

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

**ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

№ 3-4, 2022 (99-100)

ISSN 2091-5969

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
ВА РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИК
ЯНГИЛИКЛАРИ**

Марказий Осиё илмий-амалий журнали

**THE NEWS
OF DERMATOVENEROLOGY
AND REPRODUCTION HEALTH**

Central Asian Scientific and Practical Journal



СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЕ ПО ИСПОЛНЕНИЮ НАКАЗАНИЙ
А.Р. Рузиев, Л.У. Анварова.....69

REPRODUKTIV YOSH DAGI AYOLLARDA JINSIY A'ZOLAR PROLAPSASINING RIVOJLANISHIDA AJRATILMAGAN BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA DISPLAZIYASINING AHAMIYATI
R.Sh. Urinova, D.D. Saidjalilova.....71

ANAMNEZIDA REPRODUKTIV YO'QOTISHLARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA BACHADON BO'YNI KASALLIKLARI XUSUSIYATLARI
O.R. Shosaidova, N.G. Ashurova.....74

ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Б.Б. Кореев.....75

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА У ЖЕНЩИН С ИНТРААМНИОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Ш.Ш. Рахманова.....77

AKUSHERLIK QON KETISHIGA YUQORI XAVFLI GURUHLAR VA ULARNING AKUSHERLIK ASORATLARDAGI ULUSHINI RETROSPEKTIV O'RGANISH
O.Y. Poyanov, N.R. Zokirova, N.N. Karimova.....78

SOMATIK PATOLOGIYASI BOR QAYTA INSULT BO'LGAN BEMORLARDA REABILITASIYA QILISH CHORALARI
N.Q. Salomova.....81

INTERLEYKIN- 10 (IL-10) NING PREEKLAMPSIYA RIVOJLANISHIDAGI O'RNI: TASHXIS VA BASHORATLASH
F.K. Ahmedov, M.N. Negmatullaeva, A.Sh. Inoyatov.....84

ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
Н.Г. Ашурова.....86

EKSTRAKORPORAL URUG'LANTIRISHI (EKU) MAVJUD HOMILADOR AYOLLARDA HOMILANI KO'TARA OLMASLIK VA TROFOBLASTIK B-GLIKOPROTEIN DARAJASI O'RTASIDAGI ALOQA
D.D. Saidjalilova, D.B. Mirzayeva, H.A. Eshtimirova.....88

EKSTRAKORPORAL URUG'LANTIRISHDAN (EKU) KEYIN AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQNING KECISHI XUSUSIYATLARI
D.B. Mirzayeva, H.A. Eshtimirova, D.D. Saidjalilova.....91

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВОЙ КРАСНОЙ ФЛУОРЕСЦЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ АКНЕ
А.Ш. Алиев.....93

Случай из практики

БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
М.Н. Солметова, А.Ш. Ваисов, М.А. Гафур-Ахунов, Д.Ю. Юлдашева, М.Д. Аллаева.....96

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Г.У. Султанмуратова, Г.С. Бабаджанова, Ж.Б. Назарбаев, Н.М. Керимова.....97

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА
А.Ш. Ваисов, Н.С. Саипова, Ж.К. Рустамов, Г.Ш. Тохтаев.....100

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
Б.Б. Кореев, А.Р. Рузиев.....104

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ВУЛЬВЫ
Дж.Ш. Полатова, В.С. Наврузова.....106

Обзор

ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН
И.А. Ваисов, Ш.А. Юсупова, Ж.М. Умаров.....110

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ
С.С. Арифов, З.Э. Эркинлар.....114

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ТЕЧЕНИИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА
Г.Д. Азизова.....118

ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО АКУШЕРСТВА
А.Б. Ильясов.....122

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МИКРОФЛОРУ КОЖИ В НОРМЕ И ПРИ ДЕРМАТОПАТОЛОГИИ
Б.И. Мухамедов.....126

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС И АЛОПЕЦИЯ
У.А. Таишкенбаева, Ф.Х. Аббосхонова.....130

Юбилей

МАЛИКА САМАТОВНА АБДУЛЛАХОДЖАЕВА
Б.А. Магзупов, Х.З. Турсунов, Р.И. Исраилов.....133

3. Кузнецова И.В., Коновалов В.А. (2014). Нарушения менструального цикла и их гормональная коррекция в контексте стрессозависимых психовегетативных расстройств. Медицинский совет, (9), 12-16.

4. Родина Ю. С. (2005). Рациональный выбор современных гормональных контрацептивных средств при фармакотерапии различных нарушений менструального цикла в подростковой гинекологии. Медицина в Кузбассе, (3), 86-89.

5. Ашурова Н.Г., Рахматова Д.Б. Современный взгляд лечения девушек-подростков с предменструальным синдромом. Тиббиётда янги кун 5(43) 2022. 134-139 стр.

6. Ашурова Н.Г., Бобокулова С.Б., & Зарипова Д.Я. (2022). Characteristics of clinical and laboratory changes in women with hyperandrogenia. 中华劳动卫生职业病杂志2022年13月第40卷第 13 期 chin J Ind Hyg Occup Dis, 2022, Vol.40(13), 413-420.

7. Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive aged women. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 557.

Obstet Gynecol, 2013, 121(4): 891-896.

8. Matteson KA, Abed H, Wheeler TL, Sung VW et al. A systematic review comparing hysterectomy with less-invasive treatments for abnormal uterine bleeding. J Minim Invasive Gynecol, 2012, 19(1): 13-28.

9. Vitale C, Fini M, Speziale G, et al. Gender differences in the cardiovascular effects of sex hormones. Fundamental Clin Pharmacol. 2010;24:675-685. doi: 10.1111/j.1472-8206.2010.00817.x.

10. Ashurova N.G. PREGRAVIDARY PREPARATION OF WOMEN WITH A HIGH GROUP OF PERINATAL RISKS AND INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITALS. European Journal of Research ISSN 2521-3261 № 9-10 (9-10), 2017 ISSN 2521-3253

11. Ashurova N.G, Bobokulova S.B, Jumayeva M.M. Multiple pregnancy as a factor of obstetric complication. New day in medicine. 3 (31) 2020. 271-274 б. ISSN 2181-712X.

EKSTRAKORPORAL URUG‘LANTIRISHI (EKU) MAVJUD HOMILADOR AYOLLARDA HOMILANI KO‘TARA OLMASLIK VA TROFOBLASTIK β -GLIKOPROTEIN DARAJASI O‘RTASIDAGI ALOQA

*D.D. Saidjalilova, D.B. Mirzayeva, H.A. Eshtimirova
Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O‘zbekiston*

Maqolada EKU mavjud homilador ayollarda homilani ko‘tara olmaslik va trofoblastik β -glikoprotein (TBG) darajasi ortasidagi bog‘liqlik o‘rganildi va baholandi, bu esa ushbu ayollarda homilani ko‘tara olmaslikning klinik oldi ko‘rsatkichlarini ishlab chiqishga imkon yaratdi. Eng xavfli ko‘rsatkich bo‘lib trofoblastik β -1-glikoprotein (TBG) miqdorining keskin va sezilarli pasayishi hisoblandi. Agar TBG ko‘rsatkichi 5 marta yoki undan ko‘p kamaygan bo‘lsa, homilaning o‘z-o‘zidan tushib qolishi ehtimoli 100 foizni tashkil qildi. Agar TBG ko‘rsatkichi 2-4 martagacha kamaysa, homilaning o‘z-o‘zidan tushib qolishi ehtimoli 30-33 foizni ko‘rsatdi.

Взаимосвязь изменений уровня трофобластического β -гликопротеина с развитием невынашивания у беременных с экстракорпоральным оплодотворением (ЭКО)

Д.Д. Саиджалилова, Д.Б. Мирзаева, Х.А. Эштимирова

В статье проводится исследование и оценка уровня трофобластического β -гликопротеина (ТБГ) при развитии невынашивания у беременных с ЭКО, что дает возможность разработать доклинический маркер невынашивания у этих женщин. Наиболее опасным является резкое и выраженное уменьшение концентрации трофобластического β -1-гликопротеина (ТБГ). Если показатели ТБГ снизились в 5 раз и более, вероятность спонтанного прерывания беременности составляет 100%. Если показатель ТБГ снижен в 2-4 раза, вероятность прерывания – 30-33%.

Relationship between changes in the level of trophoblastic β -glycoprotein and the development of miscarriage in pregnant women with in vitro fertilization (IVF)

D.D. Saijalilova, D.B. Mirzayeva, H.A. Eshtimirova

The article studies and evaluates the level of trophoblastic β -glycoprotein (TBG) in the development of miscarriage in pregnant women with IVF, which makes it possible to develop a preclinical marker of miscarriage in these women. The most dangerous is a sharp and pronounced decrease in the concentration of trophoblastic β -1-glycoprotein (TBG). If the TBG indicators have decreased by 5 times or more, the probability of spontaneous abortion is 100%. If the TBG indicator is reduced by 2-4 times, the probability of spontaneous abortion is 30-33%.

Muammoning dolzarbligi. Bepushtlik, ya‘ni nasl qoldira olmaslik – inson salomatligi va hayot sifatiga ta‘sir qiluvchi, ijtimoiy va psixologik moslashuvini izdan chiqaradigan jiddiy holatdir [4]. Inson reproduksiyasi sohasidagi fundamental tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, bundan 30 yil oldin bepushtlikni davolashda yangi davr - yordamchi reproduktiv texnologiyalar (YoRT) davri ochildi, bu esa bepushtlikni davolash muammosini boshi berk ko‘chadan olib chiqdi va farzandsizlik mavjud ko‘p sonli oilalarni saqlab qolishga imkon berdi.

YoRT yordamida bepushtlikni davolashda nafaqat EKU ning muvaffaqiyatli tugashi, balki EKU dan so‘ng homiladorlik va tug‘ruqning normal kechishi, shuningdek sog‘lom farzand tug‘ilishi ham muhimdir [1,5]. Shunga muvofiq, EKU natijasida yuzaga kelgan homiladorlikni olib

borish va tug‘ruqni maqbullashtirishga bog‘liq tadqiqotlarni o‘tkazish katta ahamiyatga ega.

Homiladorlik asoratlarini erta tashxislash va ularni prognozlash usuli EKU mavjud homiladorlarda homiladorlik va tug‘ruqni olib borish taktikasini to‘g‘ri tanlash uchun muhimdir.

Bugungi kunda homiladorlik asoratlarini namoyon etuvchi ko‘rsatkichlardan biri bo‘lib trofoblastik β -1-glikoprotein (TBG) hisoblanadi. TBG homiladorlik glikoproteinlari oilasiga kiradi (pregnancy specific glycoprotein; PSG), trofoblast sintisial qavatidan hamda yo‘ldosh hujayralaridan hosil bo‘ladi, so‘ngra ona qon oqimiga tushib, homiladorlik muddatiga mos ravishda ortib boradi [2,3,6].

Shu munosabat bilan, EKUda yuzaga kelishi mumkin

bo'lgan akusherlik asoratlarini klinik oldi bosqichlarida prognozlash va profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirish homilaning erta tug'ilishi, perinatal kasallik va o'limning pasayishiga olib keladi.

Tadqiqot maqsadi: EKU mavjud ayollarda akusherlik asoratlari rivojlanishida trofoblastik β -glikoprotein miqdorining o'zgarish darajalarini o'rganish.

Tadqiqot materiali va tekshirish usullari: EKUdan so'ng 143 nafar homilador ayol Respublika perinatal markazi va «Doktor D EKU Markazi» klinikasida kuzatilgan. Homiladorlik oqibatlariga ko'ra ayollar quyidagi guruhlariga bo'lingan: asosiy guruh – EKU mavjud 86 nafar homilador ayol, ularning homiladorligi tushish bilan asoratlangan (asosiy guruh); qiyosiy guruh – muvaffaqiyatli EKU natijasi mavjud bo'lgan 57 nafafr ayol. Nazorat guruhi homiladorlikning fiziologik kechishi mavjud bo'lgan 30 nafar ayoldan iborat bo'ldi. Tekshiriluvchi ayollarning yoshi 27 yoshdan 38 yoshgacha bo'lgan.

Barcha bemorlarda TBG kontsentratsiyasi homiladorlikning 12-14, 23-24 va 32-33 haftalarida TBG-IFT-BEST (Vector-Best AJ, Rossiya) test tizimini ishlatgan holda immunoferment tahlili yordamida aniqlandi. Barchaga ma'lumki, diagnostik testlarning asosiy xususiyatlari ularning maxsusligi va sezgirligidir. Statistika ma'lumotlarda sezgirlilik va maxsuslik qiymati odatda 70-90 foiz darajasida belgilanadi [5].

Tadqiqot natijalari. Bemorlarning yoshini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, asosiy guruhda 35 yoshdan oshgan ayollar soni (38,4%) nazorat guruhiga (33,3%) nisbatan yuqori ko'rsatkichga ega bo'ldi ($p < 0,05$). Somatik kasalliklar ko'rsatkichlari, bolalikda o'tkazgan yuqumli kasalliklar, tana vazni, tuklanish darajasi, hayz ko'rish funksiyasining xususiyatlari, jinsiy funktsiya, bepustlikning davomiyligi, o'z-o'zidan homila tushishining mavjudligi, anamnezida bachadondan tashqari homiladorlik, bepustlik omillarining uchrash darajasi, qorin bo'shlig'i va kichik to'sda jarrohlik amaliyotlarining turlari va ko'rsatmalari bo'yicha barcha guruhdagi ayollarda statistik farq aniqlanmadi.

Qo'llaniladigan stimulyatsiya protokollarini tahlil qilish, bemorlarning o'rganilayotgan guruhlarida superovulyatsiya stimulyatsiya qilish siklida qo'llaniladigan dorilarning umumiy dozalari ma'lum bo'lgan stimulyatsiya protokollari bir xil chastotada taqdim etilganligini ko'rsatdi.

Tekshiruvdan o'tgan homilador ayollar soni va olingan natijalar asosida perinatal asoratlar va perinatal yo'qotishlar xavfini baholashning balli shkalasi yaratildi.

EKU dan so'ng homilador ayollarda perinatal asoratlar va perinatal yo'qotishlar xavfi darajasi quyidagiga teng bo'ldi: asosiy guruhda – 146 ± 4 ball, qiyoslash guruhida – 115 ± 3 ball ($p < 0,05$).

Barcha ayollar yagona homiladan iborat homiladorlikka ega edi, reproduktiv yoshda bo'lgan, o'rtacha yoshi $32 \pm 3,8$ yoshga ega bo'ldi ($p = 0,65$). EKU mavjud va homila tushishi bilan asoratlangan guruh ayollarining ko'p qismi birinchi tug'uvchi ayollar bo'ldi – $80,2$ (69/86) foiz, shu jumladan ijobiy oqibatli EKU guruhida $87,7$ (50/57) foizni tashkil qildi. Asosiy guruh ayollarida EKU amaliyoti quyidagi ko'rsatmalar asosida o'tkazildi: nayli bepustlik – $19,8$ (17/86) foiz, endokrin buzilishlar – $76,7$ (66/86) foiz, shu jumladan tuxumdon polikistoz sindromi (TPS) – $41,8$ (36/86) foiz, endometrioz – $11,6$ (10/86) foiz, surunkali endometrit – $3,5$ (3/86) foiz. Bir necha omilli bepustlik $30,3$

(26/86) foizni tashkil qildi.

Homiladorlik kechishini tahlil qilganimizda, homilani tushish xavfi yuzaga kelganda quyidagicha statistik farq aniqlandi: asosiy guruh ayollarida $73,3$ (63/86) foiz, qiyoslash guruhida $17,5$ (10/57) foiz ($\chi^2 = 5,693$, $p = 0,017$). Asosiy tadqiqot guruhida yo'ldoshning oldinda kelishi $41,8$ (36/86) foiz hollarda, taqqoslash guruhida $17,5$ (10/86) foiz ($\chi^2 = 1,357$, $p = 0,244$), preeklampsiya $46,5$ (40/86) foiz va shunga mos $21,1$ (12/57) ($\chi^2 = 1,289$, $p = 0,286$) foiz hollarda uchradi.

Tadqiqotimiz shuni ko'rsatdiki, nazorat guruhidagi ayollarda homiladorlikning 12-14 haftasida TBG darajasi $12878,4$ ng/ml dan $24530,2$ ng/ml gacha, o'rtacha $18704,3 \pm 846,2$ ng/ml ni tashkil etdi (1-jadval). Shu bilan bir qatorda, stimulyatsiya qilingan va muvaffaqiyatli natijaga ega bo'lgan homiladorlikda TBG darajasi $44,5$ foizga yuqori natijani ko'rsatdi ($p = 0,031$), bu statistik korrelyasion tahlil natijalarida o'z ifodasini ko'rsatdi ($r = 0,44$, $p = 0,0092$).

1-jadval

EKU mavjud ayollarda homiladorlikning turli muddatlarida trofoblastik β -1-glikoprotein darajasi

Guruhlar	Homiladorlikning 12-14 haftasi	Homiladorlikning 23-24 haftasi	Homiladorlikning 32-33 haftasi
Nazorat guruhi (n=30)	18704,3±2,8	49597,2±1,9	456565,3±2,3
EKU dan so'ng ijobiy oqibat mavjud homilador ayollar guruhi (n=57)	27027,7±3,2 [▲]	73345,4±3,1 ^{▲*}	356805,8±2,8 [▲]
EKU dan so'ng homila tushishi mavjud homilador ayollar guruhi (n=86)	10287,2±2,6 [*]	11270,7±3,1 [*]	108706,1±3,4 [*]

Izoh: * – EKU mavjud guruh ko'rsatkichlarining nazorat guruhi ko'rsatkichlariga nisbatan farqlanishning ishonchlilik darajasi ($p \leq 0,005$); ▲ – ijobiy oqibatli EKU mavjud guruh ko'rsatkichlarining homila tushishi mavjud EKU guruhi ko'rsatkichlariga nisbatan farqlanishning ishonchlilik darajasi ($p \leq 0,0001$).

Asosiy guruhdan homila tushishi mavjud EKU li ayollarda TBG miqdori homila tushishi xavfi mavjud bo'lgan $31,4$ foiz holatda homiladorlikning 12-14 haftasida past natijaga ega bo'ldi ($27/86$) va $10287,2$ ng/ml ni ko'rsatdi. Bunda servikometriya o'tkazilganda bachadon bo'yni $25-30$ mm gacha qisqarishi qayd etilgan. Bunday bemorlarga doktor Arabinning akusherlik pessarisi (homiladorlikning 14-16 haftasida) qo'llanilgan. Ikkala tadqiqot guruhida ham TBG ning eng past darajasi anamnezida endometrioz bo'lgan bemorlarning $9,3$ (8/86) foizida kuzatildi, bu endometrioz mavjud bo'lmagan bemorlarga nisbatan $8,5$ marta ($p = 0,033$) past natijani ko'rsatdi. Bunday natijani korrelyatsiya tahlili ma'lumotlari tasdiqladi. Shunday qilib, TBG darajasi va endometrioz mavjudligi o'rtasida teskari

kuchli korrelyasiya aniqlandi ($r=-0,76$; $p=0,010$).

Nazorat guruhidagi ayollarda TBG ning miqdori homiladorlikning 23-24 haftaligida 43398,1 ng/ml dan 55784,3 ng/ml gacha, o'rtacha 49591,2 ng/ml ni tashkil etdi, bu esa standart ko'rsatkichlarga mos keladi. Holbuki, EKV mavjud homilador ayollar guruhida TBG miqdori 47,9 foizga oshdi ($p=0,017$) va o'rtacha 73345,4 ng/ml ni tashkil etdi (1-jadval). Homiladorlikning ushbu muddatlarida homila tushishi mavjud EKV guruhi ayollarda TBG miqdori keskin kamaydi va o'rtacha 11270,7 ng/ml ni tashkil etdi, bu nazorat guruhidagi ayollarning ko'rsatkichlaridan 4,4 baravar past.

Nazorat guruhida bo'lgan homilador ayollarda 31-32 haftalarda TBG darajasini o'rganish shuni ko'rsatkichi, uning qiymatlari 408346,2 ng/ml dan 504784,3 ng/ml gacha, o'rtacha 456565,3 ng/ml ni tashkil qiladi. Holbuki, EKV va homila erta tug'ilish xavfi bo'lgan homilador ayollar guruhida TBG miqdori deyarli 2 baravar past ($p=0,017$) va o'rtacha 237870,5 ng/ml ni tashkil etdi Homilani saqlovchi terapiyani olgan EKV mavjud homilador ayollar guruhida TBG darajasi oshdi va 356805,8±1268,2 ng/ml ga yetdi, ammo nazorat guruhidagi qiymatlarga yetib bormadi.

EKV amaliyotidan so'ng homilador ayollarning taxminan (81/143) yarmida (56,6%) TBG miqdori past konsentratsiyasi qayd etildi, nazorat guruhida esa faqat 1 holatda (3,3%) past konsentratsiyali TBG miqdori aniqlandi. Nazorat guruhining 50 foizida (15/30) va asosiy guruhning 43,4 (62/143) foizida TBG miqdori me'yordan yuqori bo'ldi.

Yuqoridagi ma'lumotlarga ko'ra, homiladorlikning birinchi yarmida homila tushish xavfi mavjud ayollarda homiladorlikning 12-14 haftasida ushbu asorat uchramagan ayollarga nisbatan TBG 36,5 foizga past bo'lgan ($p=0,049$), homiladorlikning 23-24 haftasida ushbu asorat davolangandan so'ng TBG miqdori 5,1 martagacha keskin oshdi ($p=0,0012$). Bunday asorat kuzatilmagan

hollarda 1,5 marta past ko'rsatkichni namoyon qildi ($p=0,037$). Shunday qilib, homiladorlikning birinchi yarmida saqlovchi terapiya olgan ayollarda homiladorlikning 23-24 haftaligida TBG darajasi 27,9 foizga yuqori natijani ko'rsatdi ($p=0,0497$), bu esa korrelyasion tahlil bilan tasdiqlandi ($r=0,85$, $p=0,019$).

Muddatdan oldin tug'ruq sodir bo'lgan EKV mavjud ayollar guruhida TBG ko'rsatkichlari o'rtacha 108706,1 ng/ml ni tashkil etdi, bu nazorat guruhiga qaraganda 4,2 baravar past.

Homila to'xtatilishi klinik simptomlari bilan homiladorlikning 12-14, 23-24 va 31-32 haftalarida TBG miqdori o'rtasida o'rtacha korrelyasiya ($r=0,55$, $p=0,0034$) o'rnatildi.

Homiladorlikning paydo bo'lish yo'llari (tabiiy yoki EKV yordamida), shuningdek, homiladorlik va tug'ruq kechishi xususiyatlari o'rtasida bog'liq farqlik mavjud bo'lishi mumkin. Ushbu farqlarni o'rganish EKV dan so'ng homilador ayollarda akusherlik va perinatal asoratlarning darajasini kamaytirishga qaratilgan homiladorlik va tug'ruqni differentsial olib borish taktikasini ishlab chiqishga imkon beradi.

Shunday qilib, quyidagi xulosalarni chiqarish mumkin:

- TBG miqdorining keskin va yaqqol pasayishi eng xavfli hisoblandi;

- agar TBG miqdori 5 yoki undan ko'p barobar kamaygan bo'lsa, homiladorlik to'xtash ehtimoli 100 foizni tashkil qildi;

- agar TBG miqdori 2-4 barobar kamaygan bo'lsa, homiladorlik to'xtash ehtimoli 30-33 foizni tashkil qildi.

EKV natijasida homiladorlik yuzaga kelgan ayollarda homiladorlik va tug'ruq asoratlari, homila patologiyasi rivojlanish ehtimoli ko'proq. Shu sababli, EKV usuli qo'llanilgan barcha ayollarni perinatal asoratlari yuqori bo'lgan xavf guruhiga kiritish va ularning homiladorligi va tug'ruqini ehtiyotkorlik bilan boshqarish kerak.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Айламазян Э.К., Пальцев М.А., Крылова Ю.С. и др. Маркеры имплантационной восприимчивости эндометрия: роль и значение в циклах экстракорпорального оплодотворения // Молекулярная медицина. 2014. № 3. С. 3-8.

2. Гурьева В. А., Кургускина Е. А. Причины неудач ЭКО у пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия // Международный научно-исследовательский журнал. 2016. Т.7, № 49. С. 48-54.

3. Боярский К. Ю., Гайдуков С. Н., Пальченко Н. А. Современный взгляд на проблему рецептивности и тонкого эндометрия в программах ВРТ: обзор литературы // Проблемы репродукции. 2013. №4. С. 51-60.

4. Воропаева Е.Е., Чухнина Е.Г., Казачкова Э.А., Казачков

Е.Л., Полина М.Л. Программы вспомогательных репродуктивных технологий: клинические исходы и влияние витамина Е // Акушерство и гинекология: новости мнения, обучение. 2020. Т.8, №3. С.29-38.

5. Ковтун О.П., Плаксина А.Н., Макутина В.А., Анкудинов Н.О., Зильбер Н.А., Лимановская О.В., Синотова С.Л. Информационно-аналитические системы для оценки перинатальных исходов и состояния здоровья детей, рожденных при помощи вспомогательных репродуктивных технологий. Рос вестник перинатол и педиатр 2020; 65:(1): 45-50.

6. Пономаренко К.Ю. Рецептивность эндометрия у женщин с нарушениями в репродуктивной системе // Журнал акушерства и женских болезней. 2017. Т. 66, №4. С. 90-97.