



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

2 (88) 2026

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
У.О. АБИДОВ
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
Д.Т. АШУРОВА
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. 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
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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)

2 (88)

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

2026 февраль

УДК 618.3-06+616-056.52

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ПРЕКОНЦЕПЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ АКУШЕРСКОГО АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Каримова Н.Н. <https://orcid.org/0009-0007-9349-8029> e-mail: karimova.nilufar@bsmi.uz

Сулейманова Г.С. <https://orcid.org/0009-0000-6536-6538/print>

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

Женщины с ожирением, вошедшие в исследование, разделялись на 2 группы: Проспективную группу (группа I) составили 43 (n=43) пациента, у которых в анамнезе наблюдались тромботические и/или акушерские осложнения, которым помимо стандартной терапии (низкие дозы аспирина + НМГ) было назначено дополнительное лечение статинами (розувастатин или аторвастатин) в дозе 10 мг от 3-6 месяцев. В II группу вошли 48 (n = 48) пациента с антифосфолипидным синдромом с ожирением, которые получали традиционную схему терапии (низкие дозы аспирина + НМГ). Кроме этого, в контрольной группе мы собрали 30 практически здоровых женщин.

Выявлено, что частота встречаемости потерь плода до 10 недель в группе I и группе II достоверно не различаются ($p = 0,9610$), в группе I у 23 пациенток (56,1%) и в группе II – у 30 пациенток (56,6%). При оценке количества потерь плода выявлено, что наибольшее количество (7 потерь плода до 10 недель) встречалось в группе II у 1 пациентки (1,9%), однако частота встречаемости 3 (у 7 пациенток - 17,1%) и 5 (3 пациенток - 7,3%) потерь плода до 10 недель была выше в группе I.

Ключевые слова: антифосфолипидный синдром, ожирение, статины, свертывающая система, неразвивающаяся беременность, антикоагулянты, антиагреганты, здоровый образ жизни, акушерские осложнения.

SEMIZ AYOLLARDA AKUSHERLIK ANTIFOSFOLIPID SINDROMIGA PREKONCEPCION TAYYORGARLIKNI OPTIMALLASHTIRISH UCHUN YANGI YONDASHUVLAR

Karimova N.N. <https://orcid.org/0009-0007-9349-8029> e-mail: karimova.nilufar@bsmi.uz

Suleymanova G.S. <https://orcid.org/0009-0000-6536-6538>

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

✓ Rezyume

Tadqiqotga kiritilgan semiz ayollar 2 guruhga bo'lingan: asosiy guruh (I guruh) trombotik va/yoki akusherlik asoratlari tarixi bo'lgan 43 bemorlardan iborat bo'lib, ular standart terapiyadan tashqari (past dozali aspirin + PMG), qo'shimcha statinlar bilan davolash (rosuvastatin yoki atorvastatin) 10-3 oydan boshlab 6 mg dozada. II guruhga an'anaviy terapiya rejimini (past dozali aspirin + PMG) olgan antifosfolipid sindromi bo'lgan 48 (n = 48) semiz bemorlar kiritilgan. Bundan tashqari, biz nazorat guruhida deyarli 30 nafar sog'lom ayolni to'pladik. I va II guruhlarda 10 haftadan oldin homila yo'qotish chastotasi sezilarli darajada farq qilmasligi aniqlandi ($n = 0,9610$), I guruhda 23 bemorda (56,1%) va II guruhda 30 bemorda (56,6%). Xomilalik yo'qotishlar sonini baholashda, u eng ko'p (7 hafta 10 homila yo'qotishlar) 1 bemor (1,9%) guruh II sodir deb topildi, ammo, 3 yuzaga chastotasi (7 bemorlarda - 17,1%) va 5 (3 bemor-7,3%) 10 haftagacha xomilani yo'qotishlar II guruhida yuqori

Kalit so'zlar: antifosfolipid sindromi, semirish, statinlar, koagulyasiya tizimi, rivojlanmagan homiladorlik, antikoagulyantlar, antiplatelet agentlari, sog'lom turmush tarzi, akusherlik asoratlari.

NEW APPROACHES TO OPTIMIZING PRECONCEPTUAL PREPARATION FOR OBSTETRIC ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME IN OBESITY WOMEN

Karimova N.N. <https://orcid.org/0009-0007-9349-8029> e-mail: karimova.nilufar@bsmi.uz
Suleymanova G.S. <https://orcid.org/0009-0000-6536-6538>

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

Obese women included in the study were divided into 2 groups: The prospective group (group I) consisted of 43 (n=43) patients with a history of thrombotic and/or obstetric complications who, in addition to standard therapy (low-dose aspirin + NMH), were prescribed additional statin treatment (rosuvastatin or atorvastatin) in a dose of 10 mg from 3-6 months. Group II included 48 (n = 48) obese patients with antiphospholipid syndrome who received a traditional therapy regimen (low-dose aspirin + MG). In addition, we gathered 30 practically healthy women in the control group. It was found that the frequency of fetal loss before 10 weeks in group I and group II did not significantly differ ($p = 0.9610$), in group I in 23 patients (56.1%) and in group II in 30 patients (56.6%). When assessing the number of fetal losses, it was found that the largest number (7 fetal losses up to 10 weeks) occurred in group II in 1 patient (1.9%), however, the frequency of occurrence of 3 (in 7 patients - 17.1%) and 5 (3 patients - 7.3%) fetal losses up to 10 weeks was higher in the group I.

Keywords: antiphospholipid syndrome, obesity, statins, coagulation system, non-developing pregnancy, anticoagulants, antiplatelet agents, healthy lifestyle, obstetric complications.

Актуальность

В последние годы отдельно принято выделять акушерский антифосфолипидный синдром (АФС), что связано с его особой клинической картиной и особенностями развития и диагностики (1,2). Распространенность АФС во время беременности варьирует в зависимости от исследуемой популяции и критериев измерения антител к фосфолипидам (3). От 7 до 25% необъяснимых повторных выкидышей обусловлены наличием антифосфолипидных антител. У женщин с потерей беременности распространенность антифосфолипидных по расчетам составляет от 4,6% до 50,7% (в среднем 15,5%) (4,5). Механизмы потери беременности при АФС неоднородны, сложны и пока не полностью объяснены. Гиперкоагуляционное состояние, вызванное антителами к фосфолипидам, вызывает инфаркт плаценты и тромбоз, а также васкулопатию спиральных артерий, что снижает нормальный приток материнской крови к межворсинчатому пространству и создает трудности в обмене газами и питательными веществами с плодом (6,7). Это приводит к маточно-плацентарной недостаточности, которая, в свою очередь, приводит к задержке внутриутробного развития, признакам гипоксии (аномальной частоте сердечных сокращений плода), маловодию, дистрессу плода, преждевременным родам или выкидышам. В настоящее время, в дополнение к описанным протромботическим механизмам, ведутся дебаты о возможности прямого вреда антифосфолипидных антител на трофобласт. Кроме того, вероятно, что патогенез раннего привычного невынашивания беременности, связанного с АФС, отличается от поздних осложнений беременности. Имплантация эмбриона в эндометрий является динамическим процессом, в котором развивается ряд событий, тесно связанных с трофобластом и децидуальной оболочкой (9). Любое изменение функционального состояния трофобласта может привести к неудаче имплантации. Эти данные подчеркивают необходимость поисков альтернативной диагностики и лечения для улучшения акушерских результатов (8,10). В мире до сих пор не разработано однозначных рекомендаций по ведению пациенток с ожирением и АФС во время беременности, что служит поводом для поиска диагностических методов. Информированность крайне важна, поскольку позволяет предотвратить его долгосрочные осложнения.

Цель исследования: оптимизировать и усовершенствовать новыми подходами прекоцепционной подготовки акушерского антифосфолипидного синдрома у женщин с ожирением.

Материал и методы исследования

Лабораторное обследование пациентов включало клинический, биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмму (АЧТВ, ПТВ, ПТИ, фибриноген), липидный и липопротеидный

спектр, ИМТ. Методом иммуноферментного анализа проводилось определение антифосфолипидных антител (IgG/IgM).

Результат и обсуждения

Для выполнения поставленной нами цели с 2021 по 2023 годы было проанализировано 93 женщины с различными акушерскими и тромботическими осложнениями в анамнезе с подтвержденным диагнозом антифосфолипидный синдром, установленном согласно пересмотренным критериям антифосфолипидного синдрома, 2006 (австралийские или сиднейские критерии). Женщины с ожирением, вошедшие в исследование, разделялись на 2 группы: Проспективную группу (группа I) составили 43 ($n = 43$) пациента, у которых в анамнезе наблюдались тромботические и/или акушерские осложнения, с циркуляцией антифосфолипидных антител в соответствии с современными классификационными критериями, подтвержденные с интервалом не менее 12 недель у всех включенных женщин до наступления беременности, которым помимо стандартной терапии (низкие дозы аспирина + НМГ) было назначено дополнительное лечение статинами (розувастатин или аторвастатин) в дозе 10 мг от 3-6 месяцев. В II группу вошли 48 ($n = 48$) пациента с антифосфолипидным синдромом с ожирением, которые получали традиционную схему терапии (низкие дозы аспирина + НМГ). Кроме этого, в контрольной группе мы собрали 30 практически здоровых женщин.

Женщины находились в репродуктивном возрасте от 22 до 35 лет, средний возраст в группе I – 28,9 лет, средний возраст в группе II – 27,9 лет. Выявлено, что частота встречаемости потерь плода до 10 недель в группе I и группе II достоверно не различаются ($p = 0,9610$), в группе I у 23 пациенток (56,1%) и в группе II – у 30 пациенток (56,6%). При оценке количества потерь плода выявлено, что наибольшее количество (7 потерь плода до 10 недель) встречалось в группе II у 1 пациентки (1,9%), однако частота встречаемости 3 (у 7 пациенток- 17,1%) и 5 (3 пациенток - 7,3%) потерь плода до 10 недель была выше в группе I. При сравнении частоты спонтанных аборт до 10 недель достоверной разницы не наблюдалось. Самопроизвольный выкидыш или неразвивающаяся беременность до 10 недель отмечались в группе I в 9,6% случаев ($n = 4$), в группе II – в 11,3% случаев ($n = 6$). Выкидыш в сроки 10–22 недель встречался с одинаковой частотой в обеих группах: у 3 женщин (7,3%) – в группе I, и у 4 женщин (7,5%) – в группе II. Плацентарно-опосредованные осложнения, такие как преэклампсия, ПОНРП и ВЗРП были менее распространены у женщин, получавших гидроксихлорохин, чем в группе контроля, однако при стратификации по каждому проявлению они не достигли статистической значимости. Так, преэклампсия умеренной степени наблюдалась у 1 пациентки (2,4%) в 106 группе I, и у 5 пациенток в группе II (9,4%).

С целью нового подхода прекоцепционной подготовки пациенткам первой группы с антиагрегантами, низкомолекулярным гепарином включены статины, а вторая группа получала только стандартную терапию.

Сравнительная характеристика титра и профиля АФА в исследуемых группах продемонстрировала, что достоверно чаще наблюдались антитела к АФС IgG/IgM в титре 40–60 ЕД/мл в группе II (36,6%), по сравнению с группой I, в которой частота встречаемости АФС IgG/IgM составила 15,1%, достоверная разница между группами была значимой ($p = 0,0162$). Титр антител также имеет определенное значение. В то время как, высокие титры антифосфолипидных антител, ассоциированы с большим риском тромботических осложнений. И это объясняет высокую частоту как акушерских, так и тромботических осложнений у женщин в группе II с рефрактерным АФС. Частота других анализов свертывающей системы крови была также выше во II группе, однако достоверно значимой разницы между группами не выявлено.

Анализируя полученные данные, можно сказать, что прекоцепционную подготовку акушерского антифосфолипидного синдрома у женщин с ожирением необходимо проводить заранее, 3-6 месяцев до планированной беременности. Лечение ещё включала в себе правила здорового образа жизни, ограничение сахара и соли и 10 000 шагов в день.

Обсуждение: Беременность является состоянием, при котором риск тромботических осложнений увеличивается в несколько раз. Это связано с гормональными и механическими изменениями, приводящими к стазу в кровяном русле, и с физиологичным повышением уровня факторов свертывания крови. При беременности повышаются уровень фибриногена, факторов свертывания, фактора фон Виллебранда, происходит подавление фибринолиза и уменьшение активности антикоагулянтной системы. Эти изменения в системе гемостаза носят адаптивный характер для того, чтобы защитить женщину от чрезмерной кровопотери в родах. При осложненном

течении беременности адаптивное значение этого процесса утрачивается, что приводит к нарушению баланса в системе гемостаза, развитию прокоагулянтного состояния, и, как следствие, системной эндотелиальной дисфункции и воспаления. Эти универсальные механизмы лежат в основе патогенеза многих акушерских осложнений, включая тромбоэмболические

Заключение

Применение статинов в комплексное лечение акушерского АФС синдрома, обладающего антихолестеринового и выраженного антитромботическими эффектами, в качестве альтернативного метода профилактики повторных акушерских осложнений, связанных с циркуляцией антифосфолипидных антител, оказалось более эффективным по сравнению с традиционной терапией, включающей НМГ и аспирин в низких дозах. Применение статинов в нашем исследовании ассоциировано со снижением титра антифосфолипидных антител на 35%. Применение статинов в качестве альтернативного метода профилактики осложнений беременности, показало значимую эффективность у пациентов с неразвивающейся беременностью и преждевременными родами. Включение статинов к общепринятой схеме терапии (НМГ+ аспирин в низких дозах) является безопасным и эффективным альтернативным методом профилактики неразвивающейся беременности и преждевременных родов со снижением титра антифосфолипидных антител.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аршинов А. В., Левшин Н. Ю., Маслова И. Г. Сердечно-сосудистые осложнения при системной красной волчанке: механизмы ускоренного развития атеросклероза, диагностика, возможности коррекции // Научно-практическая ревматология. 2017; №3.
2. Гемостазиологические аспекты материнской смертности: от патогенеза к персонифицированной терапии и профилактике // Акушерство, гинекология и репродукция. 2018; №1.
3. Головач И. Ю., Егудина Е. Д., Рекалов Д. Г. Поражение почек на фоне антифосфолипидного синдрома // Почки. 2019; №3.
4. Долгушина Н. В., Менжинская И. В., Безнощенко О. С., Муллабаева С. М., Городнова Е. А., Кречетова Л. В. Профиль антифосфолипидных антител и состояние системы комплемента у больных COVID-19 разной степени тяжести // Медицинская иммунология. 2022; №2.
5. Ермакова Д. М., Долгушина Н. В., Менжинская И. В., Ломова Н. А., Вторушина В. В. Антифосфолипидные антитела и исходы программ вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с COVID-19 в анамнезе // Вестник РГМУ. 2022; №5.
6. Кривошеева Е. Н., Комаров А. Л., Шахнович Р. М., Федотенков И. С., Панченко Е. П. Клинический разбор пациента с антифосфолипидным синдромом и субмассивной тромбоэмболией легочной артерии // Атеротромбоз. 2018; №1.
7. Кудрявцева Е. С. Тромбофилия и патология плаценты // Российский педиатрический журнал. 2024; №2.
8. Каримова Н.Н., Киличева О.О. Определение маркеров дисфункции эндотелия у женщин, перенесших массивные кровотечения в родах, с целью предупреждения поздних осложнений // Тиббиётда янги кун. - Ташкент, 2021;3(19):421-424. (14.00.00; №22).
9. Каримова Н.Н., Киличева О.О., Поянов О.Й. Терапия дисфункции эндотелия - предупреждение повторных кровотечений у женщин, с кровотечением в анамнезе // Тиббиётда янги кун. - Ташкент, 2021;3(35/1):199-202. (14.00.00; №22).
10. Karimova Nilufar Nabijanovna, Kilicheva Orasta Obidovna, Poyonov Otaniyoz Yo'ldosh Evaluation of the Effectiveness of the Methods for Determining Endothelium Dysfunctions in Pregnant Women with Obstetric Bleeding in Anamnesis // American journal of Medicine and Medical Science. 2021;11(9):635-639. (14.00.00; №2).

Поступила 20.01.2026