

**СОМАТИК ПАТОЛОГИЯДА
АКУШЕРЛИК ВА ПЕРИНАТАЛ ЖИҲАТЛАР**



Илмий-амалий конференция материаллари

т.ф.д., профессор А.А. Қодирова

ҳотирасига бағишланади

Тошкент 5.03.2024й.

= 15,7; В 7,6 и 2,6 раза выше, чем в контрольной группе (соответственно). Следует отметить, что аллели HLA-DQA1 * 0401 и HLA-DRB1 * 13 и HLA-DRB1 * 04 могут быть генами, предрасполагающими к бесплодию у женщин, проживающих в Бухарской области Республики Узбекистан. **Выводы (заключение).** Аллель HLA-DQA1 * 0401 и HLA-DRB * 13 могут быть предрасполагающими генами бесплодия у женщин, проживающих в Бухарской области Республики Узбекистан. При обследовании пациенток, страдающих бесплодием, а также при проведении программ IVF необходимо проводить молекулярно-генетические исследования для определения прогноза зачатия и репродуктивных потерь.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕННОРЕИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ МАГНИЯ.

Ходжаева Д.Н.

Ташкентская Медицинская Академия

Болезненная менструация - дисменорея которая, часто встречается среди гинекологических болезней это патологическое состояние, характеризующееся болезненными менструациями. С современных нейрофизиологических позиций его именуют как менструальный болевой синдром, который более правомочен, так как им можно обозначить весь широкий спектр нейровегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных отклонений процесса менструации, сопровождающейся болью в низу живота и поясницы.

Цель исследования: улучшить результаты лечения с использования магния в комплексном лечении больных с ювенильной дисменореей.

Материал и методы. В 2021-2022 годах девочки, страдающие ювенильной дисменореей, были исследованы в

перинатальном центре г. Ташкента. При ультразвуковом исследовании органов малого таза у 40 девочек в возрасте от 13 до 18 лет с жалобами на болезненные менструации были выявлены различные причины вторичной дисменореи: наличие жидкости в заднем отверстии у 10 (25%), аднексит и сальпингит - 9 (22,5%), порок развития матки - 4 (10%), аденомиоз шейки матки - 6 (15%), эндометриоз яичников - 6 (15%) и признаки генитального инфантилизма - 5 (10%). Больные были разделены на 2 группы, 20 пациентов 1-й группы получали стандарт терапию + КОК. Остальным 20 больным 2-й группы назначали стандарт терапию + КОК + Магний. Все пациентки получали стандартную терапию дисменореи, полученную в нашей клинике.

Результаты. Анализ пациентов 1 -й группы (стандартный пот + КОК) показал, что Mg до лечения составлял $0,80 \pm 1,03$, после лечения - $0,95 \pm 0,3$. Магний плазмы в этой группе практически не изменился. Во 2-й группе (стандартный пот - Я + КОК + Магний) у больных до лечения Mg составлял $0,75 \pm 1,01$, после лечения - $1,06 \pm 0,9$. Это свидетельствует о том, что во 2-й группе наблюдалось повышение содержания магния в плазме от состояния гипوماгнемии до верхней границы нормы, что повышало эффективность лечения дисменореи. АД у больных 1-й и 2-й групп составил $125,3 \pm 4,2 / 85,3 \pm 2,3$ и $129,3 \pm 2,3 / 88,0 \pm 1,1$. После лечения он изменился до $122,8 \pm 2,2 / 79,0 \pm 3,1$ и $110,3 \pm 2,0 / 81,33 \pm 0,9$. За время исследования снижение АД в 1-й и 2-й группах составило 4,39% и 11,83% по сравнению с исходным состоянием до лечения. Известно, что артериальное давление достоверно снижалось за счет его гипотензивного и спазмолитического действия у больных, применявших магний. ЧСС снизилась на 10,16 и 29,38% в обеих группах. В связи с относительно лучшим устранением боли при спазмолитическом и обезболивающим действии магния установлено изменение сердечного ритма с тахикардии на нормокардию.

Выводы: 1. При лечении ювенильной дисменореи

применение магния на фоне стандартной терапии повысило эффективность комплексного лечения заболевания.

2. При ювенильной дисменорее гемодинамические показатели относительно лучше стабилизируются под влиянием магния.

3. Препарат магния устраняет гипوماгниемию за счет повышения концентрации магния в крови.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ КАК ФАКТОР РИСКА НЕУДАЧНЫХ ИСХОДОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

М.А. Юлдашев¹, Н.Н. Парпиева¹, Ш.А. Зуфарова²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент, Республика Узбекистан.

²Республиканский центр охраны репродуктивного здоровья населения, Ташкент, Республика Узбекистан.

Актуальность: бесплодие различного генеза остается одной из серьезных проблем в репродуктивной медицине, а неудачные исходы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) продолжают вызывать интерес среди исследователей. Основной причиной трубно-перитонеальной формы бесплодия является генитальный туберкулез (ТБ), который может расцениваться как фактор риска неудачных попыток ЭКО.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ протоколов программ ЭКО с акцентом на генитальный ТБ как причины трубно-перитонеальной формы бесплодия.

Материалы и методы исследования: в период с 2017 по 2023 гг. нами был проведен ретроспективный анализ 309 протоколов программ ЭКО, проводившихся в частной медицинской клинике «Mediofarm-ЭКО», среди которых была выделена группа из 120 женщин с трубно-перитонеальной формой