3):517-529.
3. Carp H. Recurrent pregnancy loss: causes, controversies, and treatment. Taylor & Francis, 2014.
4. Brenner B. Haemostatic changes in pregnancy. *Thrombosis Research*. 2014;114(5-6):409-414.
5. Robertson L, Wu O, Langhorne P, et al. Thrombophilia in pregnancy: a systematic review. *BJOG*. 2016;113(5): 560–570.
6. Martinelli I, et al. Thrombophilia and pregnancy complications. *Haematologica*. 2013;88(6):624-629.
7. Hellgren M. Hemostasis during normal pregnancy and puerperium. *Seminars in Thrombosis and Hemostasis*. 2023;29(2):125-130.
8. Di Nisio M, et al. D-dimer test in pregnancy: a systematic review. *Journal of Thrombosis and Hemostasis*. 2017;5(5): 1113–1118.
9. Clark P, Brennan J. Antenatal screening for thrombophilia in pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2009;21(2):128-133.
10. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss. *Fertility and Sterility*. 2012;98(5):1103-1111.

**Қабул қилинган сана 20.06.2025**