



ЎЗБЕКISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

FRG'ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

**RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN ONA VA BOLA
SALOMATLIGI ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА**

**«GINEKOLOGIYANING DOLZARB MUAMMOLLARI - O'ZBEKISTONDA
AYOLLARGA AMBULATOR YORDAM: MUAMMOLAR VA YECHIMLARI**

Respublika ilmiy-amaliy konferensiyasi

ILMIY ISHLAR TO'PLAMI

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ-ОКАЗАНИЕ
АМБУЛАТОРНОЙ
ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В УЗБЕКИСТАНЕ: ПРОБЛЕМЫ
И ИХ РЕШЕНИЯ»**

*Республиканской научно-практической
конференции*

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

ФЕРГАНА-29.11.2023

13.	Qosimjonova M.O., Nazarova Yo.X., VITAMINLARNING INSON HAYOTIDA TUTGAN O'RNI VA REPRODUKTIV SALOMATLIKDAGI AHAMIYATI	33
14.	Мадаминов С.М., Джурабаев А.А. О ВОПРОСАХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УРГЕНТНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	35
15.	Мадаминов С.М., Джурабаев А.А. О РОЛИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В МАЛОМ ТАЗУ В ИНИЦИИРОВАННИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	36
16.	Мирзаева Д.Б. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕНА ПРОГЕСТЕРОНОВОГО РЕЦЕПТОРА (PRG) У ЖЕНЩИН С ЭКО	37
17.	Mirzajonova S.A., Tolipova M.B. AYOLLARNING REPRODUKTIV JARAYONLARINING O'ZGARISHI VA IJTIMOY EKOLOGIK MUAMMOLAR.	42
18.	Шорахмедова Н.Ш., Муминова Н.Х. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ	43
19.	Муминова Н.Х., Шорахмедова Н.Ш КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ В АНАМНЕЗЕ	48
20.	Махаматов U.U., Sobirova Sh.H. YURAK KASALLIKLARIDA KERAKLI FOYDALI MASLAXAT	51
21.	Nasriddinova K. P. PREVENTION OF REPRODUCTIVE LOSSES IN UROGENITAL CHLAMYDIOSIS	52
22.	Назаров Б.Б., Ниязметов Р.Э. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ III - IV СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	53
23.	Нигматова Г.М., Мехмонова И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА	54
24.	Sabirova X.G'., Omonova G.Q. REPRODUKTIV SALOMATLIK VA SOG'LOM OILANI SHAKLLANTIRISHDA (Fe) TEMIR ELEMENTINING RO'LI.	58
25.	Рахмонова Ш.Х., Курбанов Б.Б. ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ.	60
26.	Rajabboyeva D.A., Sabirova H.G'. AYOLLAR SALOMATLIGI - SOG'LOM AVLODLAR DAVOMIYLIGINI TA'MINLAYDI.	61
27.	Raximova X.A., Dalijonova M.A. ZIRK O'SIMLIGINING TIBBIYOT VA XALQ TABOVATIDAGI AHAMIYATI	62
28.	Sattaraliyeva H.B. REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN OF FERTILE AGE AND THE INFLUENCE OF VITAMIN D	64
29.	Soliyeva X.A., Abdullyeva L.M SEMIZLIK BOR HOMILADOR AYOLLARDA TEMIR TANQISLIGINI KELIB CHIQISH SABABLARI VA BARTARAF ETISH YO'LLARI.	72

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

Нигматова Г.М., Мехмонова И.

Ташкентская медицинская академия

Ключевые слова : невынашивание, инфекция, беременность

Аннотация. Своевременная диагностика и лечение инфекции способствуют выраженному снижению частоты невынашивания беременности и уменьшению её роли в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности, а также снижению частоты акушерских осложнений при беременности и в родах.

INFEKSION GENEZLI AYOLLARDA MUDDATIGA YETMAGAN HOMILADORLIK VA TUG'ISH JARAYONI XUSUSIYATLARI

Nigmatova G.M., Mehmonova I.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Kalit so'zlar: abort, infektsiya, homiladorlik

Xulosa. infektsiyani o'z vaqtida tashxislash va davolash abort holatlarini sezilarli darajada kamaytirishga va uning perinatal kasallanish va o'lim sabablari tarkibidagi rolini kamaytirishga, shuningdek, homiladorlik va tug'ish davrida akusherlik asoratlari chastotasini kamaytirishga yordam beradi.

CHARACTERISTICS OF PREMATURE PREGNANCY AND PARTURITION IN WOMEN WITH INFECTIOUS GENESIS

Nigmatova G.M., Mehmonova I.

Tashkent Medical Academy

Key words: miscarriage, infection, pregnancy

Abstract. Timely diagnosis and treatment of infection contribute to a significant reduction in the incidence of miscarriage and a decrease in its role in the structure of causes of perinatal morbidity and mortality, as well as a reduction in the frequency of obstetric complications during pregnancy and childbirth.

Одной из актуальных проблем в современном акушерстве является невынашивание беременности. Частота невынашивания в различных странах составляет 5-30% и не имеет тенденции к снижению. В регионах Республики Узбекистан колеблется в широких пределах и в среднем составляет 9,3%.

Невынашивание беременности является острой социальной и медицинской проблемой, отрицательно влияет на здоровье, репродуктивную функцию, трудовую и общественную деятельность женщины, сказывается на семейно-брачных отношениях.

Невынашивание беременности – это многофакторное состояние гестационного периода. По

данным литературы в патогенезе его играют роль иммунные механизмы и нарушения гемостаза, около 25%-эндокринные факторы, 20%-анатомические факторы, хромосомные и другие генетические нарушения (1,2).

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 и связанные с персистенцией возбудителя осложнения в основных системах организма.

Этиологические факторы и патогенетические механизмы невынашивания беременности видоизменяются в соответствии с изменениями окружающей среды и условий существования человека.

В литературе последних лет появились сообщения о роли нарушений плодных оболочек в развитии невынашивания беременности, которые выполняют строго определенную функцию и, соответственно, отличается по своему строению, биохимическому составу и расположению (3,4).

В связи с вышеуказанным **целью** нашего исследования явилось выяснение роли инфекции при разрыве плодных оболочек у женщин с привычным невынашиванием беременности.

Нами ретроспективно изучена 201 беременная, из них 121 беременная с привычным невынашиванием и преждевременными родами сроком от 18 до 34 недель (основная группа) на фоне инфекции и 80 женщин, беременность которых прервана по медицинским показаниям (группа сравнения). Возраст обследованных женщин основной группы находился в пределах от 21 до 30 лет, в группе сравнения преобладали женщины в возрасте 21-25 лет (60%). У женщин с привычным невынашиванием выявляются ЦМВ – 63,6%, ВПГ – 52,9%, что в 6,4 и 5,3 раза чаще, чем у беременных группы сравнения. Несколько в меньшей степени выявлялись хламидии (27,3%), уреоплазма (12,4%) и микоплазмы (5%). Довольно часто выявлялись ассоциаты этих инфекций, особенно ЦМВ с ВПГ или хламидиями.

Анализируя, исходы предыдущей беременностей у женщин с привычным невынашиванием выявлено, что на одну обследованную женщину приходилось 4 беременностей, тогда как в группе сравнения данный показатель был в 1,54 раза меньше и составил 2,6 беременностей. В основной группе из 484 беременностей закончились родами только 144 (29,7%), что в 3,17 раза реже, чем в группе сравнения. При этом преждевременные роды произошли в 76 случаях (15,7%), срочные – в 68 (14,1%), что в 6 раз реже, чем в группе сравнения. В основной группе самопроизвольный выкидыш произошел в 198 (40,9%) случаях, неразвивающаяся беременность – в 129 (26,7%) случаях, аборт по медицинским показаниям был произведен в 13 (2,7%) случаях.

Самопроизвольный выкидыш до 5-6 недель отмечен в 11%, в сроки 7-12 недель – в 11,9% случаях, в сроки 13-20 недель – в 21,4% и в сроки 21-27 недель – в 16,2% случаях. Неразвивающаяся беременность имела место максимально до 12 недель (в 33% случаях), в 6,4%

случаях наблюдалась в сроки 13-27 недель. В основной группе среди 144 сохранившихся беременностей в 76 (52,8%) случаях беременность заканчивалась преждевременными родами: в 10,4% - в сроки 22-27 недель, в 17,4% - в сроки 28-30 недель, в 14,6% - в сроки 31-33 недель и в 20,8% случаях – в сроки 34-36 недель.

Всего перинатальная смертность составила 52,8%. Из них при преждевременных родах перинатальная смертность составила 50%, что в 18 раз чаще, чем при срочных родах (2,8%). При этом антенатальная, перинатальная и постнатальная смертность составила 18; 4,2 и 30,6%, соответственно общей перинатальной смертности.

По анамнестическим данным установлено, что в 72 (50%) случаях отмечена преэклампсия различной степени тяжести и эклампсия. При этом преэклампсия легкой степени отмечалась в 43 (29,9%) случаях, преэклампсия тяжелой степени – в 27 (18,7%) случаях, эклампсия – в 2 (1,4%) случаях. ПОНРП отмечена в 23 (16%) случаях, что в 3,2 раза чаще, чем в контрольной группе, а гипотрофия плода различной степени выраженности отмечена в 64 (44,4%) случаях.

При поступлении в стационар тяжесть состояния женщин была обусловлена степенью выраженности инфекционного процесса и сопутствующей соматической патологией. Развитие невынашиваая беременности инфекционно-воспалительной этиологии было диагностировано в сроки гестации от 18 до 34 недель. Так, 38 (31,4%) женщин поступили в стационар при сроке 18-22 нед., 32 (26,4%) – 23-26 недель, 34 (28,1%) – 27-30 недель и 17 (14%) – 31-34 недель. Анализ особенностей течения настоящей беременности у изучаемых женщин показал развитие угрожающего раннего выкидыша у 54 (44,6%), угрожающего позднего выкидыша у 33 (27,3%) и преждевременных родов у 34 (28,1%) беременных. У 67 (56,4%) женщин отмечен ранний токсикоз. Во время беременности ОРВИ перенесли 98 (81%) женщин, обострение варикозной болезни, заболеваний желудочно-кишечного тракта и хронический пиелонефрит перенесли 81; 9,9; 30,5 и 35,5% беременных, соответственно. Анемия различной степени выраженности отмечена у 112 (92,6%) беременных. Из них анемия I-ой степени отмечена у 94 (77,7%), II-ой степени – у 18 (14,9%) женщин. Кроме того у 74 (61,2%) беременных основной группы обнаружено сочетание более 2-х заболеваний.

Во время настоящей беременности развились многоводие (42,1%), хроническая внутриутробная гипоксия плода (25,8%), СОРП (52,1%).

При оценке чистоты влагалища у беременных нормоциноз не выявлен в основной и отмечен у 10% беременных группы сравнения. Промежуточный тип микробиоценоза выявлен лишь у 20,7% беременных основной, что в 4,1 раза реже, чем в группе сравнения. У каждой второй беременной основной группы был установлен бактериальный вагиноз (47,1%), что в 9,4 раза чаще, чем в группе сравнения. Полимикробная картина мазка с высоким содержанием лейкоцитов, макрофагов и выраженного фагоцитоза обнаруживалась у каждой третьей женщины

с привычным невынашиванием. Среди инфекций, передающихся половым путем, в основном, преобладали ЦМВ и ВПГ (63,6 и 52,9%, соответственно). У каждой 4-й женщины выявлялся хламидиоз, уреаплазмоз и микоплазмоз выявлялись редко. У беременных с невынашиванием часто выявлялись микст-инфекций. Сочетание 4-5 инфекций отмечено у 8 (6,6%) обследованных женщин. Наиболее часто высевались сочетание ЦМВ+ВПГ (25,6%), ЦМВ+хламидии (14%), ВПГ+хламидии (8,3%). Лишь у 30 обследованных (25,8%) беременных выявлены моноинфекции в виде ЦМВ (14%), ВПГ (9,9%) и хламидиоза (0,8%).

У женщин группы риска 32 ребенка (31,4%) родились с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов, однако в течение 1,5-24 часов отмечалось ухудшение состояния, нарастание сердечной и дыхательной недостаточности, инфекционного токсикоза, признаков угнетения или возбуждения ЦНС, в связи с чем дети были переведены в отделение реанимации новорожденных для ИВЛ. Среди детей, находившихся в отделении реанимации новорожденных с диагнозом «внутриутробная инфекция», у 55% диагностирована внутриутробная пневмония микоплазменной и хламидийной этиологии, у 7,8 % - внутриутробный менингоэнцефалит. Клинические проявления инфекционного токсикоза наблюдались у 2,9% детей, из них у 2 генерализованной формы внутриутробной инфекции, у 2 – бактериально-токсического шока, у 1 – внутриутробного омфалита и флебита, у 4 – внутриутробного сепсиса, у 2 – врожденного везикулопустулеза. Гипоксическое поражение ЦНС отмечалось у 73,5% новорожденных.

У женщин контрольной группы в 86% случаев роды произошли в срок. 66,7% детей родились с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов, 33,3% - 8-9баллов.

Таким образом, основными факторами риска невынашивания беременности являются урогенитальные инфекции у женщины, хронические очаги инфекции в её организме, их обострение во время беременности, инфекционные заболевания в период гестации. Следует обращать внимание на наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза (хронические воспалительные заболевания, эндоцервицит, кольпит, невынашивание и недонашивание беременности, бесплодие, рождение больных детей, мертворождения, младенческая смертность. Для внутриутробного инфицирования плода наиболее характерны угроза прерывания беременности, многоводие, наличие дисфункции плаценты, задержка внутриутробного развития плода.

Литература :

- 1.Буданов П.В. Актуальные проблемы лечения беременных с рецидивирующей хламидийной инфекцией// Лечащий врач. - 2017. - №10. - С.78-80.
2. Заплатников А. Л., Коровина Н. А., Корнева М. Ю., Чебуркин А. В. Внутриутробные инфекции: диагностика, лечение, профилактика // Ж. Лечащий врач. - 2015. - № 8 . - С. 54-62.