

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №6

*2011 йилдан чиқа бошлаган*

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**AXBOROTNOMASI**



**В Е С Т Н И К**  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела  
Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском  
управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом №  
201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии  
с прилагаемыми правилами, просим направлять  
по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе  
редакционно-издательского отдела ТМА.  
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА № 6, 2023

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

**Главный редактор**

проф. А.К. Шадманов

**Заместитель главного редактора**

проф. О.Р.Тешаев

**Ответственный секретарь**

проф. Ф.Х.Иноятова

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ**

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

**Члены редакционноого совета**

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

**НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ. ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРАКТИКИ**

Нигматова Г.М., Шукуров Ф.И.

**HOMILADORLIK MUDDATIGA ETMASLIGI. SAMARALI AMALIYOTLAR**

Nigmatova G.M., Shukurov F.I.

**MISCARRIAGE OF PREGNANCY. EFFECTIVE PRACTICES**

Nigmatova G.M., Shukurov F.I.

*Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан*

*Ko'pgina tadqiqotlarga qaramay, spontan tushish va erta tug'ilishning chastotasi kamaymaydi. So'nggi yillarda mikronlashtirilgan progesteron preparatlari homilador bachadonga tokolitik ta'sir ko'rsatadigan progesteron etishmovchiligini tuzatish uchun keng qo'llanilmoqda.*

**Kalit so'zlar:** abort, erta tug'ilish, mikronlashtirilgan progesteron preparatlari

*Despite numerous studies, the frequency of spontaneous miscarriages and preterm births does not decrease. In recent years, micronized progesterone preparations have been widely used to correct progesterone deficiency, which has a tocolytic effect on the pregnant uterus.*

**Keywords:** miscarriage, preterm birth, micronized progesterone preparations

**Актуальность проблемы.** Одной из актуальных проблем в современном акушерстве является невынашивание беременности. Частота этой патологии колеблется в пределах 10-25% и служит причиной высокой перинатальной заболеваемости и смертности. В последнее десятилетие на фоне ухудшения экологической ситуации в стране и в мире, урбанизации, увеличения числа иммунодефицитных состояний и стрессов в генезе невынашивания все большее значение приобретают бактериальные и вирусные инфекции. Преждевременные роды и рождение недоношенного ребенка являются серьезной медико-социальной проблемой во всем мире и во всех странах, независимо от их экономического развития [6]. Причиной преждевременных родов могут быть соматические заболевания беременной, такие как артериальная гипертензия, патология сердечно-сосудистой системы, заболевания почек и печени, аутоиммунные состояния и др. [1-3,7].

Ранние преждевременные роды (ПН) характеризуются рождением недоношенного ребенка с экстремально низкой и очень низкой массой тела, что в свою очередь увеличивает частоту перинатальной заболеваемости и смертности. Затраты на уход за такими маловесными детьми также значительны [10]. Немаловажно и то, что около 60% недоношенных детей, рожденных в результате очень ранних (22-27 нед) и ранних (28-33 нед) родов, имеют какие-либо заболевания, около 40% умирают на первом месяце жизни [4,5,9,10]. Таким образом, несмотря на использование современных перинатальных технологий, разработанных ВОЗ и внедренных в неонатологию, выживаемость недоношенных детей существенно не улучшается. Применение токолитиков пролонгирует беременность до 7 дней без существенного влияния на НБ и без явного влияния на перинатальную или неонатальную смертность или неонатальную заболеваемость (ВОЗ). Несмотря на многочисленные исследования в этом направлении, частота самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов не снижается [8, 10]. Все это требует

от врачей повышения качества диагностики угрозы преждевременных родов и лечения, направленного на пролонгирование беременности, что, в свою очередь, повысит жизнеспособность плода и улучшит перинатальные исходы. Применение ультразвуковой диагностики длины шейки матки (цервикометрии) во второй половине беременности позволяет прогнозировать риск НБ [5]. Установление укорочения шейки матки или отягощенного акушерского анамнеза (ОАА) при развитии НБ у беременной позволяет своевременно назначить препараты прогестерона, токолитики, выполнить серкляж [4]. Для коррекции дефицита прогестерона, оказывающего токолитическое действие на беременную матку, в последние годы широко применяют микронизированные препараты прогестерона.

**Целью** данного исследования было определение эффективности микронизированного натурального прогестерона в профилактике и лечении невынашивания беременности.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 60 беременных со сроком гестации 16-30 недель, которые были разделены на 2 группы: 1-я группа – 25 беременных с признаками угрозы преждевременных родов, 2-я группа - 25 беременных с ОАА, имевших репродуктивные потери. Контрольную группу составили 10 здоровых женщин в аналогичные сроки. Всем беременным выполняли УЗИ фетоплацентарного комплекса и цервикометрию в динамике. Для профилактики и лечения, снижения тонуса матки использовали стандартное лечение амбулаторно в течение 14 дней. Беременным назначали физический покой, спазмолитики и микронизированный натуральный прогестерон в виде капсул для перорального или интравагинального использования (Женавит 100мг). Капсулы Женавит представляют натуральный микронизированный прогестерон, получаемый из 2-х растений: Куркума Лонга (Турмерик) и Диоскорея ниппонская (растет только на Дальнем Востоке).

**Результаты исследования.** Возраст обследованных больных колебался от 21 до 38 лет и составил в среднем  $32,4 \pm 4,7$  года. По паритету эта беременность у обследованных женщин 1-й группы была первой у 10, второй - у 12 и четвертой - у 3 женщин. В анамнезе у этих пациенток не было аборт. Во второй группе беременных репродуктивные потери в анамнезе были у всех и были представлены самопроизвольными выкидышами (у 14 женщин), преждевременными родами (у 8 женщин). Течение беременности у большинства беременных 1-й группы осложнялось появлением болей внизу живота с 5-6-й недели гестации, кроме того, 43,5% женщин предъявляли жалобы на мажущие кровянистые выделения из половых путей, что потребовало стационарного лечения у 55,3% женщин, повторные госпитализации с теми же жалобами были у 14 беременных в сроке гестации 16-20 недель. При ультразвуковом исследовании матки выявлено повышение тонуса миометрия, повышенная двигательная активность плода, но размеры плода соответствовали сроку беременности. В 25% случаях при УЗИ выявлено помутнение вод и относительное уменьшение количества амниотической жидкости, что являлось косвенными проявлениями воздействия инфекции на фетоплацентарный комплекс. При ультразвуковой цервикометрии у 41,7% пациенток выявлено укорочение шейки матки до 30 мм, что характерно для клиники угрожающих преждевременных родов.

Во 2-й группе данная беременность чаще осложнялась угрозой прерывания во II триместре в сроки от 14 до 20 недель. Двое пациенток неоднократно госпитализировались в отделение патологии беременных. УЗИ фето-плацентарного комплекса с доплерометрией маточно-плацентарно-плодового кровотока нарушений не выявило. В то же время у большинства беременных при проведении ультразвуковой цервикометрии отмечалось укорочение шейки матки на 4-6 мм, что свидетельствовало о риске преждевременных родов. Все пациентки получали стандартное лечение с включением микронизированного натурального прогестерона вагинально.

Как известно «...прогестерон играет важную роль при имплантации эмбриона, при этом положительное влияние приема прогестерона может быть достигнуто, если применять прогестерон с лютеиновой фазы, а не после определения положительного теста на беременность» (Руководство Европейской Ассоциации репродуктологов и эмбриологов).

Согласно Клинических рекомендаций российских коллег пациенткам с высоким риском на самопроизвольный выкидыш в I-ом и II-ом триместре назначают натуральный прогестерон 200 - 600 мг в день per os или 200 - 400 мг вагинально, при высоком риске на ПР пациенткам во II-ом триместре с 22 недельном сроке назначают натуральный прогестерон 200мг вагинально и в III-ем триместре 200мг в день вагинально до 34 недели беременности.

#### Схема применения ЖЕНАВИТ при риске выкидыша (привычный выкидыш 3 и более потерь до 22 недели)

У пациенток с привычным выкидышем в анамнезе, оптимальным временем начала терапии является прегравидарный этап (положительное воздействие в период имплантации) и продолжение терапии в случае наступления беременности\*

Прегравидарная подготовка СТАРТ с 17 дня МЦ

**200 – 300 мг** вагинально (и per os при необходимости)  
по 2 капсул. на ночь (+ 1 утром per os при необходимости)

При наступлении  
беременности

**100 – 200 мг** (1-2 капсулы вагинально)  
2 раза в день  
до 12 недель беременности



\* Заключение Экспертного Совета по итогам 2-го Всемирного Конгресса медицины матери, плода и новорожденного. «Микронизированный прогестерон в лечении невынашивания» 6.04.2019, г. Лондон, Великобритания

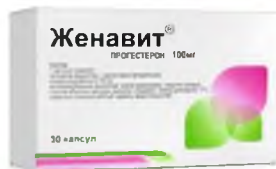
Повторная цервикометрия после двухнедельного курса лечения показала, что применение микронизированного натурального прогестерона у беременных с угрозой прерывания, укорочением длины шейки, а также раскрытием цервикального канала не прогрессирует. Применение микронизированного натурального прогестерона для профилактики

невынашивания также показало стабилизацию длины шейки матки и диаметра цервикального канала, что свидетельствовало об эффективности лечения даже при применении низкой дозы прогестерона. Лечение способствовало дальнейшему благоприятному течению беременности.



## Схема применения ЖЕНАВИТ при

- риске преждевременных родов на сроке до 34 недель или
- с поздним выкидышем >16 нед. в анамнезе, или
- с ИЦН с длиной шейки матки менее 25 мм, шириной ЦК более 10 мм



**С 22-ой по 34 неделю**  
**200 мг**

2 капсулы вагинально перед сном

Заключение Экспертного Совета по итогам  
2-го Всемирного Конгресса медицины матери, плода и новорожденного.  
«Микронизированный прогестерон в лечении невынашивания»  
6.04.2019, г. Лондон, Великобритания

Таким образом, объективным критерием угрозы преждевременных родов является длина шейки матки, определяемая с помощью ультразвуковой цервикометрии. Применение микронизированного натурального прогестерона вагинально оказывает токолитическое действие, что тормозит дальнейшее ее укорочение и способствует сохранению беременности.

Для лечения угрозы преждевременных родов эффективна доза микронизированного прогестерона 200 мг х 2 раза в сутки в течение не менее двух недель. Патологическое течение беременности, отягощенный акушерский анамнез являются показаниями к назначению вагинального прогестерона, который модулирует иммунный ответ матери, подавляет воспалительный ответ, уменьшает сократимость матки, улучшает маточно-плодовый кровоток. Дозу препарата должен определять врач в зависимости от клинических проявлений, риска преждевременных родов, на основании данных цервикометрии.

**Выводы.** 1. Применение микронизированного натурального прогестерона вагинально при угрозе преждевременных родов тормозит укорочение шейки матки и способствует сохранению и пролонгированию беременности.

2. Женщинам с отягощенным акушерским анамнезом по невынашиванию беременности рекомендуется применение прогестерона вагинально для предупреждения укорочения шейки матки и наступления преждевременных родов

#### Литература:

1. Born too soon: the global action report on preterm birth. World Health Organization 2012
2. Clinical Significance of an Alloantibody against the Kell Blood Group Glycoprotein / S. M. Mattaloni [et al.] // Transfus. Med. Hemother. - 2017. - Vol. 44, № 1. - P. 53-57.
3. Manuck T, Fry RC., McFarlin BL. Quality Improvement in

Perinatal Medicine and Translation of Preterm Birth Research Findings into Clinical Care Review Clin Perinatol. 2018 Jun; 45(2):155-163.

4. Muratova, Nigora J., and Nargiza G. Shokirova. "TREATMENT OF PLACENTAL INSUFFICIENCY IN PREGNANT WOMEN WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME AND VARICOSE VEINS." *Oriental Journal of Medicine and Pharmacology* 2.02 (2022): 46-54.

5. Nazli R, Haider J, Khan MA, Akhtar T, Aslam H. Frequency of ABO blood groups and RhD factor in the female population of District Peshawar. //Pak J Med Sci. 2015 Jul-Aug;31(4):984-6.

6. Ramlakhan KP, Johnson MR, Roos-Hesselink JW. Pregnancy and cardiovascular disease. //Nat Rev Cardiol. 2020 Nov;17(11):718-731.

7. Tsaitlin-Mor L, Nir A, Elchalal U, Bdolah-Abram T, Weiniger CF. Outcomes of pregnancy and delivery in women with cardiac disease compared to matched healthy controls.// J Matern Fetal Neonatal Med. 2021 Mar 7:1-7.

8. Tucker J, McGuire W. Epidemiology of preterm birth. BMJ 2004, 329:675. <http://www.bmj.com/content/329/7467/675>

9. Болотских В.М., Борисова В.Ю. Роль определения биохимических маркеров и цервикометрии в диагностике угрожающих преждевременных родов // М.: Акушерство и гинекология. - 2015. - №2. - С.94-98.

10. Суяркулова М.Э., Бабаджанова Г.С. Пути совершенствования перинатальной помощи в профилактике преждевременных родов и перинатальных потерь // Тиббиётда янги кун, МЧЖ, 2021.- №3(35) – С.40-49

#### НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРАКТИКИ

Нигматова Г.М., Шукуров Ф.И.

*Несмотря на многочисленные исследования, частота самопроизвольных аборт и преждевременных родов не уменьшается. В последние годы для коррекции дефицита прогестерона, оказывающего токолитическое действие на беременную матку, широко применяют микронизированные препараты прогестерона.*

**Ключевые слова:** аборт, преждевременные роды, микронизированные препараты прогестерона.

Муминова Н.Х., Мирзакаримова Ш.А. ПОСЛЕДСТВИЯ, ПРИЧИНЫ, СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЕ ИСТОНЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ	Muminova N.Kh., Mirzakarimova Sh.A. CONSEQUENCES, CAUSES, SYMPTOMS AND TREATMENT OF THINNING OF THE ENDOMETRIUM	93
Муратова Н.Д., Бабаджанова Г.С., Турсунова Н.Б. ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНОГО ПОЛНОКРОВИЯ МАЛОГО ТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ	Muratova N.D., Babajanova G.S., Tursunova N.B. DIAGNOSIS AND PREVENTION OF VENOUS PELVIC FULLNESS IN PREGNANT WOMEN TO REDUCE OBSTETRIC COMPLICATIONS	96
Muratova N.D., Babajanova G.S., Tursunova N.B. DIAGNOSIS AND PREVENTION OF VENOUS PELVIC FULLNESS IN PREGNANT WOMEN TO REDUCE OBSTETRIC COMPLICATIONS	Muratova N.D., Miralimova N., Sulaymonova N.J. PREGNANCY MANAGEMENT AND DELIVERY IN VARIOUS TYPES OF UTERINE FIBROIDS	99
Мухаммадиева С. М., Ахмеджанова Г. А. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВОГО КОНТРАЦЕПТИВА ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕВОПЛАНТ ДЛЯ ЖЕНЩИН ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА	Muhammadieva S.M., Akhmedzhanova G.A. PRACTICAL EFFICACY AND SAFETY OF THE PROGESTIN-ONLY LONG-ACTING CONTRACEPTIVE LEVOPLANT FOR WOMEN AT HIGH RISK	102
Нажмутдинова Д.К., Гадоева Д.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ	Najmutdinova D.K., Gadoyeva D.A. CHANOQ A`ZOLARI PROLAPSIDAN AZIYAT CHEKUVCHI AYOLLARNI JARROHLIK AMALIYOTIGA TAYYORLASH BOSQICHINI TAKOMILLASHTIRISH	106
Nazarova D.G., Muratova N.D., Sulaymonova N.J. BACHADONNING YALLIG`LANISH KASALLIKLARI FONIDA ADENOMIYOZLI AYOLLARDA IMMUN TIZIMINING HOLATI	Nazarova D.G., Muratova N.D., Sulaimonova N.J. THE STATE OF THE IMMUNE SYSTEM IN WOMEN WITH ADENOMYOSIS AGAINST THE BACKGROUND OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS	108
Negmadjanov B.B., Rabbimova G.T., Ochilova U.T. HOMILADORLIKDA VULVOVAGINITLARNI DA`VOLASHDA EFIR MOYLARINI QO`LLASH	Negmadjanov B.B., Rabbimova G.T., Ochilova U.T. THE USE OF ESSENTIAL OILS IN THE CLAIM OF VULVOVAGINITES IN PREGNANCY	111
Нигматова Г.М. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ	Nigmatova G.M. NEW APPROACHES IN REHABILITATION OF WOMEN AFTER AMPUTATION OF THE UTERUS AT REPRODUCTIVE AGE	115
Нигматова Г.М., Шукуров Ф.И. НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ. ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРАКТИКИ	Nigmatova G.M., Shukurov F.I. MISSION OF PREGNANCY. GOOD PRACTICES	118
Низамова М.Ш., Саиджалилова Д.Д. КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ТРОМБОФИЛИИ	Nizamova M.Sh., Saidjalilova D.D. CLINICAL AND PATHOGENETIC ASPECTS OF MISCARRIAGE WITH THROMBOPHILIA	121
Олимова К.Ж., Шукуров Ф.И., Ахмеджанова Х.З. ОСОБЕННОСТИ ФОЛЛИКУЛОГЕНЕЗА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ «ПУСТЫХ» ФОЛЛИКУЛОВ	Olimova K.Zh., Shukurov F.I., Axmedjanova X.Z. FEATURES OF FOLLICULOGENESIS IN WOMEN WITH "EMPTY" FOLLICLE SYNDROME	125
Раззакова Н.С., Бекбаулиева Г.Н. ҲОМИЛАДОРЛИҚДАГИ 1-ТРИМЕСТРИДА COVID-19 КАСАЛЛИГИНИНГ РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ	Razzakova N.S., Bekbauliyeva G.N. TO STUDY THE IMPACT OF THE DEVELOPMENT OF COVID-19 DISEASE IN THE 1ST TRIMESTER OF PREGNANCY	129