MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

MINISTRY OF HIGHER AND SECONDARY SPECIALIZED EDUCATION OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

MINISTRY OF INNOVATIVE DEVELOPMENT OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

www.adti.uz December 2, 2022.

International scientific and practical conference on

"MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GYNECOLOGICAL DISEASES".

MATERIALS

Andijan

MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GYNECOLOGICAL DISEASES

SCIENTIFIC EDITOR

M.M.MADAZIMOV

RESPONSIBLE EDITORS

K.Z.SALAKHIDDINOV
J.A.JOHONGIROV
G.N.MAMATKHUJAEVA

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD

D.B.ASRANKULOVA
X.N.NEGMATSHAYEVA
O.A.YAKUBOVA
SH.Y.BUSTANOV

COMPUTER GRAPHICS EDITORS

F.A.ABDULXODIMOV
Y.S.GROMOV

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Абдиева М.А.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность.Многоплодной беременности заключается в значительном числе осложнений во время беременности и родов, повышение удельного веса кесарево сечения, осложнений послеродового и послеоперационного периодов, повышенном уровне антенатальных потерь в различные гестационные сроки, высокой частоте неврологических нарушений у выживших детей Многоплодная беременность составляет в среднем 1-4% от общего количества родов. В настоящее время ятрогенное многоплодие составляет 30-80% многоплодных беременностей, что обусловлено внедрением современных методов лечения бесплодия, включающих гормональную стимуляцию овуляции и экстракорпоральное оплодотворение с переносом эмбриона. Однако истинная частота многоплодной беременности на сегодняшний день в развитых странах достигает 1:50, что в 2 раза больше, чем 20 лет назад 1:101. Даже при современном развитии медицины перинатальная смертность при беременности двойней в 5 раз выше, чем при одноплодной беременности, внутриутробная гибель плода выше в 4 раза, неонатальная – в 6 раз, постнатальная — в 10 раз. Частота церебрального паралича у детей из двойни выше в 3—7 раз, при тройне — в 10 раз. Уровень анте- интранатальных осложнений со стороны матери в 2—10 раз превышает таковой у пациенток с одноплодной беременностью . 70% двух плодных беременностей заканчивается кесаревым сечением.

Цель исследования:Изучение частоты встречаемости осложнений, особенности течения беременности и родов при многоплодной беременности.

Материал и методы:Изучены истории родов 32 беременных с многоплодной беременностью, обратившихся за период 2020-2022 год в Самаркандский областной перинатальный центр. Изучены анамнестические, клинические, лабораторные данные всех обсле-дованных женщин.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследований выявлены следующие:По возрастной категории: Подавляющее большинство (28 женщин-87,5%) женщины были в возрасте от 21 до 30 лет. 4 (12,5%) женщин были в возрасте старше 35 лет. По паритету: первобеременные были 20 женщин (62,5%), повторнобеременные 12 (37,5%) женщин, среди которых часторожающих было 5 женщин. По место жительству горожане были 24 (75%), а сельское население составило 8 (25%) обследованных.

Обращает внимания на себя тот факт, что почти у всех женщин беременность протекала на фоне той или иной экстра генитальной патологии. По частоте встречаемости анемия занимала первое место среди фоновых состояний. У женщины беременность протекала на фоне анемии 1 степени- 16 (50%), у 12(37,5%) 2- степени и у 4 (12,5%)-тяжёлой степени. Гидронефроз диагностирован в 4(12,5%) случаев. Во время беременности страдали ОРИ (34,4%) беременных. Инфекцией мочеполового тракта (ИМТ) страдали 7 (22%) женщин. ИМТ проявились в основном в виде пиелонефритов, циститов.

Показаниями к операции кесарево сечение явились:
- преэклампсия тяжелой степени 9 (28%);
-попоречное положении первого плода 2 (6,25%);
- тазовое положение первого плода 6 (19%);
-тазоголовная диспропорция 3 (9,4%).

Вывод:Таким образом, беременные с многоплодной беременностью являются группой риска на развития акушерских осложнений, как во время беременности и родов, так и в послеродовом и послеоперационном периоде, о чём свидетельствует столь высокая встречаемость таких осложнений, как угроза прерывания беременности (56 %),

гипертензивные состояния (37 %), кровотечения (34 %), частота операций кесарево сечения (62,5%). Увеличение многоплодной беременности в последние годы в определённой степени связано с развитием вспомогательных репродуктивных технологий и с увеличением среднего возраста беременных. Пациентки с многоплодной беременностью остаются в группе высокого риска и по отношению перинатальных осложнений.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

Абдувалиев О.А (научный руководитель –Арзиева Г.Б)
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. Привычное невынашивание беременности (ПНБ) – важная проблема акушерства.

Цель. Изучить полноценность секреторной трансформации эндометрия у женщин с ПНБ ранних
сроков в анамнезе.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 41 женщины (31,8±0,43 лет) с ПНБ ранних сроков в анамнезе. В среднюю лютеиновую фазу менструального цикла (м.ц.) оценивали гистологическую структуру эндометрия (пайпель-биоптат), уровень прогестерона (Prog) в плазме (N 9-89 нмоль/л).

Результаты. У 83% женщин (n=34) гистологическая структура эндометрия (без полноценной секреторной трансформации) соответствовала недостаточности лютеиновой фазы м.ц. Из них у 25 женщин (73,5%) уровень Prog в плазме был ниже 30 нмоль/л (10,0±1,4 нмоль/л), что отражает функциональную неполноценность желтого тела яичника; у 9 женщин (26,5%) уровень Prog в плазме был в норме (58,8±5,7 нмоль/л). У 17% женщин (n=7) от всех обследованных ги-стологическая характеристика эндометрия и уровень Prog в плазме (52,5±12,8 нмоль/л) соответствовали средней лютеиновой фазе м.ц.

Выводы. В генезе ПНБ ранних сроков неполноценная секреторная трансформация эндометрия значима в 83% случаев. Из них у 3/4 жен-щин это обусловлено недостаточным синтезом Prog желтым телом яичника; у остальных, вероятно, – неадекватной рецепцией эндометрия при нормальном уровне Prog. У 17% женщин с нормальным со-стоянием эндометрия возможны другие причины ПНБ.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ В I и II ТРИМЕСТРАХ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ. БЕЗОПАСНОСТЬ. КРИТЕРИИ ПРИМЕНИМОСТИ

Абдувалиев О.А (научный руководитель –Арзиев Г.Б)
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. Дальнейшее внедрение безопасных методов прерывания беременности в I и II триместре особенно у молодых девушек в возрасте до 18 лет и первобеременных является актуальной задачей здравоохранения и направлено на сохранения репродуктивной функции женщин в будущем.

Цель. Анализ эффективности и безопасности медикаментозного прерывания беременности (МПБ) на различных сроках гестации.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный анализ амбулаторных карт и историй болезни женщин, применивших МПБ в I и II триместрах.

Результаты. Выявлена эффективность МПБ в сроке гестации до 22 недель, апробированы различные схемы приема аналогов простагландинов. Определены факторы, влияющие на успешность процедуры МПБ.

Выводы. МПБ является наиболее оптимальным способом прерывания беременности при сроке гестации до 22 недель при отсутствии противопоказаний. Эффективность процедуры более 95 %. Активный акушерский анамнез, курение и возраст от 30 до 38 лет, длительно проводимая терапия, направленная на сохранение беременности являются факторами риска неэффективности МПБ. В виду высокой малоинвазивности метода необходимо дальнейшее повсеместное внедрение данной технологии.

ОСОБЕННОСТИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДОВОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Абдукаримова Н.Г.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, филиал в г. Фергана

Актуальность. Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных продолжает оставаться одной из ведущих причин акушерских и перинатальных осложнений. Значимое место, среди сердечно-сосудистых заболеваний, принадлежит ревматическим порокам сердца, на долю которых приходится 75-80% всех заболеваний сердца.

Среди РПС, особое значение приобретают митральным стенозам (МС). Материнская смертность при легком МС составляет менее 1%, при тяжелом 5%, при фибриляции предсердий достигает 17%.

По мнению большинства исследователей у беременных с митральным стенозом высокая частота развития плацентарной недостаточности.

Цель исследования. Изучение маточно-плацентарно-плодового кровотока у женщин с митральным стенозом (МС).

Материал и методы исследования. Нами предпринята попытка комплексной оценки маточно-плацентарного кровотока, состояния плода у 43 беременных с МС, в сравнении данными 55 практически здоровых женщин с физиологическим течением гестационного периода, у которых беременность закончилась срочными родами с рождением живого доношенного плода с оценкой по Апгар не менее 8 баллов.

Обследование проводилось в сроке 34-40 недель (в среднем 36,6 недель), что было продиктовано необходимостью окончательного определения времени и способа родоразрешения у каждой конкретной беременной.

Результаты исследования и обсуждение. Проведенный анализ результатов доплерометрических исследований у беременных с физиологическим течением гестации показал, что по мере прогрессирования физиологически протекающей беременности наблюдается снижение индексов сосудистого сопротивления в маточных артериях. Наиболее заметно снижался ПИ в МА, который в доношенном сроке беременности составил 0,55±0,02 И ИР 0,35±0,01. В III триместре беременности показатели сосудистого сопротивления в АП составили ПИ 0,75±0,02, ИР 1,14±0,03. Результаты исследования кровотока в аорте плода показали некоторое повышение индексов сосудистого сопротивления и ПИ в СМА составил 1,22±0,03, ИР 0,67±0,02. Перед родами индексы сосудистого сопротивления в аорте плода несколько повышаются, при отсутствии существенных изменений кровотока в СМА плода, что по-видимому свидетельствует о перераспределении кровообращения вследствие созревания головного мозга плода.

Согласно современным данным, одной из главных причин нарушения состояния плода является снижение маточно-плацентарного кровообращения (3,5). Результаты анализа показателей кровотока показали достоверное увеличение индексов сосудистого сопротивления у беременных с МС. Так, показатели сосудистого сопротивления в МА у беременных с МС были выше нормативных величин, ПИ составил 0,69±0,02 против 0,55±0,02 в контроле ($p<0,001$). Известно, что наиболее ранним признаком нарушения

гемодинамики плода является повышение индексов периферического сосудистого сопротивления в АП (3,5).

Что касается показателей кровотока в артерии пуповины, то ПИ было повышено и составило 1,12±0,03 против 0,75±0,02 в контроле (p<0,001). Результаты проведенных исследований показали достоверное увеличение индексов сосудистого сопротивления в АП и СМА плода у беременных с митральным стенозом. У 18 (41,9%) беременных не выявлено признаков нарушения кровотока в средней мозговой артерии, у 5 (11,6%) выявлено достоверное снижение индекса сосудистого сопротивления в СМА плода, что по-видимому, свидетельствовало о компенсаторной централизации кровообращения в условиях сниженной плацентарной перфузии. Показатели кровотока в аорте плода были незначительно сниженными. Увеличение индексов сосудистого сопротивления в СМА при сочетании критического состояния кровотока в АП и аорте плода является свидетельством декомпенсации центральной гемодинамики плода, приводящей к нарушению кровоснабжения жизненно-важных органов, в том числе и головного мозга (2,5).

Выводы. Таким образом, исследования маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока у беременных с МС позволили выявить увеличение систоло-диастолического соотношения маточных артерий, сопровождающихся постепенным снижением конечно-диастолической скорости кровотока при нарастании периферического сосудистого сопротивления, особенно на стороне плацентации.

Исследования кровотока в маточно-плацентарной и фетоплацентарной системе позволяют оценить как степень нарушения плацентарного кровотока, так и компенсаторные возможности плода. Данное обстоятельство приобретает особую актуальность при пороках сердца, сердечной недостаточности у беременных. Изучение кровотока у беременных с МС расширяет возможности диагностики ФПН, определяет степень выраженности и выбор оптимальной акушерской тактики.

МОРФОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ИНТРАМУРАЛЬНОЙ ЧАСТИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ ПОСТНАТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ

Абдулазизов С.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Выявление закономерностей возрастных и видовых особенностей структурной организации желез внутренней секреции и их функционального состояния представляет одну из фундаментальных проблем эндокринологии и морфологии.

Известно, что ведущая роль в сохранении гомеостаза организма и формировании долговременной адаптации принадлежит эндокринной системе. Особый интерес в этом отношении представляет изучение морфофункциональных особенностей щитовидной железы, которая осуществляет широчайший спектр функций лежащих в основе защитно-адаптационных реакций организма и выполняет основополагающую роль в регуляции метаболизма.

Несмотря на обилие научной информации по морфологии щитовидной железы остается много нерешенных вопросов в отношении структурных изменений этого органа при различных физиологических и патологических состояниях организма.

В связи с этим, всестороннее изучение эндокринной системы сельскохозяйственных животных и птицы, в частности, особенности строения и функционирования щитовидной железы, было и остается актуальным, имеет важное теоретическое и практическое значение и требует дальнейших углубленных исследований этой проблемы.

Цель исследования. Целью исследования является изучение морфологии поражений послеродовой части интрамуральной части мочевыводящих путей на ранних стадиях постнатального генеза при экспериментальном гипотиреозе.

Материалы и методы исследования. В ретроспективное исследование были включены 52 амбулаторных пациента в возрасте 16 лет и старше с манифестным гипотиреозом, которые не получали препараты для лечения патологии щитовидной железы и страдали заболеванием мочевыделительной системы, которое могло повлиять на показатели протеинурии.

Результаты исследования. В одноцентровом ретроспективном исследовании 52х пациентов с явным гипотиреозом достижение нормальной функции щитовидной железы с помощью заместительной гормональной терапии левотироксином было значительно связано с улучшением функции почек, характеризующимся снижением протеинурии и креатинина в сыворотке, а также увеличением рСКФ.

Полученные результаты основаны на предыдущих сообщениях о том, что снижение рСКФ у пациентов с гипотиреозом обратимо при заместительной терапии, а также на результатах проспективного обсервационного исследования 2020 года с участием 43х пациентов, которое показало, что у пациентов с тяжелым гипотиреозом лечение левотироксином было связано с повышением рСКФ и снижением протеинурии.

Результаты показывают, что гипотиреоз может быть новым, недооцененным фактором риска почечной дисфункции и что гипотиреоз может быть преимущественно обратим с помощью терапии левотироксином.

Полученные данные также свидетельствуют о том, что пациенты с необъяснимым повышением уровня креатинина в сыворотке должны пройти тестирование на гормоны щитовидной железы для оценки возможного гипотиреоза.

Вывод. На основании проведенного нами исследования мы считаем, что в результате перерождения интрамуральных нервных элементов наступает резкое ослабление, а в некоторых случаях полное исчезновение перистальтической деятельности мочеточников, а следовательно эвакуации мочи.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Абдуллаева Л.М., Турапова М.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Несмотря на прогрессивное развитие медицины, в частности акушерской диабетологии, осложнения гестации и родов, а также перинатальная заболеваемость и смертность при гестационном сахарном диабете продолжает оставаться на высоком уровне.

Частота возникновения преэклампсии на фоне гестационного сахарного диабета составляет в среднем от 25 до 60%, при этом развитие тяжелых гипертензивных нарушений во время беременности возникает у 3-4%. На фоне гестационного сахарного диабета такое осложнение родов, как дистоция плечиков наблюдается в 6,5% случаев. У новорожденных детей частота возникновения перелома ключицы составляет до 20%, развития паралича Эрба – в 8% случаев, развитие тяжелой асфиксии – в 5,5%, нарушения кровообращения мозга - у 20-70 %. В дальнейшем такое отдаленное осложнение, как развитие минимальной мозговой дисфункции возникает у 25-30% детей, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы функционального характера возникают у каждого второго ребенка.

Цель исследования: проанализировать течение беременности и родов, а также перинатальные исходы у женщин с гестационным сахарным диабетом.

Материал и методы исследования: Нами проведение обследование 40 беременных с вновь выявленным ГСД во время беременности. Они составили основную группу. Контрольную группу составили 30 здоровых беременных женщин, сопоставимых по возрасту с основной группой. Анализу были подвергнуты данные течения данной беременности, а также перинатальные исходы. Было проведено полное клинико-лабораторное обследование, а также проанализированы данные анамнеза. Кровь для определения уровня глюкозы плазмы натощак получали в стандартных условиях из кубитальной вены. Исследование проводилось на базе городских родильных комплексов №1, 8, 9 г.Ташкента. Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере с помощью электронных таблиц Microsoft Office Excel 2016 for Windows методами описательной статистики.

Результаты: Установлено, что средний возраст всех обследованных женщин составил 27,1 ± 2,3 года с колебаниями от 22 до 36 лет, т.е. пациентки находились в наиболее оптимальном детородном возрасте. По месту жительства беременных женщин с гестационным сахарным диабетом данные распределились следующим образом : 26 женщин (63%) - жительницы города, 14 (37%) - жительницы сельской местности. При изучении детородной функции установлено, что 8 (21%) женщин были первородящими, 32 (79%) – повторнородящими. Среди повторнородящих 3 (10%) женщин– многорожавшие. Изучение акушерского анамнеза показало, что среди повторно – и многорожавших женщин каждая вторая имела осложнения при предыдущих беременностях и родах. в основной группе, несколько чаще встречается нарушение менструальной функции в анамнезе. На наличие в анамнезе этой патологии указали 9 женщин (25 %) основной группы, в контрольной – 3 (10 %) женщин. Частота бесплодия в анамнезе распределилась приблизительно одинаково в основной и контрольной группах – 10 (28%) и 11 (31%) соответственно. В контрольной группе бесплодие в анамнезе не встречалось. Частота другой гинекологической патологии (диспластические процессы шейки матки («эрозии»), кисты яичников, воспалительные процессы органов малого таза) наблюдалось приблизительно одинаково во всех исследуемых группах. Так, на наличие дисплазии шейки матки в анамнезе указали 10 женщин (28%) основной группы, в контрольной – 6 (17%) женщин.

Кисты яичников были выявлены у 7 женщин (20 %) основной группы, в группе сравнения – у 5 (13%) ,в контрольной группе этот показатель составил 4 (11 %). Миома матки была в анамнезе у 6 женщин (17 %) основной группы, у женщин группы сравнения – 5 (14%), тогда как в контрольной группе этот показатель –4 (11 %).

Самым распространенным экстрагенитальным заболеванием у женщин основной и контрольной группы была анемия – 31 пациенток (88%) и 30 (86%) соответственно. Далее по частоте: заболевания мочевыделительной системы в основной группе у 7 (20%) женщин, из них 6 получили стационарное лечение, а остальные 5 – лечились амбулаторно, в контрольной группе у 8 (23%). Заболевания щитовидной железы – у 4 (11%)женщин основной, в контрольной группе заболевания щитовидной железы не наблюдались. Заболевания печени и желчного пузыря – у 16 (46%) пациенток основной группы, в контрольной – у7 (20%). При этом у 11 (27%) беременных женщин с гестационным сахарным диабетом имело место сочетание 2-х экстрагенитальных заболеваний. Всем женщинам с ГСД при постановке диагноза назначена диетотерапия, при невозможности достижения эугликемии – инсулинотерапия. При анализе данных по течению данной беременности установлено, что наиболее частым осложнением беременности у женщин с гестационным сахарным диабетом явились в I половине – угроза самопроизвольного аборта – в 18% случаев, во II половине - гипертензивные нарушения разной степени тяжести, преждевременное излитие околоплодных вод. При

проведении ультразвукового исследования макросомия обнаружена в 32% случаев, двуконтурность головки у плода – 44%, гепатомегалия – в 20%, спленомегалия – 4%/
При проведении допплерометрии маточно-плацентарно-плодового комплекса в 20% случаев обнаружено нарушение 1 степени, в 25%- нарушение 2 степени. Оперативное родоразрешение проведено в 25 (62%) случаях: в 33 (82%) – в плановом и в 7 (18%) – в экстренном порядке. Показанием для проведения кесарева сечения в 19 (48%) случаях было определение признаков диабетической фетопатии по УЗИ, в 9 (23%) – гестоз различной степени тяжести, в 1 (2,5%) – врожденные пороки развития плода, диагностированные по УЗИ, в 1 (2,5%) – неэффективность подготовки родовых путей, в 4 (6,6%) – острая гипоксия плода, в 2 (3,2%) – аномалии родовой деятельности, в 2 (5%) – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. У 8 (21%) родильниц роды были преждевременными и произошли в среднем в сроке 34 недели. У женщин с ГСД в 38% родились дети с признаками диабетической фетопатии, в контрольной группе таких новорождённых не было. Синдром дыхательных расстройств наблюдался у 5% новорождённых от матерей с ГСД. Нарушения мозгового кровотока были у 12% новорождённых от матерей с ГСД и у 3% детей контрольной группыгруппы. Перинатальная смертность среди новорождённых от матерей с ГСД составила 16%

Заключение: Таким образом, наиболее частым осложнением гестации на фоне гестационного сахарного диабета является угроза преждевременного прерывания беременности, гипертензивные нарушения, нарушения в маточно-плацентарно-плодового кровотока, а также преждевременное излитие околоплодных вод. Перинатальная заболеваемость и смертность новорождённых от матерей с ГСД остаётся высокой и требует принятия комплексного, научно-обоснованного подхода к планированию и ведению беременности у женщин с гестационным сахарным диабетом.

К ВОПРОСУ О ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ДИАТЕРМОЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ В АНАМНЕЗЕ

Абдуллаева Л.М., Сафаров А.Т., Рахимбаева М.Ш.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент
Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. Высокий удельный вес патологических состояний шейки матки в структуре гинекологической заболеваемости предопределяет актуальность данной проблемы. Возникновение патологии шейки матки в основном среди молодых женщин, обуславливает значительную степень опасности малигнизации процесса, а также недостаточную эффективность имеющихся способов лечения. Актуальность проблемы заболеваний шейки матки также обусловлена неблагоприятными последствиями на репродуктивное здоровье женщины [Давидян, О.В.– 2018]. Своевременное выявление и лечение доброкачественных, предраковых состояний и дисплазий шейки матки является важным аспектом профилактики рака шейки матки [Роговская С.И. -2019, Прилепская В.Н-2018].

Цель исследования : Изучить особенности течения беременности у женщин, перенесших диатермоэлектрокоагуляцию шейки матки в анамнезе.

Материал и методы исследования : Под нашим наблюдением находились 33 беременных женщин с диатермоэлектрокоагуляцией шейки матки в анамнезе, которые составили основную группу. Контрольную группу составили 33 условно-здоровых беременных женщин, сопоставимых по возрасту и соматической патологии с основной группой.
В ходе нашего исследования были применены следующие методы исследования : кольпоскопический метод исследования, цитологическое исследование мазков по

Папаниколау, бактериоскопический метод; бактериологический метод; ультразвуковое исследование органов малого таза и шейки матки; оценка биофизического профиля плода.

Результаты: Проведен анализ течения беременности и состояния плода 33 беременных с диатермоэлектрокоагуляцией шейки матки в анамнезе. Установлено, что в обследованных группах возраст беременных достоверно не отличался и составил в основной группе в среднем 24,7±4,9 года с индивидуальными колебаниями от 20 до 35 лет, в группе контроля – 22,3±4,7 с колебаниями от 20 до 32 лет. При изучении детородной функции установлено, что 15% женщин были первобеременные, оставшиеся 85% - повторнобеременные. При изучении сроков наступления желанной беременности установлено, что наиболее часто беременность наступила через 1-2 года после проведения диатермоэлектрокоагуляции шейки матки – у 14 (40%), далее по частоте от 2 до 3 лет – у 12 (35%). До 1 года – у 9 (25%). Из этого следует, что криодеструкция шейки матки не оказывает существенного влияния на наступление желанной беременности.

При анализе течения беременности угроза прерывания встречалась в 32 и 26% случаев в основной и контрольной группах соответственно. Рвота беременных отмечалась в 16% случаев основной и 13% случаев контрольной группах. Развитие фетоплацентарной недостаточности в исследуемых группах не отмечалось. Нарушений развития плода не выявлено ни у одной беременной, ни в одной из исследуемых групп.

Выводы : Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлено, что диатермоэлектрокоагуляция шейки матки являясь эффективным методом лечения различных патологий шейки матки не оказывает в последующем патологического влияния на течение беременности.

ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ

Абдуллаева Л.М., Сафаров А.Т., Солиева М.Х.
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан
Ташкентский Государственный стоматологический институт

Введение: Ожирение у беременных женщин имеет немаловажное значение в практике врача акушера-гинеколога среди экстрагенитальных заболеваний. Риск развития различных акушерских и перинатальных осложнений при наличии абдоминально-конституционального ожирения у беременной женщины повышается. Частота распространения ожирения среди женщин детородного возраста составляет, по данным разных авторов, от 1,8% до 25,3%. В период беременности в разных странах за минувшее десятелетие показатели статистических данных по ожирению варьируют в пределах от 15 % до 38% случаев. При этом показатели среди повторнобеременных встречаются в удвоенном количестве.

Цели исседования : проанализировать влияние ожирения на возникновение осложнений беременности и родов, а также перинатальные исходы.

Материал и методы исследования: Нами проведен проспективный анализ 35 индивидуальных карт беременности и историй родов женщин с алиментарно-конституциональным типом ожирения в период с 2020 по 2022гг. Контрольную группу составили 35 условно здоровых беременных женщин.

Полученные результаты : По степени ожирения распределение в группе сравнения было следующие : 20 пациенток с 1 степенью ожирения (ИМТ от 30 до 34,9), 15 женщин со 2 степенью ожирения (ИМТ 35-39,9). Ожирения 3 степени в исследуемой группе не наблюдалось. Среди них было 6 - первобеременных, 29 – повторнобеременных . Среди повторно беременных 8 были многорожавшими. При анализе течения данной беременности в первой половине в группе сравнения выявлено, что у 11 (31%) женщин

наблюдалась угроза прерывания данной беременности, 7 из них получили стационарное лечение, 4 амбулаторное. Рвота беременных легкой и средней степени тяжести встречалась в группе сравнения у 7 (20%). Во второй половине беременности имели место следующие осложнения : у 24 (68%) пациенток группы сравнения имели место гипертензивные нарушения : ХАГ/ГИБ наблюдались в 14 случаях (40%), преэклампсия легкой степени тяжести была у 8 (23%), преэклампсия тяжелой степени наблюдалась в 2 (7%) случаях. Всем обследованным женщинам было проведено УЗИ матки с проведение допплерометрии МППК . При анализе данных результатов установлено, что частота таких осложнений, как НМППК, многоводие, маловодие, СОРП, пороки развития плода встречались чаще, нежели в контрольной группе. у женщин группы сравнения наблюдалось следующее : родоразрешение в сроке до 28 недель не наблюдалось , в сроке беременности от 29 до 36 недель – у 8 (23%), в сроке гестации от 37 до 40 недель – у 20 (57%), в сроке гестации от 41 недели и выше – у 7 (20%) женщин. В контрольной группе данные следующие : родов в сроке до 28 недель не наблюдалось. В сроке гестации от 28 до 36 недель роды произошли у 4 женщин (12%), в сроке гестации 37-40 недель – у 28 женщин (80%), в сроке от 41 недель и выше – у 3 (9%)женщин.

При анализе данных по способу родоразрешения выявлено, что через естественные родовые пути роды произошли у большинства – 23 (65%) женщин, кесарево сечение произведено у 12 (35) по акушерским показаниям (неубедительное состояние плода – у 3, тазо-головная диспропорция – у 4 , несостоятельность послеоперационного рубца на матке – у 1, 4 – по сочетанным показаниям). Проанализированы данные, касающиеся родового материнского травматизма у исследуемых женщин. Как показал анализ родов, в группе сравнения частота таких осложнений, как разрыв шейки матки встречались в 1 случаях (3%). Разрыв стенок влагалища в основной группе наблюдался в 3 случаях (9%), разрыв промежности 1 и 2 степени в основной группе наблюдался в 5 (14%). Эпизиотомия произведена в группе сравнения у 6 (17%), в контрольной группе – в 3 случаях (9%). Оценка состояния новорожденного проводилась по шкале Апгар на 1 и 5 минутах. На 1 минуте составил 6 баллов, на 5 минуте – 7 баллов. У 2 новорожденных наблюдались дефекты развития (атрезия кишечника). Антенатальная гибель плода наблюдалась в 3 случаях (9%). Следует отметить, что в группе сравнения количество недоношенных детей составило 8 (23%).

Выводы : Таким образом, ожирение способствует увеличению частоты кесарева сечения в популяции. Контингент пациенток с ожирением во время беременности составляют группу повышенного риска развития гипертензивных расстройств, нарушений в маточно-плаценто-плодовом сосудистом кровотоке, гестационного сахарного диабета.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРБЕТОЦИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РОДАХ.

Абдуллаева М.Н. ,Мухитдинова Т.К.
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность проблемы: В акушерской практике кровотечения продолжают оставаться наиболее серьёзной проблемой, так как среди причин материнской летальности они составляют 20-25% (Репина М.А. 1996, Hebert W.N. Cepalo R.C. 1998). В нашей республике, где рождаемость всё ещё остаётся высокой, среди причин материнской смертности гипотонические кровотечения занимают лидирующее место. Не смотря на разработку групп высокого риска развития кровотечения и применения достаточного арсенала для профилактики и лечения окситоцическими средствами, все же существует необходимость применения более совершенных окситоцических веществ длительного и эффективного действия. В последнее время стали применять препарат агонист длительного

действия. В послеродовой матке как считается карбетоцин увеличивает скорость и силу спонтанных маточных сокращений в течении нескольких часов. Показания для применения карбетоцина – предупреждение атонии матки, у рожениц с повышенным риском послеродового кровотечения при оперативном разрешении и родов через естественные родовые пути.

Цель работы: Изучить эффективность карбетоцина в профилактике и лечении гипотонических кровотечений, при осложнений беременности и родов.

Материалы и методы исследования. Для изучения эффективность карбетоцина в предупреждении атонии матки после извлечения ребенка при естественном и оперативном родоразрешении нами обследовано 25 рожениц с высоким риском послеродового кровотечения (крупный плод, двойня, тяжелая преэклампсия, эклампсия, острая отслойка плаценты, острое многоводие, затяжные роды с наслоениям инфицирования, отслойка плаценты при боковом ее предлежания и т.д.).

Результаты исследования: С целью выяснения эффективности карбетоцина для профилактики кровотечения вводили только один раз в/в или в/м, только при рождении ребенка. В последнее время, также для профилактики послеродового кровотечения в третий период родов вели активно и с применением окситацина 10 ЕД в/м после рождения предлежащей части. Но применение карбетоцина в наших исследованиях показали, что из 25 рожениц, кровотечения компенсаторное(≈600мл) отмечалось у 2 женщин, но матка была сократившаяся. У остальных кровопотеря была 150-250мл и матка длительно была плотной. По некоторым показаниям 7 рожениц родоразрешены путем операции КС и во время операций после извлечения плода в/в вводим карбетоцин с целью профилактики кровотечения в течении первых суток не отличалось.

Выводы. Таким образом проведение исследования показали, что применение карбетоцина в родах (после рождения ребенка) является эффективным методом профилактики послеродовых кровотечений из-за длительности его действия на мускулатуру матки.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ В НАШЕМ РЕГИОНЕ.

Абдуллаева М.Н. Мухитдинова Т.К.
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность проблемы: Проблема акушерских кровотечений является острой и актуальной, так как сопряжена с высокими показателями материнской смертности. Каждый год около 585000 женщин умирает от причин, связанных с беременностью и родами ,акушерские кровотечения составляют 27% материнской смертности в мире, по данным Всемирной Организации Здравоохранения. При этом они связаны с гипотонией матки в последовом и послеродовом периоде.

Цель работы: Прогнозирование и изучение причин приводящих к гипотоническим кровотечениям в послеродовом периоде.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 16 женщин с гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде, родивших в 2 роддоме г. Андижан с сентября 2021 по март 2022го года
В контрольную группу с низким риском гипотонических кровотечений входило 10 женщин.

Результаты исследования: Среди наблюдавшихся женщин с гипотоническим кровотечением составили: первородящие 4 (25%), повторнородящие 12 (75%). Из них роды с крупным плодом более 4200гр у 10 женщин(62,5%), вагинальные роды с рубцом на матке у 2 родильниц (12,5%), больше четырех родов в анамнезе 2 женщины (12,5%). Роды проходили

через естественные родовые пути, с целью профилактики кровотечения проводилось активное ведение 3 периода.
Всем женщинам были проведены мероприятия по остановке гипотонических кровотечений согласно протоколу.
Несмотря на проведение мероприятий 2 женщинам(12,5%) с гипотоническим кровотечением произведена лапаротомия, надвлагалищная ампутация матки.
В контрольной группе с низким риском гипотонических кровотечений первородящая 1 женщина (25%), повторнородящие 3 женщины(75%) у 8 женщин(80%) роды прошли без осложнений, только у 2 родильниц (20%) было гипотоническое кровотечение.

Выводы. В группу риска гипотонических кровотечений входят женщины со следующими причинами:
Крупный плод, многоводие, многоплодие, длительные болезненные роды, слабость родовой деятельности, быстрые стремительные роды, ЭГЗ, рубец на матке, предлежание или низкое расположение плаценты.
Для прогнозирования и профилактики гипотонических кровотечений в раннем послеродовом периоде необходимо выявить группы риска и вести роды согласно протоколу.

ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Абдухалилов Ш.А научный руководитель –Арзиева Г.Б
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. В настоящее время с целью диагностики различной инфекции применяется ряд методик, которые различаются между собой чувствительностью, специфичностью, удобством применения, доступностью и ценой. Поэтому разработка новых недорогих и высокочувствительных методик диагностики инфекционного процесса является актуальным на сегодняшний день вопросом.

Цель. Определить уровень эластазной и трипсинподобной активности в биологических средах беременных женщин с инфекционной патологией.

Материалы и методы. Определение эластазной активности производилось с помощью модифицированной нами методики, в основе которой лежит метод центрифугирования. При определении трипсинподобной активности использовали в качестве субстрата бензоиларгинин-р-нитроанилид.

Результаты. При исследовании БАПНА-амидазной активности сывороток крови установлено, что у лиц с инфекционной патологией уровень активности достоверно выше, чем в донорской группе. Также выявлено достоверное повышение уровня эластазной активности сывороток крови у беременных женщин с инфекционной патологией. Обнаружен достоверно более высокий уровень БАПНА-амидазной активности у пациенток без маловодия, чем у женщин с данной патологией.

Выводы. При присоединении инфекционного процесса при беременности уровень эластазной и трипсинподобной активности сывороток крови и амниотической жидкости достоверно увеличивается.
19

К ВОПРОСУ УЛУЧШЕНИЯ ИСХОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН, С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Абидов Ф.О., Бекбаулиева Г.Н., Раззакова Н.С.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность.Частота выявления наружного генитального эндометриоза (НГЭ) при лапароскопии с целью уточнения причины бесплодия составляет 45–55% [Адамян Л.В., Демидова В.Н., Гус А.И. – 2012.]. Эндометриоз является медицинской проблемой, полностью не изученной как с патогенетических, так и с терапевтических позиций сопровождается и часто является причиной бесплодия, дисменореей хронической тазовой болью. Лечение эндометриоза предполагает не только хирургическое удаление эндометриоидных гетеротопий, снижение болевого синдрома, восстановление репродуктивной функции, но и профилактику спаечных процессов. Несмотря на известные преимущества эндохирургических вмешательств на органах малого таза (малая инвазивность, хороший гемостаз, низкая частота послеоперационных осложнений), при их выполнении образуются ожоговые поверхности, выделяется значительное количество вазоактивных веществ, продуктов распада коагулированных тканей, что приводит к локальному нарушению микроциркуляции, повышению коагуляционного потенциала крови и может сопровождаться образованием аутоантител, развитием местной асептической воспалительной реакции и повторным образованием спаек. Улучшение исходов лапароскопических операций может быть достигнуто применением реабилитационных мероприятий.

Цель исследования.Оценить эффективность предложенного нами метода профилактики спаечных процессов при НГЭ у пациенток с бесплодием.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 50 женщин (основная группа) – с НГЭ которым была выполнена операции на придатках матки лапароскопическим методом, и получавших реабилитационную терапию с бовгиалуронидаза азоксимер (Лонгидаза).

Группа сравнения женщины, которым выполнена операции на придатках матки лапароскопическим методом (n=50), которые получали общепринятые лечебно-профилактические мероприятия.

Применялись общеклинические и специальные методы обследования: специальное гинекологическое обследование, клинический анализ крови, гемостазиограмма, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, определение группы крови и резус–фактора, определение гормонов крови, определение в крови RW, HBsAg, антител к HCV и к ВИЧ, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, мазок на степень чистоты из влагалища, заключение терапевта о соматическом статусе пациентки, отсутствии противопоказаний к проведению оперативного вмешательства, регистрация электрокардиограммы, рентгеновские снимки матки и труб–гистеросальпингография (ГСГ), заключение узких специалистов (по показаниям), лапароскопия, ретроспективное и проспективное исследование.

Результаты исследования.Средний возраст обследованных больных составил 28,2±8,38 года.Средний возраст менархе составил 12,7±0,4 лет – в основной и 12,1±0,92 – в группе сравнеия. Возраст начала половой жизни у большинства женщин (65%) был в пределах 18–22 лет. Половую жизнь до 18 лет начали 14 (10,8%) женщин. У обследованных женщин превалировало первичное бесплодие. Первичным бесплодием страдали 68,3% больных основной и 65,0% — в группе сранения, соответственно вторичное бесплодие имели 31,7% женщин — основной и 35,0% –группе сравнения.

Основная жалоба больных были на бесплодие. Из прочих жалоб хотелось бы отметить гипертрихоз, прибавка к массе тела. Их было 6 женщин, и составило 2,2% от всех

обследованных больных. Среди больных основной группы –бесплодие было у 68,3%. Среди женщин группы сравнения фертильность была нарушена у 63,0%) больных (p<0,001).

В ходе выполнения лапароскопии у женщин основной группы интраоперационно было обнаружено: у 33,3% спаечный процесс в области фимбрий из-за НГЭ , расположенный в маточных трубах, у 40,0% определялась непроходимость маточной трубы в ампулярном отделе, у 26,7% больных определяли спаечный процесс II – III степени выраженности. в группе сравнения 45,0% спаечный процесс в области фимбрий, у 20,0% определялась непроходимость маточной трубы в ампулярном отделе, у 35,0% больных определяли спаечный процесс II – III степени выраженности.

Результаты этого исследования показали, что наиболее часто маточная беременность наступала в течение первых 6 месяцев послеоперационного периода в обеих исследуемых группах.

Суммарная частота наступления беременности в течение 12 месяцев у пациенток, которые получали предложенную нами профилактику составила 63,6%, в то время как в группе сравнения частота наступления беременности составила лишь 28,7% при 1 – 2 стадии распространения СП. В случае 3-4 стадии СП частота наступления беременности составила лишь 18, 9% в основной группе, и 9,1% - в группе. сравнения Результаты показали, что вероятность наступления беременности является достоверно выше у пациенток 1 группы (p<0,05), которые получали предложенную нами профилактику и составила 63,6% при 1-2 стадии распространения СП в первые 6 месяцев после операции. Наименьшая частота наступления маточной беременности отмечена нами через 6 - 12 месяцев после операции.

Выводы.Таким образом, полученные результаты проведенного исследования показали целесообразность проведения реабилитации рецидива спаечного процесса путем включения в комплекс терапии послеоперационном периоде препарата Лонгидаза (бовгиалуронидаза азоксимер).

ЗНАЧЕНИЕ ТКАНЕВОГО КАЛЛИКРЕИНА В ОПТИМИЗАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Аваков В.Е, Ибрагимов Н.К, Кенжаев Л.Т.
Ташкентская медицинская академия.

Резюме: Во всём мире, закрытой черепно-мозговой травмой — это клиническое состояние, характеризующееся дисфункцией головного мозга, возникающей при повреждении внешней механической силой, заставляющей мозг быстро менять свое положение внутри черепа, при этом резко изменяется структура и функции головного мозга. Каллидиногеназа - тканевой калликреин, компонент калликреин-кининовой системы, оказывает защитное действие от церебральной ишемии.

Ключевые слова: закрытая черепно-мозговая травма тканевой калликреин (каллидиногеназа), ВЧД, ЦПД, САД, М-эхопульсограмма.

Цель исследования. Улучшение показателей гемодинамики с применением каллидиногеназы в комплексном лечении больных с ЗЧМТ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 20 пациентов в возрасте от 20 лет до 65 лет с изолированной закрытой черепно-мозговой травмой и угнетением уровня сознания от 5 до 12 баллов по шкале комы Глазго, в том числе 4-5 баллов – 3 (15%), 6-8 баллов – 11 (55%), 9-12 баллов – 6 (30%). У всех больных был диагностирован ушиб головного мозга тяжелой степени. Мужчин был 13 (65%), женщин – 7 (35%). Всем больным проводили ВЧД (инвазивно – при возможности - люмбальные пункции с манометрией и неинвазивно (качественно) с помощью переносного диагностического ультразвукового аппарата (Комплексмед, Россия) путем М-эхо пульсации 3 желудочка мозга (нормальное,

умеренное и выраженное повышение ВЧД). САД и САД определяли по формуле ЦПД = САД - ВЧД, САД = (АДС + 2АДД)/3. Больным 2-й группы на 5-е сутки вводили Калген внутривенно разведенный в 100 мл физиологического раствора в дозе 0,15 ЕД. со скоростью 1,6 мл/ч на 5-е сутки.

Результат исследования. На момент поступления в первой группе больных и на 5–10-е сутки значения М-эхопульсограммы (Р.%) и ВЧД (мм.рт.ст) составляли 64,3 ± 2,4, 34,4 ± 1,1, 16,6 ± 1,3 и 27,5 ± 2,5 18,0 ± 1,1, 12,5 ± 0,5. Соответственно наблюдалось снижение выраженной, умеренная и нормальных значений ВЧД. А также второй группе больных вышеизложенных показатели составляли 63,5±2,6, 30,4±1,1, 12,6±1,3 и 25,5±2,5, 14,0±1,1, 10,5±0,5. Это свиделъствует о снижении показателей ВЧД и М-эхопульсограммы в обеих группах через 10 дней лечения (на 55,6 и 73,7%) и (на 59,8 и 78,6%) соответственно. В первой группе болъных ЦПД увеличилось на 39,8 и 44,7 % на 5 и 10 сутки по сравнению с исходным результатом. Во второй группе болъных прирост составил 42,4 и 45,9% соответственно. Параллельно САД в первой и второй группах улучшилось до (23,4 и 29,6%) и (25,3 и 33,8%) соответственно по сравнению с исходным показателем на этапах лечения.

Выводы. 1. После применения препарата Каллидиногеназы отмечено снижение ВЧД и параллельно повышение показателя ЦПД, что приводит к уменьшению зоны ишемии в головном мозге.

2. Отмечено явное сокращение сроков пребывания в отделении реанимации и более быстрое восстановление из коматозного состояния.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С АПЛАЗИЕЙ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

Адилова М.Н., Негмаджанов Б.Б., Раббимова Г.Т.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность исследования. Врожденная маточно–вагинальная аплазия или аплазия Майера-Рокитанского-Синдром-Кюстера-Хаузера (MRKH) характеризуется несросшимися зачатками матки, аплазией шейки матки и влагалища, но нормальным или гипопластическим двусторонним придатком и клинически проявляется первичной аменореей. Пациенты с MRKH имеют нормальное развитие женского фенотипа и кариотипа (46, XX) и заболеваемость 1 на 4000 или 5000 новорожденных (Cheroki et al. 2006).

Синдром гиперандрогении (ГА) представляет собой важную проблему современной эндокринной гинекологии. По данным литературы у 10–20% женщин обнаруживают те или иные признаки ГА. Кроме того, ГА не только медицинская, но и социальная проблема, поскольку, кроме нарушения менструальной функции, приводит к различным косметическим дефектам (избыточной жирности кожи и волос, развитию акне). Помимо косметических проблем, ГА приводит к психоэмоциональным реакциям, снижающим качество жизни женщин, а также к социальным проблемам, связанным с ограничениями в выборе профессии и трудоустройстве.

Литературных данных об эндокринологических особенностях состояния яичников при аплазии матки и влагалища мало, и они имеют разноречивый характер. Поэтому изучение пациенток с аплазией влагалища и матки в сочетании с гиперандрогенией яичникового генеза, особенностей клинических и диагностических критериев являются актуальными.

Целью исследования явилось улучшение результатов диагностики гиперандрогеии у пациенток, с аплазией влагалища и матки.

Материал и методы исследования: исследования проводились в отделении детской гинекологии многопрофильного медицинского центра и частной фирме «Доктор шифо», для осуществления цели были обследованы 85 пациенток с аплазией влагалища и матки.

Средний возраст пациенток составил 27,8 лет. Пациентки были разделены на 2 группы: основная группа – пациентки с аплазией влагалища и матки в сочетании с симптомами гиперандрогении), группа сравнения - пациентки с аплазией влагалища и матки без проявлений гиперандрогении.

Результаты исследования: анализ обследования пациенток показал, что основной жалобой и причиной обращения пациенток к гинекологу явились у всех 100% отсутствие менструаций, в анамнезе была соматическая патология в 76% - пороки мочеполовой системы в виде аплазии одной почки и нефроптоза, у 32%, тазовой дистопии у 18%, у 8% - удвоение единственной почки. У всех больных вход во влагалище заканчивался слепо в виде ямки глубиной 0,5-4 см. У 96% больных основной группы отмечались признаки гиперандрогении (рост волос на лице и теле по мужскому типу; появление на коже акне; выпадение волос на голове (алопеция); снижение тембра голоса (барифония); изменение телосложения (маскулинизация) с расширением плечевого пояса и сужением объема бедер). Наиболее значимым симптомом в диагностике гиперандрогении явился гирсутизм. Напротив, угревая сыпь или себорея чаще являлись результатом изменения метаболизма андрогенов. В связи этим, у всех пациенток определялось гирсутное число по сумме индифферентного (степень оволосения предплечий и голеней) и гормонального чисел (степень оволосения остальных 9 областей тела), используя классическую 4-бальную шкалу Ферримана-Голлвея D.Ferriman и J.Gallwey. В основной I клинической группе гирсутное число более 12 баллов по шкале Ферримана-Голлвея выявлено у 37,6 %, в 52 % случаев - гирсутное число находилось в пределах пограничной зоны от 8 до 11 баллов.

На УЗИ матка определялась в виде 2 мышечных валика или не определялась вообще. В 1-ой группе – средний объем яичников составил 11,4 см^{3,} тогда как в группе сравнения объем яичника составил 8,1 см ^{3}. Гормональный фон характеризовался повышенным содержанием тестостерона 7,1 нмоль/л, повышение ЛГ до 20,2 мМЕ/л и диагностически значимое снижение антимюллерового гормона у больных основной группы до 4,4 нг/мл ($p<0,05$).

Заключение: таким образом, у больных основной группы на УЗИ наблюдались поликистозные яичники. Эндокринный статус характеризовался гиперандрогенией при достоверно более низких значениях АМГ по сравнению с группой сравнения. Показана информативность данного показателя со степенью тяжести дисфункции яичников у больных с аплазией влагалища и матки в сочетании с гиперандрогенией. По результатам исследования удалось выделить преимущественно овариальную форму гиперандрогении у пациенток с аплазией влагалища и матки.

ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Азизова Г.Д.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

Актуальность. Клинические проявления гиперандрогении (ГА) многообразны, позволяющие врачу при первичном обращении пациентки сформировать гипотезу, т.е. с высокой степенью вероятности предположить наличие или отсутствие тех или иных отклонений в ее гормональном статусе и определиться с уровнем поражения.

Цель исследования. Изучение состояние овариального резерва и функционального состояния яичников у пациенток с гиперандрогенией в зависимости от генеза.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 346 женщин от 18 до 35 лет с клиническими проявлениями ГА и нарушением репродуктивной функции, обратившихся в консультативную поликлинику РСНПМЦАГ. Проанализированы

данные анамнеза заболевания, характер клинических проявлений ГА и особенности становления менструального цикла, ультразвуковое исследование матки, яичников, щитовидной железы и гормональное обследование (АМГ и ингибин В). Мы проводили ультразвуковое исследование на современном УЗ аппарате экспертного класса MindrayDC-70 с чувствительностью датчика 7,5 МГц, предпочтение отдавали трансвагинальному доступу.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе проведенных исследований проанализированы анамнез заболевания, показатели объективного и антропометрического исследования, проведено ультразвуковое исследование матки и яичников, щитовидной железы. Возраст обследованных женщин варьировал от 18 до 35 лет, что в среднем составил 25,8±3,28 года.

На основании результатов анализа характера и выраженности оволосения преимущественно на верхней губе и подбородке, наличии акне, себореи, андрогенной алопеции, раннее начало менархе, нарушение менструальной функции в виде олиго или ановуляции, время появления гирсутизма: с периода менархе и по данным УЗИ увеличение объёма яичников за счёт гиперэхогенной стромы с множеством антральных фолликулов свыше 12-15 шт, диаметром от 2 до 9 мм, расположенных по периферии яичников нам удалось сформировать I ую - группу женщин, что составило 227 пациенток (65,6 %) и выдвинуть гипотезу о ГА яичникового происхождения.

Изучение анамнестических сведений позволило предположить этиологию надпочечниковой гиперандрогении: - семейный анамнез по эндокринной патологии и, в частности, бесплодию и невынашиванию, в т.ч. по мужской линии родства, что предполагает наличие ферментного блока в стероидогенезе при неклассической форме врожденной дисфункции коры надпочечников (НФ ВДКН); позднее менархе; - время появления гирсутизма: до начала менструаций - с адренархе; низкий рост пациентов; на основании распространенного гирсутизма преимущественно рост волос в области поясницы, внутренней поверхности бедра и перианальной области, клиторогегалии, охриплости голоса, выраженное облысение по мужскому типу, средний объём яичников составил 9,8±0,21 см^3 и количество антральных фолликулов не превышало 9-10 шт. Полученные данные позволили предположить что выявленная ГА возможно надпочечникового генеза и сформировать II- ую - группу женщин, что составило 119 (34,4 %) пациенток.

Из общего количества обследуемых женщин при ультразвуковом исследовании у 227 (65,6 %) пациенток обнаружили значительное увеличение объёма яичников за счёт гиперэхогенной стромы, в среднем объём левого яичника составила 15,68±0,5 см^3, правого яичника 13,84± 0,37 см^3 (в норме составляет 8,6±0,3 см^3); с множеством фолликул - в среднем слева 15,08±1,5 шт, справа 16,4±0,97 шт; диаметром 2-9 мм и в среднем слева составил 6,25±0,4 мм, справа 5, 7± 0,8 мм в диаметре, расположенных по периферии яичников. Общая площадь стромы составила 2,4±0,6см^2. У 119 (34,4%) женщин наблюдалось незначительное увеличение объёма яичников средний объём яичников составил слева 9,2±0,4 см^3 и справа 9,8±0,21 см^3 количество фолликулов не превышало 8-10 шт, в среднем составило слева 10,5±0,8 шт и справа 11,03±1,06 шт, диаметром фолликулов от 4 -12 мм, в среднем слева 6,83±0,3 и справа 7,5±0,32 ячеистой структуры. Результаты подсчета антральных фолликул показал, что у 227 (40,8%) число антральных фолликулов (ЧАФ) и объём (V) яичника больше в среднем составляет ЧАФ-18,08 ± 1,5 шт и V- 14,76± 0,43 см^3 , и у 119 (21,4 %) ЧАФ-10,5 ± 0,8 шт и V- 9,5 ± 0,3 см^3 .

Следующим этапом проведенных исследований явилось исследование внутрияичниковых механизмов формирования нарушений менструального цикла и репродуктивной функции путем изучения содержания уровня пептидных гормонов АМГ и ингибина В у женщин с ГА и нарушением репродуктивной функции в зависимости от генеза гиперандрогении. В настоящее время актуальным является поиск информативных маркеров для дифференциальной диагностики нарушений репродуктивной функции у пациенток с ГА

в зависимости от генеза. Наряду с изучением центральных механизмов регуляции фолликулогенеза большое внимание уделяется внутрияичниковым факторам. Одним из значимых механизмов регуляции фолликулогенеза определяющих рост и дифференцировку фолликулов являются ингибин В и АМГ.

Показатели АМГ были выше почти в 2 раза в I-ой группе, чем во II-ой группе и в среднем составляет 9,2± 0,26 нг/мл и 4,7 ±0,2 нг/мл, соответственно. По литературным данным уровень АМГ в плазме пациентов с СПКЯ в два или три раза выше среднего и начинают снижаться на пять лет позже, чем у здоровых женщин, наши данные созвучны с данными литературы. Weerakiet и соавт. заявили, что уровни АМГ в плазме могут быть маркером степени нарушения фолликулогенеза у пациентов с СПКЯ. Показатели ингибина В в I-ой группе составил в среднем 112,8± 3,2 pg/ml, во II-ой группе 93,3 ±4,05 pg/ml. Показатели ингибина В в I-ой группе был незначительно выше, чем II- ой группе. По результатам исследования A. Tsigkou et al. (2008), у пациенток с СПКЯ отмечалось значительное повышение уровня только общего сывороточного ингибина, в то время как уровень ингибина А имел тенденцию к снижению, а уровень ингибина В не отличался от такового у здоровых женщин. Противоречивость результатов исследований диктует необходимость дальнейшего изучения роли ингибина В при различных вариантах ГА.

Выводы: Таким образом, число антральных фолликулов (ЧАФ) и объём (V) яичника в I-ой группе был больше в среднем составляет ЧАФ-18,08 ± 1,5 шт и V- 14,76± 0,43 см3 , чем во II-ой группе ЧАФ-10,5 ± 0,8 шт и V- 9,5 ± 0,3 см3. Показатели АМГ выше почти в 2 раза в I-ой группе, чем во II-ой группе и в среднем составляет 9,2± 0,26 нг/мл и 4,7 ±0,2 нг/мл, соответственно. Показатели ингибина В в I-ой группе был незначительно выше и составил в среднем 112,8± 3,2 pg/ml, во II-ой группе 93,3 ±4,05 pg/ml. Противоречивость результатов исследований диктует необходимость дальнейшего изучения роли ингибина В при различных вариантах ГА. Для оценки механизмов и глубины овариальной дисфункций у женщин с СГА учетом генеза избыточной секреции андрогенов необходимо проведение молекулярно-генетических исследований.

МИОМА МАТКИ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Акрамова А., Олимова А., Илхомжонова С.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность: Миома матки (ММ) занимает лидирующее место в структуре гинекологических заболеваний у женщин фертильного возраста большинство стран мира. (Р.А.Карамян, И.М. Ордиянц «Миома матки: взгляд на проблему»). Миомой матки считают доброкачественную опухоль моноклониального происхождения, развивающуюся из гладкомышечных клеток и содержащую различное количество соединительной ткани.(Адамян Л.В. «Состояние репродуктивной системы у больных доброкачественными опухолями внутренних гениталий и принципы восстановительного лечения»). У пациенток репродуктивного возраста наличию лейомиомы нередко сопутствуют аномальные маточные кровотечения (АМК), реже межменструальные кровотечения. АМК встречаются примерно у 40-50% женщин с миомой в репродуктивном возрасте. Хирургическое лечение ММ остается ведущим единственным способом хирургического лечения, приводящим к полному излечению, является операция в объеме тотальной гистерэктомии, вместе с тем миомэктомию рассматривают в качестве наиболее актуальной операции у женщин репродуктивного возраста. (В.А.Хорьковский, Д.Р. Асатрян «Миома матки: взгляд на проблему).

Цель Исследования: изучение частоты встречаемости хирургического лечения миомы матки среди женщин молодого возраста.

Материалы И Методы Исследования: Был проведен ретроспективный анализ среди пациентов России, Узбекистаном и США. Изучены и сравнены данные пациентов этих стран.

Результаты Обследования: Среди пациентов России и США частота встречаемости хирургического лечения больше, чем в Узбекистане. В России среди 100% женщин 74% соглашаются на оперативное лечение, удаление матки; в США 88%; а в Узбекистане только 46% женщин соглашаются на хирургическое лечение. Все они после проведенной операции пожизненно применяют гормоны.

Выводы: Таким образом, по проведенным анализам хирургическое лечения является более эффективным лечением, так как при консервативном лечении может не измениться рост миомы матки и привести к маточному кровотечению, что может быть опасным на жизнь женщины. Поэтому, женщинам рекомендуется следить за нормальным менструальным циклом, проходить 2раза в год медицинское обследование. При обнаружении миомы матки нужно начать консервативное лечение уже на ранних этапах, чтоб не привело к миомоэктомии.

ДИНАМИКА ЦИТОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Алиева А.З., Эседова А.Э., Идрисова М.А.
Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность темы.Изучение состояния врожденного и адаптивного иммунитета у беременных женщин с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы продолжает оставаться актуальным, прежде всего, по причине того, что, несмотря на интенсивность исследований, распространенность данной патологии не снижается. Так, по данным авторов (Фадеев В.В., 2012; Андреева Е.Н. и др., 2015), репродуктивные потери беременных женщин, страдающих аутоиммунным тиреодитом щитовидной железы продолжают оставаться высокими (57%). Причем эти потери в указанных группах женщин возникают преимущественно (80%) в первой половине беременности.

Известно, что реакции врожденного иммунитета осуществляются, главным образом, макрофагами как материнской, так и плодной части плаценты (Сельков С.Д. и др.,2011, Павлова Т.В., Малютина Е.С.,2011). Однако в представленных работах упускается роль в этих процессах нейтрофилов материнской крови. Они, хотя и относятся к фагоцитарным клеткам, играющие важную роль в противоинфекционной защите организма, но это не единственный способ реализации ими своих эффекторных функций. Известно участие нейтрофилов в адаптивном иммунитете с помощью своих медиаторов. При этом не следует забывать и о функциональных возможностях циркулирующих нейтрофилов. Ведь еще И.И. Мечников ввел понятие “внутрисосудистое воспаление”, т.е. отмечал о возможности фагацитоза циркулирующими лейкоцитами. Проведенные в последующем исследования показали, что нейтрофилы крови способны к фагоцитозу не только микробов но и немикробных антигенов, а также иммунных комплексов (Маянский А.Н., 1995). И поскольку в патогенезе многих осложнений беременности лежит поступление антигенов плода в материнскую кровь, из-за неэффективного выполнения барьерной функции плацентой, нельзя не учитывать роль в нем и нейтрофилов крови.

Цель исследования. Выяснения роли изменений иммунологических и цитохимических показателей лейкоцитов периферической крови беременных женщин с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы в механизме развития акушерских и перинатальных осложнений.

Материал и методы исследования. Обследованы 82 женщины в разные сроки гестации с диагнозом диффузный токсический зоб, которых разделили на группы

в соответствии с функциональным состоянием щитовидной железы: в первую группу вошли 22 женщины с диффузным токсическим зобом, выявленным до беременности или в ее ранние сроки, и получавшие заместительную терапию. Вторую группу составили 19 пациенток с диффузным токсическим зобом, выявленным во второй половине беременности, не получавшие заместительную терапию. В группу сравнения были включены 20 женщин с физиологическим течением беременности при сроке 21–39 недель гестации, без патологии щитовидной железы. В контрольную группу вошла 21 практически здоровая женщина – доноры Республиканской станции переливания крови, сопоставимые по возрасту с женщинами других групп. Всем пациенткам проводили общепринятую для беременных оценку следующих параметров: сбор анамнеза, физикальное и акушерское обследование, биохимическое и ультразвуковое исследования акушерского статуса и щитовидной железы. Функциональное состояние щитовидной железы оценивали по содержанию свободные трийодтиронин и тироксин, тиреотропный гормон, интитела к тиреопероксидазе и антитела к тиреоглобулину в крови. Проведенные цитохимические исследования включали определение активности миелопероксидазы, содержание катионных белков, а также гликогена и липидов в нейтрофилах крови. Активность миелопероксидазы в мазках крови выявляли по Грехэм–Кноллю в модификации Р.П. Нарцисова. Содержание катионных белков определяли по В.Е. Пигаревскому с использованием прочного зеленого. Для выявления гликогена использовали метод по MacManus, а липидов – по Shechan. Полученные результаты обрабатывали в программе SPSS 6.0 на персональном компьютере методом вариационной статистики. Проводили расчеты средней арифметической (М), ошибки средней арифметической (м). Достоверность сравниваемых величин определяли по Стьюденту с вычислением критерия Р. Разницу считали достоверной при уровне различий 0,05 и меньше ($P < 0,05$).

Результаты исследования. Активность миелопероксидазы в нейтрофилах крови женщин с физиологическим течением беременности (группа сравнения) сходна с таковой в контрольной группе. В первом триместре беременности процент нейтрофилов с умеренным и высоким содержанием окрашенных гранул имеет тенденцию к снижению, что отражается на величине среднего цитохимического показателя.

Выводы. В нейтрофилах крови женщин с физиологическим течением беременности отмечаются низкие показатели активности миелопероксидазы. Они более выражены у пациенток с диффузным токсическим зобом. Рассматривается мнение, что это может быть связано с участием миелопероксидазной защитной системы клеток наряду с «утилизацией» плодных антигенов и в деградации тиреоидных гормонов. У беременных пациенток с диффузным токсическим зобом в нейтрофилах выявлено, параллельно с миелопероксидазой, снижение содержания гликогена и липидов. Эти сдвиги следует объяснить тем, что функция деградации тиреоидных гормонов, как аналога фагоцитарной, нуждается в энергетическом и пластическом обеспечении. Установленные в работе изменения цитохимических показателей нейтрофилов крови у беременных женщин с диффузным токсическим зобом, по-видимому, являются фрагментом общей компенсаторной реакции организма. Представляется, что она нацелена на поддержание физиологического уровня тиреоидных гормонов в крови, столь важного для нормального развития плода.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С КРУПНЫМ ПЛОДОМ

Аликулова М. (научный руководитель –Арзиева Г.Б)
Самаркандский государственный медицинский университет, Республике Узбекистан

Введение. В мире существенно возросла частота родов крупным плодом, что в целом сказывается на показателях перинатальной заболеваемости и смертности.
Цель. Определение оптимального способа родоразрешения беременных с крупным плодом.
Материалы и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ 160родов крупным плодом в
В контрольную группу вошли 250 женщин с массой плода <4 кг, сопоставимых с 1 группой по возрасту и паритету родов.

Результаты. Родовой травматизм в основной группе составил 60%:травмы ШОП–42%, переломы ключиц–7%, кефалогематомы-6%, внутрижелудочковые кровоизлияния–5%. В контрольной группе диагностированытолько подвывихи в ШОП–10%.В основной групперодильниц зарегистрированы: расхождение лонного сочленения–12%; разрыв промежности I ст.–23%, II ст.–12%, шейки матки I ст.–16%, II ст.–5%. Только 18% женщин 1 группы имели роды без осложнений. Неблагоприятными факторами возникновения родового травматизма, перинатальной заболеваемости, послеродовых осложнений у беременных с крупным плодом являются: отсутствие родов в анамнезе, срок гестации более 39 нед., АКО II-III ст., гестационный сахарный диабет и мужской пол плода. Каждому значимому фактору был присвоен балл, сумма которых определяла метод родоразрешения.

Выводы. Сумма баллов от 0-5 предполагает безопасные естественные роды;6-9 - является относительным показанием, а более 10 - абсолютным показанием к плановому кесареву сечению.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Артикова С.Г.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является наиболее распространенным эндокринным расстройством у женщин репродуктивного возраста во всем мире. СПКЯ определяют как гетерогенное заболевание, основными клиническими признаками которого являются нарушения менструального цикла, бесплодие, гиперандрогения и гирсутизм.

Распространенность СПКЯ зависит от этнической принадлежности, экологических и генетических факторов, а также критериев, используемых для его определения. Так, например, известно, что низкая масса тела при рождении и воздействие андрогенов на плод могут способствовать развитию фенотипа СПКЯ в течение жизни.

Цель исследования. Оценка эффективности комплексной метаболической терапии у пациенток с СПКЯ.

Материалы и методы исследовани. Под наблюдением находились 37 женщин с СПКЯ в возрасте от 19 до 32 лет. Больные были рандомизированы на две группы. 1-я группа состояла из 18 женщин, получавших комплексную терапию по общепринятой методике. 2-я группа включала 19 женщин, которым в дополнение к базисной терапии был включен метаболический комплекс фирменных препаратов.

Результаты исследования. Длительность заболевания составила 4,21±0,65 года. Возраст наступления менархе составил 12,98±1,8 года, позднее менархе у 2 (8,5%)

пациенток. Аменорея диагностирована у 6 (16,2 %) пациенток, олигоменорея - у 7 (18,9 %). Около 90% пациенток имели первичное бесплодие.

Висцеральное ожирение отмечено у 8 (21,6%) пациенток, инсулинорезистентность – у 8 (21,6%), функциональная гиперпролактинемия у 6 (16,2%). У 19 (52,4%) пациенток ИМТ находился в пределах нормы и составлял в среднем 23,3, у них отсутствовали явные андрогензависимые дерматопатии, гирсутизм. При УЗИ диагностировано увеличение объема яичников: объем правого яичника составил в среднем 15,5 см3, левого – 14,8 см3. На фоне терапии у пациенток 1-й группы положительная динамика отмечена на 13±1,02 сутки, у пациенток 2-й группы – на 9±1,02. Объем яичников у пациенток 1-й группы уменьшился в 1,2 раза; у пациенток 2-й группы – в 1,5 раза.

Выводы. Таким образом, женщины с СПКЯ подвержены риску развития метаболических нарушений, включая ожирение, инсулинорезистентность, дислипидемию. Кроме того, нередко у данной категории пациенток наблюдаются психические расстройства, включая депрессию, тревогу, биполярное расстройство и нарушение пищевого поведения.

Поэтому так важно подобрать адекватное лечение, которое будет направлено не только на устранение клинических проявлений СПКЯ, но и на профилактику развития возможных осложнений.

Правильная диагностика и лечение СПКЯ необходимы для решения проблем пациенток, связанных с реализацией фертильной функции, а также для предотвращения метаболических, эндокринных, психиатрических и сердечно-сосудистых осложнений.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НАСЛЕДСТВЕННОЙ ДИСФИБРИНОГЕНЕМИЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Артикова С.Г.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Основная причина смертности в мире – сердечно-сосудистые катастрофы и тромбоэмболии, сообщает ВОЗ. И это связано не только с вредными привычками, неправильным питанием и образом жизни. Каждый десятый из нас является скрытым носителем наследственной тромбофилии – «поломок» в генах гемостаза, которые в 3, 7 а то и в десятки раз увеличивают склонность к тромбозам.

Тромбофилия – это патологическая склонность крови к повышенному свертыванию. Выявить ее можно по генетическим маркерам с помощью исследования венозной крови. Сама патология не лечится, но ее осложнения – тромбоз глубоких вен, ТЭЛА, инфаркты и инсульт, невынашивание беременности, – можно успешно предупредить мерами профилактики.

Наследственная дисфибриногенемия - редкое заболевание, вызванное мутациями в гене фибриногена.

Цель исследования. Целью работы явился анализ трех случаев беременности и родов пациенток с наследственной дисфибриногенемией.

Методы исследования. Анализ трех случаев беременности и родов пациенток с наследственной дисфибриногенемией. Диагноз наследственной дисфибриногенемии был подтвержден генетически. У пациенток предстояли первые роды. У пациентки М. в анамнезе отмечался один самопроизвольный аборт. У остальных пациенток беременность была первой.

Результаты исследования. У пациентки М. в 24 недели развилась гестационная гипертензия, в 32 недели – тяжелая преэклампсия, осложнившаяся преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, массивной кровопотерей. Пациентка была родоразрешена путем операции кесарева сечения. В послеоперационном периоде трансфузия свежезамороженной плазмы и криопреципитата в течение 8 суток, тромбопрофилактика

низкомолекулярным гепарином в течение 2 недель. Через 22 дня после родоразрешения у пациентки развился тромбоз суральных вен правой голени. Проводилась терапия тромбоза. Выписана на 14 день с положительной динамикой и рекомендациями продолжить антикоагулянтную терапию.

У двух других пациенток в течение беременности и перипартальном периоде терапия включала комбинацию трансфузий криопреципитата и медикаментозную тромбопрофилактику с применением низкомолекулярного гепарина Клексан. Комбинация инфузии криопреципитата и антикоагулянтная терапия поддерживала баланс между гипо- и гиперкоагуляцией во время беременности. У этих пациенток - самопроизвольные срочные роды. Послеродовая кровопотеря не превышала допустимых значений. В послеродовом периоде продолжалась трансфузия криопреципитата для достижения уровня фибриногена более 1,0 г/л и тромбопрофилактика низкомолекулярным гепарином в течение 6 недель.

Вывод. Необходимо использовать многодисциплинарный командный подход для лечения дисфибриногенемии во время беременности.

АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ, ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ

Ахмаджонова Г.М., Нигматшаева А.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Самопроизвольное прерывание беременности является актуальной проблемой современного акушерства и гинекологии и влечет за собой не только демографические потери, но и нарушает репродуктивное, социальное и психологическое благополучие женщины. Частота невынашивания беременности составляет от 10 до 35% желанных беременностей. Научный интерес к проблеме невынашивания беременности возрастает в связи с появлением новых диагностических возможностей, позволяющих уточнить этиологические факторы и по-новому подойти к выяснению патогенетических механизмов невынашивания беременности, неустановленный генез которых в ее структуре составляет 25-57%.

Цель исследования: изучение частоты антифосфолипидного синдрома на малых сроках беременности у женщин с привычным невынашиванием.

Материал и методы. Были обследованы 1200 женщин, обратившихся в родильный комплекс по поводу привычного невынашивания беременности на наличие антифосфолипидного синдрома.

Анамнестически установлено, что эти женщины неоднократно лечились в стационаре, где на основании проведенных исследований причину невынашивания и других осложнений беременности выяснить не удавалось. Надо отметить, что большинство этих женщин во время беременности получали лечение, направленное на сохранение беременности - лечение фето-плацентарной недостаточности, противовоспалительное лечение, но, несмотря на это, очередная беременность заканчивалась неудачно.

Результаты исследования.

При обследовании у 169 (14,08%) женщин было выявлено нарушение свертывающей системы с преобладанием гиперкоагуляционного потенциала, у 815 (67,91%) – TORCH инфекции, у 345 (28,75%) – нарушение системы гемостаза с преобладанием гипокоагуляцинного потенциала, у 3 (0,25%) – истмикоцервикальная недостаточность, у 200 (16,66%) – гормональные нарушения, антифосфолипидный синдром - у 15 (1,25%), которые бы могли стать причинным фактором репродуктивных потерь у данного контингента.

Отбор беременных и обследование проводили на базе ЦНИЛ совместно с кафедрой акушерства и гинекологии АГМИ и родильного комплекса №2 г. Андижана. Исследования

проводились в период нахождения их на стационарном лечении по поводу различных осложнений беременности.

В дальнейшем были изучены лабораторные данные 169 женщин с нарушением гемостаза. Возраст обследованных колебался от 18 до 35 лет. Обследовались основные звенья гемостаза – активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПВ), протромбиновый индекс (ПИ), рекальцификация плазмы (АВР), тромботест, фибриноген по Рутбергуна, определение количества тромбоцитов в периферической крови на базе ЦНИЛ и биохимической лаборатории клиники Андижанского Государственного медицинского института.

Изучение системы гемостаза показывает общую тенденцию к гиперкоагуляции прокоагулянтного звена. При оценке прокоагулянтной активности плазмы отмечается тенденция к увеличению АЧТВ у 11 (28,94%) пациенток основной группы в первом триместре у 4 (22,22%) беременных во втором триместре и у 5 (13,15%) беременных в третьем триместре. Параметры показателя АВР также были выше у основной группы пациенток по сравнению с контрольной (P<0,001).

Изучение толерантности к гепарину существенных изменений не определяет. Значительной тенденции увеличения данного показателя не выявляется, хотя было выявлено понижение его, начиная с момента обследования. Проведенные нами исследования показывают, что данные между показателями тромботеста были незначительными, в то время как имеется достоверное повышение показателей фибриногена по Рутбергу.

Таким образом, по нашим данным у пациенток с нарушением системы гемостаза было отмечено повышение прокоагуляционного потенциала, которая развивается раньше, чем гиперкоагуляция, связанная с адаптационным механизмом гемостаза.

ИММУННАЯ СИСТЕМА БЕРЕМЕННЫХ И ЦИТОМЕГАЛОВИРУС

Нигматшаева А.Р., Ахмаджонова Г.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Материнский организм, иммунная система которого достаточно компетентна, вынашивает в себе эмбрион, ткани которого наряду с материнскими несут отцовские антигены. Супрессия иммунного ответа беременной способствует выживанию плода и защите его от иммунной агрессии со стороны матери. В то же время, состояние беременности как естественной модели физиологической имммуносупрессии создает условия для возникновения или активации латентно протекающей инфекции. В свою очередь, по некоторым данным, ЦМВ сам по себе также способствует супрессии клеточного звена иммунитета.

Цель исследования

Изучение состояния иммунной системы беременных, инфицированных цитомегаловирусом.

Нами проведено обследование и наблюдение 102 беременных с ОАА, у которых при обследовании выявлен ЦМВ (основная группа). Иммуноферментным методом определяли специфические анти-ЦМВ-антитела классов IgM и IgG.

В качестве контрольной группы выбраны 30 повторнобеременных, не инфицированных ЦМВ.

Учитывая вышеизложенное, нами проведены иммунологические исследования крови инфицированных ЦМВ беременных, находившихся под нашим наблюдением.

В результате наших исследований специфические анти-ЦМВ-антитела класса IgM обнаружены у 36 беременных, что составило 35,3%. Эти беременные вошли в I группу. Из 102 беременных, находившихся под наблюдением у 66 (64,7%) обнаружены специфические анти-ЦМВ-антитела IgG-класса, которые составили II группу.

Антитела IgM в основной группе в I триместре обнаружены у 10, во II триместре – у 23, в III триместре – у 3. В процентном отношении – соответственно 34,5 %, 44,2 %, 14,3%, т.е. частота обнаружения IgM наиболее высока в II триместре, а к концу беременности частота обнаружения IgM значительно низкая. В контрольной группе антитела класса IgM не обнаружены.

Анти-ЦМВ-антитела класса IgG к ЦМВ как представлено в таблице, обнаружены: у 19 – в первом, у 29 – во втором, и у 18 беременных в третьем триместре. Хотя в количественном отношении в большие сроки иммуноглобулины класса G обнаруживались у малого количества женщин, в процентном отношении к концу беременности наблюдается нарастание их частоты – 65,5%, 55,8 %, 85,7 % соответственно.

Нарастание в процентном отношении частоты обнаружения IgG-антител к ЦМВ к III триместру вероятно связано с реактивацией эндогенной ЦМВИ.

О значительной активации ЦМВИ при беременности свидетельствует выявление у 9 (13,6%) из всех беременных, находящихся в третьем триместре IgG-антител к ЦМВ в высокой концентрации.

В контрольной группе специфические IgG-антитела выявлены всего у 10% обследованных беременных.

Оценка клеточного звена иммунной системы проводилась раздельно в 2-х группах с учетом активности ЦМВИ. У большинства пациенток с ЦМВИ I триместре беременности имеется значительное снижение содержания Т-лимфоцитов.

Таким образом, дисбаланс клеточного звена иммунной системы беременных, инфицированных ЦМВ, проявляется повышением субпопуляции лимфоцитов CD8+ и CD16+, а также понижением CD3+ и CD4+ и иммуноре-гуляторного индекса.

Выявленные нарушения в системе иммунитета, его гуморального и клеточного звена, ведущие к различной акушерской и перинатальной патологии требуют проведения адекватной иммунокоррегирующей терапии.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ СЕТЕВОЙ ПРОГРАММЫ «SIZ ONA BO`LASIZ» В МЕДИЦИНСКОЙ ПОДДЕРЖКЕ И ИЗМЕНЕНИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ, СОЦИАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ ЖЕНЩИН С СПКЯ.

Ахмедова М.Т.
ЭКО Центр «Siz Ona bo`lasiz»

Актуальность темы.Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является наиболее частой причиной ановуляторного бесплодия и эндокринных нарушений у женщин раннего репродуктивного возраста. Женщины с СПКЯ имеют высокие показатели ожирения и повышенную распространенность факторов риска серьезных заболеваний, таких как резистентность к инсулину, дислипидемия, диабет и т. д. Ожирение широко распространено среди бесплодных женщин, примерно 30-50% женщин с СПКЯ имеют избыточный вес или ожирение, что увеличивает гиперинсулинемию, нарушает менструальный цикл, способствует ановуляторному и овуляторному бесплодию за счет изменения дисбаланса между эстрогенами, андрогенами и глобулином, связывающим половые гормоны, и снижают эффективность лечения бесплодия. Проведенные исследования показывают, что СПКЯ не имеет моногенного типа наследования, а носит характер мультифакториального заболевания со значительным влиянием факторов внешней среды, основными из которых являются малоподвижный образ жизни и диета с избытком легкоусвояемых углеводов и насыщенных жиров. Существует множество традиционных методов лечения женщин с диагнозом СПКЯ, пытающихся забеременеть, однако они могут быть неэффективными или даже нанести больший вред их здоровью. Лечение СПКЯ начинается с изменения образа жизни, диеты и физической активности. Потеря веса может помочь восстановить фертильность и овуляцию,

а также улучшить резистентность к инсулину. Также важным компонентом женского бесплодия считается жизненный стресс и давление, с которыми сталкиваются женщины в Узбекистане.

Цель исследования.Изучение влияния современных социальных образовательных инструментов, предоставляемых через группу в приложении «Telegram», под названием «Siz Ona Bo`lasiz» («Ты станешь матерью») для женщин с СПКЯ на улучшения индекса их здоровья, достижение овуляции и наступление беременности.

3. Что уже известно

Материалы и методы исследования.Исследование проводилось в телеграм-группе ЭКО центра «Сиз Она Буласиз» («Ты станешь матерью»). В этом исследовании, с 1 января 2021 г. по 1 февраля 2022 г. были отобраны 361 женщин репродуктивного возраста от 20 до 41 года с подтвержденным диагнозом СПКЯ и ановуляторным бесплодием из 5912 участников группы, у которых наблюдались улучшение общего самочувствия, снижение симптомов СПКЯ и наступление беременности в течение года. Средний возраст участников составил 25.8 ± 3.9. Пациентки были разделены на 2 группы: 274 (100%) из которых имели положительные результаты (основная группа) и 87 (100%) женщин без результатов (группа сравнения).

Для участия в исследовании участникам был необходим телефон с поддержкой приложения Telegram (https://telegram.org), у которого был выход в интернет, приложение для измерения шагов (10 000 шагов в день) и калорий, камера для записи и отправки ежедневно потребляемой еды и проделанной физической активности, а также психологическая помощь, которая включала как непосредственные консультации психологов, так и записи тематических видеороликов и др.

Каждый день участники присылали фотографии или скриншоты своих шагов, потребляемой еды и воды, а также веса. Каждый понедельник они заполняли анкету о качестве жизни, физической активности, поведении и других изменениях («Качество жизни Всемирной организации здравоохранения (WHOQOL)»). Участники еженедельно взвешивались в легкой одежде на весах. Каждый месяц измеряли окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ). Каждые 2 месяца участники заполняли анкеты PHQ-9 (PHQ-9 Depression Test Questionnaire | Patient, no date), чтобы увидеть изменения психологического здоровья, уровень депрессии и реакцию на лечение.

Результаты исследования.По результатам исследования, пациенты с СПКЯ, которые были физически активны, перешли на низкоуглеводную диету, снизили избыточный вес, имели гораздо лучшие результаты по сравнению с теми, у кого не было значительного улучшения состояния здоровья в течение одного года. 274 участницы из 361 участниц, находившихся в основной группе с положительными исходами в течение одного года 31,5% забеременели, 28,5% устранили ановуляцию, 38,2% улучшили свое самочувствие, 37,3 % полностью перешли на низкоуглеводную диету, 32,2% повысили физическую активность, у 26,3% уменьшилась избыточная масса тела и уменьшилось ожирение и метаболические нарушения на 13,5% и гирсутизма на 14,9%, 1,1% прошли лечение сахарного диабета 2 типа, 11% отмечают улучшение функции желудочно-кишечного тракта, 16,1% улучшили качество жизни и появилась уверенность в себе, 19,8% избавились от утомляемости, 4% избавились от головной боли, 27,4% вышли из депрессии.

За год наблюдения в этой группе среди 361 участниц, забеременели 31,5% женщин основной группы, а из группы сравнения - 0. Распространенность женщин группы сравнения с хроническими заболеваниями была больше, чем женщин основной группы, что также могло повлиять на их удовлетворенность результатом. Распространенность сахарного диабета 2 типа и заболеваний желудочно-кишечного тракта среди женщин сравниваемой группы могла препятствовать наступлению беременности. Низкая мотивированность женщин сравниваемой группы может быть тесно связана с дополнительными

сопутствующими заболеваниями, которые оказали сильное влияние на положительный исход. Поэтому люди, которые болеют, не ощущают положительного исхода.

Выводы.С помощью онлайн-платформы «Сиз Она Буласиз» («Ты станешь матерью») мы попытались донести до женщин, что они не одиноки с проблемами бесплодия, независимо от местонахождения участницы. Это наиболее важно для тех женщин, которые не смогли посетить кабинет врача. Важным фактором является то, что участники имели возможность общаться и делиться своими чувствами, эмоциями, убеждениями и установками, опытом и успехами, что в конечном итоге могло повлиять на их психологическое здоровье и достижении поставленных целей.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ

Ахмедова Н. М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Одним из самых распространенных в гинекологической практике невоспалительных заболеваний является миома матки. Согласно современным представлениям, миома матки не является истинной опухолью. От 20 до 40% женщин в возрасте старше 35 лет страдают миомой матки. Проблема выбора метода лечения женщин с миомой матки в настоящее время остается в центре внимания как отечественных, так и зарубежных исследователей . Миома матки относится к числу распространенных заболеваний женской половой сферы и, по данным отечественных авторов составляет 15-20% в структуре гинекологической заболеваемости. Одним из важных факторов увеличения заболеваемости миомой матки у женщин в позднем репродуктивном и пременопаузальном периодах является вегетативно-гормональная перестройка, усиливающая влияние симпатико-адреналовой системы и связанная с этим активация липолитической активности с нарушением холестеринового обмена . Гиперлипидемия является важным звеном патогенеза и клинического течения миомы матки . В связи с этим вполне оправдано назначение эти пациенткам корректоров липидного обмена. Одним из перспективных в этом плане следует считать статины, в частности симвастатин.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения женщин с миомой матки при включении в базисную терапию симвастатина.

Материал и методы. В исследование включены 51 пациента в возрасте от 40 до 50 (48,3±3,6) лет с интрамуральным (60%) и субсерозным (40%) расположением миоматозных узлов размером от 2 до 4 см при отсутствии метроррагий. Основанием к проведению консервативной терапии был возраст женщин, наличие не превышающих размера до 6 см узла, отсутствие осложнений, сопутствующей патологии в эндометрии, прогрессирование увеличения миоматозных узлов.Диагноз миомы матки устанавливался на основании клинических данных, результатов гинекологического обследования, УЗД, гистероскопии (диагностической, лечебной, контрольной), гистологической верификации.

Результаты и обсуждение.Как показали результаты исследований, у пациенток 1 группы полное исчезновение болевых ощущений и тяжести внизу живота и пояснице, а также прекращение патологических выделений и гиперемии наблюдалось уже через 3 месяца лечения. При этом средний объем матки через 3 и 6 месяцев лечения у пациенток 1 группы уменьшился на 40 и 64,5%, и средний размер матки соответствовал 3 см. Во 2 группе размер матки через 3 и 6 месяцев лечения не изменился у 5 (20%), у 16 (64%) — уменьшился на 16,8 и 21,1%, у 4 (16%) — увеличился на 18,2 и 15,9% ($P<0,05$), соответственно. На 6 месяц лечения у 4 пациенток было проведено оперативное лечение, в том числе, у 3 (12%) — миомэктомия, у 1 (4%) - субтотальная гистерэктомия с сохранением обеих придатков, что было связано с прогрессирующим увеличением объема (на 59,6%) и размера миоматозного узла до 8 см. У 13 пациенток размеры матки и миоматозного узла стабилизировались после

3 месяцев лечения, при этом у 8 (32%) женщин отмечено уменьшение объема матки на 43,5% и размера — до 2 см.

Выводы. В дозе 40 и 80 мг/сут. симвастатин повышает эффективность базисной терапии, что характеризуется сокращением на 3 месяца сроков уменьшения размеров матки, вегето-сосудистых нарушений, болевых ощущений и тяжести внизу живота, выделений из влагалища и гиперемии наружных половых органов.

Симвастатин предупреждает развитие осложнений лечения, частоту проведения радикальных операций, способствует не только стабилизации миоматозного процесса, но и его регрессу. Важным фактором в механизмах повышения эффективности базисной терапии у больных с миомой матки при включении симвастатина является его способность нормализовать уровень ЦИК и холестериновый обмен

ЛЕЧЕНИЕ АЛЬГОДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ: ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ НА ОСНОВЕ ВЗГЛЯДОВ АВИЦЕННЫ И СОВРЕМЕННОСТИ

Ашурова Н.Г., Жумаева М.М.
Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино

Актуальность темы. Как известно, дисменорея- это циклическая тазовая боль, связанная с менструациями и проявляющейся с симптомокомплексом расстройств, выявляемое у 43-90% подростков. У 5-15% пациенток интенсивность патологических проявлений приводит к ежемесячному нарушению обычной активности в течение 1-3 дней, пропускам учебных занятий или работы. Патология проявляется болевыми ощущениями внизу живота острого характера, предшествующими или совпадающими по времени с началом месячных, а так же разнообразными сосудисто- вегетативными, обменно-эндокринными, психоэмоциональными нарушениями.

Цель: Изучение распространённости и структуры менструальной дисфункции среди девочек-подростков Бухарской области и выбор оптимального метода терапии альгодисменореи, основанной на учениях Авиценны и принципах доказательной медицины.

Материал и методы: Обследованы 412 школьниц подросткового возраста Бухарской области в возрасте от 11 до 17 лет с нарушением менструальной функции (основная группа). Контрольную группу составили 80 здоровых девушек, регулярно менструирующих того же возраста. У всех девушек-подростков проведены анкетно-опросный метод, а по необходимости клинические и лабораторно-инструментальные методы обследования (с согласием и присутствием их родителей) (УЗИ матки и придатков, общий и биохимический анализы крови, по необходимости консультация узких специалистов).

Результаты и их обсуждения: На основании анамнеза и клинического обследования, проведенного у девочек-подростков выявлена распространённость различных нарушений менструальной функции, доля которых равнялась к 32,2 %. Каждая третья пациентка жаловалась на какие-либо субъективные ощущения во время месячных и/или расстройства ритма, продолжительности, интенсивности менструаций, а также отклонения от нормального количества теряемой крови в течении одного цикла (скудные или обильные). В структуре нарушений менструальной функции лидирующую позицию занимала альгодисменорея, которая составила 46,6% среди опрошенных подростков. Исходя из патогенеза альгоменореи мы применяли фитопрепараты, содержащие ингибиторов простогландина, а также имеющие противовоспалительные и успокаивающие свойства. С этой целью мы применяли Имбирь (лат. Zīngiber officināle) —многолетнее травянистое растение; типовой вид рода Имбирь семейства Имбирные (Zingiberaceae). Девочкам-подросткам назначен имбирь в виде настоя, настойки или порошка 3 раза в день в течении менструальных дней.

В течении изучения трудов Авиценны выявлено, что он широко применял в своей практике занжабил (имбирь) в составе сложного лекарственного препарата, как болеутоляющее средства во время менструальных болях, а ещё точнее в составе “Katta qaftorg’on” –это средство снимает боли у женщин и предотвращает выкидыш. Оно поможет при всех заболеваниях (Канон Медицины, V Глава, 52-53- стр)

В современной медицине, особенно в лечении фитотерапевтическими средствами Имбирь занимает особое место. Корневище имбиря применяют с целью болеутоляющего, успокающего и иммуномодулирующего средства, а также во многих отраслях медицины. В настоящее время ведутся множественные научные исследования по изучению других свойств имбиря. (Cochrane evidence 2016, 22 март. www.cochrane.org , www.elibrary.ru).

Эффективность препарата Имбирь оценена в динамике его применения во время месячных в течении не менее трёх циклов. Критериями оценки явились: уровень восстановление трудоспособности, интенсивность болевых ощущений и повышение настроения.

В динамике наблюдения трудоспособность восстановилась у 42,7% через 3 циклов и 93,3% через 6 циклов. Болевые ощущения стали умеренными через 3 цикла у 56,4% девочек-подростков, а через 6 циклов 90,2% девочки-подростки с альгоменореей отметили интенсивность болей, как незначительные. В ходе применения Имбиря пациентки с изменчивым настроением с эпизодамина улучшилось настроение пациенток

Выводы: Таким образом, частота встречаемости различных нарушений менструального цикла у обследованных девочек-подростков составила 32,2%, среди которого доля альгоменореи равнялась к 46,6%. Лечебные свойства имбиря проявились в основном болеутоляющими и противовоспалительными действиями. Этот эффект особенно был выражен после 6 менструальных циклов в динамике применения препарата.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

Бекбаулиева Г.Н., Шамсиева Д.А., Раззакова Н.С.
Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность.Аденомиоз является частой̆ причиной̆ менометроррагии, дисменореи, бесплодия, хронических тазовых болей̆ различной̆ интенсивности, нередко приводящих к психосоматическим и вегетативным нарушениям. Оценка качества жизни у пациенток с аденомиозом показала его влияние на многие аспекты жизни женщины, в том числе на работу, получение образования, социальные взаимоотношения [Fourquet J., Gao X., Zavala D., Orengo J. C. et al. 2010]. В настоящее время однозначный подход к лечению эаденомиоза отсутствует, а оперативное лечение остается единственным радикальным и эффективным методом борьбы с аденомиозом. Излечить аденомиоз позволяет только гистерэктомия, но, по мнению многих авторов [Адамян Л.В. и соавт, 2009; Стрижаков А.Н. и соавт, 2007; Jacobson TZ et al, 2014], при решении вопроса об объеме оперативного вмешательства необходим индивидуальный подход, и у больных репродуктивного возраста предпочтение следует отдавать органосохраняющим операциям. В связи с этим поиск терапии, обеспечивающая нормализацию менструального цикла, предупреждения рецидива менометроррагии и улучшения качества жизни женщины является актуальной.

Цель исследования. Оценка эффективности различных методов терапии у пациентов с аденомиозом, протекающий менометроррагией.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 70 женщин с менометроррагией, у пациенток с аденомиозом матки, которые были распределены на 2 группы рандомизированно - методом случайной выборки. Больные первой основной группы в свою очередь будет разделена на 2 подгруппы: I А группа (20 женщин в возрасте 28-33)

проведена терапия препаратом Савис: диеногест 2 мг (производитель Гедеон Рихтер, Венгрия); I Б группе (20 женщин) в возрасте 34-39) больных проведена терапия установлением левоноргестрелсодержащей внутриматочной спирали (ВМС) Мирена. Второй группе пациенток (20 женщин в возрасте 40-45 лет) проведена гистероскопическая абляция с применением в последующем ВМС «Мирена». Для контрольной группы было отобрано 10 женщин без аденомиоза с нормальным регулярным менструальным циклом.

Результаты исследования.Анализ проведенных нами исследования показал, что оральная гормональная терапия эффектнее при меноррагиях в первой стадии аденомиоза. Так, в период наблюдения женщин I А группы терапии препаратом Савис, гиперполименорея не наблюдалась у женщин с аденомиозом первой стадии (из 6 женщин). Между тем, у женщин второй стадии аденомиоза (из 9 женщин) гиперполименорея наблюдалась у 3 (33,3%) и у 3 женщин - третьей стадии (60,0%). После 6 месяца курса лечения, пациенты II и III стадии аденомиоза было пролонгирована терапия препаратом Савис, однако достоверных изменений симптома гиперполименорей не наблюдались по сравнению предыдущим курсом лечения данным препаратом, однако болевой синдром прекратился.

У женщин группы I Б (ВМС-Мирена), гиперполименорея не наблюдалось, у пациенток I (4 женщин) и II стадии, (8 женщин(за исключением 4 женщин пациенток второй стадии, где в течении первых 3 месяцев наблюдалось вагинальное межменстуальное кровомазание. У пациенток III стадии аденомиоза (8 женщин) у 3-х (37,5%) продолжала гиперполименорея, на фоне которой у одной была экспульсия ВМС, а у остальных 5 пациенток наблюдалось вагинальное межменстуальное кровомазание в течение 6 месяцев у 4 пациенток и в течение 9 месяцев у остальных 2-х женщин III стадии.

Эффективность лечения симптома гиперполименореи независимо от стадии аденомиоза была достоверно выше у пациенток II группы, чем I А и I Б группе. Так, у 17 пациенток (85,0%) была аменорея, у 3-х женщин (15,0%) гипоменорея.

Выводы.Таким образом, полученные результаты проведенного исследования показали высокую эффективность комбинированной терапии с использованием гистероскопической абляции с введением левоноргестрелсодержащей ВМС при меноррагии у женщин с аденомиозом.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ

Бекбаулиева Г.Н., Жураева А.Ж., Раззакова Н.С.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность.В зависимости от социально-экономического положения женщин частота бессимптомной бактериурии (ББУ) у беременных по данным разных авторов составляет от 2 до 22 % [Khawaja AR, Khan FB, Dar TI, etal, 2015: Lai YJ, Hsu TY, Lan KC, etall, 2017].

Беременность у пациенток с ИМП протекает с различными осложнениями. Наиболее частыми среди них являются преэклампсия, достигающая 80% и характеризующаяся ранним началом и тяжелым течением, и анемия, встречающаяся в 35—42% случаев и плохо поддающаяся медикаментозной коррекции. Кроме того, в 15—20% случаев отмечаются преждевременные роды, в 12—15% случаев наблюдается гипотрофия плода, в 25—30% — хроническая внутриутробная гипоксия плода. У большинства женщин осложняется также течение родов. Однако, несмотря на изучение осложнения во время беременности у женщин с инфекциями верхнего мочеполового тракта, исследования, посвященные анализа особенностей течения беременности у женщин с ББУ мало. В связи с этим мы запланировали изучить течения беременности у женщин с ББУ.

Цель исследования.Изучение особенностей течения беременности и родов у женщин бессимптомной бактериурией (ББ).

Материалы и методы исследования. В основную группу были включены 40 пациенток с ББ с низким уровнем бактерий (10^3 – 10^4 КОЕ/мл), вгруппусравнения - 35 беременных с ББУ 10^5 КОЕ/мл,контрольная группа - включены 15 пациенток, у которых за весь период беременности не была диагностирована бессимптомная бактериурия.

Результаты исследования.Проведённый анализ осложнений беременности показал, что в основной группе преобладали плацентарные нарушения - 27%, встречающиеся в 2 раза чаще, чем в группе сравнения –9,2% (p = 0,058) и в контрольной- 2,7% (p = 0,013). В группах беременных с плацентарными нарушениями доля женщин, имеющих клинические ее проявления, составила 16 % и реализовалась в синдром отставания развития плода (СОРП) I и II ст. В группе сравнения СОРП не наблюдался, в контрольной группе данное осложнение выявлено в 2% наблюдений. В динамике течения беременности риск самопроизвольного аборта в I триместре отмечался в группах с бессимптомной бактериурией: чаще в основной–22% и группе сравнения –17,3%, чем у женщин контрольнойгруппы – 3,2%.

Многоводиевыявлено у 22,8% основной группы, у 5,9% - группы сравнения (p = 0,030) и лишь у 2,6% - контрольной (p <0,016).

Бессимптомная бактериурия осложнилась пиелонефритом в 24,4% наблюдений основной группы, у 11,1 % - группы сравнения. В контрольной группе пиелонефрит наблюдался у 1 женщины.

Анализ родов у женщин ББ показал, чтодородовыйразрыв плодных оболочек наблюдалсяпочти половины женщин (52,4%), наблюдаемых основной группы, у 12,7%- группы сравнения и 2,7% - контрольной.

У женщин с длительным безводным периодом наблюдался хориоамнионит у 14,8% беременных с бессимптомнойбактериурией в основной группе, у 6,5% беременных - в группе сравнения. В послеродовом периоде у 12% родильниц основной группы наблюдалась лохиометра, у в группе сравнения было 3 раза меньше (3,8%). Эндометрит с выраженнойклиническойкартиной наблюдался лишь в группах с бессимптомной бактериурий: у 4,7% - основной и у 2,2 % - группы сравнения.

Выводы. Таким образом,бессимптомная бактериурия даже в клинически незначимых количествах (10^2-10^4 КОЕ/мл) может явиться фактором развития осложнения течения беременности и родов.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Бозорова Х.К., Арзиева Г. Б.
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. Преждевременные роды являются одной из актуальнейших проблем современного акушерства. Причины преждевременных родов многообразны и зачастую выходят за рамки акушерской науки и практики, являя собой общемедицинскую и социально-матереальную проблему. Частота этого осложнения остается стабильной в течение многих лет и составляет 15-20% всех желанных беременностей.

Цель. Анализ течения беременности, родов, морфологических особенностей плацент при преждевременных родах.

Материалы и методы. Нами проанализированы 165 историй преждевременных родов за 2019-2022 гг. Морфологию плацент при преждевременных родах сопоставляли с морфологией 100 плацент при срочных родах.

Результаты. С целью установления морфологических особенностей плаценты при недонашивании нами проведено сравнение результатов гистологического исследования

плаценты при преждевременных родах со 100 результатами при срочных родах (группа сравнения), при которых беременность осложнялась угрозой прерывания во 2-3 триместрах. Макроскопически все плаценты были овальной или округлой формы, прикрепление пуповины центральное (13,2%), парацентральное (52,8%), краевое (34%). Поверхность мелкодольчатая. Частота недонашивания составила 3,8%. Наибольший процент преждевременных родов приходился на сроки 34-37 недель (69,7%). Средний возраст рожениц составил 24±0,6 года, первородящих было 60,0%, повторнородящих 40,0% (многорожавших - 13,3%).

Особенность плацент при преждевременных родах - обнаружение в 100% исследований признаков воспаления, которое характеризовалось очаговым серозным, серозно-гнойным париетальным децидуитом (44,4%), очаговым серозно-гнойным мембранитом (24,4%), сочетанием мембранита с децидуитом и серозно-гнойным виллузитом (22,2%), и с фунникулитом и васкулитом (9,0%). Признаки воспаления в плацентах такого же характера выявлялись и при срочных родах, но частота их составила всего лишь 22%.

Выводы. Морфологическими проявлениями плацентарных нарушений при преждевременных родах, патогенетически обусловленных инфицированием матери и плода являются очаговая задержка созревания.

САМООТНОШЕНИЕ К БЕРЕМЕННОСТИ, СПЕЦИФИКА СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ НА ТЕРРИТОРИИ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Горбунов А. П., Пашов А. И., Реверчук И. В, Степанцова М. Г., Рачковская В. В.
Балтийский Федеральный Университет имени Иммануила Канта

Актуальность темы.Преждевременные роды являются одной из важных и значимых проблем современной медицины. По подсчетам Всемирной Организации Здравоохранения ежегодно в мире происходит около 15 миллионов преждевременных родов в год и с каждым годом это число возрастает. Преждевременные роды являются основной причиной смерти новорождённых и серьезной причиной долгосрочной потери человеческого потенциала. Беременные женщины склоны к проявлению тревожных и депрессивных расстройств, а также более восприимчивы к стресс-факторам. По статистике, у 1 из 5 женщин во время беременности будет тревожное расстройство. Причин стресса может быть много, чаще всего это общие жизненные факторы стресса, такие как материальное положение, проблемы во взаимоотношениях, социальные факторы. Как острый, так и хронический стресс может вызывать аллостатическую перегрузку, нарушение регуляции медиаторов гомеостаза, что приводит к нарушению реакции материнско – плацентарно - плодовой эндокринной и иммунной систем.

Цель исследования.Рассмотреть и выявить факторы негативного психоэмоционального состояния женщин при угрожающих преждевременных родах на территории Калининградской области.

Материалы и методы исследования.Исследование проходило в 2020-2021 годах на базе Государственного Бюджетного Учреждения Калининградской области «Региональный Перинатальный Центр». Для определения уровня психического здоровья использовались: клиническое интервью, клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич), клинические шкалы и психологические методы: «Шкала тревоги Гамильтона» и «Роза качества жизни» по И. А. Гундарову. Исследование проводилось в соответствии: с этическими стандартами Комитета по экспериментам на человеке, требованиями Хельсинской декларации 1975 года и ее пересмотренного варианта 1996 года, требованиями Постановления Межпарламентской Ассамблеи государств

(участников Содружества Независимых Государств от 18 ноября 2005 г. № 26–10 «О модельном законе «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах — участниках СНГ»). Все женщины дали письменное согласие на участие в исследовании и обнародовании результатов. Статистическая обработка данных проводилась при помощи следующих критериев: хи-квадрат; F – критерий Фишера.

Результаты исследования.В исследовании приняли участие 168 женщин, находящихся в группе риска по угрожающим преждевременным родам. На момент проведения исследования все женщины проходили курс медикаментозной терапии для пролонгирования беременности. Средний возраст обследуемых женщин составил 28 лет (±4,5). У 35,7 % женщин с угрожающими преждевременными родами беременность была первой, у 14,3 % – вторая, у оставшихся 50 % женщин три и более беременности в анамнезе. Анализ анамнестических данных показал, что 46,4 % женщин имели более одной перинатально значимой инфекции. Наличие экстрагенитальной патологии (заболевания сердечно-сосудистой системы, печени и ЖКТ), хронического воспаления придатков матки, миома матки достоверно увеличивают риск развития угрожающих преждевременных родов ($p < 0,05$). Согласно данным микробиологического и морфологического исследования плацент 40 % угрожающих преждевременных родов обусловлено внутриматочной инфекцией.

Выводы.Особенности и динамика психоэмоциональных состояний женщин с угрожающими преждевременными родами связаны со следующими факторами, которые могут выступать, как изолировано, так и в совокупности: проблемы соматического и репродуктивного здоровья, особенности переживания угрожающих преждевременных родов, личностные характеристики женщины, переживание авторитарного и эмоционально-холодного отношения со стороны значимых близких. В ходе исследования были определены следующие детерминанты негативного психоэмоционального состояния женщин при угрожающих преждевременных родах: сниженный уровень качества жизни, повышенные показатели соматической, психической, нейровегетативной тревоги, что может свидетельствовать о высокой вероятности развития невротического состояния. Также наблюдается формирование тревожного варианта психологического компонента гестационной доминанты; повышенная эмоциональная возбудимость, свидетельствующая об обеспокоенности беременной за свое состояние здоровья и за состояние здоровья своего ребенка. Наличие негативного психоэмоционального состояния и дезадаптационных состояний значительно усложняет течение беременности. Для улучшения показателей рождаемости, снижения риска возникновения преждевременных родов необходимо комплексное воздействие медико-психологических мероприятий, направленных на пролонгирование беременности, стабилизацию психоэмоционального состояния матери и профилактику осложнений беременности.

ОСОБЕННОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОРМОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ЖЕНСКОМ БЕСПЛОДИИ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА

Гул Ахмад Таниш, Бабаджанова Г.С.
ТМА, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Одной из причин женского бесплодия является наличие синдрома поликистозных яичников (СПКЯ), патологии структуры и функции яичников, характеризующегося овариальной гиперандрогенией с нарушением менструальной и генеративной функции. Для установления диагноза СПКЯ имеют значение результаты гормональных исследований, особенно при наличии ожирения у женщин с бесплодием. Одним из современных методов лечения СПКЯ является эндоскопическая коррекция поликистозных яичников.

Целью данной научной работы явилось изучение демографического статуса, показателей клинических и гормональных исследований, результатов ультразвукового исследования (УЗИ) женщин с СПКЯ, а также выявление взаимосвязи гормональных нарушений с массой тела и уровнем инсулина в крови.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 80 женщин репродуктивного возраста с СПКЯ, обратившихся в клинику имени Абу Али Сино, в Мазари-Шарифе. Сбор анамнеза выполнен путём заполнения анкет. Кроме того, проводились гормональные (пролактин, 17-ОПГ, тестостерон, лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ)) и биохимические (глюкоза натощак, базальный инсулин, глюкозотолерантный тест (ГТТ)) исследования, УЗИ. Для выявления связи между массой тела, уровнем инсулина в крови и гиперандрогенией пациенты в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) были разделены на 2 группы – женщины с сопутствующим ожирением и без ожирения (ИМТ>30 кг/м2 и ИМТ<30 кг/м2); в зависимости от наличия симптомов артериальной гипертензии (АГ) также разделены на 2 группы соответственно. Для статистической обработки данных использовали статистические тесты Крускала-Уоллиса и Манна-Витни.

Результаты. Наиболее часто выявлены нарушение менструального цикла (100%), АГ (65%), гирсутизм, (62%) и ожирение (25%). Наиболее частыми гормональными изменениями у обследованных пациенток были: повышение уровня тестостерона (32,5 %), соотношение ЛГ/ФСГ> 2 - (25 %), инсулинорезистентность (12,2%), гиперинсулинемия (10 %), нарушение ГТТ (17,5 %). Результаты УЗИ были патологическими в 18,7% случаев.

При проведении сравнительного анализа женщин с сопутствующим ожирением и женщин без ожирения обнаружено, что нарушение ГТТ наблюдалось в 50% и 17,5% случаев соответственно, инсулинорезистентность - в 52% и 21% случаев и гиперинсулинемия – у 50% и 10% женщин соответственно.

Существовала статистически значимая разница в показателях инсулина и ГТТ между женщинами с АГ и без (p=0,033). При сравнении женщин с АГ и ожирением и женщин с нормальной массой тела без АГ, нарушение ГТТ также стало статистически значимым.

После уточнения степени гормональных нарушений у больных с СПКЯ и ожирением нами проведена эндохирургическая коррекция нарушений яичников путем пиллинга или дриллинга яичников.

Выводы. Учитывая, что клинические признаки СПКЯ можно определить по клиническим признакам и что лабораторные тесты не играют никакой роли в диагностике, кроме как для исключения редких заболеваний, таких как гипотиреоз и гиперпролактинемия, эти тесты должны быть ограничены конкретными пациентами. С другой стороны, так как, такие состояния, как инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия, артериальная гипертензия напрямую связаны с ожирением и гиперандрогенией, лицам с ожирением и симптомами гиперандрогении необходимо проводить дополнительные методы обследования и соответствующие лечебные мероприятия.

ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С SARS-COV-2.

Жуманиязова С.Р., Муминова Н.Х.
ЦРПКМР

Актуальность. После пандемии в нашей Республике отечественными учеными ведутся широкомасштабные работы по анализу влияние вируса на репродуктивную функции, течение антенатального периода, с возможными его осложнениями.

На наш взгляд в настоящее время имеются разноречивые мнения о том как влияет беременность на течение COVID-19 или наоборот имеют ли свои особенности

короновирусная инфекция у беременных.

Уже известно, что гиперкоагуляция у беременных с SARS-CoV-2 или после его осложнений, связан с выраженной эндотелиальной дисфункцией и индукцией агрегации тромбоцитов, которые имеют основную роль в развитии ряда осложнений-таких как невынашивание и неразвивающаяся беременность, рождение детей с различными, а также с такими осложнениями как многоводие, маловодие, изменения в формировании плаценты и т.д).

Цель исследования: Анализ влияние микронизированного прогестерона при невынашивании(НБ) в ранних сроках беременности на фоне осложнений связанных с эндотелиалной дисфункцией при SARS-COV-2 с различной тяжестью течения COVID-19.

Материал и методы исследование. Были анализированы истории болезни за период март-сентябрь 2020-21 года 258 беременные до 22недель гестации. Из них с легким течением- 127, со средним течением- 122, с тяжелым и крайне тяжелым- 12. Клиническое течение коронавирусной инфекции у беременных имело свои особенности: в ранние сроки без особых угрожающих состояний для жизни матери и с быстрой манифестацией вируса в более поздние сроки(особенно в 3- м триместра). Также из 258 беременных, ПЦР был (+) у 68%, у остальных были контакты из анамнеза и клиника SARS-CoV-2 .Среди беременных особое место занимали пациентки с НБ на фоне SARS-CoV-2- где частыми с осложнениями были угрозы или кровотечения ,гинекологи для увеличения дозы прогестерона при имеющихся изменениях ссылались на данные в коагулограмме .

Среди беременных особое место занимали пациентки с НБ на фоне SARS-CoV-2- где частыми с осложнениями были угрозы или кровотечения.(Из 258:до12 недель включительно-148, 13-22недель-110).

Из 148 беременных в 1-м триместре с SARS-CoV-2- симптомы угрозы (боли, дискомфорт внизу живота)- у всех 100%, вагинальные кровотечения- у 67.

Беременным сделаны: УЗИ, коагулограмма, общий анализ мочи, при продолжающейся лихорадке (свыше5-7 дней) С-реактивный белок (СРБ) Прокальцитонин (РКТ) и ферритин.

Возраст больных в среднем составил 24±0,7лет. Из 130 беременных в анамнезе были 2 выкидыша у 73, 3 у 21, 4 у 36 беременных. Соматическая патология- анемия 1либо 20степени у 67 пациенток, у 8 3-степени и все беременные были консультированы у гематолога для исключения каких либо заболеваний крови .

Коагулопатические изменения при невынашивании беременности на фоне Covid-19 усугубляют нормальное течение беременности, особенно когда это касается гормональной коррекции .

Особым ведением беременных с кровотечением и значительными болями было назначение или увеличения дозы прогестерона или было назначено впервые (все они нуждались в гормональной поддержке).

Больные были разделены на 2 группы, где в 1-й группе для лечения НБ , обусловленное прогестероновой недостаточностью и для полноценного формирования прогестерон индуцирующего фактора беременности (ПИФБ) назначали Дюфастон (Абботт, Нидерланды) по 20-40 мг в сутки и L-аргинин по 1000-2000мг в сутки, во 2-й группе моно Дюфастон по 20-40мг в сутки.

адаптированная форма Дюфастона, в формуле которой нет различия от эндогенного Pg создавала оптимальные условия для развития имплантационного окна и формированию своевременного ПИБФ , которая имело важное значение для нормального прогрессирования настоящей беременности.

Результаты исследования. В 1-й группе где беременные с НБ с SARS-CoV-2 при комплексном лечении с Дюфастоном донатором оксида азота клинический эффект наступил у 58%, на 2-3-е сутки у 29%, далее 13% на 4-е сутки. Средний срок наступления клинического благополучие 17-26 часов .

Во 2-й группе на фоне COVID-19 с НБ также были купированы осложнения, но в более поздние сроки , у которых клиническое улучшение наступило , на 24-36час. на 3-е сутки у 43%, на 3-4 –е сутки у 39%, далее у 41% на 6-7-е сутки; Средний срок наступление клинического эффекта составил 36-47час.

Лабораторные анализы также показали повышение уровня прогестерона в крови на фоне добавления экзогенного прогестерона , такого как синтетического аналога натурального Pg за кратчайший срок были купированы симптомы угрозы выкидыша, так как данная форма прогестерона весьма эффективная и удобная при использовании, с минимальным расщеплением при прохождении через желудочно-кишечный тракт, печени и ее всасываемость достигает почти 76-78% и в обеих группах каждые 2 дня почти в одинаковой степени, но все же концентрация прогестерона в группе больных в употребляемых дозах до 150мг, с антикоагулянтами были на 0,6-0,9нмоль/л выше, составляя от 2,22 до 4,67 нмоль/л, что свидетельствовала об адекватном насыщении организма нами назначаемого экзогенного прогестерона-Дюфастон.

Выводы.Таким образом, резюмируя выше изложенные данные мы смогли по данным коагулограммы определить показания к назначению антикоагулянтов и донаторов NO при НБ с симптомом кровотечения различной интенсивности .

Особенно при возникших осложнениях, особенно при малых вагинальных кровотечениях, гормональную коррекцию нужно назначать именно с высокодоступными, эффективными и экономически выгодными формами прогестерона совместно с донаторами оксида азота и при изменениях гемастазиограммы, в сторону гиперкоагуляции отдавать предпочтение эноксипарину, которые имеют минимальные побочные действия с отличным клиническим эффектом.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СПКЯ У ЖЕНЩИН УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Захидова К. Ш., Рахимова Г. Н.
Центр повышения развития квалификации медицинских работников

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) - считается одной из актуальных проблем как в гинекологии, так и в эндокринологии у женщин репродуктивного возраста, частота которой в популяции составляет от 4 до 7% и является социально значимым заболеванием и встречается у 90% женщин.

Согласно данным Международного симпозиума объединенной рабочей группы ESHRE| ASRM (2007) ,были выделены основные фенотипы СПКЯ : «классический» (ГА+УЗИ-поликистоз+АН), «овуляторный» (ГА+УЗИ-поликистоз), «неандрогенный» (АН+УЗИ-поликистоз), и «ановуляторный» (ГА+АН).

Цель: изучение изменений в гормональном статусе женщин репродуктивного периода узбекской популяции в зависимости от фенотипа СПКЯ.

Материалы и методы. В исследование включено 120 пациентки в возрасте 18-40 лет (средний возраст 26,5±1,15 года, наблюдавшихся у эндокринолога с диагнозом СПКЯ) и 20 здоровые женщины. Диагноз выставляли в соответствии с критериями Роттердамского консенсуса (The Rotterdam PCOS consensus, 2003).

Исследование гормонального статуса пациенток таких как ФСГ, ЛГ, пролактин(ПРЛ) и тестостерон свободный и общий (Т) определяли методом ИХЛА на 3-5-е дни менструального цикла.

Результаты. ФСГ у женщин с СПКЯ был достоверно высоким(7,9±0,4 м МЕ/л),с сохраненным овуляторным циклом, но с изменениями в виде гиперандрогении с подтверждением на УЗИ, где в каждом яичники женщин констатировали более 10 антральных фолликулов. У части больных показатель ФСГ был достоверно ниже (4,7±0,2-

6,5±0,5 МЕ/л), чем у здоровых (7,9±0,9 МЕ/л) и клинически СПКЯ протекал на фоне ановуляции, с чередующимися аменореей и нерегулярными менструальными циклами.
ЛГ в сравнении был достоверно выше (7,7±0,2-9,5±0,5 МЕ/л)у пациенток с СПКЯ с ановуляторными циклами, с присутствием гиперандрогении в сравнении со здоровыми
Значения пролактина (ПРЛ) (18,9±1,8 мМЕ/л), достоверно выше чем у здоровых женщин (12,7 ±1,4 мМЕ/л). Данные результаты ПРЛ у женщин с СПКЯ с «ановуляторным» фенотипом могут трактоваться, на наш взгляд, как один из вариантов относительного нарушения гипоталамо-гипофизарно-гонадных взаимоотношений у этой группы.
Значение тестостерона Т и свободного Т были достоверно выше , в (1,1±0,09и 1,9±0,1 мМЕ/л) со здоровыми (1,9±0,1 и2,9±0,3 мМЕ/л).

Выводы. Обобщая выше изложенное следует отметить, что результаты наших исследований гормонального статуса при СПКЯ в зависимости от фенотипа отличаются друг от друга, где имеются достоверные колебания в показателях гонадотропных и стероидных гормонов, что свидетельствует о выраженных нарушениях в гормональном статусе женщин с СПКЯ в репродуктивном периоде и следует учесть в назначении соответсвующей коррекции.
По результатам гормонального статуса в исследуемых группах можно предполагать, что при СПКЯ ни во всех случаях выявляются высокие показатели тестостерона и свободного тестостерона, а более низкие значения гонадотропинов свидетельствуют о нарушении процесса фолликулогенеза, о чем и свидетельствует наши данные АМГ.
Что касается данных об относительно невысоких концентрациях общего тестостерона при «неандрогенном» фенотипе, то они так же, как и низкие значения гирсутного числа и невыраженность акне при данном фенотипе, воспринимаются как вполне само собой разумеющиеся и не требуют особых комментариев.

О МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭМБРИОХОРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Зиёдуллаева И.А (научный руководитель –Арзиева Г.Б)
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. По данным Всемирного конгресса акушеров и гинекологов частота неразвивающейся беременности (НБ) в мире составляет 88,6%. Одной из причин НБ является эмбриохориальная недостаточность (ЭХН).

Цель. Выявить наиболее характерные морфологические изменения в структуре хориона и децидуальных оболочек, как возможные проявление ЭХН, у женщин с неразвившейся беременностью.

Материалы и методы. Исследованы соскобы из полости матки у 14 женщин с неразвившейся беременностью в возрасте от 22 до 50 лет. Подготовка материала проводилась по стандартной методике. Срезы толщиной 5 мкм окрашивались гематоксилином и эозином.

Результаты. Наиболее частыми морфологическими находками были несоответствие дифференцировки ворсин и децидуальной ткани указанному сроку беременности (57%), нарушение формирования маточнохориальных сосудов и маточно-плацентарной области (71%). Так же, к немаловажным изменениями при НБ можно отнести диффузный гнойно-некротический децидуит (79%), кистозные образования (57%) и расстройства кровообращения (43%) в децидуальных оболочках.

Выводы. 1.Проведенное исследование показало, что НБ, как правило, сопровождается значимыми структурными изменениями со стороны хориона и децидуальных оболочек, которые в большинстве случаев можно расценивать как проявления ЭХН. 2.Наиболее характерными морфологическими изменениями в структуре хориона и децидуальных

оболочек у женщин с НБ стали нарушение формирования маточнохориальных сосудов и маточно-плацентарной области, диффузный гнойно-некротический децидуит. 3.Сопоставление морфологических и клинико-лабораторных показателей у женщин с НБ позволит в дальнейшем создать модели скрининг диагностики этиологии ЭХН.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АМНИОРЕДУКЦИИ ПРИ МНОГОВОДИЕ

Игамбердиева Д.У., Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

Цель исследования: оценить эффективность применения амниоредукции при прогрессирующим многоводии.

Материал и методы исследования: Обследование беременных проводили с помощью ультразвукового аппарата Sono Scape 60. Диагноз «многоводие» поставили на основание объёма околоплодных вод, когда индекса амниотической жидкости >240мм. Амниредукция проведено в РСНПМЦАГ в отделение Фетальной медицины.

Результаты исследования. Проведено проспективное исследования с января 2021 года до февраля 2022 года. В течение этого периода 8 беременным женщинам с острым многоводием сделано амниоредукция. У обследованных женщин с острым многоводием, имели место следующие патологические состояния: врожденные пороки развития органов брюшной и грудной полостей – 5 (62,5%), хорионангиома-1(12,5%), многоводие без видимых причин- 1(12,5%), фето-фетальный трансфузионный синдром монохориальной диамниотической двойни - 1 (12,5%).

В зависимости от проявления многоводия и интенсивности его нарастания процедура амниоредукции, осуществлялась от 1 до 3 раз у одной беременной. Средний объем околоплодных вод выпущенных при амниоредукции составило 1200мл.

С помощью этих процедур, беременность могли пролонгировать в среднем 44±6дней.

Преждевременные оперативные роды проведены в 26-37 недель беременности 4 женщинам (50%) с патологией плодов, остальные 4 (50%) женщин были родоразрешены в сроке 38-40 недель. У 25% (2) женщин с многоводием, беременность закончилась неблагоприятно: у одного имела место преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в сроке 37 недель беременности с врожденным пороком развития кишечной трубки плода, а у второго антенатальная гибель плодов в сроке 26недель беременности с монохориальной диамниотической двойне на фоне фето-фетальный трансфузионный синдрома.

Выводы: Таким образом, амниоредукция является неотъемлемой частью в лечении многоводия. Ультразвуковая диагностика пороков развития плода и нарушений течения беременности с проявлением нарастающего многоводия позволяет в дальнейшем своевременно применить эффективный способ пролонгирования беременности – амниоредукцию под ультразвуковым сопровождением и дает почти 95 % выживаемость новорожденных с корригируемыми пороками развития.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С.

Иминова Н.Б.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность темы Охрана здоровья женщин фертильного возраста относится к числу приоритетных направлений современной медицинской науки и практического

здравоохранения. Узбекистан, как известно, является регионом высокой рождаемости. Подавляющее большинство женщин фертильного возраста страдают различными экстрагенитальными заболеваниями (пиелонефрит, гастрит, сахарный диабет, тиреоидная патология). Среди экстрагенитальных заболеваний в нашем регионе лидирующее место занимает вирусный гепатит «С». Вирусный гепатит определяется высоким уровнем пораженности ими населения Земли. Хронические вирусные гепатиты по своей социально-экономической и медицинской значимости занимают одно из ведущих мест в патологии человека, характеризуются глобальным распространением, неуклонной тенденцией к росту заболеваемости, высокой степенью хронизации и значительным уровнем в структуре смертности в мире. Как известно, у женщин, перенесших вирусный гепатит С, течение беременности и родов часто осложняется акушерской патологией .

Женщины, инфицированные вирусный гепатит С, задаются вопросом, можно ли им принимать гормональные препараты, например, противозачаточные таблетки или гормоно заменяющую терапию. С точки зрения гепатита С, ответ положительный.

Цель работы. Изучение контрацептивного и лечебного действия гормональных контрацептивов для обоснования возможности их применения у женщин, перенесших вирусный гепатит С.

Материал и методы исследования: Исследования проводились в Андижанском перинатальном центре в отделении гинекологии. Под нашим наблюдением находились 60 пациентов. Первую группу составили 30 здоровые женщини, для группу сравнения. Во вторую группу вошли 30 женщин с нарушением менструальной функции перенесенным гепатитом С.

При обследовании изучали биохимический анализи крови (общий билирубина, прямой билирубина, непрямой билирубина, аланинамиотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, гаммаглутамилтрансфераза), ультразвуковое исследование печени, гормональные показатели крови (фолликулостимулирующий, лактотропный, лютенизурующий гормоны) до, во время и после применения препаратов.

Результаты и обсуждения. Результаты проведенных клинических и лабораторных исследований позволили установить, что у женщин, перенесших вирусный гепатит С, имеется зависимость гормонов менструального цикла от биохимических показателей крови. При применении оральных контрацептивов (Линдинет 20, Мидиана и Новинет) менструальный цикл нормализовался, симптомы альгодисменореи исчезли. Побочных реакций при использовании оральных котрацептивов не отмечено.

Выводы. Полученные нами данные позволяют считать, что оральные контрацептивы являются эффективными для лечения нарушения менструального цикла и альгодисменореи у женщин, перенесщих вирусный гепатит С.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ

Исакова Д.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Общеизвестно, что беременность и послеродовой период связаны с повышенным риском венозной тромбоэмболии (ВТЭ). Беременные женщины имеют примерно 5-кратный повышенный риск ВТЭ по сравнению с небеременными женщинами, а в послеродовом периоде риск ВТЭ увеличивается (до ≥ 20 раз). Опасный период развития ВТЭ продолжается примерно до 12 недель после родов. Материнская смертность, связанная с ВТЭ, составляет около 10% от всей материнской смертности в развитых странах.

Существуют свидетельства снижения частоты тромботических осложнений беременности при назначении гепаринов отдельно или совместно с аспирином в группах риска. Наличие врожденных или приобретенных тромбофилий является важной составляющей оценки такого риска.

Повышенное тромбообразование в акушерской практике является одной из значимых причин репродуктивных потерь. Эпидемиологические исследования говорят о том, что в 40-75% случаев наследственная тромбофилия матери предрасполагает к развитию патогенетических механизмов осложнений беременности. Но всегда ли бывает так, что наследственная тромбофилия проявляется во время беременности, приводя к развитию синдрома потери плода? Вопрос о том, при каких условиях это возможно остается открытым.

Целью исследования явилось выявление условий, при которых возможен положительный исход беременности у женщин, имеющих в своём геноипе полиморфизмы или/и мутации тромбофилий.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 90 индивидуальных карт женщин, имеющих наследственную тромбофилию и состоящих на учете в женской консультации по поводу беременности за период 2020-2022гг. Были сформированы 3 группы в зависимости от исхода первой беременности. I группу составили 26 женщин, у которых только первая беременность протекала без осложнений, а исходами всех последующих беременностей являлись репродуктивные потери; во II группу вошли 36 женщин, у которых исходом первой беременности являлся выкидыш в 1 или 2 триместре; III группу составили 28 женщин, у которых первая беременность на фоне антитромбофилической терапии закончилась нормальными родами через естественные родовые пути или родами с использованием оперативного пособия. Способом выкопировки были изучены особенности акушерско-гинекологического анамнеза.

Результаты исследования. Анализ акушерско-гинекологического анамнеза у женщин трех групп представлен в таблице 1. В I группе женщин возраст возникновения первой беременности варьировал в пределах от 18 до 25 лет, во II группе – от 20 до 30 лет, в III группе – от 26 до 37 лет, т.е. III группу составляют наиболее возрастные первобеременные. Достоверно позднее время наступления менархе отмечается во II группе женщин (14,3 лет, $p \leq 0,05$).

Количество генетических мутаций варьировало от 2 до 5 (таблица 2). Наибольшее число женщин с максимальным количеством мутаций встречается в II группе – 7 (19,4%).
В ходе «качественного» анализа мутаций было выявлено, что у всех женщин в 100% случаев имели место мутации 1, 2 или 3 генов, кодирующих синтез ферментов фолатного цикла. На втором месте по распространенности был дефект гена PAI-1, который встречался в гетеро- и гомозиготной формах с частотой 30 (83%) в I группе, 28 (78%) и 19 (68%) во II и III группах соответственно. Самые «опасные мутации» – Лейдена и протромбина – встречаются относительно редко. Гетерозиготная форма мутации Лейдена была обнаружена у 4 женщин, входящих в состав трех групп, в тоже время гетерозиготная мутация гена протромбина была выявлена у 4-х женщин из II и III группы.

Выводы. Исходя из тенденций современной жизни, данные факторы риска чрезвычайно распространенны в наши дни, а создать условия нормального протекания беременности очень сложно. Благодаря своевременной диагностике генетических полиморфизмов наследственной тромбофилии (до беременности), правильной прегравидарной подготовки и соответствующей тактике ведения беременности с помощью современных технологий, можно получить хорошие результаты, снизив показатели репродуктивных потерь и осложнений беременности.

СТРАТЕГИЯ LIFE EXTENSION (ПРОДЛЕНИЯ ЖИЗНИ) ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Исанбаева Л. М.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Актуальность. Для женщин в пери- и постменопаузе крайне важно сохранять работоспособность, профессиональную востребованность и в целом качество жизни. В основе изменений в сердечно-сосудистой системе в менопаузе лежит развитие эндотелиальной дисфункции. А одним из главных факторов, нарушения функции эндотелия в климактерическом периоде является гипоэстрогения - пусковой механизм развития атерогенной васкулопатии, а также недостаточное производство эндогенного оксида азота, оксидативный стресс и хроническое воспаление. Нарушение обмена липидов в перименопаузальном возрасте, которое возникает как в связи со снижением физической активности (переход на пенсию, патология опорно-двигательного аппарата), так и с изменением характера питания (зачастую эмоциональную нестабильность начинают компенсировать избыточным приемом пищи) приводит к избыточной массе тела и ожирению.

Цель исследования: изучить эффективность ксилато-тивортиновый антиэйджинговый курса у женщин перименопаузального возраста с целью улучшения качества жизни.

Материалы и методы исследования. Было включено 46 женщин в перименопаузе, разделенных на 2 группы - основная (n=20) и контрольная (n=26). Обе группы женщин получали заместительную гормональную терапию (ЗГТ) (трансдермальный спрей Лензетто). Основной группе, наряду с ЗГТ, был назначен инфузионный ксилато - тивортиновый курс, который состоял из - 5 дневного внутривенного капельного введения раствора ксилитола 200 мл (Ксилат) и 5 дневного введения L-аргинина 200 мл (Тивортин), в дальнейшем с переходом на питьевой раствор L-аргинина (Тивортин аспартат) по 2 мерной ложке 2 раза в сутки еще в течении 3 недель. Всем пациентам назначалась сбалансированное питание и дозированные физические нагрузки. В начале и в конце программы проводилась антропометрия (рост, вес), расчитывался индекс массы тела, измерение АД, анализ крови, а также проводилась бальная оценка менопаузальных расстройств по шкале Купермана. В результате применения данной лечебно-профилактической программы в основной группе зафиксировано достоверное снижение индекса массы тела (ИМТ) с 30,95 ± 4,45 до 26,32 ± 5,48 кг/м ($p < 0,01$). Индекс Купермана, который до начала программы в среднем был в пределах средней степени выраженности климактерического синдрома (35 до 58 баллов), также снизился достоверно в основной группе пациенток до легкой степени (12 до 34 баллов).

Выводы применение курса life extension в комплексе с умеренными физическими нагрузками и сбалансированным питанием, является эффективным способом коррекции метаболических нарушений, улучшающим состояние сердечно сосудистой системы, способствует снижению тяжести проявления климактерического синдрома, позволяет отсрочить начало приема менопаузальной гормональной терапии и снизить ее дозы. Своевременное назначение ЗГТ и совместное применение аргинина и ксилитола в виде инфузионной терапии, является перспективным направлением направлением коррекции метаболических нарушений в менопаузе.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Исламов Ж.М научный руководитель –Арзиева Г.Б
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. Бронхиальная астма продолжает удерживать лидирующие позиции среди заболеваний Бронхиальная астма продолжает удерживать лидирующие позиции среди заболеваний лёгких у беременных. Наличие БА отрицательно сказывается на течении беременности, родов, состоянии плода и новорождённого.

Цель. Проанализировать течение беременности, родов и состояние новорождённых у женщин, страдающих бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Нами были проанализированы истории родов 53 женщин с БА различной тяжести течения: легкой (БАЛТ), средней (БАСТ) и тяжёлой (БАТТ).

Результаты. Частота угрозы прерывания беременности у женщин с БА составляла 60,8%, при этом не различалась между группами БАЛТ, БАСТ и БАТТ. Частота развития гестоза составила 78% и также не различалась. Диагноз хронической плацентарной недостаточности был установлен в 12,9% случаев в группе БАЛТ, 52,9% пациенток с БАСТ, 40% беременных с БАТТ. У 96,2% пациенток беременность закончилась срочными родами. Родоразрешение операцией кесарева сечения выполнено 56 % женщин с БА. Из осложнений III периода родов наиболее часто встречались аномалии прикрепления плаценты - 12,9% женщин с БАЛТ и 12.3% - с БАСТ. Средний вес новорождённых составил 3307 г. Средняя масса новорождённых по группам составила 3536 г, 3078 г и 2664 г в группах женщин с БАЛТ, БАСТ и БАТТ, соответственно, различия статистически достоверны. Гипотрофия плода наблюдалась в группах БАСТ и БАТТ и ее частота составила 23.5% и 60%. Средний балл по шкале Апгар составлял в группах пациенток на 1-ой и 5-ой минутах жизни при БАЛТ 7,9 и 7,9, при БАСТ - 7,2 и 7,7, при БАТТ – 7,2 и 7,2 баллов, соответственно, различия статистически достоверны.

Выводы. По нашим данным, частота угрозы прерывания беременности и гестоза у больных бронхиальной астмой значительно превышают общепопуляционный уровень. Тяжесть течения бронхиальной астмы напрямую коррелирует с вероятностью развития хронической плацентарной недостаточности и гипотрофии плода, что неблагоприятно влияет на состояние новорождённого.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА СЕРОФЕР В ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

Каримова Г.С.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность.Железодефицитная анемия (ЖДА) – одно из наиболее распространенных осложнений беременности, частота которого варьирует от 21 до 80%. Согласно данным ВОЗ, анемия определяется как патологическое состояние, при котором уровень гемоглобина составляет менее 120 г/л – для женщин и 110 г/л для беременных женщин. Железодефицитная анемия при беременности – патологическое состояние обусловленное снижением содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и депо в связи с увеличением объема циркулирующей крови и потребности в микроэлементе, снижением его депонирования, высоким темпом роста организма плода. Железодефицитная анемия неблагоприятно влияет на течение беременности, исход родов, развитие плода, вызывая ряд осложнений: преэклампсию, преждевременное прерывание беременности, многоводие, несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовых сил, повышение кровопотери в родах, мертворождаемость, послеродовые септические

осложнения, гипогалктию. Железодефицитная анемия возникает в результате дисбаланса между поступлением железа в организм с пищевыми продуктами и адсорбцией его в желудочно-кишечном тракте. В норме запас железа женщины составляет 300 мг. В процессе физиологической беременности организм расходует от 400 мг до 1000 мг железа. Это особое значение имеет для женщин которые часто и много рожают при малом интервале между родами и отсутствием времени для восстановления потерь, у которых часто наблюдаются тяжелые формы железодефицитной анемии. Экспертами ВОЗ принята следующая классификация анемии у беременных: Легкая Нб 110-90 г/л; Средней тяжести Нб 90-70 г/л; Тяжелая Нб менее 70 г/л.

Цель исследованияЦелью исследования явилась оценка эффективности препарата Серофер при лечении анемии у беременных во II и III триместрах беременности, при среднетяжелой и тяжелой степени анемии. Препарат Серофер – стимулятор гемопоэза, для парентернального применения, при необходимости быстрого восполнения железа, при непереносимости оральных препаратов железа, при воспалительных заболеваниях кишечника. Серофер (1 мл) содержит : железо III гидроксид сахарозный комплекс – 20 мг. Каждая ампула (5 мл) содержит 100 мг элементарного железа.

Материлы и методы исследования. Обследовано 180 беременных с анемией, в возрасте от 18 до 40 лет, со сроком беременности от 20 недель до 40 недель. При проведении исследования главным показателем анемии был гемоглобин в общем анализе крови. Беременных со средней степенью тяжести анемии выявлено 101, с тяжелой степенью 79. При лабораторном исследовании кроме снижения показателя гемоглобина, наблюдалось снижение гематокрита ниже 32%, снижение содержания железа в сыворотке крови ниже 7 мкмоль/л, снижение цветного показателя ниже 0,80, наблюдался анизо и пойкилоцитоз, отмечалось ускорение СОЭ. Проводилось доплерометрическое исследование всем беременным, при котором выявлены признаки нарушения маточно-плацентарного кровообращения, хроническая гипоксия плода, внутриутробная задержка развития плода, которые имели прямую зависимость от степени тяжести анемии. Для всех обследованных беременных метод введения и дозировка препарата Серофер была одинаковой – по 5 мл 2 раза в день, внутривенно, после введения тест-дозы (режим дозирования устанавливали в пересчете на элементарное железо в зависимости от показателя исходного Hb). В результате лечения удалось улучшить общее состояние женщин, добиться нормализации маточно-плацентарного кровообращения в 75% случаев, что наблюдалось при доплерометрическом контроле, улучшения показателей в снижении таких осложнений, как угроза преждевременных родов, слабость родовой деятельности, преждевременный разрыв плодных оболочек, послеродовые септические заболевания. Эффективность лечения оценивалась путем сопоставления предыдущих и повторных лабораторных исследований.

Выводы. Таким образом, терапия железодефицитной анемии у беременных препаратом Серофер является эффективной, приводит к нормализации показателей гемограммы, улучшению общего состояния беременных, снижению числа акушерских и неонатальных осложнений. Также лечение при железодефицитной анемии кроме препаратов железа включал белковую диету, витамины и микроэлементы.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА БЕРЕМЕННОСТЬ И ОЦЕНКА ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ

Касимова Н.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одним из приоритетных направлений современного акушерства остается охрана здоровья матери и ее ребенка. К сожалению, в настоящее время отмечена

тенденция к росту экстрагенитальных заболеваний при беременности, в том числе и хирургических, что оказывает негативное влияние не только на течение и исход гестационного процесса, но и на динамику показателей материнской и перинатальной смертности.

Литературные данные свидетельствуют о прогрессирующем увеличении в последние десятилетия заболеваемости острым панкреатитом (от 200 до 800 на 1 млн населения в год). За этот период в России среди заболевших доля женщин возросла на 30 %. Распространенность панкреатита у беременных колеблется от 1:1000 до 1:12000, увеличиваясь со сроком гестации и числом родов в анамнезе. Развитие данной патологии при беременности осложняется в 58 % наблюдений преждевременными родами, что непосредственно отражается на показателях перинатальной заболеваемости и смертности.

Цель исследования: Провести анализ особенностей течения и исхода беременности, осложненной развитием ОП.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 84 женщины, беременность которых осложнилась развитием ОП.

Результаты исследования: У 65 беременных (76,2%) ОП диагностировался во второй половине гестации, преимущественно, при сроках 32-37 недель (44,1%). Почти в каждом втором случае женщинам предстояли первые роды, при этом в большинстве наблюдений настоящая беременность была повторной (84,5%).

При анализе течения и исхода беременностей с ОП установлена высокая частота осложнений гестации при использовании стандартного лечения.

Угроза прерывания беременности на 7-10 сутки лечения в стационаре зафиксирована у 83,3% женщин. Удельный вес самопроизвольного выкидыша составил 11,9%, неразвивающейся беременности – 29,8%, ПР – 60,7%. Оперативное родоразрешение выполнено у 8,3% беременных с ОП, в связи с преждевременной отслойкой плаценты.

При морфологическом исследования последов установлено, что использование стандартных подходов при лечении беременных с ОП приводит к развитию хронической плацентарной недостаточности (ПН) у 78,9% беременных и осложняется острой (ПН) в 21,2% случаев. По нашим данным перинатальная смертность при развитии ОП у беременных достигает 281,3‰, а общие репродуктивные потери – 45,2%.

Вывод. Комплексное изучение системы гемостаза у больных с ОП позволило диагностировать хроническую форму ДВС-синдрома, основными проявлениями которого являлись гиперкоагуляция, тромбоцитоз, угнетение фибринолиза и повышение продуктов паракоагуляции. Исследование маркеров эндогенной интоксикации показало развитие эндотоксикоза у беременных с панкреатитом. Выявленные изменения коагуляционного потенциала крови и эндотоксиновая агрессия, по нашему мнению, оказывают негативное влияние на состояние фетоплацентарного комплекса и дальнейшее течение беременности в сочетании с панкреатитом, увеличивая риск преждевременных родов до 79,1 %.

Сочетание беременности и ОП увеличивает риск антенатальной гибели плода и преждевременных родов, что диктует необходимость оптимизации стандартных методов лечения для повышения их эффективности.

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Келдиёрова Н.Н.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность темы. Синдром поликистозных яичников представляет собой сложное состояние, характеризующееся повышенным уровнем андрогенов, нарушениями менструального цикла и/или небольшими кистами на одном или обоих яичниках.

Расстройство может быть морфологическим (поликистоз яичников) или преимущественно биохимическим (гиперандрогенемия). Гиперандрогения, клинический признак синдрома поликистозных яичников, может вызывать торможение развития фолликулов, микрокисты в яичниках, ановуляцию и менструальные изменения.
В зависимости от диагностических критериев им страдают от 6% до 20% женщин репродуктивного возраста.

Цель исследования. Исследовать фармакотерапевтическое лечение синдрома поликистозных яичников.

Материалы и методы исследования. В 2006 году Androgen Excess Society предложило использовать критерии Национального института детского здоровья/Национального института медицинских наук с модификациями, включающими инструмент Rotterdam. Androgen Excess Society определяет синдром поликистозных яичников как расстройство, в первую очередь связанное с избытком андрогенов, наряду с различными комбинациями фенотипических признаков (например, гиперандрогенемия, гирсутизм, олигоовуляция/ановуляция и/или поликистоз яичников), которые могут способствовать более точной диагностике.

В 2012 году Национальный институт здоровья спонсировал семинар по доказательной методологии поликистоза яичников. Группа экспертов пришла к выводу, что каждый критерий имеет свои сильные и слабые стороны; однако использование нескольких критериев считалось запутанным, препятствующим прогрессу в понимании синдрома поликистозных яичников.

При подозрении на синдром поликистозных яичников следует собрать полный анамнез, медицинское обследование, анализы крови и ультразвуковое исследование органов малого таза. История болезни и медицинский осмотр предоставляют врачу информацию о необъяснимом увеличении веса, нарушениях менструального цикла, росте волос по мужскому типу, изменениях кожи и повышенном кровяном давлении. Берут кровь для оценки уровня гормонов, глюкозы и липидов, а также проводят ультразвуковое исследование органов малого таза для сканирования кист яичников. В течение периода оценки следует исключить другие потенциальные причины, связанные с репродуктивной, эндокринной и метаболической дисфункцией. Врачи должны исключить гиперплазию надпочечников, синдром Кушинга и гиперпролактинемию до подтверждения диагноза синдрома поликистозных яичников.

Исследования показывают, что после постановки диагноза синдрома поликистозных яичников более чем у 50% пациентов развивается предиабет или диабет, и существует повышенный риск инфаркта миокарда, дислипидемии, гипертонии, беспокойства, депрессии, рака эндометрия и апноэ во сне. Беременных женщин с синдромом поликистозных яичников следует информировать о повышенной частоте выкидышей, гестационного диабета, преэклампсии и преждевременных родов.

Результаты исследования. Кломифен. Препаратом выбора для индукции овуляции при синдроме поликистозных яичников является цитрат кломифена (Кломид, Санофи). Первоначально назначается доза 50 мг/сут в течение 5 дней. Если происходит овуляция, но беременность не наступает, прием по 50 мг/сут в течение 5 дней продолжают для последующих циклов. Однако, если овуляция не наступает после первого цикла, доза может быть увеличена до 100 мг в сутки в течение 5 дней не менее чем через 30 дней после предыдущего курса терапии.

Противодиабетические средства. Другие лекарства могут быть добавлены к кломифену, чтобы получить более благоприятный исход для овуляции. Противодиабетические препараты могут использоваться для улучшения

фертильности, снижения резистентности к инсулину и снижения уровня циркулирующих андрогенов.

Антиандрогены. Спиронолактон (Aldactone, Pfizer), флутамид (Eulexin, Schering/Merck) и финастерид (Propecia, Merck) являются антиандрогенами, которые действуют при синдроме поликистозных яичников, снижая уровень андрогенов, тем самым уменьшая признаки гирсутизма и акне. Эти антиандрогены могут также повышать уровень липидов, который может быть повышен у пациентов с синдромом поликистозных яичников. Эффекты спиронолактона 100 мг, флутамида 250 мг и финастерида 5 мг ежедневно сравнивали у 40 женщин с гирсутизмом в течение 6 месяцев. Все три препарата оказались эффективными, хотя существенных различий между группами не было.

Медроксипрогестерона ацетат. Медроксипрогестерона ацетат в дозировке от 5 до 10 мг/сут в течение 10–14 дней каждый месяц можно использовать для лечения аменореи или дисфункциональных маточных кровотечений у женщин с синдромом поликистозных яичников, которые не хотят забеременеть и не входят в группу риска. на беременность. Ежемесячная терапия прогестинами устраняет аномальную пролиферацию эндометрия, но не подавляет выработку андрогенов яичниками. Медроксипрогестерона ацетат также может улучшать чувствительность к инсулину и липидный профиль у пациенток с синдромом поликистозных яичников.

Статины. Считается, что статины имеют место в лечении синдрома поликистозных яичников из-за их способности снижать уровни тестостерона, а также холестерина липопротеинов низкой плотности , триглицеридов и общего холестерина. В сравнении с симвастатином (Зокор , Merck) и метформин у женщин с синдромом поликистозных яичников уровни общего тестостерона снижались на 17,1% и 13,6% соответственно. Эффект симвастатина был выше по сравнению с монотерапией метформином, но не было обнаружено, что комбинация превосходит симвастатин отдельно (15,1%).

Выводы. Синдром поликистозных яичников представляет собой сложное заболевание, для которого требуются несколько подходов к лечению, в зависимости от причины, по которой пациентка обращается за лечением. Кломифен показал наилучшие результаты при лечении бесплодия, в то время как данные о фармакологическом лечении андрогенных симптомов ограничены. Отдаленные последствия синдрома поликистозных яичников, в том числе диабет 2 типа и сердечно-сосудистые заболевания, можно лечить противодиабетическими препаратами и статинами.

РУБЕЦ НА МАТКЕ И ПОСЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Курбаниязова В.Э.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Роды являются итоговым этапом беременности, и от правильности их тактики ведения зависит состояние матери и новорожденного ребенка, в связи с чем для более эффективного ведения беременности и родов разрабатываются новые высокотехнологические методы исследования. Проведенный анализ интранатальных причин тяжелого состояния доношенных новорожденных детей выявил, что высокая (33,6 %) частота абдоминального родоразрешения не была фактором, снижающим перинатальную заболеваемость Имеется тенденция к росту абдоминальных родоразрешений, в данной ситуации, закономерно возникает необходимость анализа показаний к этой операции, особенно при повторных родах.

Цель – оценка структуры показаний к КС при рубце на матке.

Материал и методы: Работа велась на базе акушерского отделения 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского университета ретроспективно было изучено 2401 историй родов (2016 – 2018 годы) и проспективным методом (2018-2020 годы) обследованы 103 пациенток с рубцом на матке.

Результаты: Средний возраст пациенток из ретроспективного анализа составил 27 ± 0,7 лет. Большая часть исследуемых женщин были повторнородящими – 1407 (58,6%). В то же время присутствует значительная доля первородящих пациенток -994 (41,4%).

При анализе показаний к операции кесарево сечение отмечено, что наличие рубца на матке в сочетании с другими факторами являлось показанием к родоразрешению оперативным путем у 630 (44,8%) беременных. При этом обращает на себя внимание, что у 1077 (76,6%) повторнородящих пациенток наличие рубца на матке являлось показанием к кесареву сечению. В то время как у первородящих рубец на матке служил показанием к операции только у 17 (1,2%) женщин, в том числе рубец после миомэктомии и перфорации матки.

Среди осложнений в послеоперационном периоде, несмотря на совершенствование техники кесарева сечения, повышения качества шовного материала и проводимую антибиотикопрофилактику, остается стабильной доля эндометрита, которая составляет 1834 (76,4%) после операции и не имеет тенденции к снижению.

Пациентки проспективной группы имели возраст в среднем 24,5±4,1 лет. Наиболее частым показанием являлось тазовое предлежание плода - у 25,3% пациенток, на втором месте — гипоксия плода и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - у 11,6%, на третьем — клинически узкий таз - у 9,6% женщин. Частыми причинами оперативного вмешательства были слабость родовой деятельности - у 8,2% пациенток и тяжелая преэклампсия - у 8,9% женщин.

Выводы: Наличие рубца на матке показывает на наличие отягощенного акушерского анамнеза что уже требует от врачей бдительности. Часто наличие рубца страшит рожениц, и они просят повторного абдоминального родоразрешения. По нашим данным выявлено, что у 44,8% беременных, перенесших операцию кесарево сечение, в качестве основного показания к оперативному родоразрешению или в сочетании с другими (крупный плод, анатомическое сужение таза) фигурировал рубец на матке.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТОК.

Курбанова Ш.У.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальност темы. Первичная дисменорея — это циклически повторяющийся болевой синдром, который обусловлен комплексом нейровегетативных, обменных и поведенческих нарушений, сопровождающих менструальное отторжение эндометрия. Первичная дисменорея возникает в период возрастной морфофункциональной перестройки репродуктивной системы, во время становления менструальной функции у девочек и считается самостоятельной нозологической формой , поскольку не связана с каким-либо органическим заболеванием половых органов (специфические гинекологические воспалительные заболевания, эндометриоз, опухоли яичников и матки и др.). Первичная дисменорея возникает в результате воздействия на развивающийся организм ребенка и подростка многочисленных этиологических факторов. К их числу можно отнести осложнения перинатального периода, острые и хронические инфекционные заболевания детского и подросткового возраста, хроническую соматическую патологию, нарушение обмена веществ, психогении и др.

Цель исследования. Определение наиболее значимых факторов риска развития первичной дисменореи у девушек на основании комплексного обследования девушек и их матерей.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 140 анкет, заполненных девушками с дисменореей и их матерей. Первичная дисменорея установлена после выяснения жалоб и проведения дифференциальной пробы с нестероидным противовоспалительным препаратом – бруфен. Результаты опроса сравнивали аналогично у 50 женщин, дочери которых в возрасте от 13 до 18 лет были здоровы (контрольная группа).

Результаты.Данные социально – экономических условий жизни девушек показал, что фактором, повышающим риск формирования первичной дисменореи у подростка, является проживание девушки в сельской местности, что составило 56,4%, у здоровых девушек этот показатель составил 38% . В семьях, где материальнобытовые условия были неудовлетворительными, у 62,8% девушек менструации были болезненными, а в группе здоровых у 42% . Фактором, приводящим к формированию дисменореи у девушек, признан возраст матери к моменту рождения 5-6 дочери. Несмотря на то, что средний возраст матерей в обеих группах при рождении детей находился в пределах 24-25 лет, роды старше 30 лет и позже среди матерей больных девушек наблюдались в 29,2% случаев, среди матерей здоровых – в 14 %. При этом удельный вес первородящих позднего возраста в обеих группах не имел существенного различия. Уровень образования матери серьёзно влиял на развитие дисменореи у подростков. Образование в объёме средней школы имели 35% матерей девушек основной группы и 4 % матерей контрольной .

Выводы.Таким образом, данные исследования указывают на то, что у матерей каждой третьей девушки с дисменореей имелись следующие факторы риска: образование не более объёма средней школы, низкий уровень социального обеспечения, наличие первичной дисменореи, наличие анемии до наступления наблюдаемой беременности, возраст при рождении ребёнка 30 лет и старше, высокая частота родов в прошлом, пассивное курение, продолжительность лактации менее полугода. У каждой второй девушки с первичной дисменореей наблюдалось: позднее наступление менархе.Надо полагать, что всё вышесказанное отразилось на становлении и регуляции репродуктивной функции.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Мадаминхужаева Д.К., Собиров А.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сахарный диабет (СД) относится к группе метаболических заболеваний, обусловленных дефектом секреции инсулина, нарушением действия инсулина или сочетанием этих факторов, что сопровождается гипергликемией. СД I типа — это инсулинозависимый СД, является аутоиммунным заболеванием, индуцированным инфекционным процессом вирусной этиологии или другими острыми или хроническими стрессорными факторами внешней среды на фоне определённой генетической предрасположенности.

При некоторых формах СД I типа отсутствуют убедительные доказательства аутоиммунной природы и заболевание считается идиопатическим. Также СД I типа может случиться у лиц с избыточной массой тела или ожирением.

Распространённость СД I и II типа среди женщин фертильного возраста в РФ составляет 0,9–2%. Прегестационный СД выявляется у 1% беременных, в 1–5% случаев развивается гестационный СД или манифестирует истинный СД.

Цель исследования. Улучшить ультразвуковую диагностику поражения почек при сахарном диабете 1 типа у беременных женщин.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы провели ультразвуковую диагностику в общей сложности у 150 беременных женщин с поражением почек при сахарном диабете 1 типа.

Результаты исследования. Беременность, сочетающаяся с сахарным диабетом, может осложниться артериальной гипертензией, нарушением функционирования почек, гипоксией плода и синдромом задержки его внутриутробного развития, многоводием (у 20–60 %), поздним токсикозом, появлением преэклампсии, эклампсии, гестоза (20–60 %), патологией зрения. Самопроизвольное прерывание беременности происходит у большинства беременных женщин на фоне отсутствия компенсации обменных расстройств и гормональной недостаточности. У 80 % беременных появляются инфекции мочевыводящих путей и воспалительные заболевания половых органов. Роды в свою очередь могут осложниться слабостью родовой деятельности, приращением или плотным прикреплением плаценты, гипоксией плода, несвоевременным излитием амниотической жидкости. При наличии ситуаций, представляющих угрозу жизни и здоровью беременной, беременность противопоказана. К таким ситуациям относятся: нефропатия тяжелой степени тяжести; прогрессирующая диабетическая ретинопатия; артериальная гипертензия (АД свыше 130/80 мм рт.ст.), не поддающаяся терапии; сахарный диабет в комбинации с туберкулезом в активной форме, ВИЧ, резус-иммунизация; мертворождения и рождение детей с врожденными патологиями развития в анамнезе, прекома или кома в 1 триместре гестации, отрицательный резус-фактор у матери, гастроэнтеропатия.

При принятии женщиной решения оставить беременность и родить ребенка ей нужен постоянный контроль эндокринолога и акушера-гинеколога. На ранних этапах беременности наблюдаться необходимо раз в две недели, в более поздние сроки – в неделю один раз. Еще до зачатия ребенка женщине с сахарным диабетом желательно провести обследование. Оно должно включать в себя контроль гликемии, артериального давления, состояние почек, щитовидной железы, выявление различных патологий (ишемическая болезнь сердца, заболевания периферических артерий, признаков гипогликемии).

Во время беременности расстройства углеводного обмена диагностируют в два этапа. При самом первом обращении беременной к врачу ей строго обязательно проводят определение таких показателей, как уровень глюкозы в венозной плазме до приема пищи (натощак), гликированный гемоглобин, глюкоза венозной плазмы независимо от приема пищи, в любое время дня. Это происходит на сроке менее 24 недель. Когда выявляют какие-то расстройства метаболизма углеводов, женщину незамедлительно передают для последующего наблюдения врачу-эндокринологу. А в случае, когда никаких нарушений на начальных сроках беременности не выявлено, осуществляют проведение перорального глюкозотолерантного теста.

Вывод. Таким образом, сочетание беременности с сахарным диабетом ставит большое количество сложных вопросов перед акушерами-гинекологами и эндокринологами и требует значительных усилий для сохранения беременности, а также обеспечения оптимального родоразрешения и жизнеспособности новорожденного.

ДИСПРОПОРЦИЯ В РОДАХ КРУПНЫМИ ПЛОДАМИ, ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИСХОД ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА.

Мамадалиева М. Мухитддинова Т.К
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: В последние десятилетие отмечается явное увеличение рождения крупных новорожденных (весом более 4000 грамм), что зачастую приводят к тяжёлым осложнениям в родах. Даже при нормальных размерах таза, при наличии крупного плода может развиться диспропорция с осложнениями, которые влияют неблагоприятно на

материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность. Крупные дети часто в родах подвергаются родовой травме и поражениям ЦНС. Даже при нормальных размерах таза в родах крупными плодами может возникнуть диспропорция между размерами таза материи и предлежащий частью плода.

Цель исследования: Изучить исход родов для материи и плода при возникновение диспропорции в процессе родов, при проведении ретроспективного анализа истории родов.

Материалы и методы исследования: Нами проведен ретроспективный анализ 68 истории родов, при которых возникла диспропорция при нормальных размерах таза.

Результаты исследования: Среди обследованных первородящих было - 33 и повторно родящих- 35. Изучение исходов родов и осложнении при ней выявлены следующие осложнения родах: преждевременное околоплодных вод излитие вод в - 1,32 %, слабость родовой деятельности в - 1,2%, затяжные роды в - 1,8% , эндометрит в родах в - 0,32% , угроза разрыва матки в - 0,08% , КС проведено в - 18 % случаев. В результате несоответствия плода к размеров таза матери дети родились в асфиксии II степени в - 15%, в асфиксии III степени – 0,7 % и с черепно-мозговой травмой и поражением ЦНС в - 0,6%.

Вывод: Таким образам, ретроспективный анализ показал, что в родах крупными плодами остаётся высоким проценты осложнений как для матери, так и для плода . С целью профилактики рождения крупных новорожденных рекомендуется диета с пониженным содержанием углеводов. Так как, основной причиной развития крупного плода является нерациональные питания материи.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЕСТАЦИОННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ НЕОПЛАЗИИ

Маматова М.Р., Салахиддинов К.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить прогностическую значимость маркера CLIC-1 в развитии гестационной трофобластической неоплазии.

Материалы и методы: В исследование было включено 20 пациентов с диагнозом ГТБ, которые обратились в гинекологическое отделение Андижанского областного перинатального центра. Обследуемые пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа - 10 женщин с доброкачественным ПЗ, 2 группа - 10 женщин со злокачественной трансформацией, которые нуждались в химиотерапии. Иммуногистохимическое окрашивание для оценки экспрессии онкогена CLIC-1 проводили на парафиновых блоках, приготовленных из полученного материала.

Результаты. После оценки эвакуированных продуктов беременности и в соответствии с первичной гистологической диагностикой 8 пациенток из 1 группы (80%) были признаны полным ПЗ и у 2 пациенток (20%) был диагностирован частичный ПЗ.

Из 10 пациентов с хориокарциномой, 9 пациентов имели оценку Всемирной организации здравоохранения <7, а одна пациентка имели оценку ≥ 7. Чтобы исследовать функцию белка CLIC1 и его потенциальной роли в развитии ГТБ, мы провели иммуногистохимию, чтобы определить его клеточную локализацию в клетках ПЗ и хориокарциномы. CLIC-1 был слабо экспрессирован в цитоплазме и ядрах некоторых трофобластов в большинстве образцов (80%) ПЗ, в 2 случаях наблюдалась высокая экспрессия белка CLIC-1. Оба образца были с диагнозом полный ПЗ. Во всех образцах хориокарциномы уровень экспрессии CLIC-1 был повышен, а также белок CLIC-1 был высоко экспрессирован в ядрах почти всех цитотрофобластов. Экспрессия CLIC-1 при полном ПЗ и хориокарциноме: ПЗ - 3,88 (n = 8), 6, 20 (n = 2) ; хориокарцинома (n=10) - 6,60. Уровень экспрессии CLIC-1 в образцах хориокарциномы был достоверно выше, чем в образцах ПЗ (P G 0,01).

Заключение. Мы наблюдали более высокие уровни иммунореактивности CLIC-1 в трофобластических клетках у пациенток с ГТН по сравнению с пациентками с ПЗ. Уровень активности CLIC1 повышается в злокачественно-трансформированных клетках хориокарциномы и экспрессируется в ядре и цитоплазме трофобластических клеток. Мы предполагаем, что он играет аналогичную роль в инвазивности ПЗ. Таким образом, CLIC-1 может служить прогностическим маркером, позволяющим на ранней стадии выявлять злокачественную трансформацию ПЗ. Мы продолжаем изучение CLIC-1 в качестве биомаркера для подтверждения его клинической эффективности.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГОДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ, ЕГО ДИАГНОСТИКА

Маманазарова Н. Мухитдинова Т.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Диабет беременных – это транзиторное нарушение толерантности к глюкозе, выявляемое во время беременности. Он встречается у 4% беременных (Аметова А.С. и соавтры) , а по наблюдениям ряда авторов, диабет беременных в 1 триместре встречается в 2.1%, во втором –у 5,6% и в третьем триместре- 3,1%.

Диабет беременных развивается чаще у тучных женщин. Выявленная гликемия нормализуется после родов, но сохраняется высокий риск развития сахарного диабета при последующих беременностях. Нормальная беременность характеризуется понижением толерантности к глюкозе, что связано с влиянием плацентарных гормонов (эстрагенов, эстриола, плацентарного лактогена, плацентарного прогестерона и кортикостероидов), в следствии чего развивается глюкозурия для удовлетворения энергетических затрат матери и питания плода.

Гестационному диабету присуща относительная инсилиновая недостаточность, которая исчезает через 12 недель после родов.

Цель нашего исследования: Изучить факторы риска развития гестационного диабета в течении беременности, его диагностика и профилактика.

Материалы и методы исследования: Нами обследованы 32 тучных беременных женщин, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии беременных в возрасте 22-37лет, в основном повторно беременные. Срок беременности у них был 27-34 недели. Всем беременным проводилась проба на толерантность к глюкозе 2-3 раза в течении беременности.

Результаты исследавания: У 27 из 32 обследованных выявлена гипергликемия на тощак в пределах 5,5 -7,0 мл/л. Проведённые пробы на толерантность к глюкозе на тощак у этих беременных была 8,0-11,0мл/л в крови. Предрасположенность во время беременности к гестационному диабету после проведённых исследований выявлена у следующих беременных:

1. у женщин у которых в анамнезе имелось рождение крупных детей
2. в анамнезе были выкидыши, мертворождения и преждевременные роды
3. наличие в анамнезе диабета у родителей женщины
4. у ожиревших женщин во время беременности и после них, при предыдущих беременностях и родов
5. у беременных с многоводием
6. у женщин с привычными выкидышами

Все эти выявленные факторы являются в той или иной степени факторами риска, придполагающие развитие развитие гестационного диабета, что показано проведенными исследованиями. Изучение клинических проявлений выявило наличие у этих беременных

жажды, сухости во рту, прием большого количества жидкости, быстрая прибавка веса, повышенный аппетит, слабость.

Выводы: Всех беременных, имеющих факторы риска развития гестационного диабета необходимо исследовать на наличие гликемии на тощак и проведение пробы на толерантность пробы к глюкозе в течении всей беременности, с целью профилактики развития в последующем диабета 2го типа.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ

Ахмедова Н.М., Марозикова М.И.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Консервативное лечение миомы матки в настоящее время остается в центре внимания как отечественных, так и зарубежных исследователей. Распространенность данной патологии среди женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста увеличивается и по данным аутопсии составляет от 50 до 80%.

Цель исследования: оценить эффективность консервативного лечения женщин с миомой матки при включении в базисную терапию препарата Симвастатина.

Материал и методы. В исследование включены 51 женщины в возрасте от 40 до 50 (48,3±3,6) лет с интрамуральным (60%) и субсерозным (40%) расположением миоматозных узлов размером от 4 до 6 (3,8±0,63) недель при отсутствии метроррагий. Давность обнаружения лейомиомы матки составляла от 6 месяцев (у 12 (23,5%) пациенток) до 1 года (у 39 (76,5%) пациенток. По данным гистероскопии у 28 (54,9%) миоматозные узлы локализовались по передней стенке, у 12 (23,5%) - по задней, у 7 (13,8%) - по боковой, у 3 (5,9%) - на дне и у 1 (2,0%) - по матке.

Результаты и обсуждение. Как показали результаты исследований, у пациенток 1 группы полное исчезновение болевых ощущений и тяжести внизу живота и пояснице, а также прекращение патологических выделений и гиперемии наблюдалось уже через 3 месяца лечения. При этом средний объем матки через 3 и 6 месяцев лечения у пациенток 1 группы уменьшился на 40 и 64,5%, и средний размер матки соответствовал сроку 1-2 – недельной беременности. Во 2 группе размер матки через 3 и 6 месяцев лечения не изменился у 5 (20%), у 16 (64%) — уменьшился на 16,8 и 21,1%, у 4 (16%) — увеличился на 18,2 и 15,9% ($P<0,05$), соответственно. На 6 месяц лечения у 4 пациенток было проведено оперативное лечение, в том числе, у 3 (12%) — миомэктомия, у 1 (4%) — субтотальная гистерэктомия с сохранением обеих придатков, что было связано с прогрессирующим увеличением объема (на 59,6%) и размера миоматозного узла до 9 недель. У 13 пациенток размеры матки и миоматозного узла стабилизировались после 3-х месяцев лечения, при этом у 8 (32%) женщин отмечено уменьшение объема матки на 43,5% и размера — до 2 недель.

Вывод. В дозе 40 и 80 мг/сут. симвастатин повышает эффективность базисной терапии, что характеризуется сокращением на 3 месяца сроков уменьшения размеров матки, вегето-сосудистых нарушений, болевых ощущений и тяжести внизу живота, выделений из влагалища и гиперемии наружных половых органов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ САЛЬПИНГООФАРИТОВ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Махмудова Ш. А., Каримова Н.Н.
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Частота рецидивирующего течения сальпингоофоритов, по данным разных авторов, колеблется от 59 до 68%, при этом в сочетании с другими гинекологическими заболеваниями она может достигать 80%. Сальпингоофориты встречаются в любом репродуктивном возрасте, но чаще в молодом возрасте, 20-30 лет, нарушая рецептивность к наиболее значимым в репродуктивном плане гормонам, в большей степени, в эндометрии (Радзинский В.Е.2020).

Цель исследования — определить потенциал внедрения дифференцированного подхода к выбору методов лечения пациенток с сальпингоофаритами, с целью предупреждения эндометриальных дисфункций.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ лечения 79 пациенток с сальпингоофаритами. После проведения диагностических мероприятий разрабатывалась лечебная тактика, в том числе объём и сроки проведения предстоящих операций, которые выполнялись лапаротомным доступом (n=28), лапароскопическим доступом (n=31), отдельную группу составили пациентки, которые получали только консервативную терапию (n=20).

Результаты исследования. Было выделено восемь критериев отбора больных, что позволило структурировать избранную тактику лечения. 1. Возраст — первая группа (17–27 лет — 14,8%); вторая группа (28–38 лет — 31,5%); третья группа (39–49 лет —53,7%). 2. Длительность существующего заболевания (до 3 нед — 36%; 3 нед и более — 64%). 3. Наличие или отсутствие внутриматочного контрацептива (отсутствие ВМК — 45,3%, наличие ВМК — 54,7%, при этом в 14% случаев отсутствовала возможность удалить ВМК при первичном осмотре). 4. Характер процесса определялся на основании данных осмотра и УЗИ, что позволило диагностировать наличие перитонита (17,6%) и пельвиоперитонита (82,4%); наличие гнойных сальпингоофаритов, (67,6%) и инфильтрата без признаков нагноения (33,4%); двусторонний (45,7%) или односторонний (54,3%) процесс; плотный (64%) или рыхлый характер инфильтрата (36%). 5.Наличие сопутствующих гинекологических заболеваний. 6.Наличие или отсутствие в анамнезе перенесённых полостных операций. 7.Сопутствующие соматические заболевания. 8. Реализация репродуктивной функции. На основании анализа результатов исследования сформулированы показания к выбору тактики лечения сальпингоофаритов. Консервативная терапия показана при сальпингоофаритов, отсутствии ВМК в любой возрастной группе при условии положительного эффекта от проводимой терапии, который оценивается на основании объективных лабораторных и УЗИ-данных. Показания для лапаротомной операции: клиническая картина разлитого перитонита, отсутствие возможности удаления ВМК, отсутствие необходимости сохранения репродуктивной функции, отсутствие технических возможностей для использования малоинвазивных методов, отсутствие эффекта от проводимых малоинвазивных методов; наличие сопутствующих гинекологических заболеваний. Лапароскопические операции: длительность заболевания не более 3 нед, формирование рыхлого инфильтрата с абсцедированием, отсутствие противопоказаний для проведения лапароскопических операций, отсутствие ВМК или возможность удаления ВМК при первичном осмотре, необходимость сохранения репродуктивной функции (первая и вторая возрастные группы). Пункционные методы: длительность заболевания более 3 нед, формирование плотного инфильтрата с признаками абсцедирования; высокий риск

проведения полостных операций (3-я возрастная группа), необходимость сохранения репродуктивной и гормональной функции (первая и вторая группы), отсутствие ВМК или возможности удалить ВМК при первичном осмотре, спаечный процесс в брюшной полости.

Заключение. Сравнение эффективности отдалённых результатов лечения, основанное на оценке числа осложнений, рецидивов, реализации репродуктивной функции, показывает, что использование дифференцированного подхода к лечению сальпингоофаритов, позволяет расценивать каждый метод как эффективный. Использование малоинвазивных хирургических операций повышает возможность реализации репродуктивной функции и снижает число осложнений. У женщин, имеющих роды в анамнезе, радикальный объём операций снижает риск рецидивов и предпочтителен в том случае, если не сопровождается анестезиологическими и интраоперационными осложнениями.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК ПРИ ГЕСТАЦИОННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Маматова М.Р., Захирова Н.Н., Салахиддинов К.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы гестационной трофобластической болезни (ГТБ) достаточно велика. Вопросы профилактики и успешного лечения тесно связаны с медико-социальными проблемами охраны материнства, внутрисемейных отношений, медицинской реабилитации.

Цель: Изучить клинико-патологические, психоэмоциональные особенности различных форм гестационной трофобластической болезни в Узбекистане.

Материалы и методы: Всего было исследовано 150 больных с ГТБ. Из них с полным пузырным заносом были 43 (76,8%), с частичным пузырным заносом - 13 (23,2%), с плацентарной трофобластической опухолью - 26 (17,3%), с инвазивным пузырным заносом - 56 (37,3%), с хориокарциномой - 18 (12%) пациенток. Было проведен анализ анкетирования пациенток на основании информированного согласия. Опросный лист включал данные о пациенте, демографические данные, социо-экономическая информация, информация о текущем состоянии пациента, информация о причинах задержки лечения, история болезни и осведомленность о здоровье пациента.

Результаты анализа данных опросного листа. Самыми частыми причинами задержки лечения явились: после выскабливания не разъяснили, что делать дальше, к какому специалисту обратиться – 64%, мнение пациентки, что это просто выкидыш – 49%, нехватка денег – 34%, не было свободных мест в ЛПУ – 39%, не хотела, чтобы родные узнали о рекомендованной химиотерапии – 38%, семейные проблемы – 47%. История болезни и психологические аспекты: в 63% случаев женщины не поделились своей проблемой с другими, причина задержки химиотерапевтического лечения в 58% случаях - боязнь бесплодия после химиотерапии. Гистологическое исследование и исследование ХГЧ после выскабливания проводилось в большинстве случаев.

Выводы: Психоэмоциональные факторы имеют весомое значение в полноценной диагностике и адекватном лечении ГТБ. Необходимо стандартизовать принципы мониторинга женщин после эвакуации пузырного заноса. Химиотерапия должна проводиться в клиниках, имеющих опыт лечения данной категории больных, т.к. неадекватная химиотерапия приводит к развитию резистентных опухолей и ухудшению прогноза заболевания. Требуется дальнейшее изучение эпидемиологии ГТБ в Узбекистане. Нет единых центров наблюдения за этим заболеванием.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ

Мелимуродова М., Бахриллаева М., Шопулотова З.А.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность.Проблема внутриутробного инфицирования является одним из ведущих в акушерской практике.

Понятие «внутриутробного инфицирования» означает – группа инфекционно-воспалительных заболеваний плода и детей раннего возраста, которые вызываются различными возбудителями, но характеризуются сходными параметрами и нередко имеют однотипные клинические проявления.

Внутриутробная инфекция является одной из главных причин заболеваемости и смертности новорождённых. Это связано с всеобщим ухудшением здоровья населения и ростом числа инфекционных заболеваний **(**Коляченко. Э. С., 2003).

Цель исследования.Изучение исходов беременности и родов у женщин с возможным риском внутриутробной внутриутробной инфекции.

Материалы и метод исследования.В качестве метода взяли ретроспективное исследование.

Неспецифичность клинических проявлений внутриутробного инфицирования создает диагностические трудности, что диктует необходимость сочетанного применения клинических и лабораторных методов исследования. Существует 3 этапа в диагностике внутриутробного инфицирования:

1) Диагностика во время беременности;
2) Ранняя диагностика в момент рождения ребенка;
3) Диагностика при развитии клинических признаков инфекции в раннем неонатальном периоде.

Ультразвуковое исследование является наиболее современным и распространенным методом такой диагностики, позволяющим не только проводить первичную уточняющую диагностику внутриутробного инфицирования, но и оценивать динамику процесса. Эхография плодного яйца позволяет проводить фетометрию, оценивать поведенческую активность плода, его тонус, количество околоплодных вод, зрелость плаценты. Наиболее информативными в оценке состояния плода являются допплерография и компьютерная кардиоинтервалография. В целом подобная диагностика позволяет выявить признаки внутриутробного инфицирования (многоводие, маловодие, взвесь в околоплодных водах, патология плаценты) и инфекционных фетопатий, но не внутриутробное инфицирование.

Результат исследования.Результаты первого исследования выглядит так: у женщин с высоким риском хронических инфекций беременность ассоциировалась с повторяющейся угрозой прерывания беременности (49,8%), преждевременным разрывом плодных оболочек (64,3%), с последующим длительным маловодием. Почти у каждой второй женщины (47,9%) беременность закончилась рождением недоношенных маловесных детей. Каждая третья женщина (30%) испытывала гипотонию матки и кровотечение после вагинальных родов и кесарева сечения. Почти у трети женщин (32,1%) в послеродовом периоде развились воспалительные осложнения, причем более половины осложнений (54,4%) наблюдались у женщин, родивших преждевременно. В посевах влагалища и шейки матки у женщин, перенесших преждевременные роды, преобладали необлигатные возбудители. Было наблюдено персистенция семейства Herpesviridae как в цервикальном канале, так и в полости матки, особенно вируса Эпштейна-Барр (17,2%; 95% ДИ: 10%, 26,8%) (V Barinov, 2022 Июнь).

Во втором исследовании было проведено проспективное исследование, то есть исследовали 2 группы и в конце получили такие результаты: показатели средней длительности пребывания в стационаре для родильниц из первой группы незначительно превышают аналогичные показатели для 2-й группы.
При изучении показателей объема среднего кровотечения при родоразрешениях различными способами необходимо отметить тенденцию к увеличению кровопотери при операции Кесарева сечения по сравнению с родоразрешением через естественные родовые пути. В целом, показатели потери крови в первой группе незначительно превышают показатели второй группы. Следовательно, в данном исследовании наличие ВУИ не повлияло на изучаемые признаки (Э. Я. Захарова, 2015).

Вывод.На основе ретроспективного исследования изучали три исследования, проведённые в разные годы и местности, связанные с различными исходами беременности и родов у женщин с внутриутробным инфицированием. Беременность у женщин с высоким риском хронических инфекций была связана с высокой частотой повторяющихся угроз преждевременного разрыва плодных оболочек, потери беременности и преждевременных родов, в посевах влагалища и шейки матки у женщин, перенесших преждевременные роды, преобладали необлигатные возбудители (V Barinov, 2022).

НЕКОТОРЫЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТОК, УДАЛЕННЫХ ПО ПОВОДУ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Мирзабекова М.Б. (научный руководитель –Арзиева Г.Б)
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. Рост числа экстирпации маток по поводу вращения ворсин хориона и массивных гипотонических кровотечений остается одной из основных неразрешенных проблем современного акушерства.

Цель. Провести анализ результатов гистологического исследования маток, удаленных по поводу акушерских кровотечений.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 108 протоколов гистологического исследования удаленных маток при осложненном кровопотерями различной степени течении беременности и родов.

Результаты. Основными показаниями для удаления маток явились вращение ворсин хориона и гипотоническое кровотечение. В 41% случаев при патоморфологическом исследовании маток, удаленных по поводу вращения ворсин хориона, был диагностирован аденомиоз 1-2 стадии. В 5% выявлен сочетанный эндометриоз. Явления хронического воспалительного характера в эндометрии и придатках матки имели место в 66% случаев.

Выводы. Вращение ворсин хориона, на наш взгляд, может быть связано с наличием очагов аденомиоза и влиянием факторов паракринной регуляции, что нарушает процессы децидуализации стромы эндометрия. Это обосновывает необходимость дальнейшего детального изучения морфологических предикторов патологий, приводящих к экстирпации матки и своевременной их коррекции.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЛИЗКИХ РОДСТВЕННЫХ БРАКОВ

Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М.
Андижанский государственный медицинский институт,
Кафедра психиатрии и наркологии

Актуальность. Проблема психических расстройств у детей, рожденных в близкородственных браках является наиболее актуальной. Особую опасность возникновения нервно-психических заболеваний таят в себе браки между близкими родственниками. По мнению большинства авторов, частота мертворождений, спонтанных абортов, врожденных уродств, ранней смертности среди детей значительно выше в родственных браках.

Цель обследования. Изучить частоту и особенности клинических заболеваний у детей, рожденных в близкородственных браках.

Материал и методы. Из числа больных, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере (АОПНД), были отобраны 100 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 3 до 15 лет. Из них 47 мальчиков и 53 девочки.

I группу обследованных составили 52 ребенка из семей от близкородственных браков с наследственной отягощенностью.

II группа - 48 детей из семей от близкородственных браков без наследственной отягощенности.

Контрольная группа - 50 детей, родители которых не состояли в родстве и не имели наследственной отягощенности психическими заболеваниями. Группа была отобрана на основе 10 % репрезентативной выборки методом случайных чисел.

Результаты и обсуждения. Психические нарушения отмечались у всех детей в виде умственной отсталости, наличие судорожных припадков, аффективных расстройств, патологии поведения, признаков органического поражения головного мозга, выражающихся в неврологическом дефиците различной степени выраженности.

При обследовании детей у тематических больных I группы при наличии родственных браков и наследственной отягощенности были выявлены следующие психические расстройства: наибольший процент занимает умственная отсталость различной степени выраженности – 52%, вторая по частоте встречаемости патология – это эпилепсия и неэпилептические припадки – 19%, нарушения поведения наблюдались в 15%случаев, дети с органическим поражением ЦНС составили 14% случаев.

Психические расстройства пациентов II группы отличались от первой группы превалированием судорожных синдромов и эпилепсии (46%), а также органическим поражением головного мозга (28%), на 3 и 4 местах соответственно – умственная отсталость (16%) и патология поведения (10%).

При обследовании детей контрольной группы выявились следующие психические расстройства: задержка психического развития (ЗПР)-40%, минимальная мозговая дисфункция (ММД)-36%, умственная отсталость-3%, судорожные синдромы и эпилепсия-9%, нарушение поведения-2%, органическое поражение ЦНС-10%.

Выводы. Сочетание наследственной отягощённости и близкородственных браков среди родителей значительно повышает риск развития психических расстройств у детей, они страдают психическими расстройствами большей тяжести, большей прогредиентностью течения и, соответственно, худшим прогнозом.

ФАКТОР УГРОЗЫ ВЫКИДЫША ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Муминова Н.Х., Шорахмедова Н.Ш.
ЦРПКМР,Ташкент.Израильская клиника « Consultativ medikal group»

Актуальность Одной из актуальных медико-социальных проблем акушерства является невынашивание беременности после вспомогательных репродуктивных технологий.. Согласно данным ВОЗ, невынашивание в различных странах составляет от 10 до 25% всех беременностей. Около 80% всех ранее необъяснимых повторных потерь беременности связано с нераспознанными иммунологическими нарушениями, после ВРТ эти показатели могут повыситься в несколько раз по разным причинам. Особенно следует обратить пристальное внимание на воспалительные процессы нижнего этажа женских половых органов, при которых угроза выкидыша несет катастрофический поворот, в сторону различного рода акушерских и гинекологических осложнений (1,3).

Успешность конкретной беременности зависит после ВРТ технологий от знание гинеколога, включая своевременного прогнозирование , с последующей коррекцией распознанных осложнений (3,4).

Цель исследования: оценить клиническую эффективность микронизированного натурального прогестерона при угрозе прерывания беременности после вспомогательных репродуктивных технологий с изучением взаимосвязи с рецидивирующим воспалением нижнего этажа женской половой сферы.

Материал и методы. Обследовано 37 беременные обратившиеся за медицинской помощи в гинекологическое отделения Перинатального центра Кашкадаринской области за период февраль-апрель 2022 года

Поступившие 37 беременные в отделение гинекологии беременные были взяты на учет с клиническими признаками угрозы прерывания беременности и данными ультразвукового исследования.

Возраст больных в среднем составил 21±0,4лет. Из 37 беременных в анамнезе были 1-2 выкидыша у 11, 3 у 4,остальные все первобеременные. У всех беременных с угрозами выкидыша соматический анамнез был отягащен анемией (у 29 беременных) различной степени-1-2-3-й степени, которая была устранена до наступление настоящей беременности, но все же при данной беременности из 37 у 21 была диагностирована анемия 1-й и 2-й степени, которым было назначено антианемическое лечение в течение 1 месяца и более.

В тех случаях когда лечение анемии длилось более 1 месяца , мы проконсультировали беременных у гематолога для исключения каких либо заболеваний крови .

Из перенесенных воспалительных процессов большую часть составила инфекции мочевых путей- где у 18 беременных в анализах мочи обнаружены бактерии, лейкоциты и все пациентки указали на перенесенные ИМТ в анамнезе или при предыдущих беременностях. Это были циститы (у 23 и пиелонефрит у 9, где у всех были найдены бактерии в моче).

Ссылаясь на данные многих исследований, нами было обращено внимание на тот факт , что при угрозе выкидыша после ВРТ большую роль сыграло наличие условно-патогенной микрофлоры, таких Candida и смешанная инфекция с яркими изменениями воспалительного характера нижнего этажа женской половой сферы которые весьма усугубляли нормальное течение настоящей беременности после ВРТ (1,4).

Для выполнения поставленной нами цели мы провели гинекологический осмотр влагалища, с целью исключения других патологических изменений, после информированного согласие самих женщин.

У 19 беременных из 37 женщин найдены признаки кольпита той или иной степени выраженности бактериальной этиологии вызванной Candida, гарднереллой и другой

неспецифической флорой на ранних сроках беременности, что создавало неблагоприятные условия для нормального развития эмбриона.

Из методов исследования для верификации возбудителя использовали бактериоскопическое и бактериологическое исследование выделений из влагалища для изучения микроэкологии гениталий, где были найдены кандидозные мицелии, гарднереллы и различного рода Грамм + флоры.

Со слов женщин у 11 из 37 беременных, при предыдущих беременностях не были признаков воспаления нижнего этажа, и еще надо отметить, что ни одна пациентка при предыдущих беременностях особенно в 1-триместре при возникновении признаков угрозы выкидыши не проверялись на наличие инфекции нижнего этажа женской половой сферы (например при циститах, бактериурии, кольпитах) и при лечении невынашивания не были учтены все вышеуказанные осложнения.

В зависимости от характера лечения все больные были разделены на 2 клинические группы: 1-я основная группа – 15 пациенток, у которых для купирования угрозы выкидыша назначали натуральный прогестерон в терапевтических дозах со дня установление факта беременности по разработанному протоколу и если угроза купировалась продолжали прием гормона, без исследование на предмет инфекции.

Во второй группе также были 22 беременные, которым назначили прогестерон, но учитывая что беременные после проведенных ВРТ технологий и по данным анамнестических историй назначали бактериоскопическое исследование и в случае обнаружение возбудителя неспецифической инфекции назначали одновременно противогрибковые и антибактериальные препараты, которые допустимы при 1-м триместре беременности.

Лечение продолжалось от 5 до 10 суток, в зависимости от яркости воспалительного процесса нижнего этажа.

Исходя из данных литературы (2,3), подобранная адекватная форма нами натурального прогестерона на фоне противовоспалительной терапии создавало оптимальные условия для развития имплантационного окна и формированию своевременного ПИБФ , которое имело важное значение для нормального прогрессирования настоящей беременности. Также натуральный прогестерон, имел целый ряд преимуществ перед другими формами гормонов, так как своевременное назначение в комплексе гормона и противовоспалительной терапии местного значение заметно купировало осложнение угрозы выкидыша и повысило качество жизни беременных.

А также при назначении прогестерона в терапевтических дозах , например при угрозе выкидыша, а у наших беременных данное осложнения наблюдалось у всех 37 женщин в течении короткого времени, из-за высокой биодоступности и за кратчайшие сроки (20-30минут) действия на органы мишени-матка эффективно купировала патологическое состояние.

Для достоверности эффекта нами рекомендованного метода , т.е при совместном назначении профилактических доз антибактериальных препаратов местного действие (вагинальные свечи) и натурального прогестерона, каждые 2 дня исследовали гормональный фон, особенно концентрацию прогестерона, который колебался в пределах 4,5 нг/л, что означало о нормальном развитии эмбриона.

Результаты исследования. В первой группе, где беременные получали только микронизированный прогестерон, 10 женщинам из 15 приходилось увеличить дозу микронизированного прогестерона в 2 раза, так как не были учтены воспалительные агенты в нижнем этаже женской половой сферы (кольпиты), которые также могли спровоцировать угрозу выкидыша (1,2).

Поэтому следует помнить, что при хроническом или вяло текущем воспалительном процессе при беременности снижается рецептивность эндометрия, которая не в состоянии создать благоприятные условия для нидации оплодотворенной

яйцеклетки, а также формированию полноценного PIBF фактора, что свидетельствовали данные иммунных анализов ряда исследований которые поводились ведущими клиниками ряда стран ().

Данные исследование на воспалительный агент нижнего этажа свидетельствуют о том что рост прогестерона в обеих группах каждые 2 дня были значительно разными, так как все же концентрация прогестерона в группе больных с назначением антибактериальных препаратов были на 0,6-0,9нмоль/л выше, составляя от 2,92 до 5,17 нмоль/л, который является результатом своевременного назначение противовосплительной терапии не откладывая в более поздние сроки (например на 2-й триместр).

Такие симптомы как боли в низу живота тянущего характера без причин (не было запоров и вздутие живота), являющиеся в основном симптомом угрозы выкидыша и на мажущие выделения купировались уже через 20-32 часа раньше, а в группе где все же оставили лечение воспаления нижнего этажа на несколько позже признаки угрозы обусловленные гормональной недостаточностью наступали на 20-36часов позже, что заметно сказывалось на общее самочувствие беременной и на ее качество жизни.

Бактериологические анализы во второй группе взятые на 2-е сутки после завершения местной антибактериальной терапии показали отличные результаты, где только у 1 из 22 беременных найдены возбудители инфекции такие как Candida. , где при выяснении причины, установлено хроническое кандидоносительство и лечении продолжили еще на 3 суток, с добавлением эубитиков.

Выводы.Исходя из выше изложенного хотелось бы отметить, что при лечении угрозы выкидыша после ВРТ многие исследователи предпочитают назначение натурального прогесторона, особенно имеющим короткий путь действия в органы мишени- матке. Нами выбранный метод комплексной терапии прогестерона с антибактериальными местными препаратами (в случае обнаружения микроорганизмов в нижнем этаже женских половых органов) эффективно и своевременно купирует угрозу выкидыша, тем самым устраняет нежелательные субъективные ощущения у беременной, который заметно сказываются на благополучное прогрессирование гестации.

Но нельзя упустить тот факт, что при наличии хронической инфекции местного характера, который препятствует нормальному течению беременности, специалистам мы рекомендуем продлить сроки назначение антибактериальных местных препаратов на 3-5 суток, но все же следует помнить и назначении допустимых противомикробных препаратов даже местного значение, так как системная антибиотикотерапия зачастую имеет тератогенное и эмбриотоксическое действие (1,4).

ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ РАК ЖЕЛУДКА У БЕРЕМЕННЫХ

Мусаев М.У., Хасанов Д.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Лечение больных раком желудка остается одной из наиболее актуальных проблем современной онкологии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2012), ежегодно в мире регистрируют около 950 тыс. новых случаев рака желудка и более 700 тыс. умирают от этого заболевания. По этому показателю рак желудка уступает лишь смертности от рака легкого (1,37 млн). Таким образом, рак желудка является одним из самых агрессивных онкологических заболеваний, а эффективность применяемых методов лечения остается малоудовлетворительной.

В США рак желудка переместился на 4-е место в структуре онкологической заболеваемости (7,3%), но продолжает удерживать 2-е место среди причин смерти

от злокачественных новообразований (11,5%). Мужчины заболевают примерно в 2 раза чаще женщин, пик заболеваемости приходится на возраст старше 60 лет.

Основным методом лечения резектабельного рака желудка I—IV стадии является радикальное хирургическое вмешательство, направленное на удаление основного опухолевого очага и всех локорегионарных метастазов. Однако даже удаление опухоли в пределах здоровых тканей с адекватным удалением регионарных лимфатических коллекторов не гарантирует от дальнейшего прогрессирования опухолевого процесса в ближайшем послеоперационном периоде. Самостоятельное хирургическое лечение оказывается эффективным лишь у больных с локализованными формами рака желудка, при наличии инвазии серозной оболочки и/или регионарных метастазов. При этом вероятность достижения 5-летней выживаемости не превышает 30%, а при диссеминированном процессе лишь единичные больные переживают 2-летний рубеж.

Цель исследования. Улучшить лечение распространенного рака желудка у беременных женщин современными способами.

Материалы и методы исследования. Чтобы выполнить поставленную перед нами задачу, мы отобрали для обследования в общей сложности 55 беременных женщин с диссеминированным раком желудка.

Результаты исследования. Одним из наиболее агрессивных заболеваний, выявленных во время беременности у наших обследованных пациенток, был рак желудка. В результате нашего обследования его позднее выявление было вызвано сходством первых признаков рака желудка и признаков раннего токсикоза, поэтому почти в 90% случаев этот диагноз был поставлен во II и III триместрах.

Поздняя диагностика в нашей работе, вероятность смерти матери до окончания беременности и высокая частота прерываний беременности привели к значительному ухудшению прогноза матери и плода, страдающих раком желудка, в то время как для новорожденных он лучше: в таких случаях родилось 38% детей живой.

Пятилетняя выживаемость при сочетании рака желудка и беременности у обследованных женщин составила всего 2,9% и 20% при отсутствии беременности.

Терапевтическая тактика лечения рака желудка у этой группы пациенток зависела как от степени распространения процесса, так и от продолжительности беременности. Таким образом, при операбельной опухоли и сроке беременности более 6 месяцев была проведена общая и субтотальная резекция желудка с сохранением беременности.

В тех случаях, когда опухоль не удалась у наших обследованных пациентов, стало возможным только паллиативное вмешательство. В то же время метастазы в яичниках не являются противопоказанием для желудочного вмешательства. В частности, во втором триместре беременности возможна двусторонняя овариэктомия.

Как правило, хирургическое лечение рака и прерывание беременности показано в первом триместре. На II стадии возможна резекция желудка и кесарево сечение одновременно. В третьем триместре тактика определяется исходя из индивидуальных особенностей: при жизнеспособном плоде резекцию желудка сочетают с кесаревым сечением или беременность продолжается.

Вывод. Таким образом, подход к лечению пациенток с онкологическими заболеваниями во время беременности должен быть мультидисциплинарным, они должны проводиться совместно акушером-гинекологом и онкологом с соответствующим клиническим опытом и современными знаниями, что позволяет своевременно, с учетом срока беременности. стадия заболевания с минимизацией рисков. определение тактики ведения матери и плода, беременной женщины, а также сроков и способа родоразрешения.

ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ.

Мусозода Д.М., Асранкулова С К.
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность: Наиболее частой проблемой, связанной с менструацией у юных девушек, является дисменорея – циклический патологический процесс, проявляющийся болями внизу живота в дни менструации. Приводимая в публикациях частота дисменореи варьирует от 43 до 90%). Современных нейрофизиологических позиций термин «дисменорея» обозначает весь широкий спектр нейровегетативных, обменно - эндокринных и психоэмоциональных отклонений процесса менструации.

Полагают что первичная дисменорея обусловлена дисфункцией гипоталамо - гипофизарно - яичниковой системы, корково - подкорковых взаимоотношений и сопровождается нарушением синтеза эстрогенов, прогестерона, нейротрансмиттёров и др. биологически активных веществ (О.В.Качалина, А.А. Коренькова, 2018).

Цель исследования: определение эффективности коррекции гормонального баланса препаратом цинком при дисменорее.

Материал и методы: работа основана на анализе результатов лечения 50 девушек, находившихся под наблюдением с 2020 года по 2021годы, обратившиеся в областную подростковую поликлинику города Андижан. Диагноз первичная дисменорея был поставлен после тщательного обследования и исключения органической патологии. Возраст обследованных девушек варьировал от 13 до 18 лет, отмечено преобладание девушек в возрастном интервале 15- 16 лет (52%). Все девушки подростки провели обследование: общеклиническое обследование, определение содержания в крови эстрадиола и прогестерона, определение содержания цинка в сыворотке крови и УЗИ органов брюшной полости.

Результаты и обсуждение: В ходе обследования девушек с первичной дисменореей было выяснено, что наибольший контингент обследованных с ювенильной дисменореей были в возрасте 15-16 лет - 26 (52%), проживающие в сельских местностях и учащиеся в различных учебных заведениях. Неудовлетворительные материально-бытовые условия в семье, различные психические и физические нагрузки и конфликты в семье и по месту учёбы способствуют развитию ювенильной дисменореи. Уровень цинка в крови находится в прямой зависимости от степени тяжести дисменореи, гормонального баланса. Выявлено, что у 70% обследованных девушек имеется дефицит цинка различной степени. Применение препарата Цинка привело к восстановлению баланса эстрадиола и прогестерона и уменьшению симптомов дисменореи.

Вывод: Применение препарата Цинка в лечении ювенильной дисменореи является этиопатогенетически обоснованным, поскольку улучшается не только гормональное состояние девушек, но и состояние соединительной ткани.

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ В ЭНДОМЕТРИИ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Назирова З.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Профилактика, ранняя диагностика и лечение фоновых заболеваний, предраковых и злокачественных новообразований женской репродуктивной системы

является одним из основных направлений исследований различных областей гинекологии: гинекологической эндокринологии, онкологии и онкогинекологии и др.

Одно из основных мест в структуре гинекологической заболеваемости занимают гиперпластические процессы и рак эндометрия. При этом возможность перехода фоновых (гиперпластических процессов) и предраковых (аденоматоза) заболеваний эндометрия в рак рассматривается по данным различных авторов в значительном числе случаев — от 6-10 до 20-30% соответственно.

Существенное значение при этом играет и тот факт, что в основе развития гиперпластических процессов эндометрия и рака эндометрия лежат схожие патологические процессы - абсолютная или относительная гиперэстрогенемия (на фоне абсолютного или относительного недостатка прогестерона). Значительно реже их развитие наблюдается при ненарушенных гормональных соотношениях.

Изменения баланса женских половых гормонов с развитием абсолютной или относительной гиперэстрогенемии наиболее часто проявляются при гормональных перестройках в период пременопаузы, менопаузы и постменопаузы. Таким образом, у преобладающей части пациенток они связаны с процессами старения организма и угасания репродуктивной функции.

Цель исследования. Оптимизация диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин в период длительной постменопаузы.

Материал и методы исследования. Материалом для основного исследования послужили данные комплексного обследования 80 пациенток в постменопаузе.

Результаты исследования. Патология эндометрия, диагностированная при УЗИ у 32 пациенток в период длительной постменопаузы без клинических проявлений в 58,2% является проявлением полипов эндометрия и в 35,8 - атрофических процессов эндометрия, имитирующих его патологию. Диспансерное динамическое наблюдение за пациентками (с учетом стабильного уровня предраковых и раковых процессов) в период менопаузы проводится независимо от возраста и длительности менопаузы. В комплекс обследования входят лабораторные и инструментальные исследования с обязательным УЗИ (МРТ, КТ) матки (с измерением толщины эндометрия).

Гормонально зависимые патологические процессы в эндометрии чаще сопровождаются клиническими проявлениями (железистая, железисто-кистозная гиперплазия — в 25% случаях, атипическая гиперплазия и рак — в 16,6%). Отсутствие в 94% случаях клинических проявлений при ультразвуковой диагностике признаков патологии эндометрия является проявлением атрофических процессов (фиброзные и фиброзно-железистые полипы - в 58,2% случаев и в 35,8% наличие в соскобе соединительной ткани).

Патология эндометрия диагностирована при комплексном обследовании у 27 (12,3%) от числа всех 22 пациенток находящихся под динамическим наблюдением в период длительной постменопаузы. При этом патология эндометрия в 24 (1,15%) случаев имела клинические проявления и в 45 (11,14%) диагностирована при УЗИ в группе пациенток, не имевших клинических симптомов.

Структура патологии эндометрия у 52 пациенток в период длительной постменопаузы после гистологического исследования характеризуется наличием железистой и железисто-кистозной гиперплазии эндометрия (5,86%), полипов эндометрия (55,47%), атипической гиперплазии и рака эндометрия (3,51%). В 35,16% случаях патологические изменения отсутствуют.

Диагностированная при УЗИ патология эндометрия получила подтверждение при визуальном обследовании эндометрия (методом гистероскопии) в 63,28%, а при гистологическом исследовании удаленных тканей - в 64,84% случаев, что показывает уровень информативности (относительную достоверность) лучевого метода диагностики.

Вывод. Таким образом, гиперпластические процессы в эндометрии следует рассматривать не как местный процесс, а как реакцию ткани-мишени в ответ на нарушение

гормонального гомеостаза. При ведении пациенток с ГЭ в постменопаузе главным моментом является возможность развития рака эндометрия в будущем или его одновременное сосуществование с ГЭ.

ИЗУЧЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА И ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

Найимова Н.С., Халимова Э.М., Собирова Д. Ш., Каримова Н.Н.
Бухарский государственный медицинский институт

В клинических рекомендациях 2016 года Европейское общество репродукции и эмбриологии человека (ESHRE) дает следующее определение преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) – клинический синдром, основным проявлением которого является прекращение функции яичников в возрасте до 40 лет, характеризующийся нарушением менструальной функции, повышением уровня гонадотропинов и снижением концентрации эстрадиола [Т.Ф. Татарчук, 2017; О.Н. Ткачева и соавт., 2018; Pellegrini V.A., 2017].

Проспективно изучены гормональный статус женщин с диагнозом ПНЯ, с удаленим одного яичника и без операции. Изучение гормонального фона выявили синдром яичниковой недостаточности у женщин после проведенного хирургического лечения. Нами исследования проводились в сроке с 1мес до 3 месяцев, с 4 до 6 мес. и 7 мес. до 12 месяцев после проведенной операции.. Нами было исследована изменения уровня основных информативных гормонов ФСГ, Е2, ЛГ, АМГ, так как остальные гормоны, как кортизол, пролактин, прогестерон и тестостерон в обеих группах мало изменились.

Так средний уровень ФСГ спустя месяц после операции в основной группе равнялся 13,3±0,96 мМЕ/мл, а в группе сравнения – 5,5±0,5 мМЕ/мл (p<0 05); уровень ЛГ в основной группе составил 12,4±1,1 мМЕ/мл, а в группе сравнения равнялся 6,1±0,84мМЕ/мл (p>0,05). В норме содержание Е2 в фолликулярную фазу равно 30-120 пг/мл. В послеоперационном периоде мы констатировали снижение их секреции в основной группе практически трижды, а в группе сравнения в 1,2 раза. Так эстрадиол в основной группе констатирован 36±7,1 пг/мл в основной, а в группе сравнения – 82,4±17,2 пг/мл (p<0,01). В раннем сроке послеоперационного периода уровень Е2 в основной группе, у кого сохранились яичники было 43,0±1,36, а в группе с удалением яичника несколько снижен - было 36,7±0,60, но от показателей женщин во 2 группы достоверно отличаются - 82,0±1,36. Это объясняется травмой перенесенной операции и удаление одного яичника.

При повторном измерении спустя несколько месяцев после операции выявлено резкое изменение гормонального фона 37,7±1,36 у женщин с удалением яичников, а при сохраненном яичнике 77,8±1,36 приближается показателям пациенток второй группы- 92,0±1,36. Это объясняется тем, что при сохраненном яичнике, уровень гормонов несколько поддерживается, благодаря фолликулярного аппарата в нем. А у пациенток второй группы овуляторные циклы и нормализация гормонального фона постепенно приближалось в прежнее состояние спустя 9-12 месяцев.

Уровни гипофизарных гормонов (ФСГ и ЛГ) повышались в раннем послеоперационном периоде, так ФСГ равнялся 13,3±0,96 мМЕ/мл в основной группе, в группе сравнения – 5,5±0,5 мМЕ/мл, а концентрация ЛГ составляла 12,4±1,1 мМЕ/мл и 6,1±0,84 мМЕ/мл соответственно по группам. В течении наблюдения уровень ФСГ у женщин 1 группы с сохраненным одним яичником составляла 9,3±0,10, а у пациенток с удалением яичников постепенно стало повышаться по сравнению с предыдущими показателями 6,5±0,10. А у женщин 2 группы этот показатель составляет 9,6±0,10, это означает, что данный гормон приближается к норме. Спустя 12 месяцев уровень выше указанного гормона резко отличается в зависимости от наличия матки и яичника. Так как у женщин с

сохраненным одним яичником этот уровень ФСГ составляет - 15,5±0,10, а у женщин с удалением - 17,3±0,24. Во второй группе показатели ФСГ приближаются к норме - 11,3±0,10, но отстают от показателей контрольной группы - 14,1±0,34. Снижение уровня АМГ соответствует уменьшению количества фолликулов в яичнике. При дальнейшем изучении состояния яичников нами выявлено, что восстановление их структуры и активности происходит постепенно в течение года.

Исходя из выше указанных обследований гормональных изменений у женщин с сохранённым яичником и с удалением их можно сделать следующие выводы:

Сохраненный яичник не может полностью покрывать функцию другого яичника и в организме происходят гормональные колебания, функция сохраненного яичника протянет для поддержания гормонального гомеостаза только для ранних сроков послеоперационного периода, а в дальнейшем требуется назначения ЗГТ. Учитывая резкое снижение уровня эстерогенов и повышения ФСГ у женщин с сохранением яичниками и в активном репродуктивном периоде, который совпадает с показателями менопаузального периода требует неотлагательного своевременного назначения ЗГТ, с целью предупреждения «раннего старения» организма.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПРИЗНАКОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Насретдинова Д.Б.
Директор АОПЦ

Актуальность. Спонтанные преждевременные роды (ПР) являются ведущей причиной неонатальной заболеваемости и смертности. Однако в настоящее время возможность применения доступных тестов (фибронектин плода и другие биомаркеры) прогнозирования досрочного родоразрешения у пациенток с угрожающими ПР ограничена. В связи с этим у каждой третьей беременной, госпитализированной с угрожающими ПР, схватки заканчиваются спонтанно, и более 50% таких пациенток рожают в срок; при этом лишь примерно у 10% беременных роды проходят в течение недели с момента обращения

Важной и актуальной проблемой акушерства и гинекологии являются преждевременные роды (ПР), оказывая существенное влияние на перинатальную и заболеваемость и смертность. Использование трансвагинальной цервикометрии является объективным неинвазивным методом исследования для определения группы риска по развитию ПР.

Цель. Определить информационную значимость дополнительного ультразвукового маркера-маточно-шеечного угла (МШУ) для прогнозирования преждевременных родов (ПР) при проведении ультразвуковой (УЗ) цервикометрии в сроке 16-20 недель беременности.

Материалы и методы. Проведено обследование 340 беременных на сроке с 16 по 20 недель в возрасте 20-35 лет, с применением УЗ-цервикометрии и измерением величины МШУ. Проведен анализ исхода родов (ПР или роды в срок) в зависимости от длины шейки матки (ШМ) и величины МШУ.

Результаты. ПР (до 37 нед.) наступили у 32 пациенток (9,4%). В 1-й группе (ШМ≤25 мм) ПР наступили у 18 пациенток (56,3%), роды в срок - у 1 (0,3%) (ОШ394,714 [ДИ49,128-3171.289], p<0,05); величина МШУ составила 107,3±2,3º. Во 2-й группе (ШМ 26-35 мм) ПР наступили у 11 пациенток (34,3%), роды в срок–у 147 (47,7%) (ОШ0,574 [ДИ0,267-1,230], p>0,05); величина МШУ - 101,2±3,7º. В 3-й группе (ШМ>35 мм) ПР наступили у 3 пациенток (9,4%), роды в срок–у 160 (52%) (ОШ0,096 [ДИ0,029-0,321], p<0,05); величина МШУ - 92,6±3,8º.

Длина ШМ≤25 мм, прогнозировала риск наступления ПР с чувствительностью 56,3%, специфичностью 99,7% (p<0,001). Диагностическая эффективность теста составляет 95,6%.

Среднее значение МШУ при ПР составило 104,2±0,9º, при родах в срок – 92,3±2,7º. При анализе взаимосвязи значения МШУ и наступления ПР, выявлено, что при величине МШУ>105º частота наступления ПР составила 81,2%, в то время как в группе родивших в срок величина МШУ>105º встречалась в 16,9% случаев (ОШ 21,333 [ДИ8,363-54,418], p<0,05). МШУ>105º прогнозировал риск наступления ПР с чувствительностью 81,3%, специфичностью 83,1% (p<0,001). Диагностическая эффективность теста составила 83,1%.

Вывод МШУ является прогностически значимым критерием для прогнозирования ПР.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЯХ

Насретдинова Д.Б.
Директор АОПЦ

Актуальность. Особенностью медико-генетического консультирования является его профилактическая направленность. Значительный прогресс в профилактике врожденной и наследственной патологии связан с разработкой и внедрением в практику комплекса методов пренатальной диагностики, позволяющих дать оценку состояния плода, установить точный диагноз для предоставления будущим родителям исчерпывающей информации о степени риска рождения больного ребенка. В зависимости от задач исследования и сроков беременности используются различные генетические методы диагностики.

В соответствии с данными Всемирной организации здравоохранения 2,5-3% всех новорожденных уже при появлении на свет имеют различные пороки развития. При этом около 1% составляют генные болезни, примерно 0,5% - хромосомные и, в среднем, 1,5-2% приходится на долю врожденных пороков развития (ВПР), обусловленных действием неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов.

Цель исследования. Изучить роль современных методов лучевой диагностике в пренатальной диагностике различных заболеваний на основании анализа данных литературы.

Материалы и методы исследования. В работе впервые на достаточном клиническом материале изучены возможности комплексной трансабдоминальной и трансвагинальной эхографии в оценке области внутреннего зева шейки матки для-дородовой диагностики предлежания сосудов. Впервые для идентификации предлежания сосудов использована ультразвуковая объемная ангиография.

Результаты исследования. Разработанная эхографическая методика оценки области внутреннего зева шейки матки является высокоинформативным методом пренатальной диагностики предлежания сосудов при скрининговом ультразвуковом исследовании во втором триместре беременности.

Диагностическим критерием предлежания сосудов при двухмерном трансабдоминальном ультразвуковом исследовании является визуализация эхогенных линейных и округлых структур в области внутреннего зева, а при при использовании режима цветового допплеровского картирования — установление их сосудистого генеза.

Для установления окончательного диагноза предлежания сосудов необходимо использовать трансвагинальную эхографию с режимом цветового допплеровского картирования, чувствительность которой составляет 100%, тогда как двухмерной трансабдоминальной эхографии только 33,3%, а режима цветового допплеровского картирования при трансабдоминальном сканировании - 83,3%.

Использование комплексного пренатального эхографического обследования области внутреннего зева шейки матки при скрининговом ультразвуковом исследовании позволяет

обеспечить дородовую диагностику предлежания сосудов в 100% случаев и тем самым оптимизировать акушерскую тактику и-избежать перинатальных потерь при этой патологии.

Выводы. Успешная реализация массового раннего пренатального скрининга возможна только при четкой организации совместной работы врачей женских консультаций, кабинетов пренатальной диагностики, лаборатории, осуществляющей биохимический скрининг, врачей-генетиков и специалистов лабораторий пренатальной диагностики. Дальнейшего развития и совершенствования требует цитогенетическая составляющая службы ПД.

Ультразвуковое исследование остается ведущим в диагностике пренатальной патологии. Магнитно-резонансное исследование может быть использовано для уточнения характера врожденных аномалий развития плода.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Насриддинова К.П, Шермухаммедова М.П, Насриддинов Ш.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Герпетическая инфекция представляет собой весьма актуальную проблему для здравоохранения, имеет важную медико-социальную значимость, обусловленную очень высоким уровнем поражённости населения ВПГ-1 и ВПГ-2 , крайне разнообразной клинической картиной и частыми рецидивами, способностью индуцировать патологию беременности ,плода и заболевания новорожденных. **Цель:** Изучение эффективности и безопасности комбинированной терапии генитального герпеса препаратами Валцикловир гидрохлорид per os и местно крем Пенцикловир.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 68 женщины с первичным генитальным герпесом. В первую группу вошли 32 пациенток, получавших традиционную терапию, включающую Ацикловир 200 мг 5 раз в день per os 7 дней и воздействие местно на очаг поражения кремом Ацикловир 5 раз в день 10 дней. Вторая группа из 36-ти пациенток получали валцикловир гидрохлорид (ГИПОВИН) 300 мг 2 раза в сутки 6 дней с локальным воздействием на очаг поражения кремом пенцикловир (ГЕРПЕС-СТОП) в течение 5 дней.

Результаты и обсуждение: У пациенток первой группы наблюдали побочные эффекты в виде дисбактериоза (20%), аллергические реакции у одной пациентки (6,5%). Кроме того 5 женщин отказались продолжать и сократили курс лечения из-за длительности и дороговизны, что привело к рецидиву генитального герпеса. Во второй группе (n=36) клинические проявления генитального герпеса-интоксикация, зуд, жжение, высыпания уменьшились на 3-4-й день, а к 7-му дню полностью исчезли. Отказа от лечения в этой группе не было.

Вывод: Таким образом, опыт применения метода лечения генитального герпеса комбинированной терапией, включающей валцикловир гидрохлорид(ГИПОВИН)per os и местно пенцикловир (ГЕРПЕС-СТОП) свидетельствует о его высокой эффективности и безопасности.

ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ХЛАМИДИОЗЕ

Насриддинова К.П, Шермухаммедова М.П, Насриддинов Ш.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди урогенитальной инфекции хламидийная инфекция по данным литературы составляет 6-8%. Хламидийную инфекцию вызывает Chlamidia Trahomatis – облигатный внутриклеточный паразит, который передается половым путем. У взрослых Chlamidia Trahomatis вызывает уретрит, венерическуюлимфагранулему, эпидидимит, ВЗПО и коньюктивит. У новорожденных – коньюктивит с включениями, пневмонию, острый средний отит и вульвовагинит.

Целью нашего исследования явилось: изучение течения беременности и родов у женщин с хламидийной инфекцией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 130 беременных женщин, в анамнезе которых имело место невынашивание. У всех обследуемых нами были проведены общеклинические исследования, инструментальные и лабораторные методы исследования.

Результаты обследования в возрастном аспекте показали, что у 130 возраст составлял от 20 до 38 лет, среди них первородящих было 50, повторнородящих 80. Из анамнеза среди акушерских осложнений: угроза выкидыша была в 66%, неразвивающаяся беременность – 8 %, спонтанный аборт – 9,4%, преждевременные роды – 16%, несвоевременное излитие околоплодных вод – 7-9%. При обследовании состояния новорожденных выявлено что у 20% обнаружено коньюктивит с влючениями, у 10% пневмония, в 5% наблюдался назофарингит и вульвовагинит. У 130 беременных при бактериальном исследовании, при ПЦР выявлена хламидийная инфекция. Ранее этим беременным были проведены следующие лечения: антибактериальная терапия эритромицином 1,0 г 4 раза в день в течении 7 дней, противомикотические препараты, адаптогены растительного происхождения, витаминотерапия, гепатопротекторы, местное лечение. На основании произведенного комплексного лечения из 75 беременных лишь у 5 отмечалось обратное развитие плода, преждевременные роды и спонтанный аборт, а у 70 беременных роды закончились в намеченный срок и без осложнений.

Выводы: одной из причин невынашивания является хламидийная инфекция. Своевременное лечение позволило в 95% случаев сохранение беременности и благополучное родоразрешение.

РОЛЬ РАЗВИТИЯ ТРОМБОЦИТОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМСИЕЙ И ПРИНЦИПЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Насритдинова .Д.Р, Ахмедова.Н.М
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность. Преэклампсия (ПЭ) по-прежнему является актуальной проблемой современного акушерства и занимает ведущее место в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. многих исследований, у преобладающего числа беременных с преэклампсией имеет место выраженная гиперкоагуляция с развитием ДВС-синдрома. Изучение функциональных свойств тромбоцитов беременных с ПЭ показало, что изменения адгезивно-агрегационных свойств кровяных пластинок предшествует вовлечению прокоагулянтного звена системы гемостаза в процесс развития синдрома. До настоящего времени в Республике не проводились комплексные исследования тромбоцитарного звена гемостаза и среднемолекулярных пептидов при такой тяжелой патологии как преэклампсия.

Цель исследование: Комплексное изучение тромбоцитарного звена системы гемостаза при преэклампсии.

Материалы и методы: Исследовали тромбоцитарное, прокоагулянтное звено ингибиторов свертывания крови и фибринолитического звена системы гемостаза.

Результаты: Исследование тромбоцитарного звена системы гемостаза проводилось у 33 беременных в III триместре беременности, 25 рожениц и родильниц с преэклампсией. При анализе агрегации тромбоцитов у пациенток с преэклампсией общая оценка агрегации позволила установить наличие гиперфункции тромбоцитов.

При оценке общей агрегационной активности тромбоцитов по типам кривых агрегатограммы было выявлено незначительное уменьшение частоты двухфазных кривых агрегации тромбоцитов за счет увеличения необратимой агрегации при стимуляции АДФ $1 \cdot 10^{-5}$м, и адреналином.

Вывод: Таким образом, у беременных, рожениц и родильниц с преэклампсией имеются признаки подострой формы синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и признаки развития тромбоцитопатии и коагулопатии потребления в сочетании со снижением антикоагулянтного и фибринолитического потенциала крови.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИН: ПРИЧИНЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Небышинец Л.М.
Белорусская медицинская академия последипломного образования

Актуальность темы. Ежедневная практика показывает, что вагинальные выделения – одна из наиболее частых причин обращения женщин к врачу-акушеру-гинекологу. При этом поводом для визита к врачу иногда становится появление даже небольшого их количества. Без сомнения, обращение женщины за медицинской помощью требует внимательного отношения, обследования, при необходимости лечения, а также разъяснения причин выделений.

Цель исследования. Проанализировать основные состояния/заболевания у женщин с жалобами на выделения из половых путей и возможности лечения и профилактики инфекционных состояний/заболеваний, сопровождающихся вагинальным дискомфортом.

Материалы и методы исследования. Литературные данные зарубежных и отечественных авторов за период с 2017 по 2022 годы**.** Методы исследования: систематический анализ и обобщение литературных данных.

Результаты исследования. Вагинальный микробиом/микробиота – динамичная среда, подверженная резким колебаниям видового состава и численности бактерий в зависимости от возраста женщины, фазы цикла и других факторов. В здоровой экосистеме влагалища существует несколько взаимозависимых и взаимообусловленных механизмов защиты от различных инфекций: вагинальный эпителий, микрофлора влагалища (перекись-продуцирующие лактобактерии), гуморальный и клеточный иммунитет.

По данным International Union Against Sexually Transmitted Infections (IUSTI), основными причинами патологических вагинальных выделений являются бактериальный вагиноз (БВ), аэробный вагинит (АВ), кандидозный вульвовагинит (КВВ) и инфекции, передаваемые половым путем (ИППП, Trichomonas vaginalis.

БВ – наиболее частая причина патологических вагинальных выделений у женщин репродуктивного возраста, встречается в различных популяциях женщин от 16 до 65%, у 15-37% беременных, а при патологических белях до 87%. Считается, что в современном мире каждая женщина хотя бы 1 раз в жизни имела БВ.

В соответствии с рекомендациями CDC (2021) лечение БВ проводится одноэтапно метронидазолом внутрь или интравагинально или клиндамицином интравагинально. Альтернативные схемы лечения БВ включают несколько режимов применения тинидазола внутрь, клиндамицина внутрь или интравагинально, а также секнидазола внутрь.

Частота ВВК за последние 10 лет почти удвоилась и сегодня обеспечивает 30-45% инфекционных поражений вульвы и влагалища. ВВК хотя бы единожды переносят 3 женщины из 4, а каждой 10-й приходится мириться с регулярными (порой ежемесячными) рецидивами заболевания. ВВК редко встречают у девочек до наступления менархе, к 25 годам жизни и к началу периода менопаузы – примерно 50 и 75% женщин соответственно имеют хотя бы один диагностированный врачом эпизод кандидоза мочеполовых органов. Показаниями к лечению ВВК у пациентов с патологическими белями является подтверждение обнаружения Candida spp. по данным лабораторных исследований.

При неосложненном остром ВВК эффективность однократной дозы флуконазола 150 мг и местного (интравагинального) лечения азолами сопоставимы. В случае тяжелого (осложненного) ВВК (выраженная эритема вульвы, отек, изъязвления, образование трещин слизистой вульвы и влагалища) следует увеличить длительность терапии. В случае рецидивирующего ВВК (≥4 симптомных эпизодов ВВК в год), вызванного Candida spp., чувствительными к азоловым антимикотикам, рекомендуется двухэтапная тактика лечения: вначале следует купировать симптомы обострения и добиться микологической эрадикации, затем продолжить курс противорецидивной терапии в течение 6 мес.

На современном этапе вульвовагинальная инфекция – это состояние, крайне редко соответствующее изолированному моноэтиологическому процессу. Достаточно часто встречается сочетание бактериального вагиноза и кандидозного вагинита**.** Так, в частности, смешанные инфекции или инфекции, развившиеся на фоне выраженного дисбаланса состава микроценоза влагалища, наблюдаются в 20% случаев клинически выраженных инфекций влагалища. «Классический» бактериальный вагиноз (без присоединения других инфектов – грибковых, трихомонад) наблюдают не более чем в четверти случаев. Лечение без учета смешанной этиологии вагинита/вагиноза сопровождается назначением лекарственных средств узконаправленного действия, что способствует возникновению рецидивов, снижающих комплаентность и повышающих риск хронизации процесса. В связи с этим появляется необходимость в препаратах с широким спектром действия: с антибактериальным, противопротозойным и фунгицидным эффектом.

Выводы.Инфекции влагалища занимают лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости и являются наиболее частой причиной нарушения репродуктивного здоровья женщин. Смешанные инфекции или инфекции, развившиеся на фоне выраженного дисбаланса состава микроценоза влагалища, наблюдаются в каждом пятом случае клинически выраженных инфекций влагалища. Причинами низкой эффективности лечения патологических вагинальных выделений являются, как правило, узкий спектр действия монокомпонентного лекарственного средства, устаревшие действующие вещества с высокой вероятностью резистентности возбудителей, отсутствие возможности одновременной профилактики грибковой инфекции. Таким образом, для повышения эффективности лечения вульвовагинальных инфекций целесообразно применение комбинированных лекарственных средств широкого спектра действия с противогрибковой активностью.

СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ЗАЩИТЫ У ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Никишов Н.Н.[1], Клементе Апумайта Х.М.[2], Журина И.Ю.[3], Гагаева Ю.А[3]., Вотинцева В.О[3]., Хамидова А.Р.[3]
1-Институт медицины и наук о жизни БФУ им. И. Канта
2-ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, г. Москва
3-ФГБОУ ВО "ПИМУ" Минздрава России

Актуальность темы. В условиях неблагоприятной демографической ситуации в РФ внимание акушеров-гинекологов к проблеме бесплодия как никогда повышено. В России частота бесплодия колеблется от 17,2% до 24% в различных регионах и не имеет тенденции к снижению. При этом ведущей формой бесплодия остаётся трубно-перитонеальная (40-74%). Причиной непроходимости маточных труб чаще всего служат острые и хронические воспалительные заболевания органов малого таза. Очевидно при этом, что патогенез данного заболевания обусловлен не только развитием деформирующего процесса в маточных трубах и присутствием в них инфектах, но включает иммунологические механизмы на местном уровне, другие возможные аспекты.

Цель исследования. Определить состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы защиты (АОСЗ) у больных трубно-перитонеальным бесплодием (ТПБ).

Материалы и методы исследования. Было обследовано 90 женщин в возрасте от 28 до 36 лет (средний возраст составил 32,5 года), которые были разделены на три группы. Первую группу составили 30 женщин без соматической или гинекологической патологии, служивших контролем. Во вторую группу вошли 30 пациенток с диагнозом «бесплодие трубно-перитонеального генеза», который был установлен лапароскопически. В третью группу были включены 30 больных с острыми сальпингоофоритами. Помимо общепринятых физикальных, инструментальных и лабораторных исследований беременным проводилось изучение состояния ПОЛ и АОСЗ крови. Для предварительной оценки интенсивности свободнорадикального окисления использовался скрининговый метод индуцированной хемилюминесценции сыворотки крови на приборе биохемилюминометре БХЛ-06 по показателям I max в mv/сек, S в mv/сек., tg2ά, где: I max - максимальная интенсивность свечения; S - светосумма за 30 секунд – величина, обратно пропорциональная антиоксидантной активности проб; tg2ά - параметр, характеризующий скорость спада процессов ПОЛ, который обратно пропорционален активности АОСЗ. Для оценки интенсивности процессов ПОЛ измеряли уровни молекулярных продуктов переокисления: первичных - диеновых конъюгатов и конечных - оснований Шиффа. Содержание ДК определяли в метанол-гексановой липидной фракции (5:1) при длине волны поглощения 233нм. Количество конечных продуктов ПОЛ – полимерных флуоресцирующих оснований Шиффа (ОШ) анализировали с помощью флуориметра при длине волны возбуждения 365нм и длине волны эмиссии 420нм. Содержание общих липидов в сыворотке крови определяли при помощи диагностических наборов “Lachema”. С целью уточнения состояния антирадикальной системы защиты организма определяли уровень активности ферментов супероксиддисмутазы и каталазы в крови. Активность каталазы определяли спектрофотометрически по убыли перекиси водорода в среде, супероксиддисмутазы – в тесте с нитросиним тетразолием, единицы измерения – Ед./г Нв в мин.

Результаты исследования.Изучение интенсивности ПОЛ методом индуцированной хемилюминесценции позволило выявить следующее:

1. Все исследуемые показатели у больных, т.е. пациенток II и III группы обнаружили отличия от здоровых женщин, причем степень этих отличий находилась в прямой зависимости от выраженности воспалительного процесса.
2. При наличии диагностированного ТПБ и отсутствии признаков острого или обострения хронического воспалительного процесса в придатках матки уровень Imax оказался выше, чем у здоровых в 1,72 раза, показатель S - в 1,56 раза, tg 2 альфа - в 1,84 раза раза ($p<0,05$ во всех случаях).
3. У пациенток с острым сальпингоофоритом I max превышал значения здоровых женщин уже в 3,1 раза, S – в 1,96 раза tg 2 альфа - в 2,64 раза ($p<0,05$ во всех случаях).

Данные об уровнях молекулярных продуктов ПОЛ.

ДК во II группе обследованных превысили соответствующие показатели I группы в 1,9 раза, ОШ - в 2,85 раза ($p<0,05$ в обоих случаях). Еще большими оказались отличия в III группе, где уровень ДК составил 3,86, а ОШ – 2,85 от показателей здоровых женщин.

Вне всякого сомнения, перекисный стресс развивается, как правило, в условиях антиоксидантной недостаточности. Данные двух антиокислительных ферментов в нашем исследовании продемонстрировали прямую зависимость от степени выраженности воспалительного процесса.

Показатели АОСЗ.

При наличии ТПБ каталаза оказалась в 1,33 раза, а СОД - в 1,28 раза ниже по сравнению со здоровыми женщинами ($p<0,05$ в обоих случаях). У больных с острым сальпингоофоритом изменения были более выраженными. Так, каталаза находилась на уровне в 1,68 раза, а СОД - в 1,63 раза меньшем, чем у здоровых пациенток ($p<0,05$ в обоих случаях).

Выводы.В настоящее время доказано, что многие патологические процессы в женском организме тесно связаны с нарушением равновесия между ПОЛ и АОСЗ. Образующиеся в процессе ПОЛ токсичные радикалы способны усиливать агрегацию тромбоцитов, способствовать нарушению состояния микроциркуляции в тканях, угнетать иммунные реакции, усугубляя течение воспалительного процесса. На основании полученных нами результатов можно утверждать о прямой зависимости степени интенсификации процессов перекисного окисления липидов и ослабления антиоксидантной системы защиты и выраженности клинических проявлений воспалительного процесса в придатках матки. Данный вывод должен иметь следствием обязательное включение лечебных факторов, корригирующих липопреоксидацию, в комплексную терапию не только манифестного острого сальпингоофорита, но трубно-перитонеального бесплодия.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.

Нишанова Д.А
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность У беременных с преэклампсией имеются признаки нарушения свертывания крови, развития тромбоцитопатии и коагулопатии потребления в сочетании со снижением антикоагулянтного и фибринолитического потенциала крови. При анализе агрегации тромбоцитов у пациенток с преэклампсией общая оценка агрегации позволила установить наличие гиперфункции тромбоцитов.

Цель исследованияИзучить состояния свертывающей системы крови, в особенности функциональную активность тромбоцитов.

Материалы и методы Исследование тромбоцитарного звена системы гемостаза проводилось у 30 беременных в III триместре беременности, 25 рожениц и родильниц с

преэклампсией. Определили соотношение результатов антитромбина, аденозиндифосфат и индекса тромбодинамического потенциала.

Результаты При анализе агрегации тромбоцитов у пациенток с преэклампсией общая оценка агрегации позволила установить наличие гиперфункции тромбоцитов.

При оценке общей агрегационной активности тромбоцитов по типам кривых агрегатограммы было выявлено незначительное уменьшение частоты двухфазных кривых агрегации тромбоцитов за счет увеличения необратимой агрегации при стимуляции АДФ $1 \cdot 10^{-5}$м, и адреналином .

Аналогичные изменения, то есть усиление агрегационной активности тромбоцитов, наряду с гипоагрегацией, имели место при стимуляции АДФ $1 \cdot 10^{-7}$м, при этом увеличилось число двухфазной необратимой агрегации. При стимуляции агрегации коллагеном отмечено увеличение частоты сокращения времени латентного периода, что также свидетельствует о гиперфункции тромбоцитов.

При анализе показателей агрегатограмм наблюдалось появление выраженной гиперфункции тромбоцитов. Средние значения показателей интенсивности агрегации были значительно выше, чем у условно-здоровых беременных и рожениц, но не имели существенных отличий от таковых у пациенток предыдущей группы.

ВыводыУ беременных, рожениц и родильниц с преэклампсией имеются признаки подострой формы синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и признаки развития тромбоцитопатии и коагулопатии потребления в сочетании со снижением антикоагулянтного и фибринолитического потенциала крови.

ИЗУЧЕНИЯ РОЛИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ ПРИ РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ.

Нишанова Д.А
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность. Преэклампсия-осложнение,возникающее во второй половине беременности, диагностируемое при появлении впервые артериальной гипертензии и протеинурии, полиорганной недостаточности, в основе которых лежит дисфункция эндотелия.Определена главенствующая патогенетическая роль эндотелиальной дисфункции в возникновении преэклампсии. Большое значение уделяется изучению влияния гомоцистеина на сосудистую стенку, как маркеру состояния эндотелия. Гомоцистеин представляет собой серусодержащую аминокислоту-продукт превращения метионина, одной из восьми незаменимых аминокислот. В случае появления избытка гомоцистеина в организме он накапливается в крови, и основным местом повреждающего действия этого вещества становится внутренняя поверхность сосудов.

Цель исследования.Изучение уровня гомоцистеина и связь его с другими биохимическими параметрами при преэклампсии.

Материалы и методы. Обследовано 30 беременных в III триместре беременности и их новорожденные. Всем женщинам проводили общеклинические исследования крови и мочи. Биохимические исследования крови на содержание гомоцистеина методом ИФА, С реактивного белка, фибриноген.

Результаты Результаты проведенных исследований показали, что уровни гомоцистеина, СРБ показало прямую зависимость между этими параметрами. Изучение состояния преэклампсии у беременных, их новорожденных позволило сделать вывод о том, дисфункция эндотелия, развитие гиперкоагуляции и системного воспалительного синдрома могут усугублять имеющиеся нарушения в фетоплацентарной системе и замедлить внутриутробное развитие Гипергомоцистеинемия приводит к повреждению и активации эндотелиальных клеток (клеток выстилки кровеносных сосудов), что значительно повышает

риск тромбозов, и это, в свою очередь, нарушает процессы оксигенации и в маточно-плацентарном комплексе.Результатом этих нарушений является развитие хронической плацентарной недостаточности и хронической внутриутробной гипоксии плода.плода.

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ПРИ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Нурханова Н.О.
Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Аномальные маточные кровотечения (АМК) – патология, возникающая в разные периоды жизни женщины, наиболее частым ее периодом является перименопауза, что можно назвать следствием различных гормональных изменений, происходящих в организме. Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) являются наиболее распространенной патологией в гинекологии, особенно у женщин перименопаузального возраста и имеют важное значение в медико-биологической и социально-экономической проблеме. По данным многих авторов, почти 50-60% женщин позднего репродуктивного возраста и в перименопаузальном периоде страдают ГПЭ. Значительное клиническое значение ГПЭ заключается в том, что они являются одной из основных причин маточных кровотечений у женщин 35-55 лет и их госпитализации.

Целью настоящего исследования явилось определение морфологического субстрата маточных кровотечений и его связь с уровнем гормонов и интерлейкинов у женщин, находящихся в перименопаузальном периоде.

Материал и методы исследования. В исследование было привлечено 106 женщин в перименопаузальном периоде с диагнозом АМК, направленных на диагностическую гистероскопию в РНЦЭМП БФ (Республиканский научно-исследовательский центр экстренной медицинской помощи Бухарский филиал), с марта 2022 г. по октябрь 2022 г. АМК определяли по наличию кровотечения из тела матки, которое было ненормальным по объему, регулярности и/или времени, согласно сообщениям женщин. Проведено гистологическое исследование биопсий эндометрия и эндоцервикса, у 102 пациенток менопаузального возраста, так 4 из них отказались от гистероскопии и были исключены из исследуемых групп. Средний возраст пациенток составил 48,8±0,2 года. Все исследуемые были подразделены на 3 группы. Первая группа женщины с физиологическим течением перименопаузального периода без АМК, вторая группа женщины у которых выявлена ГЭ, третья группа с рецедивирующим ГЭ. Продолжительность менопаузы – от 1 до 10 и более лет. Материал для исследования фиксировали 10% забуференным формалином и заливали в парафин. Парафиновые срезы толщиной 4 мкм окрашивали гематоксилином и эозином по Романовскому–Гимза, алциановым синим, проводили ШИК–реакцию, окрашивали также метиловым зеленым – пиронином G. Все статистические анализы проводились с использованием статистического программного обеспечения Statistica по методу Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования и обсуждение. По результатам гистологического исследования биопсийного материала нами были выявлены нозологические единицы, послужившие причиной маточных кровотечений в менопаузе. Чаще всего причиной маточных кровотечений являлась лейомиома матки 48,7%, гистологическая структура которой варьировала: превалировала лейомиома с фиброзом и гиалинозом 25,7%, в отдельных случаях с петрификацией 10,4% и даже оссификацией 9,6%; реже обнаруживалась клеточная лейомиома 2,1% и в одном случае – эпителиоидно–клеточная 0,9%.

Следующая по частоте причина маточных кровотечений и кровянистых выделений из половых путей – хронические воспалительные заболевания органов полового тракта (эндоцервицит и/или эндометрит). Далее следуют гиперпластические процессы эндометрия,

включая полипы. Гиперпластические процессы были представлены преимущественно очаговой железистой гиперплазией, а среди полипов преобладали ретрогрессивные полипы. Рак тела матки (6,3±1,5%) и рак шейки матки (2,6±0,1%) в наших наблюдениях послужили причиной маточных кровотечений и кровянистых выделений из половых путей лишь в 8,9% случаев (суммарно). Полипы цервикального канала среди нашего контингента больных встречались в 2 раза чаще рака шейки матки и были представлены преимущественно эпидермизированными железисто–фиброзными полипами.

Хронические эндоцервицит и эндометрит обнаруживались не только изолированно, но и ассоциированно с невоспалительными заболеваниями тела и шейки матки (миома, гиперпластические процессы эндометрия, полипы цервикального канала). Эта ассоциация наблюдалась у 52,0±3,0% от общего числа исследованных пациенток.

Диспластические изменения эпителия маточного типа и метаплазированного эпителия при изолированной форме хронического эндометрита выявлялись относительно часто, однако они ограничивались дисплазией I, реже – II степени. При эндометрите, ассоциированном с невоспалительными заболеваниями тела и шейки матки, преобладала дисплазия II степени.

При гормональном анализе мы выявили что у исследуемых женщин уровень глюкозы, эстрадиола, прогестерона, онкомаркеров CA- 125, CA -15-3. Уровень глюкозы в среднем во второй группе составил 6,66 ммоль/л, эстрадиола 120,5 пг/мл, прогестерона 3,90 нг/мл, онкомаркера CA- 125, 136,04 Ед/мл, онкомаркера CA -15-3, 29,9 Ед/мл. Уровень глюкозы в среднем в третьей группе составил 6,14 ммоль/л, эстрадиола 113,95 пг/мл, прогестерона 2,285 нг/мл, онкомаркера CA- 125 96,595 Ед/мл, онкомаркера CA -15-3 27,92 Ед/мл.

При анализе интерлейкинов Ил-1β, Ил-2, Ил-6, ФНОα выявилась следующая картина. Среднее значение в первой группе вышеуказанных интерлейкинов не превышал нормальных значений. Во второй группе мы констатировали Ил-1β 17,20±0,3, Ил-2 33,04±0,5, Ил-6 36,97 ±0,1, ФНОα 52,64±0,3. Тогда как в третьей группе он показал следующий результат: Ил-1β 20,0±0,1, Ил-2 41,02±0,4, Ил-6 40,07 ±0,1, ФНОα 58,02±0,1.

Как видно из вышеуказанной все типы исследуемых интерлейкинов были выше в третьей группе чем во второй. Такая же ситуация в плане гормонального профиля, эти данные обозначают что, у женщин с рецидивирующим АМК вышеуказанные лабораторные данные могут коррелировать между собой, и они указывают на уровень осложнений при данной патологии.

Вывод. Таким образом, наиболее частой причиной маточных кровотечений и кровянистых выделений из половых путей у пациенток постменопаузального возраста являются невоспалительные доброкачественные заболевания тела и шейки матки. Хронические воспалительные процессы сами по себе вызывают маточные кровотечения, а при ассоциации с невоспалительными заболеваниями способствуют их возникновению либо усилению. Диспластические изменения покровного и железистого эпителия эндоцервикса и эндометрия при хроническом воспалении могут послужить основой для злокачественного перерождения.

АНАЛИЗ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ОРВИ

Одамбаев О.У (научный руководитель – Арзиева Г.Б)
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. ОРВИ, являясь наиболее частым инфекционным заболеванием при беременности, вызывает каскад патологических реакций в организме матери и, нередко, плода, проникая через плаценту. Присоединение вторичной бактериальной инфекции увеличивает риск возникновения осложнений беременности.

Цель. Изучить структуру осложнений беременности у женщин, перенесших ОРВИ во втором триместре гестации.

Материалы и методы. Проведен анализ исходов беременности и родов у 32 пациенток после перенесенной во II триместре гестации ОРВИ.

Результаты. 8 беременных получили противовирусную и антибактериальную терапию амоксиклавом, шестеро из них (75%) не имели значимых осложнений беременности и благополучно родоразрешились в срок. 24 беременные лечились домашними средствами, из них у 8 (33%) развилось многоводие, у 5 (21%) – анемия IIII степени, явления угрозы прерывания беременности – у 6 (25%). У 4 (17%) в родах отмечались явления хорионамнионита, у 5 (21%) – хроническая или острая гипоксия плода.

Выводы. Ввиду высокой частоты акушерских и перинатальных осложнений лечение беременных с ОРВИ должно быть комплексным: требуется наблюдение и участкового терапевта, и акушера-гинеколога.

ВЫБОР ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Олимова Г.З научный руководитель –Арзиева Г.Б
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. Несмотря на доступность информации о методе гормональной контрацепции, широкую распространенность метода в мире, существует множество вопросов и аргументов «за» и «против», обсуждаемых пользователями метода.

Цель. Критерии выбора метода контрацепции среди молодых девушек и женщин в возрасте от 21 до 35 лет.

Материалы и методы. Проводился опрос молодых девушек и женщин в возрастных группах от 21 до 35 лет для выявления частоты применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК) и выяснения причины отказа от гормональных препаратов. Опрос был анонимным, проводился в социальной сети методом анкетирования.

Результаты. Среди опрошенных женщин только 6% применяют данный вид контрацепции, 2% женщин применяли КОК ранее, но отказались по причине наличия противопоказаний, 92% женщин не применяют данный вид контрацепции, а 5% - вообще не знают о таком методе контрацепции.

Выводы. Таким образом, распространенность метода гормональной контрацепции в опрошенной

НАШ ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Пашов А. И., Волкова Л.В., Сивова Е. Н.
Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта

Актуальность. За последние годы наметилась тенденция к увеличению числа больных с начальной формой рака эндометрия репродуктивного возраста, что требует поиска современных консервативных методов терапии, позволяющих сохранить детородную функцию, таким образом решить вопросы социального здоровья. До сегодняшнего дня в мире нет единых рекомендаций по выбору лекарственного средства, дозы и оптимальной длительности лечения атипической гиперплазии и высокодифференцированной аденокарциномы эндометрия IA стадии без инвазии миометрия.

Целью нашего исследования являлась разработка алгоритма комбинированной гормональной терапии в виде совместного применения агонистов гонадолиберина и внутриматочной левоноргестрел-рилизинг системы, а также оценка эффективности органосохраняющего лечения начальных форм рака эндометрия у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Нами оценены результаты лечения 52 пациенток репродуктивного возраста, которым был поставлен диагноз атипическая гиперплазия (n=77,1%) и рак эндометрия (n=22,9%).

Критериями включения для проведения самостоятельной гормонотерапии были: нереализованная репродуктивная функция и молодой возраст; морфологическое заключение – атипическая гиперплазия эндометрия или высокодифференцированная аденокарцинома эндометрия IA стадии без инвазии в миометрий с локализацией в дне и/или боковых стенках матки; а также информированное добровольное согласие пациентки на планируемое консервативное лечение.

Динамическое наблюдение за пациентками во время лечения и гормональной реабилитации осуществляли с помощью широко распространенных инструментальных методов исследования: УЗИ с цветной допплерометрией, аспирационной биопсии эндометрия («Pipelle» или «IPAS») и/или гистероскопии с прицельной биопсией эндометрия. Сроки наблюдения за пациентками составили от 3 до 15 лет.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил 32±3,1 года. Наступление менархе до 11 лет наблюдалось у 55% пациенток, первичное ановуляторное бесплодие – у 100%, хронический эндометрит – у 53,7%, синдром поликистозных яичников – у 36,6%. Оценка массы тела и распределение жировой ткани выявила индекс массы тела - 30-40 кг/м² у 61,5% больных, «абдоминальный тип» ожирения (ОТ/ОБ > 0,85) – у 59,3% больных. Уровень гликемии натощак имел компенсированный или субкомпенсированный характер.

Комбинированная гормональная терапия атипической гиперплазии эндометрия заключалась в сочетанном применении агониста гонадолиберина № 6 – 3,75 мг бусерелина депо внутримышечно один раз в четыре недели, на фоне негормональной add-back терапии, с последующим введением внутриматочной левоноргестрел-рилизинг системы, содержащей 52 мг левоноргестрела с лечебной целью на срок не менее 6 месяцев.

Гормональное лечение высокодифференцированной аденокарциномы эндометрия IA стадии заключалась в комплексном применении агониста гонадолиберина – бусерелина депо внутримышечно № 9 один раз в четыре недели на фоне однотипной негормональной add-back терапии. После первой инъекции агонистов гонадолиберина также вводили внутриматочную левоноргестрел-рилизинг систему с лечебной целью на срок не менее 12 месяцев.

В двадцати двух случаях (40,4%) наступила желанная спонтанная беременность, которая в восемнадцати случаях (34,6%) закончилась срочными родами через естественные родовые пути (у 2 пациенток с высокодифференцированной аденокарциномой IA стадии рождение второго ребенка) Два случая (3,8%) преждевременных родов в 34-35 нед, в четырёх случаях (7,6%) – операция кесарево сечение (в анамнезе рубец на матке, преждевременная отслойка низкорасположенной плаценты), и один случай (1,9%) замершей беременности в сроке 9-10 недель. При применении данной схемы лечения, рецидивов заболевания не было выявлено.

Выводы. Беременность и последующие роды являются заключительным этапом проведенной консервативной комбинированной гормональной терапии и максимальной медикосоциальной реабилитацией пациентки, излеченной от начального рака эндометрия.

Совместное применение агонистов гонадолиберина с введением внутриматочных гормональных рилизинг систем содержащих левоноргестрел, является высоко эффективным методом лечения атипической гиперплазии и высокодифференцированной

аденокарциномы эндометрия IA стадии у женщин репродуктивного возраста с нереализованной репродуктивной функцией.

НАШ ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Пашов А. И., Волкова Л.В., Сивова Е. Н.
Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта

Актуальность. За последние годы наметилась тенденция к увеличению числа больных с начальной формой рака эндометрия репродуктивного возраста, что требует поиска современных консервативных методов терапии, позволяющих сохранить детородную функцию, таким образом решить вопросы социального здоровья. До сегодняшнего дня в мире нет единых рекомендаций по выбору лекарственного средства, дозы и оптимальной длительности лечения атипической гиперплазии и высокодифференцированной аденокарциномы эндометрия IA стадии без инвазии миометрия.

Целью нашего исследования являлась разработка алгоритма комбинированной гормональной терапии в виде совместного применения агонистов гонадолиберина и внутриматочной левоноргестрел-рилизинг системы, а также оценка эффективности органосохраняющего лечения начальных форм рака эндометрия у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Нами оценены результаты лечения 52 пациенток репродуктивного возраста, которым был поставлен диагноз атипическая гиперплазия (n=77,1%) и рак эндометрия (n=22,9%).

Критериями включения для проведения самостоятельной гормонотерапии были: нереализованная репродуктивная функция и молодой возраст; морфологическое заключение – атипическая гиперплазия эндометрия или высокодифференцированная аденокарцинома эндометрия IA стадии без инвазии в миометрий с локализацией в дне и/или боковых стенках матки; а также информированное добровольное согласие пациентки на планируемое консервативное лечение.

Динамическое наблюдение за пациентками во время лечения и гормональной реабилитации осуществляли с помощью широко распространенных инструментальных методов исследования: УЗИ с цветной допплерометрией, аспирационной биопсии эндометрия («Pipelle» или «IPAS») и/или гистероскопии с прицельной биопсией эндометрия. Сроки наблюдения за пациентками составили от 3 до 15 лет.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил 32±3,1 года. Наступление менархе до 11 лет наблюдалось у 55% пациенток, первичное ановуляторное бесплодие – у 100%, хронический эндометрит – у 53,7%, синдром поликистозных яичников – у 36,6%. Оценка массы тела и распределение жировой ткани выявила индекс массы тела - 30-40 кг/м² у 61,5% больных, «абдоминальный тип» ожирения (ОТ/ОБ > 0,85) – у 59,3% больных. Уровень гликемии натощак имел компенсированный или субкомпенсированный характер.

Комбинированная гормональная терапия атипической гиперплазии эндометрия заключалась в сочетанном применении агониста гонадолиберина № 6 – 3,75 мг бусерелина депо внутримышечно один раз в четыре недели, на фоне негормональной add-back терапии, с последующим введением внутриматочной левоноргестрел-рилизинг системы, содержащей 52 мг левоноргестрела с лечебной целью на срок не менее 6 месяцев.

Гормональное лечение высокодифференцированной аденокарциномы эндометрия IA стадии заключалась в комплексном применении агониста гонадолиберина – бусерелина депо внутримышечно № 9 один раз в четыре недели на фоне однотипной негормональной

add-back терапии. После первой инъекции агонистов гонадолиберина также вводили внутриматочную левоноргестрел-рилизинг систему с лечебной целью на срок не менее 12 месяцев.

В двадцати двух случаях (40,4%) наступила желанная спонтанная беременность, которая в восемнадцати случаях (34,6%) закончилась срочными родами через естественные родовые пути (у 2 пациенток с высокодифференцированной аденокарциномой IA стадии рождение второго ребенка) Два случая (3,8%) преждевременных родов в 34-35 нед, в четырёх случаях (7,6%) – операция кесарево сечение (в анамнезе рубец на матке, преждевременная отслойка низкорасположенной плаценты), и один случай (1,9%) замершей беременности в сроке 9-10 недель. При применении данной схемы лечения, рецидивов заболевания не было выявлено.

Выводы. Беременность и последующие роды являются заключительным этапом проведенной консервативной комбинированной гормональной терапии и максимальной медикосоциальной реабилитацией пациентки, излеченной от начального рака эндометрия.

Совместное применение агонистов гонадолиберина с введением внутриматочных гормональных рилизинг систем содержащих левоноргестрел, является высоко эффективным методом лечения атипической гиперплазии и высокодифференцированной аденокарциномы эндометрия IA стадии у женщин репродуктивного возраста с нереализованной репродуктивной функцией.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Расулова Г., Юлдашева О.С.
Андижанский государственный медицинский институт

На сегоднийший день в структуре материнской смертности преэлампсия тяжелой степени занимает одно из первых мест при котором возникает более частое осложнение беременности неблагоприятно влияющий на исход беременности и родов для матери и плода. Частота возникновения тяжелой преэклампсии колеблется от ,2% до 5%, по данным разных авторов, а материнская летальность от 1,1% до 75% и перинатальная смертность достигает от 4%0 до 60%0 риск его развития.

За период с 2021-2022 нами изучено течение беременности и исход родов у 20 беременных с тяжёлой преэклампсии.

Средний возраст обследованных беременных находился в пределах от 20 до 38 лет, и составив 25,2±4,6 лет. Изучение паритета у данных больных выявило, что преэклампсия тяжёлой степени и эклампсия более выраженные у первобеременных (56,2%), в то время как у повторнобеременных встречается на фоне экстрагенитальной патологии.

Практически у всех беременных тяжелая преэклампсия протекала на фоне экстрагенитальной патологии, наиболее частыми и основными заболеваниями являлись железодефицитная анемия - 92,3%, пиелонефрит- 47,4%, нарушения гепатобилиарной системы-21,4%.эндокринопатия у 4%;

Анализ течения настоящей беременности выявил высокую частоту осложнений: 18% случаев имел место ранний токсикоз среднетяжёлой степени, угроза выкидыша-37,4%, угроза преждевременных родов 21% многоводие-1,7%, многоплодие-2,4 % Беременные с тяжелой преэклампсией были госпитазированы в сроке от 31-35 недель 10 беременных и в сроке 37 недель 10 беременных пациенток.

Наиболее частыми клиническими симптомами заболевания были головная боль тошнота рвота мелькание мушек перед глазами, болезненность в правом подреберье, субиктеричность склер и кожных покровов на фоне артериальной гипертензии .

Умеренные отеки и протеинурия имели место у всех беременных, а у 6 носило характер анасарки с наличием транссудата в брюшной полости. У 12 больных был снижен суточный

диурез.

Лабораторными критериями, на основании которых в сочетании с клиническими данными была диагностирована тяжелая преэкламсия являлись увеличение содержания креатинина мочевины билирубина и его непрямой фракции количества транфераз - АЛТ (от 0,94 до 3,22ммоль/л), АСТ (от 0,74 до1,94 ммоль/л) , тромбоцитопения, прогрессирующая анемия.

Через естественные родовые пути родоразрешено10 пациенток которым для созревания шейки матки использовали простогандины.

10 беременных с тяжелой преэкламсией были родоразрешены абдоминальным путем, у 2-х операция сразу была расширена до ампутации ,у 8 произведена перевязка 3 пар сосудов.и дренирование брушной полости при асците

Все больные выписаны домой в удовлетворительном состояние.

В данной группе новорождённые родились с различной степенью асфиксии, после лечения 18 новорожденных выписаны домой и 7 новорождённых переведены на второй этап в детскую больницу.

Выводы::

1.Наиболее оптимальным методом родоразрешения при тяжелой преэкламсии было родоразрешние через естсвенные родовые пути по сравнению с абдоминальным родоразрешением

2.При тяжелой преэкламсии необходимо своевременно начать магнезиальную терапию, проводить коррекцию гемостаза, а с целью профилактики септических осложнений проводить антибиотикотерапию.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ГЛАНДИН В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Эркинова Н., Юлдашева С.
Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время установлено, что эффективность родовой деятельности зависит от степени подготовленности организма женщины к родам Для оценки готовности родовых путей нами используется модифицированная шкала Бишопа при которой обращаем внимание на конститенцию расположение и сте-пень

.Целью нашего исследования явилось изучение результатов применения гландина Е для подготовки шейки матки к родам .

Проводился ретроспективный анализ 25 историй родов у женщин, которым с целью подготовки шейки матки к родам назначали гландин Е виде таблетки во влагалище.

Показаниями к введению гландина явилось неговность шейки матки к родам т е незрелая шейка матки по Бишопу .

Перед назначением препарата проводилась оценка степени зрелости шейки матки по балльной шкале Бишопа: с «незрелой» шейкой было 20 женщин, с созревающей шейкой - 5 беременных. Через 6 часов с момента ведения таблетки во влагалище в 22 случаев развилась регулярная родовая деятельность с динамикой родовых путей, соответствующей первому периоду родов.в 3 случаев было повторное ведение гландина через 6 часов

Через естественные родовые путиродили 21 беременые . Оперативным путем родоразрешено 4 беременных, роды которые были осложнены акушерской патологией.

Все новорожденные родились в удовлетворительном состоянии. Случаев родового травматизма среди новорожденных и родильниц не было.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Ахмаджанова М., Юлдашева О С.
Андижанский государственный медицинский институт

В настояшш время прослеживается тенденция к увелечению процентов родов оперативным путем В среднем процент кесерево сечения составляет 15-18 % от обшего количества родов Более высокий процент кесерево сечения считается злоупотребленим со стороны врачей За 2021 в родильном доме 2 города Андижана было 8768 родов а кесерево сечение произведено в 1987 случаев .

Нами проведен клинический анализ течения родов у 25 рожениц с рубцом на матке в анамнезе.

Цель исследования. Разработать алгоритм ведения рожениц поступивших на роды с наличием рубца на матке. В ходе проведенного анализа историй родов в акушерском комплексе 2города Андижана . получены следующие результаты: возраст обследованных рожениц: до 18 лет - 2%, 20-30 лет - 80%, 30-40 лет- 18%; в целом все беременные с рубцом на матке были в оптимальном репродуктивном возрасте. У 87% беременных отмечена экстрагенитальная патология.в частности анемия беременных и инфекция мочевыдилительной системы

20 рожениц поступили в первом периоде родов операция кесерево сечение у них было произведено 3 года назад в нижнем маточном сегменте по относительным показаниям послеоперационный период протекал без осложнений данная беременность протекала без осложнений Всем роженицам была начата партограмма где производилась запись характера родовой деятельности продвижение и конфигурация головки плода а также состояние матери У всех 20 рожениц роды закончились через естественные родовые пути без осложнений состояние новорожденных оценено как удовлетворительное У 5 рожениц была диагностировано на основании партограммы затяжные роды у 2 проиведена амниотомия и стимуляция оксиоцином у 3 произведено экстренное кесерево сечение.показанием явилось дистресс плода

Таким образом, в результате клинического анализа беременности и родов установлено,у рожениц с рубцом на матке роды через естественные пути возможно 1если кесерево сечение было в нижнем маточном сегменте 2 послеоперационный период протекал без осложнений 3 интергенетический интервал составил не менее 3 лет 4 размеры плода и размеры таза соответствуют состояние плода удовлетворительное

Дальнейшие исследования позволят получить ответы на ряд возникших вопросов и оптимизировать тактику ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке.

.

РОЛЬ ТРОМБОЦИТОПАТИИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Рахимова.З.И, Асранкулова.С.К
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность темы.В акушерской и гинекологической практике проблема кровотечений является актуальной в связи с тем, что до сегодняшнего дня не уточнен механизм развития массивных коагулопатических кровотечений при различных ЭГЗ и осложнениях беременности и родов. В генезе развития массивных кровотечений имеют место тромбопластические субстанции продуктов аутолиза, приводящие к коагулопатии потребления, активации фибринолиза, обусловливая срыв компенсаторных возможностей гемостаза.

Цель исследование: Выявить особенности изменения функциональной активности тромбоцитов при неразвивающейся беременности.

Материалы и методы: Все женщины с неразвиваюшейся беременностью подверглись комплексному обследованию: общий анализ крови, мочи, TORCH-инфекцию. Проведено бактериологическое исследование и анализ выделений из цервикального канала. Кроме того, изучались биохимические показатели в периферической крови: общий белок, мочевина, креатинин, сахар, билирубин, ферменты (АЛТ, АСТ).

Результаты: Нами проведены исследования состояния системы гемостаза у женщин с неразвивающейся беременностью. Особенно выраженные изменения обнаружены в тромбоцитарном звене, проявляющиеся в усилении интенсивности агрегации тромбоцитов, т.е. в падении их функциональной активности

Показатели тромбоцитарного звена системы гемостаза у беременных с НБ

Показатели	Здоровые беременные (n=20)	Беременные с НБ Длительность пребывания мертвого плодного яйца в полости матки		
		1-2 нед (n=8)	3-4 нед (n=30)	5 и более нед (n=15)
1	2	3	4	5
Количество тромбоцитов тыс.	236,7±11,4	215,5±6,35	185,6±1,19*	172,5±11,1*
Агрегация тромбоцитов при стимуляции: АДФ $1\cdot10^{-3}$ T_{MA} (%)	62,0±2,8	59,7±4,5	72,7±2,2*	72,8±3,5*

Вывод: Таким образом, можно отметить, что у женщин с НБ наблюдается снижение количества циркулирующих в периферической крови тромбоцитов, зависящее от срока пребывания мертвого плодного яйца.

НОВЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Рахматуллаева М.М.
Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Актуальность проблемы бактериального вагиноза (БВ) во время беременности определяется прежде всего его высокой частотой. Многие авторы подтверждают причинно-следственную связь между нарушением микробиоты влагалища и такими осложнениями беременности, как выкидыш, плацентарная недостаточность, инфекции плода.

Несмотря на современные методы лечения БВ, сохраняется высокая частота его рецидивов во время беременности, колеблющаяся от 3,6 до 30%. Наряду с трудностями лечения БВ у женщин в первом триместре беременности, связанными с ограничением применения антибактериальных препаратов, одной из причин рецидивов инфекционного процесса нижних отделов половых путей беременной женщины можно считать отсутствие

или неадекватную коррекцию микробиоценоза влагалища после проведения этап антимикробной терапии.

Восстановление вагинального биотопа после антибактериальной терапии при лечении БВ в первом триместре важно для поддержания противоинфекционной защиты нижней части репродуктивного тракта женщины на протяжении всей беременности.

Цель исследования: оценить я дифференцированный подход к выбору метода коррекции микробиоценоза влагалища у женщин с БВ в первом триместре беременности.

Материал и методы исследования. Было проведено комплексное обследование 42 беременных женщин на сроке беременности 8-12 недель. Бактериальный вагиноз был диагностирован на основании наличия по крайней мере трех из четырех критериев Amsel: беловато-серые, густые однородные выделения из влагалища, pH >4,5, положительный тест на амин и наличие "ключевых" клеток при микроскопии. Оценка микрофлоры влагалища проводилась с помощью микроскопических и молекулярно-генетических методов исследования выделений из влагалища.

Все беременные женщины с БВ, включенные в исследование, были разделены на 2 группы. В основную группу (n=16) вошли беременные женщины, которым были назначены препараты для восстановления микробиоценоза влагалища дифференцированно с учетом микроскопических особенностей состояния грамположительной палочковой микрофлоры влагалища после применения антисептика. Группу сравнения составили беременные женщины (n=14), которым было проведено восстановление микробиоценоза влагалища без дифференцированного подхода. Контрольную группу составили 12 беременных женщин с нормоценозом влагалища.

Результаты и их обсуждение. Все опрошенные женщины были в возрасте от 18 до 31 года. Средний возраст составил 25,4±0,8 года в 1-й группе, 26,1±0,5 года во 2-й группе и 25,6±0,6 года в контрольной группе. Статистически значимых различий между группами с точки зрения социального статуса не было.

До лечения у беременных женщин наблюдалась следующая микроскопическая картина выделений из влагалища: лейкоциты были единичными в препарате (3,4%), менее 10 в поле зрения (50,5%) и 10-20 (20,2%), эпителиальные клетки в умеренных (11,2%) и крупных (48,3%) количествах. "Ключевые" клетки, характерные для бактериального вагиноза, были обнаружены в 55,5% мазков. При подсчете количества микроорганизмов было обнаружено, что их умеренное количество наблюдалось в 3,9%, большое количество в 14,0% и массивное количество в 52,8% мазков. Возбудители специфических инфекций при бактериоскопическом исследовании не были выявлены ни в одном случае.

Качественная оценка микрофлоры выявила отсутствие или незначительное количество лактобацилл, в то время как грамотрицательные палочки преобладали в мазках у 52,8% женщин. В качестве доминирующего морфотипа микроорганизмов представители коккоидной микрофлоры были обнаружены в мазках 32,6% женщин. Грибы рода Candida в виде бутонизирующих форм в промежуточной фазе вегетации были обнаружены в мазках у 20,2% женщин.

На первом этапе применялся антисептик хлоргексидин (по 1 вагинальной таблетке в день в течение 6 дней). Выбор препарата обусловлен широким спектром его активности в отношении грамположительных, грамотрицательных микробов, грибков и простейших, а также разрешением на его применение на ранних сроках беременности согласно инструкции.

С целью оценки эффективности антисептической терапии наряду с клиническим обследованием было проведено микроскопическое исследование выделений из влагалища (окрашивание по граму) с оценкой лейкоцитарной реакции, количества эпителиальных клеток и состояния микрофлоры.

Критериями эффективности терапии были отсутствие жалоб, патологических выделений при гинекологическом осмотре, а также отсутствие лейкоцитарной реакции, отсутствие дрожжеподобных грибов рода Candida (вегетативных дрожжеподобных клеток и

псевдогифов), кокковой флоры. Эффективность терапии БВ хлоргексидином в первом триместре беременности составила 90%.

После терапии антисептиком хлоргексидином вегетативные (у 2 пациентов) и невегетативные (в 1 случае) дрожжевые клетки были обнаружены у 3 пациентов (10% случаев) с исходно отрицательными тестами на грибы рода Candida. Наличие вегетативных форм определяет дополнительное назначение пациентам противогрибковых препаратов перед выбором препаратов для второго этапа.

При умеренном количестве грамположительных палочек (от 11 до 50 в поле зрения) после применения антисептика мы решили использовать кислотосодержащие препараты, способствующие созданию благоприятных условий для роста наших собственных лактобацилл во влагалищной среде. При небольшом количестве грамположительных палочек (единичные клетки в мазке или их отсутствие при микроскопии) мы решили, что было бы целесообразно использовать пробиотики, содержащие культуры с высокой адгезивной способностью, которые предотвратят чрезмерный рост условно-патогенной микрофлоры путем прикрепления поверхностных клеток эпителия влагалища к свободным участкам.

После проведенного лечения в группе сравнения, где лечение проводилось без дифференцированного подхода, частота рецидивов составила 35,7% и была статистически значимо выше по сравнению с основной группой – 12,5% (p=0,039).

Выводы. Нарушение микробиоты влагалища сопровождается чрезмерным ростом условно-патогенных микроорганизмов, что в конечном итоге способствует возникновению бактериального вагиноза и добавлению акушерских осложнений во время беременности. Антибактериальная терапия инфекционных заболеваний влагалища может нанести вред здоровой микробиоте влагалища. Новые терапевтические стратегии включают использование пребиотиков и/или пробиотиков для предотвращения этих осложнений. Второй этап лечения, направленный на восстановление микробиоценоза влагалища, следует дифференцировать в зависимости от количества лактобацилл.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ

Рузиев К.Х (научный руководитель –Арзиева Г.Б)
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. В настоящее время представлена карта локализации различных типов эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в репродуктивных и нерепродуктивных органах и тканях. Особое внимание заслуживают рецепторы к половым гормонам, локализованные в остеобластах, остеокластах и остеоцитах.

Цель. Проанализировать влияние невоспалительных и воспалительных заболеваний органов малого таза (НЗОМТ и ВЗОМТ) на минеральную плотность костной ткани (МПКТ) у женщин разных возрастных групп.

Материалы и методы. Денситометрическое исследование (DTX-200, США), опросник FRAX. Объекты: 5 групп женщин 20-29 лет (n=27), 30-39 лет (n=42), 40-49 (n=53), 50-59 (n=180) , 60-69 (n=124), 70-79 (n=79).

Результаты. В группе I 11 здоровых женщин, во II - 12. У 4 женщин с НЗОМТ (Z 0,1, МПКТ 91%); у 3 - ВЗОМТ (Z 1,13 , МПКТ 98%). Во II группе 3 женщины с НЗОМТ (Z -0,17, МПКТ 98%): 4 женщины с ВЗОМТ (Z -0,9, МПКТ 103%); 4 - с сочетанием ВЗОМТ и патологией ЩЖ (Z -0,87, МПКТ 90%). В III группе у 22 -НЗОМТ (Z -1,2, МПКТ 79%). В IV группе у 45 - НЗОМТ (Z-критерий -1,5, МПКТ 85,9). Сочетание НЗОМТ и патологии ЩЖ у 15 (Z критерий -1,3, МПКТ 83%). В V группе у 27 - НЗОМТ (Z -5,9, МПКТ 76%), сочетание НЗОМТ и патологии ЩЖ у 24 (Z -1,82, МПКТ 124%). В VI группе 9 женщин с НЗОМТ (Z -2,5, МПКТ 69%). Сочетание НЗОМТ и патологии ЩЖ у 4 (Z -2,6, МПКТ 69%).

Выводы. У женщин с патологией ЩЖ показатели МПКТ были несколько ниже, что является дополнительным фактором риска для развития остеопороза.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАННИЕ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Рухиддинова Н.И., Исламова З.К.
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность темы. Шейка матки является своего рода барьером между биологически и функционально различающимися органами — влагалищем и телом матки. В шейке проходит разграничение многослойного плоского эпителия влагалища и циклического эпителия (эндометрия) полости матки. Именно в области этой границы и происходит патологическая трансформация эпителиальных клеток, способствующая развитию фоновых и предраковых состояний и последующему злокачественному росту.

Цель исследования: разработка диагностических критериев для своевременного выявления патологии шейки матки, усовершенствования скрининговых исследований и выработка алгоритма врачебных действий.

Материалы и методы: проведено комплексное обследование 450 женщин с различной патологией шейки матки, из которых 75 с патологией шейки матки ассоциированной с ВПЧ в возрасте от 30 до 55 лет, HSIL у 4 женщины, LSIL у 15, ASCUS у 7 женщин.

Результаты и обсуждение. Критерием включения в исследование послужили: 1) наличие у женщин ВПЧ 16 и 18 типов по результатам ПЦР – диагностики, наличие клинических и кольпоскопических признаков папилломавирусной инфекции шейки матки. Результаты исследования. 35 женщин предъявляли жалобы на бели, зуд наружных половых органов или во влагалище, у 45 женщин были контактные кровянистые выделения, 10 женщин никаких жалоб не предъявляли, но при гинекологическом осмотре выявлены остроконечные кондиломы в области вульвы (58,9%), на шейки матки (11,7%), а также сочетанные поражения (18,6%). При осмотре в зеркалах у 20 женщин выявлена эктопия шейки матки, у 6 визуально шейка матки была без патологии. По данным расширенной кольпоскопии у женщин был выявлен хронический цервицит, который проявлялся признаками КСК: эктопией с незавершенной зоной трансформации в сочетании с белым эпителием (24,3%); пунктацией у 13,5% ; йод-негативными зонами- 67,6%, мозайкой- 10,8% ; белым эпителием – 18,9%; лейкоплакией шейки матки- 10,8%. У 16 (45,2%) женщин присутствовали признаки папилломавирусной инфекции шейки матки в виде эндофитных кондилом, которые представляли участки нежного белого эпителия, расположенные за пределами зоны трансформации и выявлялись с помощью пробы с 3% уксусной кислотой и пробы Шиллера. По результатам ПЦР ВПЧ был выявлен у (78,4%), Выявленные остроконечные кондиломы чаще всего ассоциировались с ВПЧ 6 или 11 типов, тогда как плоские кондиломы ассоциировались с ВПЧ 16 типа. При преинвазивном раке был выделен ВПЧ 16 типа, при дисплазии III степени выявлен ВПЧ 16 типа, а также ВПЧ 6, 11 и 18 типов.

Вывод. Таким образом, у женщин, инфицированных папилломавирусом наблюдается большой процент развития клинических форм заболевания. Женщинам в возрасте 30-55 лет в обязательном порядке следует проводить исследование с целью исключения ПВИ. План обследования должен включать ПЦР -диагностику ВПЧ. Проведение кольпоскопии и цитологического исследования обязательно во всех случаях наличия ПВИ.

ПОСТНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ПОТОМСТВА КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ГЕСТОЗОМ

Садриддинова Малика Равшановна научный руководитель –Арзиева Г.Б
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. По литературным данным у 80% детей, родившихся от матерей с гестозом, наблюдаются церебральные изменения, нарушение физического и психоэмоционального развития, а так же увеличение заболеваемости в раннем детском возрасте.

Цель. Влияние экспериментального гестоза на формирование сенсорно-двигательных рефлексов, физическое и психическое развитие потомства крыс.

Материалы и методы. Экспериментальный гестоз (ЭГ) моделировали на белых беспородных крысах самках массой 220-240 г путем замены питьевой воды на 1,8 % раствор NaCl с 1 по 21-й день гестации. Показатели физического развития потомства регистрировали со 2-го по 60-й день, сенсорно-двигательные рефлексы изучали со 2-го по 17-й день. Психическое развитие оценивали в тестах «Открытое поле», «УРПИ», «ТЭИ», «ПКЛ».

Результаты. Выявлено отставание потомства крыс из группы с ЭГ по 5-ти показателям физического развития; отмечается снижение скорости формирования сенсорно-двигательных рефлексов; ориентировочноисследовательской активности, нарушение когнитивной функции по сравнению с таковыми потомства крыс без ЭГ.

Выводы. Экспериментальный гестоз, вызванный заменой питьевой воды на 1,8% раствор NaCl крысам с 1 по 21 день гестации, вызывает задержку постнатального развития потомства.

АДЕНОМИОЗ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Саиджалилова Д.Д., Мадолимова Н.Х., Аюпова Д.А.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность: В нескольких исследованиях изучалась корреляция между эндометриозом и неблагоприятными беременность и перинатальные исходы. Однако роль аденомиоза как фактора риска неблагоприятных перинатальные исходы у женщин с эндометриозом до сих пор не установлены.

Цель: оценить потенциальное влияние аденомиоза на исходы беременности путем ретроспективного исследования случаев беременности, осложненных аденомиозом.

Методы. Мы провели ретроспективное исследование случай-контроль. В исследование включено 49 случаев одноплодной беременности, осложнившейся аденомиозом. Контрольная группа (n = 245) представляла собой одноплодных беременных без аденомиоза и была сопоставима по частоте со случаями аденомиоза по возрасту, паритету и потребности во вспомогательных репродуктивных технологиях для данного зачатия. Были изучены частота акушерских осложнений и исходы родов и новорожденных.

Результаты. Пациентки в группе с аденомиозом значительно чаще имели выкидыш во втором триместре беременности (12,2% по сравнению с 1,2%, отношение шансов (OR): 11,2, 95% доверительный интервал (95% RR): 2,2–71,2), преэклампсию (18,3). % по сравнению с 1,2%, OR: 21,0, 95% RR: 4,8–124,5), неправильное положение плаценты (14,2% по сравнению с 3,2%, OR: 4,9, 95% RR: 1,4–16,3) и преждевременные роды (24,4% по сравнению с 9,3%, OR: 3,1, 95% RR: 1,2–7,2) по сравнению с контрольной группой.

Заключение. Аденомиоз был связан не только с повышенной частотой преждевременных родов, как сообщалось ранее, но и с повышенным риском выкидыша во втором триместре беременности, преэклампсии и неправильного положения плаценты, что могло привести к неблагоприятным перинатальным исходам.

Ключевые слова: аденомиоз; акушерское осложнение; перинатальный исход; беременность.

ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Саидова Ф.И.
Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Беременность сопровождается инсулинорезистентностью, но причина ее возникновения и значение при данном состоянии остаются открытыми вопросами. Их анализ позволит обосновать роль инсулинрезистентности в регуляции метаболизма и развития процессов жизнедеятельности. Механизмы инсулинрезистентности могут функционировать в организме эффективно, неэффективно и сверхэффективно. Это отражается на уровне продукции энергии, функциональной активности клеток, органов-мишеней и организма в целом.

Цель исследования: изучить механизмы формирования инсулинрезистентности во время физиологической беременности.

Материал и методы исследования. Данные отечественной и зарубежной научной литературы по проблеме инсулинрезистентности.

Результаты и их обсуждение. Во время физиологической беременности увеличивается потребность в пластических и энергетических веществах для создания фето-плацентарного комплекса (ФПК), поэтому в организме матери инсулинорезистентность возрастает. В результате усиливается распад гликогена, жировых депо, белковых структур, которые поступают в ФПК. Неэффективное функционирование механизмов инсулинрезистентности у матери сопровождается нарушением фосфорилирования глюкозы и передачи сигнала гормона — ослаблением сахароснижающего действия инсулина, уменьшением продукции АТФ и обратимыми метаболическими и функциональными изменениями. Таким образом, возрастание инсулинрезистентности при физиологической беременности – необходимое условие для создания ФПК, неизбежным следствием которого являются адаптационные изменения в организме матери, напоминающие патологические.

Механизмы инсулинрезистентности действуют при физиологической беременности и при сахарном диабете 2 типа вне беременности аналогичным образом. Это обусловливает возникновение сходных изменений в организме при данных состояниях, которые включают уменьшение образования АТФ, эндотелиоз, оксидативный стресс, системное воспаление, угнетение клеточного и активацию гуморального звена иммунитета, активацию внутрисосудистого свертывания крови, возрастание ОЦК и др. При физиологической беременности их выраженность менее значительна из-за более мощной компенсации инсулинрезистентности, особенно в I и II триместрах. Физиологической беременности свойственно также возрастание уровня свободных жирных кислот и увеличение жировой ткани, дислипопротеинемия IV атерогенного класса и торможение образования белка. Накопленный жир в организме матери после 30 недель физиологической беременности используется для образования энергии. На ослабление сахароснижающего действия инсулина указывает, в частности, увеличение постпрандиальной гликемии с 8 нед гестации. Возрастание скорости клубочковой фильтрации с 8-го дня физиологической беременности может указывать на их адаптационные изменения, которые, как и при сахарном диабете, обусловлены повышением синтеза оксида азота и усилением потери белка. Изменения при физиологической беременности и на ранних стадиях сахарного диабета 2 типа являются обратимыми.

В I и II триместрах физиологической беременности компенсация инсулинрезистентности достаточно высока, поэтому в ФПК активно идут анаболические процессы: скорость удвоения массы плода до 28 недель физиологической беременности

гораздо выше, чем после этого срока. Функциональная активность органов матери и антиоксидантная защита в ее организме остаются сохранными. Синтез белка в ее организме страдает мало.

По мере развития беременности образование энергии в нем постепенно уменьшается. С III триместра ослабляется компенсация инсулинрезистентности: снижаются уровни инсулина, пролактина, прогестерона, хорионического гонадотропина, плацентарного лактогена, α-фетопротеина. Прогрессирование инсулинрезистентности в динамике беременности приводит к повышению концентрации всех маркеров инсулинрезистентности в III триместре.

Снижение синтеза энергии в организме беременной находит отражение в функциональных изменениях ее органов и систем. Так, перед родами ослабевает активность сердца и почек, изменяется тип кровообращения с гиперкинетического на гипокинетический, прогрессируют нарушения микроциркуляции и хронический ДВС-синдром, возрастает периферическое сопротивление сосудов, повышаются артериальное давление и тонус миометрия, нарастают гипоксия и ацидоз, увеличивается аутоиммунизация, усиливается активность иммунной системы в целом и особенно ее клеточного звена, изменяется спектр продуцируемых цитокинов с противовоспалительных на провоспалительные и т.п.

Выводы. Изменение инсулинрезистентности во время беременности представляет собой физиологический процесс, способствующий поддержанию функционального значения ФПК. Нарушение компенсаторных механизмов инсулинрезистентности может быть одним из факторов, связанных с формированием акушерской патологии и требует более углубленное изучение этого вопроса.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИХ СРОКАХ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Саломова И.С., Адизова З.А., Каримова Н.Н.
Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Проблема неразвивающейся беременности чрезвычайно актуальна как в клиническом, так и в социальном аспекте, так как доля данной патологии в структуре причин репродуктивных потерь довольно высока: 10—20%. По данным литературы, эта патология известна как неразвивающаяся беременность, **missed abortion** (несостоявшийся аборт), **missed labour** (несостоявшиеся роды), в зависимости от того, наступила ли внутриутробная гибель до 28 нед или в более поздний срок. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1995) это состояние выделено под рубрикой O02.1 — несостоявшийся выкидыш.

Задержка погибшего плода (эмбриона) в матке отрицательно сказывается на последующей репродуктивной функции женщины, угрожает не только ее здоровью, но и жизни за счет возможных гемоста-зиологических осложнений. Установлено, что внутриутробная задержка погибшего плода (эмбриона) влияет на материнский организм, вызывая патологическое состояние — синдром мертвого плода, основными проявлениями которого являются угнетение сократительной деятельности матки (СДМ) и гемо-стазиологическая дисфункция.

В настоящее время появились новые подходы к лечению данной патологии беременности. Имеется много специальных исследований по изучению воп-
росов этиологии, патогенеза, доклинической диагностики В структуре невынашивания беременности особое место занимает неразвивающаяся беременность, частота которой остается высокой и не имеет тенденцию к снижению. Традиционной тактикой при неразвивающейся беременности служит хирургическая эвакуация погибшего плодного яйца.

Цель настоящего исследования — сравнительный анализ течения постабортного периода при медикаментозном и хирургическом прерывании неразвивающейся беременности в ранние сроки.

Материал и методы: В основу работы положены результаты обследования 38 женщин с неразвивающейся беременностью в сроках до 9 нед, находившихся на лечении в период с 2014 по 2016 гг. Всем пациенткам при первичном осмотре проводилось комплексное обследование. Критериями исключения из исследования по изучению консервативного прерывания беременности явились подозрение на внематочную беременность; беременность, наступившая на фоне использования ВМС. Женщины (n=21), которые на первом этапе прерывания получали мифепристон в дозе 200 мг, составили 1-ю группу; 2-ю — 17 женщин, неразвивающейся беременностью, которым был проведен хирургический аборт с выскабливанием стенок полости по стандартной методике под общей анестезией. Все пациентки находились под наблюдением в клинике в условиях стационара в течение 24-72 ч. С целью обезболивания применяли ненаркотические анальгетики. Контрольный осмотр проводился на 3—4-е сутки. Контрольное ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнялось на 12—14-е сутки с момента изгнания плодного яйца.

Результаты и обсуждение: Обследованные группы женщин с неразвивающейся беременностью существенно не различались по клинико-анамнестическим параметрам. Возраст больных колебался от 20 лет до 41 года при среднем значении 29,5±5,73 года и соответствовал показателям в контрольной группе. На фоне приема мифепристона клинические признаки прерывания беременности в виде кровянистых выделений из половых путей и экспульсии плодного яйца в течение 1—2-х суток наблюдалась у 9 (42,9%) женщин 1-й группы. У остальных пациенток признаки начала изгнания погибшего плодного яйца были выявлены на 3-и сутки, в среднем через 2,5±1,74 ч после приема мизопростола. Назначение повторной дозы мизопростола через 24 ч в связи с отсутствием клинических признаков начавшейся экспульсии плодного яйца потребовалось 2 (0,95%) женщинам с неразвивающейся беременностью 1-й группы. Следует отметить, что эти пациентки не предъявляли никаких жалоб, неразвивающаяся беременность была диагностирована при УЗИ, срок гестации у них не превышал 9 недель. Среди женщин с физиологической беременностью дополнительная доза препарата потребовалась по указанной причине существенно чаще — в 4 (1,9%) случаях, что еще раз доказывает несостоятельность — эндометрий при неразвивающейся беременности.

Таким образом, проведенное исследование показало высокую эффективность медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности в I триместре. Использование мифепристона в комбинации с мизопростолом может являться альтернативой хирургическому аборту, так как позволяет избежать риска, связанного с хирургическим вмешательством и анестезией, хорошо переносится пациентками.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ

Саттарова К.А., Бабаджанова Г.С., Аликулова Н.Э.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность темы. Начиная с момента зачатия, между эмбрионом и материнским организмом формируются сложные иммунобиологические взаимосвязи, во многом определяющие дальнейшее течение беременности и ее исход. В основе развития ГБПиН лежит иммунизация женского организма эритроцитами плода, несущими на себе различные антигены, отсутствующие у матери. Резус-несовместимость встречается у 13% всех супружеских пар. Проблемы резус-конфликтной беременности и гемолитической болезни новорожденных имеют также и социальный аспект. Например, у 87-92% резус-

отрицательных женщин, которым своевременно после первой беременности не проводилась иммунопрофилактика, последующие беременности заканчивались потерями детей и психологической травмой для обоих родителей. Первая беременность примерно в 1-1,5% случаев у резус-отрицательных женщин и в 10% после родов осложняется эритроцитарной сенсибилизацией. Чаще всего (95%) это относится к системе резус, реже к системе АВ0. Резус- фактор отчетливо обнаруживается у плода на 10-14 недели развития. Несмотря на то, что в работу акушерско-гинекологической службы внедрен кли- нический протокол «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода» (2020 г.), частота развития резус-изоиммунизации (РИ) в последние годы не имеет существенной тенденции к снижению.

Цель исследования.Изучить течение беременности и исход родов у женщин с резус отрицательной принадлежностью крови.

Материалы и методы.Для выполнения поставленных целей и задач проводилась работа с медицинской документацией (истории родов родильниц с Rh-отрицательной принадлежностью крови, родоразрешенных в 9 акушерско гинекологическом комплексе в сроки 2020–2021гг., а также медицинские карты стационарного больного новорожденных с ГБН). Было проанализировано 78 истории родов и 6 медицинских карт стационарного больного.

При анализе особое внимание уделялось выявлению факторов риска, включающих данные общего анамнеза, данные акушерско–гинекологического и соматического анамнеза, а также результатам лабораторных и инструментальных методов исследования.

Критериями включения историй болезни в исследование послужили диагнозы «Rh-отрицательная принадлежность крови», «Сенсибилизация по Rh-системе», «Гемолитическая болезнь новорожденного по резус-фактору». В зависимости от наличия резус-антител в крови пациентки были разделены на 2 группы: I группа — 62 женщины без титра антител в крови, II группа — 6 женщин с выявленными резус-антителами.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди исследуюмых преобладали женщины в возрасте 26-35лет (32%), по паритету преобладали 1 е роды, среди гинекологичесих заболеваний были зарегестрированы кольпиты в анамнезе, из экстрагенитальной патологии привалировала анемия, гипертензивные нарушения во время беременности, из анамнеза предыдущие беременности осложнялись выкидышами на ранних сроках беременности, угрозами преждевременных родов. Роды у исследуюмых беременных в 21 случаи произведены путем кесарево сечения по акушерским показаниям, в 1 случаи по показанию Гемолитической болезни плода в сроке 34 недель, при наличии асцита плода. В послеродовом периоде вакцинация антирезус иммуноглобулином была проведена в 62 х случаем родов. Ни одна беременная не получала вакцинацию антирезус иммуноглобулином в сроке 28 недель.

Прогностически неблагоприятным в отношении развития тяжелых форм ГБН является раннее (до 20 недель) выявление высокого титра антител (1:16 и более), его нарастание в течение беременности и (или) неравномерный, «скачущий» титр резус-антител. Только у 1 из 6 пациенток антиэритроцитарные антитела были выявлены на раннем сроке (12 недель) в низком титре — 1:2, у остальных — со второго триместра беременности (с 22–38 недели).

Осложнения настоящей беременности по данным УЗИ было многоводие, преждевременное созревание плаценты, маловодие, крупный плод, обвитие пуповины и признаки анемии плода.

Выводы.Таким образом необходимо обеспечить беременным с резус отрицательной принадлежностью крови без иммунизации и при резус положительной принадлежности крови отца введение анти–Rh (D) иммуноглобулина G в сроке 28 недель, а так же тщательно собирать анамнез предыдущих беременностей.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Сафаралиева Г.Ф (научный руководитель –Арзиева Г.Б)
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. Рак шейки матки (РШМ) - актуальная проблема в современной медицине, занимает второе место в мире по распространенности. На сегодняшний день доказана связь вирусной инфекции с развитием патологии шейки матки, создана вакцинакак защита от развития РШМ. Высокий рост патологии шейки матки требует повышения эффективности проводимых мероприятий.

Цель. Оценить уровень знаний женщин, имеющих патологию шейки матки, о причинах развития, возможностях диагностики и профилактики РШМ.

Материалы и методы. Разработана анкета, включающая 23 вопроса. Проведен опрос 60 женщин, обратившихся в «Гродненский областной онкологический диспансер» для консультации в 2013 году.

Результаты. Причиной обращения 14 женщин (23%) стало выявление РШМ, у 43 (72%) -дисплазии шейки матки. У 3 женщин (5%) - доброкачественная патология шейки матки. Средний возраст респондентов - 36,4±12,3 года. У 40% женщин два и более половых партнера. Не имеют полового партнера - 8 (13 %). Наличие в анамнезе гинекологических заболеваний и инфекций передаваемых половым путем отмечали 12 (20%) пациенток. 21% респондентов имеют в анамнезе вирусные заболевания. Наследственный онкологический анамнез не отягощен у 80% опрошенных. В анамнезе у 50 женщин (83%) были роды, у 26 (52%)-прерванные беременности. У 1 женщины единственные роды закончились абортом. 15% женщин не беременели. Большинство женщин регулярно посещают гинеколога. 32 женщины (53%) знают, что РШМ развивается на фоне вирусной инфекции, 38,3% женщин узнали это от доктора. Большинство женщин (60%) считают, что вакцинация не полностью защищает от развития РШМ. 23% опрошенных считают, что возможно заражение вирусом папилломы человека после проведения вакцинации. На вопрос о том, в каком возрасте лучше проводить вакцинацию 25 (42%) женщин ответили, что в подростковом возрасте, 10 (17%)- после родов и 8 (13%) - при обнаружении вируса. 65% опрошенных считают, что предраковым состоянием является дисплазия шейки матки, а 22%-эрозия шейки матки. О существовании вакцины против РШМ знают только 45%

СОСТОЯНИЕ КОАГУЛОЛОГИЧЕСКОЙ И БИОХИМИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВИЧ

Сафарова Л.А., Абдуллаева Л.М.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент

На сегодняшний день встречаемость ВИЧ-инфицирования у женщин по всему миру в два раза превышает показатели у мужчин. Высокий рост беременностей и родов у ВИЧ-инфицированных женщин связан с повышением показателей инфицирования у пациенток оптимального фертильного возраста. Снизить риск перинатальной трансмиссии ВИЧ до 1-2% позволила грамотно подобранная антиретровирусная терапия в течении гестации, родов и в послеродовом периоде, исскуственное вскармливание. Угнетение кроветворения при проведении химиопрофилактики антиретровирусными препаратами у беременных имеет огромное значение, так как понимание генеза данного осложнения помогает провести правильную коррекцию возникших нарушений в периоперационном периоде при абдоминальном родоразрешении. Некоторые антиретровирусные препараты, особенно нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, угнетают кроветворение, эритропоэз и вызывают анемию. Изменения гемостаза у ВИЧ-инфицированных беременных на фоне АРВТ и

химиопрофилактики, согласно литературным данным, весьма противоречивы и напрямую связаны с нарушением функции печени, которые чаще возникают при приеме ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы. Забота о матери и ее потомстве в передаче ВИЧ-инфекции остается важным вопросом здравоохранения.

Цель исследования : оценить состояние биохимической и коагулологической картины крови у беременных женщин с ВИЧ на фоне применения антиретровирусной терапии.

Материал и методы исследования: Нами проведено ретроспективное исследование 68 историй родов, амбулаторных карт ВИЧ-позитивных женщин, которые были родоразрешены в ГРК№1, 8, 9 г.Ташкента в период с 2015 по 2021 гг. Они составили основную группу. Проведен анализ некоторых показателей биохимической и коагулологической картины крови у беременных женщин с ВИЧ на фоне применения антиретровирусной терапии. Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере с помощью электронных таблиц Microsoft Office Excel 2016 for Windows методами описательной статистики.

Контрольную группу составили 35 здоровых беременных женщин, сопоставимых по возрасту.

Обсуждение полученных результатов: Средний возраст обследованных женщин составил 26,1 ± 2,3 года с колебаниями от 22 до 36 лет. По месту жительства 43 женщин (64%) - жительницы города, 25 (36%) - жительницы сельской местности. Проанализировав социально-профессиональную принадлежность исследуемой группы, мы видим преобладание неработающих (табл. 2). Основная группа распределилась следующим образом: служащие – 8 (13%), рабочие - 15 (23%), неработающие – 39 (57%), студентки – 5 (**7**%). В контрольной группе распределение следующее : рабочие 7 (20 %), служащие составляли 6 (17%) ; неработающие – 21 (60%); студентки – 1 (3%).

На учете в СПИД - центре состояли 56 (82 %) пациенток. На учете в женской консультации находились все женщины. 20% пациенток основной группы предполагают половой путь передачи. 24% женщин с ВИЧ не могут даже представить предполагаемый источник инфицирования ВИЧ. У 5 % путь передачи половой от партнера, о чьем ВИЧ-статусе женщина была уведомлена, в 4% случаев имел место интранатальный путь передачи ВИЧ. Вредные привычки имелись у 47 (70%) женщин, из них преобладало курение- у 73%, прием алкогольсодержащих напитков – 20%.

Верификация диагноза ВИЧ у 33 (48%) женщин была в течении данной беременности, у 35 (52%) - до наступления беременности.

Анализ данных, касающихся результатов по установлению вирусной нагрузки показал, что высокие значения имели место в 27 (40%) случаев, низкие – 43%. В 16% случаев данных по вирусной нагрузке не выявлено.

Препараты антиретровирусной терапии в качестве химиопрофилактики антенатальной трансмиссии ВИЧ проводили всем беременным женщинам. При этом в первом триместре химиопрофилактика проводилась в 55% случаев, в 35% - во втором триместре, оставшиеся 10% - в третьем триместре.

Исследование биохимической картины крови в обеих группах не выявило статистически значимых различий.

Сравнительный анализ показателей системы гемостаза у пациенток основной и контрольной групп показал, что в основной группе наблюдалась пониженная свертывающая активность.

При анализе лабораторных показателей свертывающей системы крови было выявлено статистически достоверное снижение количества тромбоцитов в основной группе, что в среднем составило 155,7 ±7,2 $x10^9$/л, в контрольной группе этот показатель составил 255,4 ± 28,3 $x10^9$/л. Уровень фибриногена в основной группе составил 2,4 ±0,41г/л, к контрольной группе – 4,2±0,41 г\л. В основной группе АЧТВ составило 35,6±4,8 сек, в контрольной – 25,3±1,2 сек.

Анализ сроков гестации при родоразрешении у женщин исследуемых групп показал, что в основной группе преждевременные роды имели место у 14 пациенток (20%), остальные 80% - срочные роды в сроке гестации от 37 до 39 недель.

Все ВИЧ-позитивные женщины родоразрешены путем операции кесарево сечение. В плановом порядке родоразрешены в 78% случаев, остальные в экстренном порядке (22%).

Течение послеродового периода у большинства женщин основной группы – 55 (82%) было гладким, в 9 (14%) случаях наблюдалась субинволюция матки, в 3 (4%) случае – лохиометра с последующим выскабливанием полости матки. В контрольной группе данные достоверно не отличались от основной группы. Гладкое течение послеродового периода наблюдалось в подавляющем большинстве случаев – в 62 (91%), субинволюция матки наблюдалась в 3 случаях(9%).

Выводы : Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что прием антиретровирусных препаратов вызывает определенные изменения коагулологических показателей крови, что неблагоприятно влияет на здоровье как матери, так и ребенка. При этом статистически значимых изменений в биохимической картине крови не наблюдалось.

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ С ВРЕМЕННОЙ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Седнев О.В., Пашов А.И.
Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта,

Актуальность темы. Миома матки является одной из наиболее распространенных доброкачественных опухолей, которая возникает у 20-40 % женщин репродуктивного возраста. На сегодняшний день остаются не до конца решенные вопросы относительно лучшего способа и объема хирургического вмешательства. Несмотря на очевидные преимущества лапароскопического доступа, особенности кровоснабжения органов малого таза могут превратить многие эндоскопические операции в суровое испытание для хирурга. На сегодняшний день существует несколько направлений решения проблемы интенсивности интраоперационной кровопотери при выполнении операций в малом тазу лапароскопическим доступом.

Целью нашего исследования являлась оценка эффективности применения технологии временной билатеральной окклюзии внутренних подвздошных артерий при выполнении консервативной миомэктомии лапароскопическим доступом.

Материалы и методы. Нами произведен ретроспективный анализ результатов 114 лапароскопических консервативных миомэктомий. Оперированные пациентки находились в возрасте от 27 до 43 лет. У 63 (55,3%) из них удалялся один миоматозный узел, у 22 (19,3%) пациенток по 2 узла, у 29 (25,4) – 3 и более миоматозных узлов в ходе одной операции. Сравнению подверглись две группы: первая - 43 (37,7%) пациенток, оперированных по стандартной методике миомэктомии лапароскопическим доступом, и вторая – 71 (62,3%) пациентка, где та же операция включала также выделение и временное пережатие внутренних подвздошных артерий по методу профессора Константина Викторовича Пучкова. Сравнивались длительность операции, объем кровопотери, частота осложнений и конверсий, а также длительность послеоперационного пребывания в стационаре.

Результаты исследования. Различий по возрасту оперированных пациенток, числу и локализации миоматозных узлов не выявлено ($p<0.05$), однако имелись различия по максимальному размеру удаленных узлов. Размер узлов в группе I составил от 10 мм до130 мм (средний 36,4 мм), а в группе II – от 40 мм до 90 мм (средний 60,3 мм). Время, затраченное на выполнение консервативной миомэктомии лапароскопическим доступом без окклюзии в первой группе, составило от 30 до 285 мин (в среднем 130,9±56 мин) по

сравнению со второй от 140 до 235 мин (187,9±26,3 мин). В тоже время интраоперационная кровопотеря в группе без окклюзии внутренних подвздошных артерий составила 346,1±151 мл, что значимо выше, чем во второй группе 154,4±54 мл ($p<0.05$).

Во второй группе пациенток осложнений, связанных как с миомэктомией, так и выделением и окклюзией внутренних подвздошных артерий не выявлено, в то время как в первой группе у 7 (16,3%) больных потребовалась конверсия в открытый доступ, обусловленная как технической сложностью выполнения операции, так и выраженностью интраоперационной кровопотери. Кроме того, в первой группе чаще наблюдалась послеоперационная резорбтивная лихорадка, что, впрочем, не значительно отразилось на длительности послеоперационного пребывания в стационаре.

Выводы. Таким образом, технология временной билатеральной окклюзии внутренних подвздошных артерий при выполнении консервативной миомэктомии лапароскопическим доступом является высокоэффективным методом снижения объема интраоперационной кровопотери, а также позволяет улучшить качество шва дефекта миометрия при крупных и множественных миомах матки, повысить безопасность удаления узлов при их аномальной локализации.

РОЛЬ СОСТОЯНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (II ПОЛОВИНЕ)

Соткинбоева О.М. Мухитдинова Т.К
Андижанский государственный медицинский институ

Актуальность:Гипоксические состояния плода и новорожденного занимают одно из первых мест среди причин перинатальной смертности и заболеваемости детей. Известно, что гипоксия приводит к тяжелым последствиям со стороны ЦНС и других органов не только в постнатальном периоде, но и в дальней жизни ребенка. В Современном акушерстве одной из наиболее важных задач является доклиническая диагностика нарушений состояния плода. По течению различают острую, подострую и хроническую антенатальную гипоксию. Длительная хроническая гипоксия у материи нарушает процессы имплантации и плацентации, что может в/у гибели плода и выкидышам. Известно фетоплацентарная система (ФПС) формируется во время беременности с участием организма материи – плаценты – плода и выполняет эндокринную функцию (секретирует эстрогены - эстриол) . Гормональная диагностика наиболее достоверна так как, отражает состояния плода с ранних сроках беременности. Определения в крови матери содержания эстриола в нашем регионе не изучалось, что представляет практический интерес.

Цель исследования: Изучить возможность диагностики внутриутробной гипоксии плода путем исследования функции фетоплацентарный системы, определением уровня эстриола в крови у беременных с различными осложнениями.

Материалы и методы исследования:Нами обследованы 27 беременных с различными осложнениями беременности, и различной степенью тяжести такие как: преэклампсией – у 6 беременных, с острыми пиелонефритом – у 8, с многоводием – у 4, с артериальном гипертензии – у 5, с переношенных беременностью – у 4 женщин. Контрольную группу составили 15 беременных с физиологическим течением беременности, у которых также определяли содержание эстриола.

Результаты исследования:Результаты исследования показали, что при выше указанных осложнениях беременности содержание эстриола в крови, во II триместре беременности был снижен от 2,01±17,2 до 1,8±0,7 мноль/л . При снижении показатели эстриола отмечалось глухость тонов сердцебиение плода и учещение ударов до 168 - 170 ударов минуту. При эклампсии содержания эстриола в крови беременной снизилось до 0,6 мноль/л, что привело к срочному родоразрешения с целью получения живого плода.

Вывод: Определение содержания эстиола в крови обследованных беременных во II триместре дает возможность диагностировать храническую гипоксию плода, что даёт возможность своевременно провести лечения и при показаниях - досрочного родоразрешения

.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТЕРИОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Тешаева Ш.К.
Бухарский областной эндокринный диспансер

Актуальность. Гипотиреоз означает недостаточную продукцию гормона щитовидной железы щитовидной железой и может быть первичным (аномалия самой щитовидной железы) или вторичным/центральным (в результате заболевания гипоталамуса или гипофиза). Термин «субклинический гипотиреоз» используется для определения той степени первичного гипотиреоза, при которой наблюдается повышенная концентрация тиреотропного гормона (ТТГ) в присутствии нормальных концентраций свободного тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3) в сыворотке крови.

Цель исследования. Иследуя функциональным и биохимическими методами анализа беременных женщин выявить субклинический гипотериоз на ранних стадиях развития.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целями работы нами проведено обследование 80 беременных женщин. Программа научного поиска осуществлена на базе БФРЦЭНМП и Бухарского перинатального центра, Бухарского областного эндокринологического диспансера совместно с кафедрой акушерства и гинекологии Бухарского государственного медицинского института. Были проведены общепринятые лабораторные клинико-биохимические методы диагностики. Из функциональных методов исследования – ультразвуковая эластография щитовидной железы (ЩЗ). статистическая обработка результатов выполнены с помощью программного пакета Microsoft Excel 2002, Windows XP, Statistic 6,0 по методу Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования. Из обследованных 80 беременных женщин у 67 из них был диагностирован гипотиреоз. Субклинический гипотиреоз и явный гипотиреоз присутствовали у 37 (60,1%) и 30 (39,9%) женщин соответственно. Распространенность субклинического гипотиреоза составила 4,15%. Большинство случаев субклинического и явного гипотиреоза диагностировалось в первом триместре. Возраст пациентов составлял от 17 до 38 лет со средним значением ± стандартное отклонение (27 ± 5) .

В 52 случаях (57,1%) были нерожавшими, а 28 (42,9%) - повторнородящими. Большинство женщин с субклиническим гипотиреозом были диагностированы в первом триместре, а многие женщины не были обнаружены до второго и третьего триместров.

Для оценки функционального состояния щитовидной железы у беременных были использованы следующие методы: ультразвуковое сканирование щитовидной железы, исследование тиреотропного гормона щитовидной железы. По данным ультразвукового исследования щитовидной железы установлено, что диффузные изменения с явлениями гиперплазии наблюдались у 28 (22,5%). Кистозные изменения в щитовидной железе отмечены у 48 женщин (59%) соответственно. При гормональном исследовании функции щитовидной железы уровень ТТГ в втором триместре был достоверно выше составив 5,68+-1,9 мк МЕ / мли в течении беременности на фоне приема заместительной терапии ее уровень снижался, составив в III триместре 2,58+-1,47 мкМЕ\МЛ (P>0,05).

Выводы. Таким образом, ультразвуковое исследование необходимо включать в алгоритм скрининга беременных для своевременного выявления анатомических изменений щитовидной железы.

ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПОРОКАМИ СЕРДЦА, В ТОМ ЧИСЛЕ БЕРЕМЕННЫХ.

Узокова М.К.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность темы. Развитие сердечной хирургии и врождённой сердечной кардиологии приводит к повышению числа женщин к моменту достижения репродуктивного возраста с врождёнными сердечными патологиями. В целом, кардиологи рекомендуют вагинальные роды женщинам с ВПС во избежание осложнений из-за операции кесарево сечение, как так многие хорошо переносили вагинальные роды. Частота операции кесарево сечения больше чем нормальной популяции.

Цель исследования: Сравнить пути родоразрешения, исходы беременности и показаний для операции кесарево сечение и индукции родов у женщин с ВПС и без ВПС.

Материалы и методы : Нами наблюдены 40 беременных с ВПС, которые родили от 2016 год января до 2017 год декабря, включены возраст женщины, паритет и год рождения. Женщины классифицированы по тяжести ВПС по данным Американского коллежа кардиологов и функциональному классу по Перлоф. Показании для операции кесарево сечение различали по кардиологическим, акушерским и ряду других причин. Кардиологические причины - такие как “ухудшении функции сердце”, или “слабость сердечной функции” . Акушерские причины делятся на: причины со стороны плода и причины с о стороны родовой деятельности.

Результаты: Средней возраст беременных составил 29,7±4,5, тяжесть ВПС по Перлофу 1 класс-40%, 2 класс-55%, 3 класс-3%. Частота операций кесарево сечении выше у женщин с ВПС 47%, чем у беременных без ВПС 33%. Частота родов 44,8%, так как частота оперативных вагинальных роды 10% меньше у женщины с ВПС. Частоту родов сравнили у всех повторнородящих имеющей в анамнезе кесарево сечении. Женщины с наличием и отсутствием ВПС, частота кесарево сечений значительно выше у много рожавших пациентов имеющей в анамнезе кесарево сечении и многорожавших имеющей в анамнезе срочные роды 82% и 15% женщины с ВПС, P<0,001, и 59%, 12% женщины без ВПС, P<0,001 соответственно. Кардиологические причины 33%у женщин с первыми операциями кесарево сечения с ВПС. Акушерские показания для родоразрешения путем кесарево сечения значительно выше у беременных без ВПС. Остальные причины для операции кесарево сечения у женщины с ВПС и без ВПС почти одинаковые . Исходы беременности: частота преждевременные роды у женщины с ВПС 13%, без ВПС 32%,

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Уктамова Ю.У., Зубайдиллоева З. Х., Худоярова Д.Р
Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Актуальность темы. В настоящее время неподготовленная женщина вступает в гестационный период и сталкивается с патологиями во время беременности и родов. Профилактика и комплексный подход в планировании беременности играет большую роль на здоровье беременной и плода.

Цель. Установить влияние прегравидарной подготовки на течение беременности

Материалы и методы исследования Нами были обследованы 78 женщин, из которых 33 сознательно начали готовиться к зачатию ребенка, и решили пройти полное обследование. Подготовка состояла из трёх этапов и включала в себя диагностические исследования, включающие лабораторный метод (общий анализ крови, мочи, биохимия

крови, обследования на инфекции TORCH, ВИЧ) и консультативный (осмотры эндокринологов, наркологов). На втором этапе, на основании результатов лабораторных исследований вводили минерально-витаминные комплексы с суточным содержанием фолиевой кислоты 400мкг и препаратов йода 150 мкг. На третьем этапе прегравидарнной подготовки начинается ранняя диагностика беременности, которая в последующем будет наблюдаться в поликлинике до наступления 12 недели.

Результаты. Установлено, что у 30 женщин наблюдается анемия средней (25,6%), легкой (8,9%) и тяжелой (3,8%) степеней. Также у 12 (15,38%) женщин наблюдается воспалительные процессы в органах мочеполовой системы, включающие в себя цистит(7,6%), пиелонефрит (7,78%). Ранее выявление этих заболеваний значительно облегчило лечение данных пациенток . У 3 исследуемых было обнаружено одна из TORCH-инфекций. Введение суточного потребления фолиевой кислоты и йода значительно снизила риски возникновения и развития пороков в плода на 98%. После наступления беременности у 90% пациенток беременность протекала физиологично и без сопутствующих заболеваний. Количество выкидышей снизилось до 2,4% . Дальнейшие роды протекали естественным (75%) и искусственным по показаниям (25%) путём Контрольная группа, состоящая из 33 пациенток, отличилась более легким течением беременности на 76%, меньшими осложнениями после родов на 88%, и рождением здоровых младенцев 98%..

Выводы. При доскональной и рациональной прегравидарной подготовке, включая три этапа, можно снизить риски протекания патологической беременности и антенатальных смертей. Также введение перорально фолиевой кислоты и йода существенно снизили риски внутриутробных пороков плода.

РОЛЬ COVID-19 В РАЗВИТИИ МИОКАРДИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Уринбаева Н.А., Эшонходжаева Д.Д.
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Актуальность. На сегодняшний день COVID-19 – это не просто респираторная инфекция, а системное заболевание, которое оказывает пагубное влияние на весь организм, в том числе на сердце и сосуды. Согласно статистике, сердечно-сосудистые осложнения возникают более чем у 70% людей, перенесших коронавирус. Наибольший риск развития синдрома имеют пациенты с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, однако под удар попадают также и беременные женщины, у которых проблем с сердцем никогда не было. Перенесенный во время беременности COVID-19 , может осложниться развитием постковидного миокардита. Воспалительный процесс может приводить к очаговому разрастанию рубцовой соединительной ткани в миокарде, со временем приводящий к развитию сердечной недостаточности и других кардиальных осложнений.

Цель исследования. Изучить особенности течения гестации и родов у женщин с COVID-19 ассоциированным миокардитом.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 145 беременных женщин с миокардитом , поступавших на лечение в отделение патологии беременных и на роды в Республиканский Перинатальный Центр за период от сентября 2021 года до августа 2022 года. Все обследованные были разделены на 2 группы: 1-группа – 100 беременных женщин с выявленным Постковидным миокардитом и 2-группа – 45 беременных женщин с Хроническим Очаговым миокардитом. Изучены жалобы больных, анамнез, данные о перенесенной COVID-19 инфекции, степени тяжести заболевания. Для уточнения причины развития миокардита были проведены ПЦР –тесты на COVID-19. Патологию сердца подтверждали при проведении ЭКГ, ЭХОКГ и консультации кардиолога. Состояние плода оценивали путём УЗИ-мониторирования фетоплацентарного комплекса беременных. Среди обследованных беременных женщин не было вакцинированных от COVID-19.

Результаты исследования. Возраст обследованных колебался от 20 до 39 лет и составлял в среднем 29,4±5,8 лет. COVID-19 перенесли беременные 1-группы в I-триместре – 65% женщин, во II-триместре – 35%. Практически всем беременным проведен ПЦР- тест на COVID-19. Миокардит впервые был выявлен у беременных 1-группы в I-триместре в сроках 8-12 недель, а во II-триместре в сроках от 16-26 недель. Во 2 группе беременных, миокардит был выявлен до беременности. Все эти пациентки состояли на учете у кардиолога по поводу хронического очагового миокардита.

Для пациенток 1-группы с впервые выявленным миокардитом, ассоциированным с COVID-19, на ЭКГ были выявлены диффузные и метаболические изменения миокарда, нарушения ритма и блокада ножек пучка Гисса. На эхокардиограмме (ЭХОКГ) были выявлены митральная или трикуспидальная регургитации (68%), митральная или трикуспидальная недостаточность (61%), диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ). Во 2-группе с хроническим очаговым миокардитом в 1,5 раза чаще выявлены диффузные изменения миокарда, в 3,5 раз чаще – блокада левой ножки пучка по сравнению с беременными 1-группы. На ЭХОКГ у беременных 2-группы почти в 3 раза чаще определяли ДДЛЖ по сравнению с беременными 1-группы. Вместе с тем такие признаки как митральная или трикуспидальная регургитации, митральная или трикуспидальная недостаточность выявлялись у беременных 2-группы в 1,8 раза реже, по сравнению с 1-группы.

УЗИ фетоплацентарного комплекса с допплерометрией маточно-плацентарно-плодового кровотока у беременных 1-группы выявляли признаки нарушения I-а степени (21,0%) и I-б (66,0%), реже II-степени (около 10%). Во 2–группе допплерометрические показатели качества кровотока выявили нарушения МППК I-а степени в 2 раза чаще, по сравнению с беременными 1-группы, а I-б степени несколько реже, чем в 1-группе. Роды завершились оперативно у 66,7% в 1-группе и у 50% - во 2 группе.

Выводы. У беременных, COVID-19-ассоциированный миокардит развивается преимущественно через 3-4 недели после перенесенного COVID-19 и характеризуется признаками нарушения кровообращения, требующими консультации кардиолога. Кардиологические и акушерские осложнения вызванные перенесенным COVID-19 , могут быть причиной оперативных родов.

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Уринова.Д.Б, Асранкулова.Д.Б
Андижанский государственный медицинский институт,

Актуальность проблемы. Наиболее характерными проявлениями активности пептидов СМП являются нарушения функций биологических мембран. Изменяя структурно-функциональные характеристики клеточных мембран, пептиды оказывают ингибирующее действие также и на функционирование системы гемостаза. Поэтому для характеристики выделенных пептидных фракций мы исследовали их действие на систему свертывания крови и биологические мембраны.

Цель исследование: Изучение и определение роли эндогенных пептидных токсинов в развитии коагулопатий при преэклампсии.

Результаты: На состояние системы свертывания крови, если ее оценивать по интегральным показателям ТЭГ, влияли две пептидные фракции - A-IV и A-VI, выделенные из плазмы крови всех женщин с НБ.

Состояние системы свертывания крови по показателям тромбоэластограммы

Фракция	r	K	r+K	ma	ИТП

	(мм)	(мм)		(мм)	(усл.ед)
A-IV	5,0±0,06*	8,8±0,21*	13,7±0,21*	27,2±0,13*	4,4±0,28*
A-V	6,4±0,43	8,0±0,24	14,4±0,13	39,7±0,11*	8,4±0,73
A-VI	5,1±0,12*	6,3±0,16*	11,4±0,09*	47,1±0,15*	15,3±0,73*

Как показали наши исследования фракция A-IV уменьшала показатель «r+k» ТЭГ (13,7±0,21), что свидетельствует об уменьшении времени свертывания крови и ускоренном образовании сгустка и расценивается как хронометрическая (зависящая от времени) гиперкоагуляция. Гипокоагуляцию подтверждает уменьшение показателя «ma» ТЭГ (27,2±0,13 мм). Уменьшение же показателя ИТП ТЭГ в 2 раза (4,4±0,28 усл.ед по сравнению с контрольной группой – 8,9±0,26 усл.ед соответственно, P<0,05) является следствием структурной гипокоагуляции.

Вывод: Таким образом, по данным ТЭГ и агрегации тромбоцитов можно сделать вывод о том, что фракция A-IV вызывала структурную гипокоагуляцию, обусловленную, по-видимому, угнетением агрегационной активности тромбоцитов. Фракция A-VI обладала противоположным эффектом в отношении агрегации тромбоцитов и вызывала хронометрическую гиперкоагуляцию.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ АНАЛИЗА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Усманова Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В современном акушерстве одной из актуальных проблем остается невынашивание беременности – самопроизвольное прерывание беременности до 37 нед. Если прерывание беременности происходит до 22 нед. гестации, то это называется самопроизвольным абортом. Согласно номенклатуре Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), прерывание беременности в сроки 22–28 нед. беременности относится к ранним преждевременным родам (ПР). Учет перинатальной смертности осуществляется с 22-й нед. беременности с массой плода 500 г. В России учет перинатальной смертности осуществляется, если новорожденный погибает по истечении 7 дней после рождения.

В развитых странах мира частота ПР составляет от 5 до 9%, в различных регионах Российской Федерации – от 6 до 15%, в Москве – около 6% наблюдений. В структуре ранней неонатальной смертности 60–70% составляют недоношенные дети, 50% из них имеют различную степень выраженности неврологических расстройств. С целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности особое значение имеют ранняя диагностика, прогнозирование и выбор рациональной тактики ведения при осложнениях беременности и родов.

Цель исследования: оценить перинатальные исходы в зависимости от метода родоразрешения при преждевременных родах в сроки гестации 22-27,6 недель.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 47 случаев ОРПР по данным АОПЦ за 2020-2022 гг. Основную группу составили 22 женщины, родоразрешенные путем операции кесарева сечения (КС), группу сравнения — родоразрешенные консервативным путем (n=25).

Результаты исследования. Анализ ОРПР показал, что при сроках гестации 22-27,6 недель в 8 случаях (17%) имела место антенатальная гибель плода. Операция КС выполнена

только у 2 женщин, в связи с отслойкой плаценты. В остальных наблюдениях (n=6) проводилось родоразрешение через естественные родовые пути.

В основной группе низкая оценка по Апгар (1-2 балла) на первой минуте была зафиксирована у 12 детей (54,5%), 3-4 балла – у 8 (36,4%); на пятой минуте – на 3-4 балла были оценены 6 новорожденных (27,3%), 5-6 баллов – 14 (63,6%).

Дети, рожденные консервативным путем, были оценены по шкале Апгар на первой минуте следующим образом: 1-2 балла получили 32% новорожденных (n=8), 3-4 балла – 40% (n=10), 5-6 баллов – 4% (n=1); на пятой минуте у 9 детей оценка по Апгар выросла до 3-4 баллов (36%), у 10 – до 5-6 баллов (40%). Из 39 детей, рожденных живыми, в первые 7 суток умерло 15 (31,9%). Из них 7 были рождены консервативным путем (28%), 8 – путем операции КС (36,4%).

Вывод. Общие перинатальные потери в основной группе составили 45,5% (n=10), в группе сравнения – 52% (n=13). Основными причинами перинатальной смертности (ПС) при ОРПР отмечены крайняя незрелость, внутрижелудочковые кровоизлияния и инфекционные осложнения новорожденных.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МАЛОГО ТАЗА

Усманова Н.Ю., Нематова Н.Н.
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В современной гинекологии проблема и лечении тубовариальных гнойных образований является одним из основных вопросов, так как решение данной проблемы в большинстве случаев приводит к удалению придатков. Впервые на основе результатов комплексного исследования дифференцированного подхода к лечению 108 пациенток с тубоовариальными образованиями разработаны критерии к использованию различных методов - консервативных, пункционных, малоинвазивных и оперативных с применением лапаротомного доступа.

Цель исследования-определить потенциал внедрения дифференцированного подхода к выбору методов лечения пациенток с тубоовариальными образованиями.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ лечения 108 пациенток с тубоовариальными образованиями. После проведения диагностических мероприятий разрабатывалась лечебная тактика, в том числе объём и сроки проведения предстоящих операций, которые выполнялись лапаротомным доступом (n=38), лапароскопическим доступом (n=19), с использованием чрескожного дренирования под контролем УЗИ и рентгеноскопии (n=31), отдельную группу составили пациентки, которые получали только консервативную терапию (n=20).

Результаты исследования. Было выделено восемь критериев отбора больных, что позволило структурировать избранную тактику лечения. 1. Возраст — первая группа (17–27 лет — 14,8%); вторая группа (28–38 лет — 31,5%); третья группа (39–49 лет —53,7%). 2. Длительность существующего заболевания (до 3 нед — 36%; 3 нед и более — 64%). 3. Наличие или отсутствие внутриматочного контрацептива (отсутствие ВМК — 45,3%, наличие ВМК — 54,7%, при этом в 14% случаев отсутствовала возможность удалить ВМК при первичном осмотре). 4. Характер процесса определялся на основании данных осмотра и УЗИ, что позволило диагностировать наличие перитонита (17,6%) и пельвиоперитонита (82,4%); наличие абсцедирования тубоовариального образования (67,6%) и инфильтрата без признаков абсцедирования (33,4%); двусторонний (45,7%) или односторонний (54,3%) процесс; плотный (64%) или рыхлый характер инфильтрата (36%). 5.Наличие сопутствующих гинекологических заболеваний. 6.Наличие или отсутствие в анамнезе

перенесённых полостных операций.7.Сопутствующие соматические заболевания. 8. Реализация репродуктивной функции. Показания для лапаротомной операции: клиническая картина разлитого перитонита, отсутствие возможности удаления ВМК, отсутствие необходимости сохранения репродуктивной функции, отсутствие технических возможностей для использования малоинвазивных методов, отсутствие эффекта от проводимых малоинвазивных методов. Лапароскопические операции: длительность заболевания не более 3 нед, формирование рыхлого инфильтрата с абсцедированием, отсутствие противопоказаний для проведения лапароскопических операций, отсутствие ВМК или возможность удаления ВМК при первичном осмотре, необходимость сохранения репродуктивной функции (первая и вторая возрастные группы). Пункционные методы: длительность заболевания более 3 нед, формирование плотного инфильтрата с признаками абсцедирования; высокий риск проведения полостных операций (3-я возрастная группа), необходимость сохранения репродуктивной и гормональной функции (первая и вторая группы), отсутствие ВМК или возможности удалить ВМК при первичном осмотре, спаечный процесс в брюшной полости.

Заключение. Сравнение эффективности отдалённых результатов лечения, основанное на оценке числа осложнений, рецидивов, реализации репродуктивной функции, показывает, что использование дифференцированного подхода к лечению тубоовариальных образований позволяет расценивать каждый метод как эффективный. Использование малоинвазивных хирургических операций повышает возможность реализации репродуктивной функции и снижает число осложнений. У женщин, имеющих роды в анамнезе, радикальный объём операций снижает риск рецидивов и предпочтителен в том случае, если не сопровождается анестезиологическими и интраоперационными осложнениями.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Халимова Э.М., Зокирова Н.Р., Каримов Д.Н.
Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность темы. Доброкачественные опухоли яичников (ДОЯ) – одна из самых актуальных проблем современной гинекологии. Опухоли и опухолевидные образования яичников составляют до 14% опухолей женских половых органов, из них 80% представлены кистозными образованиями доброкачественного характера – кисты яичников. Киста яичника представляет собой полое округлое образование, заполненное жидкостью. Размеры этих образований могут достигать от нескольких сантиметров до 15-20 см в диаметре. Большинство кист яичников не представляют никакой опасности для здоровья женщины, не требуют никакого лечения и самостоятельно проходят в течение нескольких менструальных циклов. В современной гинекологии проблема доброкачественные опухоли яичников является один из основных вопросов в плане острого живота, так как во время беременности при бысром росте и перекруте имеет серъезный риск на жизнь матери.

Целью нашей работы является оценить диагностическую значимость ультразвуковых методов исследования в дифференциальной диагностике доброкачественных опухолей яичников у беременных.

Материалы и методы исследования: 73 беременных женщин с доброкачественными опухолями яичников: I группа – 13 женщины, которым хирургическое лечение выполнено во время беременности от 8 до 28 недель; II группа – 22 женщины, которым удаление опухоли произведено при родоразрешении в ходе операции кесарева сечения; III группа – 38 женщины, которым хирургическое лечение выполнено после самопроизвольных родов от 6 дней до 7 месяцев. Всем пациенткам ультразвуковое исследование проводилось при первом обращении за медицинской помощью, в сроки скрининга, при наличии показаний во время

беременности, перед оперативным вмешательством, в послеоперационном периоде, при наличии признаков угрозы прерывания беременности. Ультразвуковое исследование помимо эхографии включало также цветовое допплеровское картирование и допплерометрию. Все удаленные доброкачественные опухоли яичников были верифицированы при гистологическом исследовании. На основании сопоставления данных определялась диагностическая ценность комплексного ультразвукового исследования (чувствительность и специфичность) в диагностике опухолей у беременных.

Результаты исследования: Чувствительность и специфичность ультразвуковых методов исследования в диагностике доброкачественных эпителиальных опухолей, включая серозные, серозные папиллярные, муцинозные цистаденомы, составила 71,4 и 94,9%, зрелых кистозных тератом – 91,7 и 98,7%, эндометриоидных кист – 83,9 и 97,4% соответственно. Точность диагностики пограничных и злокачественных опухолей яичника была наибольшей и составила 90,9 и 99,1%. Наименьшей точностью характеризовалась диагностика опухолевидных образований (параовариальных, фолликулярных кист, кист желтого тела, простых кист, лишенных выстилающего эпителия, инклюзионных, тека-лютеиновых кист): чувствительность – 76,1%, специфичность – 88,1%.

Заключение: Эхографическая структура доброкачественных опухолей яичников у беременных имеет ряд особенностей. В целях принятия решения о необходимости хирургического лечения во время беременности, ультразвуковое исследование у беременных с доброкачественными опухолями яичников должно носить экспертный характер и проводиться наиболее опытными специалистами, по возможности в специализированном лечебном учреждении. и проводиться наиболее опытными специалистами, по возможности в специализированном лечебном учреждении.

АТИПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ

Хамраев О.А.,Рустамов У.М.,Садикова Д.И., Мамаризаев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы [ДГПЖ] является наиболее часто встречающимся заболеванием мужчин пожилого и старческого возраста. Частота ДГПЖ составляет 1094 у мужчин в возрасте до 40 лет и возрастает до 80% у мужчин в возрасте 75-80 лет. Доказано, что с увеличением продолжительности жизни количество больных страдающих ДГПЖ, возрастает. Лекарственные препараты занимают важное место в структуре терапии больных ДГПЖ. В мире 85-90% больных ДГПЖ получают медикаментозное лечение [в отличие от 80% этих же пациентов в пределах 10 лет назад] и только 10-15% больным выполняют оперативные вмешательства. В настоящее время доказано, что медикаментозная терапия ДГПЖ эффективна лишь в том случае, если она обоснована патогенетически. В связи с высокой распространенностью данного заболевания актуальными остаются исследования в области этиологии и патогенеза ДГПЖ.

Цель исследования – изучить патоморфологические изменения простаты при её доброкачественной гиперплазии.

Материал и методы исследования: микроскопические исследования проведены на 30 биопсийных препаратах простаты на кафедре патанатомии Андижанского государственного медицинского института.

Результаты исследования. Исследования показали, что при пролиферативном процессе железистого компонента простаты прослеживается атипическая гиперплазия. В термин атипическая гиперплазия заложена отнюдь не принадлежность этого процесса к онкологическим заболеваниям, а лишь подчеркнута атипичность развития самого гиперпластического процесса. Среди атипических форм железистой гиперплазии с наибольшей частотой встречается базальноклеточная гиперплазия. При этой форме в

отдельных пролиферативных центрах выявляются фокусы, в которых железистые структуры сформированы базальными клетками. Пролифераты из базальных клеток могут носить характер солидных тяжей, а могут проявляться в виде сегментарных пролифератов внутри ацинарных структур.

При аденозе, следующая по частоте форма атипической гиперплазии, в отдельных участках предстательной железы отмечается разрастание мелких железистых структур. Расположены эти железки хаотично и отделены друг от друга тонкими прослойками соединительной ткани. Если строма в фокусах аденоза значительно доминирует над паренхимой, то такой его вариант носит название фиброзирующего аденоза.

Крибриформная гиперплазия, когда пролиферирующие клетки образуют подобие решетчатых структур.

Филлоидная гиперплазия имеет наименьшую частоту встречаемости (1,3%). Проявляется она формированием в ткани предстательной железы узких щелей, выстланных кубическим эпителием.

При железистой гиперплазии могут существовать различные варианты атипической гиперплазии. Фокусы роста этих форм могут располагаться в различных отделах предстательной железы. Выделение атипических форм в отдельные группы обусловлено тем, что каждый из этих вариантов, по сути, является факультативным предраком.

Вывод: Пациенты, у которых в предстательной железе обнаруживаются фокусы атипической гиперплазии, нуждаются в диспансерном наблюдении и составляют группу риска в отношении рака предстательной железы.

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС РАЗРАСТАНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОСТАТЫ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хамраев О.А.,Рустамов У.М.,Садикова Д.И., Мамаризаев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт.

В патогенезе доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) ведущая роль отводится вопросам гормональной регуляции. Исследования последних десятилетий показали важную роль системы гипоталамус-гипофиз-гонады в процессе роста и развития предстательной железы. Изменение гормональных соотношений в этой системе с возрастом является исходной точкой запуска механизмов развития ДГПЖ. В настоящее время существует несколько теорий причин возникновения ДГПЖ, основными из которых являются: эстрогенная теория, теория роли избытка оксидоредуктазы, теория эмбрионального пробуждения, теория тканевых факторов роста и теория старения мужского организма. От того, какие именно факторы и на каком этапе развития организма приняли участие в патогенезе заболевания, зависит форма и течение возникающего заболевания.

Цель исследования – изучить морфологические изменения стромально-сосудистой системы простаты при различных формах доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Материал и методы исследования: микроскопические исследования проведены на 30 биопсийных препаратах простаты на кафедре патанатомии Андижанского государственного медицинского института.

Результаты исследования. Исследования показали, что гиперпластические процессы в предстательной железе при ДГПЖ носят диффузный характер, т.е. распространяются по всему объему органа. Однако существует определенная закономерность в степени выраженности пролиферативного процесса в различных его отделах.

В ткани предстательной железы можно четко выделить 2-3 главные железы, располагающиеся в субкапсулярных отделах органа, вставочные или подслизистые железы, расположенные в интрамуральных отделах предстательной железы и слизистые или периуретральные железы.

Следует отметить, что при различных вариантах продуктивного воспаления в ткани предстательной железы, оно является ответной реакцией на некоторые патологические процессы: изменение физикохимических свойств секрета предстательной железы в результате его застоя, пролиферация ацинарного эпителия, ишемическое повреждение ткани простаты и ряд других патологических процессов. Продуктивные формы воспаления в предстательной железе при ее доброкачественной гиперплазии чаще всего встречаются в виде интерстициального процесса, а воспалительный инфильтрат локализуется либо в строме органа, либо периацинарно.

Вывод: Гиперпластический процесс разрастания предстательной железы носит выраженный дисгормональный характер и увеличение объема органа происходит либо за счет увеличения объема составляющих его клеточных элементов, либо за счет увеличения их количества (гиперплазия клеточных элементов).

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ МЕДИЦИНСКИЙ АБОРТ

Хасанова У.А (научный руководитель –Арзиева Г.Б)
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. По данным ВОЗ на 1000 рождений приходится 400-500 абортов. Прерывание беременности неблагоприятно сказывается на репродуктивном здоровье женщины.

Цель. Изучить влияние медицинских абортов, проведенных в сроке до 12 недель, на течение беременности и родов.

Материалы и методы. На базе Самарканд обл Перинаталного Центр проведен ретроспективный анализ 132 историй родов женщин, имеющих в анамнезе медицинский аборт в сроке до 12 недель. Выделено 2 группы: I - 66 женщин, прервавших первую беременность, II - 66 рожавших женщин, прервавших вторую или последующие беременности.

Результаты. Наблюдается высокая частота осложнений беременности и родов у женщин, перенесших медицинский аборт (81,1%).

У женщин, прервавших первую беременность, осложнения встречаются в 1,2 раза чаще, чем у рожавших до аборта женщин.

В структуре осложнений беременности в I гр. чаще встречается угроза прерывания беременности (42,5%), во II - хроническая фетоплацентарная недостаточность (27,3%); в структуре осложнений родов - преждевременное излитие околоплодных вод (24,2% и 15,2% соответственно).

С увеличением количества абортов (2 и более) в 1,2 раза увеличивается частота осложнений беременности и родов.

Выводы. Существует необходимость в совершенствовании имеющихся методов прерывания беременности, а также в изыскании, развитии и внедрении новых. Хотя не стоит забывать и о просветительной работе с населением по поводу профилактики нежелательной беременности.

ОЦЕНКА РОЛИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ФАКТОРОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ГЕНА F III В РАЗВИТИИ ТРОМБОФИЛИИ У ЖЕНЩИН УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Хафизова Д.Б., Ихтиярова Г.А.
Бухарский государственный медицинский институт

Проблема тромбофилии в акушерской практике является одной из важнейших проблем здравоохранения всего мира, в том числе в Узбекистан. Следует сказать, что тромбофилия ассоциируется не только с развитием венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), но и с целыми проблемами акушерских осложнений - так называемые большие акушерские синдромы (Great Obstetrical Syndromes). [1-4; 9,10, 14]

Целью наших исследований явилось исследование оценка выявляемости аллельных вариантов и генотипов полиморфизма ген а F3 (G/T) в развитии тромбофилии у женщин с неудачным ЭКО узбекской популяции.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 105 женщин в возрасте от 20 до 39 лет. У всех беременных проводили обще-клинические, инструментальные, функциональные (УЗИ, доплер) ИФА исследования. Молекулярно-генетическое обследование биоматериалов (ДНК) выполняли на базе клинической лаборатории ООО «Генотехнологии».

Результаты исследования. Частота распределения аллелей полиморфизма G/T гена F3 в выборке женщин основной группы показало, что функциональный аллель G определялся в 72,7% (133/180) , а в группе контрольных лиц без тромбофилии – в 100% (30/30) соответственно. ($\chi2$=10.65; p<0.001; OR=0.04; 95%CI 0.00 – 0.73). Тогда как мутантный аллель «Т» в основной группе выявлялся в 49 хромосомах (49/180), что составило 37,4% случаев. А в группе контрольных лиц в наших случаях не выявлялся. ($\chi2$=10.65; p<0.001; OR=22.96; 95%CI 1.38 – 382.75); Полученные данные имели статистически достоверный характер (p<0.001) с высоком значением отношения шансов (OR=22.96), указывают на высокую связь ассоциации между мутантным аллелем «Т» полиморфизма гена F3 при тромбофилии у женщин узбекской популяции.
Полученные данные свидетельствует о достоверной ассоциации аллельной частоты мутантного аллеля Т гена F3 изучаемого полиморфизма с тромбофилии у женщин с неудачным ЭКО.

Таким образом, данные нашего исследования показали связь неблагоприятного вариантного аллеля «Т» полиморфизма гена F3 , приводящего к замене Gln на Tim аминокислотной последовательности, с развитиемриска не развивающиеся беременности (НБ) при тромбофилии у женщин с неудачным ЭКО в узбекской популяции. Нами было установлено, что риск развития данной НБ в случае наличия в геноме вариантного аллеля Т полиморфизма увеличен в 22,9 раза (OR=19, 83).

Выводы:Анализ молекулярно-генетических исследований частоты распределения аллелей полиморфизма G/T гена F3 в выборке женщин основной группы показало, что функциональный аллель G определялся в 72,7% (133/180) , а в группе контроля без тромбофилии – в 100% (30/30) соответственно. ($\chi2$=10.65; p<0.001; OR=0.04; 95%CI 0.00 – 0.73). Тогда как мутантный аллель «Т» в основной группе выявлялся в 49 пациенток (49/180), что составило 37,4% случаев. А в группе контроля в наших случаях не выявлялся. ($\chi2$=10.65; p<0.001; OR=22.96; 95%CI 1.38 – 382.75)

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МАГНИЯ НА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ.

Ходжаева Д.Н ,Мухаммадова М.Б
Ташкентская медицинская академия

.

Резюме: Дисменорея - болезненные менструации, широко распространенная среди гинекологических заболеваний, сегодня считается одной из экономических и социальных проблем не только медицины. Дисменорея является сигналом нарушений, развившихся в системах, обеспечивающих и контролирующих процесс отторжения эндометрия. Магний - уникальный основной внутриклеточный катион организма человека, купирует проявления вегетативной дисфункции на различных уровнях и участвует в процессах нервно-мышечной передачи.

Ключевые слова: Дисменорея, магний, гемодинамические показатели, Шкала Wong-Baker.

Цель исследования: Оптимизировать результаты лечения за счет использования магния в комплексном лечении больных дисменореей.

Материал и методы. В 2021-2022 годах девочки, страдающие ювенильной дисменореей, участвовали 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±1,03, после лечения - 0,95±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±1,01, после лечения - 1,06±0,9. Это свидетельствует о том, что во 2-й группе наблюдалось повышение содержания магния в плазме от состояния гипомагниемии до верхней границы нормы, что повышало эффективность лечения дисменореи. При изучении шкалы Вонга-Бакера она составила 9,1 ± 0,7 и 9,2 ± 0,8 балла в первой и второй группах. После лечения он уменьшился на 4,6±0,7 и 1,5±0,9, что свидетельствует об улучшении результатов на 47,52% в 1-й группе и на 79,68% во 2-й группе. Полученные результаты означают, что болевой синдром в 1-й группе был снижен до слабовыраженного и поверхностного уровня. Во 2-й группе полное исчезновение болей наблюдалось при варианте кодирования Вонга-Бакера.

Выводы: 1. При применении магния на фоне стандартной терапии ювенильной дисменореи происходило полное устранение болевого синдрома, и больные быстро избавлялись от неприятных ощущений.

2. Препарат магния устраняет патологические состояния за счет повышения концентрации микроэлемента магния в крови.

.

ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Холикова Д.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Состояние микрофлоры кишечника является одним из основных факторов нормального течения беременности. В современных условиях возрастает роль условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) в развитии урогенитальной инфекции.. Было установлено, что в основе БВ анаэробного кишечника лежит дисбактериоз, определение которого стало возможным с появлением количественных молекулярно-биологических методов. В результате метаболизма анаэробных грамотрицательных бактерий под влиянием их ферментативных систем образуются летучие амины, которые вместе с органическими кислотами оказывают цитотоксическое действие и приводят к десквамации эпителиальных клеток. В связи с этим процесс беременности у женщин с анаэробным дисбактериозом влагалища значительно осложняется риском инфицирования мочевыводящих путей и нижних отделов половых путей, прерывания беременности и самопроизвольного выкидыша.

У женщин с ишемической болезнью сердца была установлена тесная корреляция между качественным и количественным составом кишечных биотопов. Это подтверждается многочисленными исследованиями, в которых были идентифицированы одни и те же компоненты этих микробных популяций, что можно объяснить их анатомической близостью. Таким образом, предполагается, что дисбактериоз кишечника может быть одним из важных факторов риска и, в некоторых случаях, быть прямой причиной развития вышеуказанных осложнений беременности.

Цель исследования. Сравнительная оценка состояния микробиоценоза кишечника у женщин с ишемической болезнью сердца и с физиологически протекающей беременностью.

Материалы и методы исследования. В нашем исследовании приняли участие в общей сложности 35 женщин в возрасте от 68 до 18 лет (средний возраст — 27,6 года-0,7 года) в период беременности от 6 до 18 недель. Она была госпитализирована в клинику Андижанского государственного медицинского института и состояла из 38 женщин с ишемической болезнью сердца в анамнезе. В контрольную группу вошли беременные женщины с физиологическим состоянием (N= 30), состоящие на учете по беременности в женской консультации клиники акушерства и гинекологии.

Результаты исследования. При оценке качественного состава микробиоценоза кишечника у пациентов основной группы с дисбактериозом было выявлено следующее.

В этой области анаэробные аэробные микроорганизмы (Enterobasteriaceae, Streptococcus spp., Staphylococcus spp.) В 29,7% из оставшихся 24,7% случаев наблюдалась смешанная флора. Анаэробный дисбактериоз также преобладал в контрольной группе (66%), а смешанный дисбактериоз был выявлен в 31% случаев.

Дисбактериоз кишечника был выявлен у 95% обследованных беременных основной и контрольной групп. У пациентов основной группы дисбактериоз кишечника I степени был отмечен в 29% (n = 11) случаев, 52,6% (n = 20) — II степени, 18,4% (n = 7) - III степени. В то же время у пациентов контрольной группы наблюдались нарушения в составе микрофлоры кишечника, соответствующие в основном дисбактериозу i — 83,4% (n=25) и не менее II — 16,6% (n=5), случаев тяжелого дисбактериоза не было. Различия между относительными значениями в обеих группах имеют статистическую значимость ($p < 0,001$).

Аналогичные результаты Б.Т. получены Сейтхановой (2014) при изучении особенностей микробиоценоза влагалища и кишечника беременных женщин: у 67,6% обследованных пациенток были выявлены изменения микробиоценоза кишечника, что выразилось в снижении количественного уровня основных компонентов защитной флоры

(Лакто - и бифидобактерии) и высокая концентрация UPM. У 23,5% беременных женщин была диагностирована I степень, у 60,8% — II степень, у 15,7% — III степень дисбактериоза кишечника. Однако наиболее выраженные изменения в кишечной микрофлоре наблюдались у беременных женщин с БВ [24], в исследовании, связанном с данными, полученными в наших данных: у пациенток с дисбактериозом кишечника III степени был выявлен дисбиоз влагалища (II уровень) и нормоценоз был выявлен в большинстве случаев в группе женщины с дисбактериозом кишечника I степени.

Вывод. Благодаря проведенному исследованию выявлена высокая частота дисбактериоза кишечника у больных ИБС, выявлены предикторы развития дисбиотических нарушений в предоперационном и в послеоперационном периодах.

Изучена роль ИК и его продолжительности в развитии микроэкологических нарушений кишечника. Определен алгоритм обследования больных ИБС с целью своевременного выявления дисбактериоза кишечника на этапе подготовки к операции реваскуляризации миокарда и в послеоперационном периоде.

Разработан метод профилактики и коррекции дисбактериоза кишечника у больных ИБС, проходящих хирургическое лечение.

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ ПРИ ИНДУКЦИИ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Шакирова П.Д., Бекбаулиева Г.Н., Курбаниязова М.З.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Распространенность эндокринной формы бесплодия составляет 18–40,0 % [Рудакова Е. Б., 2019; Краснопольской К. В. 2014]. Последние годы в связи с бурным развитием инновационных технологий в репродуктологии, все большее количество женщин прибегают к использованию возможностей вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Однако, не каждая супружеская пара могут прибегнуть к ВРТ из-за финансовой дороговизны. В связи с этим вопрос стимуляции яичников при эндокринном бесплодия в настоящее время остается одним из видов лечения этой патологии. Вместе с тем, проводя индукцию овуляции, мы добиваемся, собственно, гиперстимуляции, поэтому в зарубежной научной литературе укрепился термин «контролируемая гиперстимуляция яичников», отражающий как цель проводимого лечения, так и присутствие ятрогенного воздействия. С одной стороны, положительная сторона такого подхода заключаются в том, что среди развивающихся фолликулов есть большая вероятность получения полноценного и способного к оплодотворению яйцеклетки. В то же время, всё это сопровождается развитием синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ), который является осложнением, а в тяжёлой форме - угрожает жизни пациентки. К сожалению, до сих пор не найдено реального и эффективного способа снижения риска развития СГЯ. Между тем, анализ литературы, посвящённой профилактике СГЯ, позволяет говорить о том, что действенные, клинически значимые меры профилактики заключаются в модификации схем индукции.

Цель исследования. Изучение схему индукции, нивелирующая развития синдрома гиперстимуляции яичников

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 50 женщин, из них 40 женщин с ановуляторным бесплодием вошли в основную группу исследования 10 женщин с овуляторным менструальным циклом в контрольную. Отобранные для исследования пациентки основной группы были разделены на три группы: I группа (n=20), где на фоне стимуляции кломифен цитратом для профилактики СГЯ использовался каберголин; II группа (n=15), где для стимуляции овуляции был использован Менопур; III группа (n=15), моностимуляцию кломифеном цитрат.

Результаты исследования .Все пациентки, вошедшие в исследование, были сопоставимы по возрасту и индексу массы тела. Средний возраст в I группе составил 30,1±3,3 лет, во II группе – 30,6±3,8 лет, в III группе – 30,5±3,5 лет, в IV группе (контрольной) – 30,3 лет.

Анализ структуры и частоты встречаемости соматических заболеваний у пациенток, включенных в исследование показал, что большая часть пациенток перенесла детские инфекции. Ведущее место по распространенности соматических заболеваний принадлежит анемии, заболеваниям мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит) и эндокринной системы (гипотиреоз). Все перечисленные заболевания находились в стадии ремиссии или медикаментозной компенсации в период проведения мероприятий, направленных на достижение беременности.

Общие оперативные вмешательства ранее были проведены у женщин всех трех групп. У 2 (6,3%) пациенток I группы, у 1 (3,2%) пациентки II группы и у 2 (7,4%) пациенток III группы были произведены лапаротомии по поводу острого аппендицита с последующей аппендэктомией.

Анализ характера менструального цикла у пациенток основной группы показал, что средний возраст менархе у женщин I группы составил 13,1±1,2 лет , II группы 13,0±1,3 лет и III группы 12,9±1,5 лет. Количество пациенток с нерегулярным циклом по типу олигоменореи также было сопоставимо. Что касается продолжительности менструального цикла, то в контрольной группе преобладал нормопонирующий цикл у 89,3%, в основной чаще регистрировался постпонирующий цикл у 58,6% пациенток.

В ходе исследования обнаружено статистически значимое различие по частоте развития СГЯ легкой степени. Так, при сравнении в I группе синдром гиперстимуляции яичников не развивался, во II группе – 3,25% и в III группе у 22,2% ($p<0,001$) отмечен СГЯ. Частота развития клинически значимых форм СГЯ (средней и тяжелой степени) в I группе также не отмечалась. СГЯ средней и тяжелой степени развивался во II группе (3,25% и 11,1% в III группе ($p=0,01$).

Выводы. Таким образом, сочетанное использование кломифена цитарт с каберголинаом эффективно для профилактики ранних форм СГЯ средней и тяжелой степени, по сравнению стимуляции моноклостельбегитом.

ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ЕГО ИЗУЧЕНИЕ КАК ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ

Шокирова С.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Воспалительные заболевания органов малого таза являются одной из наиболее часто выявляемых гинекологических патологий, составляют до 65% амбулаторных и до 30% стационарных больных. Пик заболеваемости приходится на возрастной интервал 25-35 лет. В мире постоянно обновляются клинические протоколы по менеджменту пациентов с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Заслуживает внимания тот факт, что возраст женщины определяет не только общесоматическое здоровье женщины, но и репродуктивный потенциал. Более того, длительный воспалительный процесс отличается спектром возможностей провоцировать ДНК-индуцированную гибель клеток: от специфических повреждений ДНК до процессов вследствие повреждения ДНК и апоптоза. Пролиферация клеток, индуцированная воспалением, потенцирует мутации, вызванные повреждением ДНК in vivo.

Cui L. et al. (2016) изучили потенциальный негативный эффект хронического воспаления органов малого таза на овариальный резерв женщины при клиническом

обследовании женщин с двусторонней окклюзией маточных труб и без нее. В 2017 году Volkova N. и соавт., моделируя в эксперименте воспалительный процесс в яичниках у мышей, доказали возможность восстановления фертильности при помощи мезенхимальных стволовых клеток.

Цель исследования Определить удельный вес хронического сальпингоофорита в структуре бесплодия у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 50 пациенток, обращавшихся за гинекологической помощью по причине бесплодного брака в период с 2021 по 2022 г.г. У 45 пациенток (90%) в анамнезе имелся хронический неспецифический сальпингоофорит.

При сравнении доли женщин с различными фазами репродуктивного возраста выяснилось, что доля женщин в возрасте 22-28 лет (РРП, ПР) была наиболее многочисленной (31%). Однако женщины в возрасте 36-40 лет (ПРП) были представлены с сопоставимой частотой – 27%, что искажало стереотип о том, что ХрСО является прерогативой раннего возрастного периода. Учитывая критерии включения в исследования, подчеркнем, что женщины с ХрСО в возрасте 37,47±1,58 (35-40) года планировали беременность, что также является трендом современного времени. Таким образом, нами было подтверждено, что ПРП не исключает клинически значимое течение ХрСО, что необходимо учитывать врачам женской консультации при прегравидарном консультировании женщин. ХрСО у 40% женщин в возрасте до 27 лет является крайне настораживающим в связи с известным и ожидаемым началом истощения (старения) яичников с 27 лет.

Отметим, что длительность болей внизу живота, как симптома ХрСО, у женщин групп сравнения составляла в целом 6,19±18,39 месяца и могла достигать 120 месяцев. Наиболее длительное течение ХрСО отмечено у женщин ПРП (14,89±26,07 месяца), у женщин ПР могло достигать 120 месяцев, что крайне прогностически неблагоприятно при оценке рисков нарушения её фертильности вследствие продолжительного воспалительного процесса в яичниках и истощения овариального резерва с возрастом. Достоверное отличие в длительности ХрСО с клиникой болевого синдрома было установлено для женщин РРП и ПРП в сравнении с группой контроля.

В подтверждение опасения об увеличении риска нарушения фертильности женщины с возрастом было установлено, что беременность в анамнезе имелась только у 22% женщин групп сравнения: роды у 22% и артифициальные аборты у 14%. Более того, бесплодие в анамнезе длительностью до 15 лет (2,65±4,14 года) выявлено у 77% женщин с ХрСО, у 93% женщин ПР и 89% ПРП. Не менее критической может быть расценена частота бесплодия 45% у женщин РРП с достоверно большей длительностью, чем в контроле, подтверждая актуальность внедрения мер по сохранению репродуктивного здоровья женщин, начиная с молодого возраста.

Выводы. Таким образом, ХрСО в возрастных аспектах представляет угрозу не только здоровью, качеству жизни женщины, но и ее фертильности. ХрСО может являться самостоятельным фактором риска снижения овариального резерва в различные фазы репродуктивного возраста. Длительное течение ХрСО и запоздалое обращение к акушеру-гинекологу с длительностью болевого синдрома до 120 месяцев, бесплодия – до 15 лет свидетельствуют о недостаточной образованности женщин репродуктивного возраста в вопросах сохранения своего здоровья и фертильного потенциала, что должно определять профилактические подходы на амбулаторном этапе акушерско-гинекологической службы.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ЭЛАСТИЧЕСКИХ ВОЛОКОН RS2018736 A456C ГЕНА FBLN 5 У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИСТЕРОЭКТОМИИ

Шомиров Д.А.
ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерство и гинекологии МЗ РУз

Актуальность. Наиболее частыми патологическими изменениями, требующими хирургической коррекции после гистерэктомии являются опущения стенок влагалища и несостоятельность мышц тазового дна. Пролапс культи влагалища после гистерэктомии лапаротомным доступом у женщин, ранее не имевших пролапса гениталий, составляет 2-5% . Частота выпадения купола влагалища после гистерэктомии составляет 0,2-43%.

Цель исследования. Изучить полиморфизм генов системы эластических волокон rs2018736 A456C гена FBLN после гистерэктомии.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 55 женщин с постгистерэктомическим пролапсом гениталий (ПГЭПГ) в возрасте от 30 до 67 лет. У всех пациенток проводились клинические, инструментальные, функциональные исследования. Для проведения молекулярно-генетических исследования были взяты цельная кровь в количестве 4 мл. У всех пациенток было получено письменное информированное согласие. Контрольную группу составили 37 пациенток соответствующего возраста.

Результаты исследования. Результаты молекулярно-генетических исследований гена (rs2018736) A456C гена FBLN 5 показали, что функциональный аллель А в контрольной группе женщин без ГППГЭ встречался в 79,7% случаев (59/74) , а в основной группе женщин с ГППГЭ аллель А встречался - в 38,2% случаев (42/110), что в 2,08 раз было ниже по сравнению с контрольной группой. (χ^2=30,84; p<0,001; OR=0,16; 95% CI 0,08-0,31). Тогда как нефункциональный (мутантный) аллель «С» выявлялся в 68 случаях– в группе женщин с ГППГЭ , что составило 61,8% (68/110), тогда как в группе контрольных лиц без ГППГЭ мутантный аллель С определялся- в 15 случаях (15/74), что составило 20,3% . (χ^2=30,84; p<0,001; OR=6,37; 95%CI 3,21 -12,63);

Результаты анализов частоты встречаемости аллелей исследуемых полиморфизмов гена FBLN 5 среди пациенток с ГППГЭ и контрольной группы женщин статистически достоверно отличается. (P < 0,05)

Полученные данные говорят о том, что полученное высокое значение отношения шансов (OR= 6,37), указывают на зависимость ассоциации между мутантным аллелям «С» полиморфизма (rs2018736) гена FBLN 5 и постгистерэктомическим пролапсом гениталий.

Анализ ассоциации полиморфизме генотипов гена FBLN 5 у обследованных пациенток показал отличительные особенности.

Так, благоприятные генотипы A/A гена FBLN 5 в контрольной группе пациенток встречался 64,8% (24/37) случаях, тогда как в основной группе данный генотип определялся - 14,5% (8/55) случаях, что в 4,5 раз меньше по сравнению с контрольной группой (P <0,05). (χ^2=27,30; p<0,0006; OR=0,09; 95%CI 0,03- 0,25).

Гетерозиготный генотип A/C ассоциации полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5 встречался в основной группе пациенток с ГППГЭ у 26 пациенток, что составило 47,3 % случаев. Тогда как у пациенток контрольной группы данный генотип A/C встречался 11 женщин , что составило 29,7% случаев соответственно, что в 1,6 раз было ниже по сравнению с основной группой. (P <0,05) (χ^2=27,30; p<0,0006; OR=2,12; 95%CI 0,88-5,12).

Тогда как неблагоприятный гомозиготный вариант C/C rs2018736 A456C гена FBLN 5 встречался у 21 пациенток в основной группе, что составило 38,2% (21/55), а в контрольной группе данный генотип встречался у 2 из 37, что составило 5,4% случаев (5/37) соответственно. (χ^2=27,30; p<0,0006; OR=10,81; 95%CI 2,35-49,68).

Учитывая тот факт, что в основной группе женщин с ГППГЭ отмечается высокая выявляемость неблагоприятного гомозиготного варианта C/C гена FBLN 5 и превышает в 7,07 раз показателей контрольных лиц, полученные данные могут говорить о том, что носительство гомозиготного генотипа полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5 может явиться фактором предрасположенности к развитию данной патологии, повышающей ее риск в 7,1 раз (OR=10,81).

Выводы. Таким образом, результаты молекулярно-генетических исследований показали, что возможную связь неблагоприятного вариантного аллеля «C» полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5, приводящего к замене A на C в положении 456 аминокислотной последовательности, с развитием постгистерэктомическим пролапсом гениталий у женщин. Установлено, что риск развития ГППГЭ у женщин в случае наличия в геноме C вариантного аллеля полиморфизма увеличен в 6,4 раза (OR=6,37).

Следует отметить, что гетерозиготный генотип A/C полиморфизма rs2018736 A456C гена FBLN 5 является генетической детерминантой, являющиеся фактором предрасположенности к развитию данной патологии, повышающей ее риск в 2 раза (OR=2,12). Полученные данные требует пристального внимания со стороны врачей акушер-гинекологов.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Шопулотова З.А., Худоярова Д.Р.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность: Заболевания почек занимают второе место по частоте встречаемости среди экстрагенитальной патологии и часто отличаются бессимптомным и/или малосимптомным течением, впервые обостряясь во время беременности. Но мало изучено данных о состоянии сердечно – сосудистой системы в различные сроки беременности у беременных с хроническим пиелонефритом.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости, структуру и взаимосвязь сердечно-сосудистой патологии у беременных с пиелонефритом.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе родильного комплекса клиники №1 Самаркандского государственного медицинского университета за 2021-2022 годы. В исследование были включены 30 беременных с хроническим пиелонефритом которые разделялись на 2 группы: 1-я группа 15 пациенток с хроническим пиелонефритом который обострялся во время беременности. 2-я группа 15 пациенток с хроническим пиелонефритом без явления обострения. Пациенткам были произведены следующие методы клинико – лабораторного обследования: анализ жалоб и анамнеза, изучение состояния беременной, плода и сердечно-сосудистой системы на фоне хронического пиелонефрита по данным объективного обследования, по данным лабораторных методов (общий анализ крови, общий анализ мочи, бактериальный посев мочи, проба Зимницкого и Нечипоренко, биохимический анализ крови), инструментальные методы обследования (УЗИ почек, допплерография плода, ЭКГ, ЭхоКГ сердца).

Результаты и их обсуждение. Пациентки первой группы при поступлении предъявляли жалобы на повышение температуры тела (у 7х до 37,5 С, у 5х до 38, у 3х до 39 градусов), озноб с последующим обильным потоотделением, головную боль, тошноту, иногда рвоту (у 2х пациенток с высокой температурой), увеличение активности движений плода (66,7%). Все пациентки предъявляли жалобы на слабость, вялость, снижение работоспособности. На отеки жаловались женщины первой группы (46,7%), на головокружение 36,7% из всех женщин. Боль в поясничной области имелась у всех пациенток 1ой группы и у 33,3% пациенток второй группы, усиление боли при кашле или

глубоком дыхании наблюдалось у 26,6% пациентов первой группы. Болезненность при пальпации в области почки, то есть симптом Пастернадского был положительный у всех пациентов с первой группы и у 13,3% второй группы. Одностороннее поражение наблюдалось у 46,7 % из первой группы и 60% второй группы.

Объективное состояние всех пациенток оценивалось как удовлетворительное. ИМТ у пациенток первой группы в среднем был 30,3±2,5, необходимо отметить, что 5 (33,3%) пациенток имели ИМТ выше 30 еще до беременности, а у 2х (13,3%) ИМТ до беременности был в пределах 23-25, но при беременности он составил 28-29. ИМТ пациенток второй группы был в пределах 27,8±1,2. Отеки наблюдались у пациенток первой группы в области глаз с утра, к вечеру также наблюдались отеки ног. У женщин второй группы наблюдались отеки пастозного характера на ногах в течении дня. АД всех пациенток был в норме в первом и втором триместре беременности, в третьем триместре беременности у 53,3% женщин с первой группы и 33,3% из второй наблюдались гипертензивные состояния. Сердечные тоны были приглушены, у 20% женщин из первой и 6,67% женщин второй группы наблюдалось функциональные шумы сердца на фоне гипертензивных состояний.

По данным лабораторного обследования у всех женщин первой группы наблюдался лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ, анемия (33,3% легкая, 53,3% средней степени, 13,3% тяжелая). У пациенток второй группы анемия встречалась у 60% (20% легкая, 40% средней степени тяжести), лейкоциты были в пределах высокой нормы, показатель СОЭ 19-22 мм/час. По данным общего анализа мочи у всех женщин наблюдалось лейкоцитурия (у пациенток первой группы сплошным слоем, у второй 7-8-9), гипостенурия, имелись соли, бактерии (++ или +++), у 60% грибки, белки наблюдались у пациенток первой группы до 5 раз превышавший норму, у второй группы следы или до 0,66 г/л. Увеличение количества белка мочи чаще наблюдалось у пациенток с гипертензивными состояниями.

Бактериальный посев мочи показал наличие Escherichia coli – 60%, Klebsiella pneumoniae –13,3%, Proteus mirabilis – 3,3%, Staphylococcus spp. – 6,6%, Enterococcus spp. – 3,3%, Pseudomonas aeruginosa – 6,6%, Candida spp. - 53,3%, другие – 6,6%.

По данным ЭКГ было выявлено нарушение сердечного ритма у 63,3% беременных, блокады наблюдались у 16,7%, дистрофические изменения и гипоксия была определена у 86,7% женщин.

По данным ЭхоКГ анатомических изменения не были отмечены, только у 16,7% наблюдалась гипертрофические изменения левого желудочка (20% из первой группы и 13,3% из второй). Трансмитральный ток (до 1,7 м/с) и транскуспидальный ток (до 0,9 м/с) были незначительно увеличены у 40% (53,3% из первой группы и 26,7% из второй), объем выброса крови левым желудочком был в пределах 5,22 ± 0,94 л/ мин.

Выводы. Исходя из данных исследования можно сказать о необходимости тщательного наблюдения за женщинами с хроническим пиелонефритом так как обострения хронического пиелонефрита наблюдается у женщин с факторами риска и разумным планированием беременности у данных пациенток.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЛАЦЕНТ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ ГЕМОСТАЗА

Шостак Д.П., Пашов А.И., Волкова Л.В., Рахимов А. Х.
ГБУ КО «Региональный перинатальный центр», ФГАОУ ВО БФУ им. И. Канта, г. Калининград

Актуальность темы.В соверменном акушерстве проблема преждевременных родов весьма актуальна. Несмотря на активное развитие медицинских технологий, число преждевременных родов стабильно остается на уровне 5–10% от общего числа родов, а

привычное невынашивание достигает 20%. Как известно, одной из причин преждевременных родов
и привычного невынашивания является носительство генов, ассоциированных с тромбофилией.

Цель исследования.Изучить и сравнить результаты гистологического заключения плацент родильниу с преждевременными родами с и без верифицированного носительства тромбогенных аллельных полиморфизмов генов.

Материалы и методы исследования.Проведен ретроспективный анализ 35 гистологических исследований плацент
женщин с преждевременными родами и носительством тромбогенных аллельных полиморфизмов за 2016–2020 гг., (группа А), и 30 гистологических исследований
плацент женщин с преждевременными родами, не имеющих тромбофилического
анамнеза, за 2019-2020 гг. (группа Б). В группе А возраст пациенток составил от 26 до 41
года, а в группе Б – от 18 до 41 года. Материалы были изучены, сопоставлены, обра-
ботаны в программе Microsoft Excel 2019.

Результаты исследования.По итогам исследований получились следующие данные: в группе А в
100% случаях имела место хроническая плацентарная недостаточность, при этом
в 40% случаев не было дополнительных гистологических характеристик. В 27% случаев вместе с хронической плацентарной недостаточностью был верифицирован базальный очаговый децидуит, в 13% – очаговый базальный децидуит и очаговый интервиллузит, а в7%случаев – диффузноочаговый субхориальный интервиллизит либо очаговый базальный децидуит и очаговый интервиллузит. 6% случаев включали в себя острую плацен-тарную недостаточность и очаговый базальный децидуит. В группе Б хроническая
плацентарная недостаточность была в 83% случаев, а 17% были представлены зрелой
плацентой без патологических изменений. На сочетание хрониче-ской плацентарной недостаточности и очагового базального децидуита или субхориального интервиллузита пришлось по 8% случаев.

Выводы.Согласно результатам исследования, носительство тромбогенных аллельных полиморфизмов ведет к развитию хронической плацентарной недостаточности и может значительно влиять на развитие воспалительных процессов в плаценте (последнее – 53%). При этом, воспалительные изменения в плаценте при преждевременных родах составляют менее 20% при отсутствии тромбофилического анамнеза.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА У БЕРЕМЕННЫХ.

Эгамова С.Н., Каримов А.Х.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность темы. Желчнокаменная болезнь — длительный, многостадийный процесс, при котором периоду камнеобразования предшествуют изменения метаболизма и физико-химических свойств желчи — предкаменная стадия (или физико-химическая), что открывает широкие перспективы по первичной и вторичной профилактике холелитиаза. В общей популяции населения частота билиарного сладжа составляет около 4%.

Цель исследования. Разработать алгоритм диагностики и тактику ведения беременных с билиарным сладжем в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 75 пациентов, у которых, по данным ультразвукового исследования, был выявлен билиарный сладж. Использован собственный методический подход, позволяющий интерпретировать полученные данные следующим образом:

1-й тип — взвесь мелких эхогенных частиц, перемещающихся при изменении положения тела, не дающих акустической тени;
2-й тип — наличие слабоподвижного уровня замазкообразной (эхопозитивной) желчи: расслоение желчи на эхонегативную и эхопозитивную (замазкообразную) фракцию без акустических теней;
3-й тип — замазкообразная желчь в виде подвижных и/или фиксированных сгустков без акустической тени.

Для лечения назначали урсодезоксихолевая кислота, суточная доза зависела от типа билиарного сладжа, с однократным приемом через час после ужина. При 1-м типе билиарного сладжа доза составила 10 мг/кг, при 2-м — 10–15 мг/кг, при 3-м — 15 мг/кг и более. Срок лечения — от 3 до 6 месяцев.

Результаты исследования. 1-й тип (взвесь эхопозитивных частиц) был установлен у 58,6% (n = 44) , 2-й тип (слабоподвижный уровень замазкообразной эхопозитивной желчи) — у 24% (n = 18), 3-й тип (замазкообразная желчь в виде подвижных и/или фиксированных сгустков) — у 17,3% (n = 13). Для терапии 1-го типа требуется не менее 1 месяца, 2-го типа — не менее 3 месяцев. Наиболее резистентным оказался сладж 3-го типа, продолжительность лечения которого составила 6 месяцев и более.

Выводы. Анализ структуры эхографических вариантов билиарного сладжа показал преобладание
I типа — 58,6% (n = 44) (взвесь мелких эхогенных частиц, перемещающихся при изменении положения тела, не дающих акустической тени).
Средством выбора для лечения билиарного сладжа является урсодезоксихолевая кислота, доза и продолжительность приема которой зависит от типа билиарного сладжа.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕТОДА РАЗРЕШЕНИЯ РОДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПУПОВИНЫ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

Юнусова З.В.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Высокая распространенность гипоксически-ишемических повреждений мозга, возникающих вследствие интранаталь-ной гипоксии при данной патологии, свидетельствует об отсутствии четких критериев выбора акушерской тактики при этом осложнении беременности.

В мире частота различных аномалий пуповины варьирует от 4,8 до 38,4%. При этом, около 30% занимает обвитие пуповины вокруг шеи плода, следствием которого в 7,7-21,4% случаев является асфиксия новорожденного, в 1,7-4,3% - интранатальная гибель плода и в 1,5-1,6% - неонатальная смертность.

Цель исследования. Изучить влияние обвития пуповины вокруг шеи плода на перинатальные исходы в зависимости от способа родоразрешения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 80 историй родов женщин, находившихся в родильном отделении Перинатального центра г Андижана в период с 2021 по 2022 гг. Основную группу составили женщины с патологией пуповины в виде обвития вокруг шеи плода, беременность которых завершилась консервативными родами (n=71). В группу сравнения вошли пациентки с патологией пуповины, родоразрешенные путем операции кесарева сечения (n=36).

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст пациенток основной группы составил 25,8±0,6 лет, группы сравнения - 30,8±0,6 лет. Изучение акушерско-гинекологического анамнеза показало, что среди женщин основной группы генитальную патологию имели 34%, группы сравнения - 55,5% пациенток. Удельный вес хронических воспалительных процессов органов малого таза, эктопии шейки матки,

бесплодия в группе сравнения в 1,5 раза превышал аналогичный показатель в основной группе.

Экстрагенитальные заболевания с одинаковой частотой встречались в обеих группах - (73%). Среди соматической патологии чаще отмечались эндокринопатии (диффузное увеличение щитовидной железы: в основной группе – 37,5%, в группе сравнения - 23,5%), заболевания мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит: 22,3%- в основной, 37,5% - в группе сравнения), заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, хронический холецистит, хронический панкреатит: 19,2% и 20,3% соответственно). С меньшей частотой были зарегистрированы органов дыхания (бронхит, хронический тонзиллит, трахеит: в основной группе - 11,5%, в группе сравнения - 8,9%) и экзогенно-конституциональное ожирение (11,5% и 8,9%, соответственно).

Среди особенностей течения настоящей беременности отмечены такие осложнения, как хроническая гипоксия плода (у 21,1% женщин основной группы и 11,1% - группы сравнения). Кроме того, у пациенток обеих групп диагностированы: нарушения маточно-плацентарного кровотока (в 3,2% случаев в основной, и в 5,5% - группе сравнения); многоводие выявлено у 5,6% и 2,7% беременных; маловодие - 2,8% и 8,3%, соответственно.

При анализе сроков родоразрешения в группах установлено, что в большинстве наблюдений констатированы срочные роды (основная группа - 97,2%, группа сравнения – 86%). Удельный вес преждевременных родов в интервале от 28 до 35 недель гестации в группе сравнения составил 13,9%, что превысило показатель основной группы в 6,5 раз.

С помощью УЗИ, до родов обвитие пуповины вокруг шеи плода удалось визуализировать у 22,5% беременных основной и 55,% - группы сравнения. В остальных случаях факт обвития пуповиной являлся случайной находкой при родоразрешении.

Вывод. Обвитие пуповины вокруг шеи плода является наиболее частой патологией беременности и родов, что оказывает неблагоприятное влияние на исход и состояние новорожденного. По результатам нашего исследования, обвитие пуповины вокруг шеи плода в 46% наблюдений осложняет течение родового акта при консервативном его ведении, и в 38% - является причиной гипоксически-ишемических повреждений головного мозга новорожденного. При этом, многократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода чаще сопровождается острой гипоксией, а нетугое однократное не влияет на перинатальный исход. В то же время, оперативное родоразрешение в плановом порядке, даже при тугом обвитии пуповины вокруг шеи плода, позволяет предотвратить ишемическое повреждение головного мозга.

Таким образом, своевременное прогнозирование дистресса-синдрома плода в родах и изменение акушерской тактики, может стать резервом для снижения показателей перинатальной заболеваемости.

ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА.

Якупова Г.М.,Турдиева А.С.., Садуакасова Ш.М.
БФУ им. И.Канта г. Калининград; Каз.НМУ им. А.С. Асфендиярова г.Алматы

Актуальность: Комплекс мероприятий, включающий полноценное обследование, а также коррекцию имеющейся соматической патологии и профилактику возможных гестационных осложнений до наступления беременности, определяется как предгравидарная подготовка(ПП) или преконцепционная подготовка к ожидаемой беременности. Репродуктивное просвещение и предгравидарное консультирование снижает риски осложнений беременности, родов и послеродового периода. Женщины репродуктивного возраста наиболее часто страдают от дефицита железа и анемии. К группе риска развития анемии ВОЗ относит абсолютно всех менструирующих женщин независимо от характера кровотечений. И по обновленным рекомендациям всем девочкам-подросткам и

менструирующим женщинам в регионах с частотой анемии более 40% необходимо принимать профилактическую дозу железа (30-40мг элементарного железа) ежедневно в течение трех последующих месяцев в году. Кроме того, по мнению экспертов Всемирной Организации Здравоохранения , ежедневный прием железа и фолиевой кислоты должен быть рутинной практикой антенатального наблюдения беременных и продолжаться в течение 3-х месяцев после родов.

Цель исследования: Оценка клинической эффективности преконцепционной подготовки к ожидаемой беременности у женщин с дефицитом железа.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 64 женщины, 34 исследуемых получали предгравидарную подготовку в связи с железодефицитным состоянием (основная группа), и 30 практически здоровых женщин (контрольная группа), не имевших в анамнезе железодефицитных (ЖД) состояний. Обследование женщин проводили в соответствии с требованиями действующих клинических протоколов МЗ РК и согласно рекомендациям ВОЗ. Дизайном являлось рандомизированное контролируемое исследования. Критерии включения: легкая и средняя формы ЖДА, возраст не старше 42 лет. Критерии исключения: заболевания крови с хроническим течением, не поддающиеся коррекции в условиях ПМСП, соматические заболевания любой локализации в стадии декомпенсации.

У всех пациенток выполнен комплекс клинических исследований: общий анализ крови с лейкоформулой и определением морфологических характеристик эритроцитов, в группе риска по ЖДА (определение сывороточного железа, трансферрин, ферритин, определение витамина Д, насыщение трансферрина железом).

Программа подготовки женщин с железодефицитной анемией до беременности и родов включала: 1. Диагностику ЖД состояния с проведением соответствующего лечения.

2. Выявление сопутствующей патологии и ее коррекция.

3. Выбор контрацепции для создания необходимого для лечения интервала между беременностями.

4. Проведение эффективной преконцепционной подготовки с выделением групп риска по развитию осложнений беременности и родов.

Результаты исследования: Средний возраст обследуемых в основной группе 28±1,6 лет, в контрольной 27±1,2. ИМТ в основной группе 24,2±0,8, в контрольной 23,6±0,4. Среди женщин в обеих группах преобладали повторнородящие 56% и 62% соответственно, первобеременных 44% и 38%.

У 68,7% женщин основной группы выявлены экстрагенитальные заболевания (мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринные нарушения). Частота встречаемости гинекологической патологии в анамнезе в обеих группах соответствовала 31% и 24%, в основном воспалительного характера.

Все обследуемые женщины обеих групп согласно дизайну обследования проходили клинические лабораторные исследования через 1,2,3 месяца предгравидарного наблюдения. При оценке гематологических показателей на момент начала (ПП) в основной группе установлено, что легкие формы ЖДА встречались у 64,5% женщин, средней тяжести у 35,5%. При этом уровень гемоглобина у женщин с легкой формой составлял 106,2± 1,2г/л, со средней 92,4±0,8г/л. Цветной показатель у обследуемых определялся на уровне 0,82±0,2. По нашим наблюдениям обязательным компонентом ПП с ЖДА является соблюдения интервала между беременностями 2-4 года в зависимости от тяжести заболевания.

При анализе осложнений беременности (ранний токсикоз, гестозы, дисфункция плаценты) в обеих группах были сопоставимы 24,4% и 26,1% соответственно. Исходы родов у всех женщин, включенных в исследование определяют следующую тенденцию: течение всего периода беременности и лактации у женщин в основной группе 4,2%, а в контрольной группе 6,1 %. При сопоставлении значений в контрольной и основной группах достоверных различий не установлено.

Выводы: По данным нашего исследования, предгравидарная подготовка женщин с железодефицитными состояниями легкой и средней степени тяжести должна продолжаться не менее 3-4 месяцев, а в некоторых случаях до 6 месяцев. Интергенетический интервал должен составлять не менее 24 месяцев, а при тяжелых формах ЖДА до компенсации экстрогенитальной патологии (3-4 года).

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ, И ЕГО ЗАВИСИМОСТЬ ОТ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.

Якупова Г.М., Турдиева А.С., Садуакасова Ш.М.,
БФУ им. И.Канта г. Калининград; Каз.НМУ им. А.С.Асфендиярова г.Алматы

Актуальность: Изменившиеся условия развития общества, ведущие к преобразованию личности и личностных отношений; изменение социальных и психологических факторов определяют условия для формирования репродуктивного здоровья и интеллектуального поведения общества. Репродуктивное здоровье формируется с детского возраста и наиболее уязвимо в период вхождения во взрослую жизнь. Понятие репродуктивного здоровья включает в себя и сексуальное здоровье и сексуальное поведение. Сексуальное поведение и сексуальная психология молодежи являются вопросами изучения во всех странах.

Цель исследования: Оценить информированность молодежи о своем репродуктивном здоровье в зависимости от сексуального поведения.

Методы и материалы исследования: Проведено анонимное анкетирование 348 студентов ВУЗов г. Алматы. Для анкетирования разработана и составлена специальная анкета, состоящая из 3-х частей и 22 вопросов. В первой части респонденты характеризовали свою сексуальную активность, и свое отношение к ранней половой жизни. Вторая часть определяла отношение к контрацепции, незапланированной беременности и понимании ответственности принимаемых решений. Вопросы в третьей части касались полигамности, проблем в пристрастии к вредным привычкам и информированности о заболеваниях передающихся преимущественно половым путем. Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с использованием электронных таблиц Microsoft Excel. Дизайном явилось одномоментное поперечное исследование.

Результаты исследования и обсуждения: Средний возраст студентов составил 19,2±3,2лет. Анализ половой принадлежности анкетируемых определил: 52,4% девушки, 47,6% юноши. Изучение сексуальной активности выявило, пик сексуального дебюта у юношей наступает раньше и приходиться на 14-16 лет, а у девушек 17-19 лет. Возраст приобретения сексуального опыта определяет общую картину репродуктивного поведения в Республике. Так в Европе пик сексуального поведения приходится на 14 лет. Сексуальный стаж, количество сексуальных партнеров, в аспекте репродуктивного поведения, характеризует уровень ответственности за свое репродуктивное здоровье. Среди опрашиваемых студентов половую жизнь отмечали 82,8% молодых мужчин и 48,2% девушек. Об отсутствии сексуального опыта заявили чуть меньше половины респондентов. Планирование семьи, самостоятельный выбор регулирования рождаемости определяется социально-экономическим статусом. Только 41% респондентов считают себя психоэмоционально и экономически готовыми к созданию семьи и рождению ребенка.
Интересным было узнать, что первый сексуальный опыт связан с негативными эмоциями у каждой второй сексуально активной респондентки, такими как диспареуния, фригидность , эмоциональная лабильность, в то время как среди юношей – у каждого десятого (эректильная и другие дисфункции). Следует отметить, что информированность о методах контрацепции и их использовании в подавляющем большинстве 91,4% присутствовала.

Изучался вопрос выбора между созданием семьи в ближайшем будущем и становлением карьеры. Большая половина респондентов мужского пола 64,2% ставят карьеру на первое место, в то время как молодые женщины предпочитают семью. Но по результатам анализа 18% сексуально активных студенток имели нежелательную беременность, неокончавшуюся родами. Отношение к вредным привычкам у молодых людей тоже неоднозначное. Большинство из анкетируемых высказывались за здоровый образ жизни, в то время как никотиновую зависимость имеют/имели 48,6% опрошенных.

Выводы: Раннее начало половой жизни отмечается повсеместно, в том числе и среди студенческой молодежи. По сообщениям ВОЗ, почти повсеместно отмечается устойчивая тенденция омоложения контингента, имеющих ИППП. Большинство студентов проявили завидную осведомленность в вопросах ИППП, контрацепции, но случаи нежелательной беременности имели место быть. В настоящее время либерализация сексуальных отношений в обществе привела к толерантному отношению добрачных сексуальных связей, хотя большинство респондентов предпочитают моногамные отношения.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИМЕНИВШИХ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Ярматова Ш.З.
Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Невынашивание беременн.ости является актуальной медицинской и социальной проблемой, и ее частота, по данным ВОЗ, на протяжении нескольких лет составляет 20% от всех желанных беременностей (15%-самопроизвольные выкидыши и 5% преждевременные роды) и не имеет тенденции к снижению, несмотря на многочисленные и эффективные методы диагностики и лечения, разработанные в последние годы. Ранние потери беременности (до 12 недель) составляют практически 85% от всех потерь и являются инструментом естественного отбора.

Цель исследования. Определить факторы риска невынашивания у женщин применивших репродуктивные технологии для повышения эффективности репродуктивной функции.

Материалы и методы исследования. Исследуемую группу (НБ) составили 110 женщин, обратившихся в консультацию г. Карши и в г. Бухара в связи с невынашиванием беременности после очередного самопроизвольного выкидыша. Они были разделены на три группы. Из них 1-группа 51 беременных с риском на угрозу прерывание беременности после ЭКО, 2-группа 46 беременных после прерывание в сроки до 14 недели беременности с неудачным ЭКО и 3 контрольная группа 20 беременных женщин с физиологическим течением беременности. Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью пакета статистических программ Statistica, по методу Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования. В результате исследования было определено что, средний возраст в трех группах исследования составил 28,3±0,5. В первой группе он составил 29,4±0,4, во второй группе 31,08±0,6 а в контрольной группе 29,6±0,3. Женщины основной группы были несколько старше по сравнению с контрольной группой, могло явиться одним из факторов риска прерывания беременности 2,8 разница в возрасте женщин основной исследуемой группы закономерно связана с неблагоприятными исходами нескольких предшествовавших беременностей. В результате обследования женщин выделенных групп нами было установлено, что характер менструальной функции в обеих группах не имел существенных различий. Средний возраст менархе в основной группе составил 14 года, в контрольной группе 13 года. В исследуемых группах мы обнаружили что, у 41 пациенток были не регулярная менструация (37,2%). Менструальный цикл у 67,1 % из них установился в возрасте 14 лет, а у остальных 32,9% в возрасте 13 лет.

Альгодисменорею отмечали 46,9% женщин. У 60 женщин исследуемой группы обнаружили осложненный акушерско-гинекологический анамнез: отслойка плаценты (38,0%), клинические признаки угрозы прерывания беременности (22,0%), хронический эндометрит (12,9%), фетоплацентарную недостаточность (16,0%), хроническое воспаление придатков матки (7,8%), задержка развития плода (1,2%), эрозию шейки матки (2,1%). В первой группе воспалительные заболевания органов малого таза встречалось в 25,9%, тогда как во второй 33,8%, а в третьей 7,6%. Проявления гормонального дисбаланса констатировалось в первой группе в 14,3%, во второй группе 13,8% и в третьей группе в 5,0%. Отягащенный акушерский анамнез был зафиксирован в первой группе в 29,9%, во второй 31,3% и в третьей его не обнаружили. В результате исследования после проведенного ЭКО в первой группе из 51 беременной женщины доносили до нормального гестационного срока только 38 пациенток. В первом триместре беременности выкидыш случился у 10, а во втором триместре у 3 женщин. Во второй группе из 46 пациенток у которых в сроке до 14 недель было констатирован выкидыш, у 32 из них он случился в сроке до 6-7 недель. 9 случаев в сроке 8-9 недель, а остальные 5 в сроке 13-14 недель. В контрольной группе 19 женщин доносили до нормального гестационного срока 37 недель, только 1 пациентка родила преждевременно в сроке 35 недель.

Вывод. Исходя из вышеизложенного можно утверждать что, основными предрасполагающими факторами риска невынашивания после применения ВРТ являются: отягащенный акушерско-гинекологический анамнез, гормональный дисбаланс, воспалительные заболевания органов малого таза.

AYOLLAR TUXUMDONINI ULTRATOVUSH YORDAMIDA DIAGNOSTIKA QILISH

Alimova E.A.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbligi. Hozirgi kunda ayollar ichki jinsiy a’zolarida kechayotgan o’zgarishlarni aniqlash uchun juda ko’p qo’llanilayotgan inson organizmiga zararsiz tekshiruv usuli ultratovush yordamida diagnostika qilish usuli hisoblanadi. Ayollar tuxumdonlarida yetilayotgan tuxum hujayralarni vaqtida yetilib borishini aniqlab borish uchun ultratovushli diagnostika eng qulay va zararsiz usul hisoblangani bois tuxumdon faoliyati va tuxum hujayraning yetilib borishini kuzatib taxlillar olib borish orqali bepushtlikning sababi aniqlanmoqda. Zamonaviy ilm-fan taraqqiyoti natijasida ayollarda onalik baxti ulashilmoqda.

Maqsadi. Ultratovush to’lqinlar yordamida tuxumdon faoliyatini kuzatib borish. Bepushtlikni sabablarini aniqlash.

Tadqiqot natijalari. Ultratovush deb sekundiga 20000 (20 kGs) chastotali tovush to‘lqinlariga aytiladi. Ultratovush chastotasining yuqori chegarasi molekulalar orasidagi masofa orqali belgilanadi va 10^9-10^{10} Gs chastota oralig’ida bo’ladi. Bu to‘lqinlarni inson qulog‘i eshitmaydi, ular inson tanasini tekshirish uchun ishlatiladigan nurlarga aylanadi. Inson tanasini tekshiruvchi ultratovush impulslari 2—10 mGs chastotaga ega. Meditsinada ultratovushdan kasalliklarga tashxis qo’yish uchun foydalaniladi. Inson tanasining to’lqin qarshiligi katta va ultratovush inson tanasiga qo’yilganda nurlar teri va nurlangich orasida paydo bo’ladigan yupqa havo ustunidan qaytadi. Havo ustuni paydo bo’lmasligi uchun nurlangich va teri yuzasiga akustik gel qo‘llash zaruriyati yuzaga keladi. Akustik gel ultratovush to‘lqinlar havoda tarqalib ketishining oldini oladi. To'lqinning tarqalishi ultratovushning turli to‘qimalarda tarqalishi va uzatilishida namoyon bo‘ladi. To‘qimalaming ultratovush to‘lqinini tarqatish xususiyati tasvir paydo bo‘lishida muhim ahamiyatga ega. Ultratovush to’lqinlari ta’sirida yumshoq to‘qimalarning molekulalari bo'ylama to‘lqinlar kabi tarqaladi ya’ni molekulalar tebranadi va energiyani keyingi molekulaga o‘tkazadi, ana shu tarzda ultratovush energiyasi tana bo‘ylab tarqaladi. Yumshoq to‘qimalarda ultratovushning tarqalish o‘rtacha tezligi 15—40 sekundni bo’ladi. Ginekologik kasaikkalarni

aniqlash va to'g'ri tashxis qoyish uchun ultratovushli diagnostika yetakchi o'rinlarda turadi. Chunki ultratovushlar inson organizmi uchun zararsiz, tekshiruv usuli og'riqsiz, qulay, hech qanday tayorgarliksiz amalga oshirilishi mumkin. Ultratovushlar yordamida kichik chanoq a'zolarining o'lchami, shakli, joylashishi, unda joylashgan homila haqida ham ma'lumotlar olish mumkin. Ayollar kichik chanoq a'zolarini jumladan tuxumdonni ham tekshirilayotgan vaqtda siydik pufagi to'la bo'lishi kerak. Chunki suyuqlik bilan to'lgan siydik pufagi gaz bilan to'la bo'lgani uchun tasvirni yomonlashtiradigan ichaklarni yuqoriga surib, ultratovush to'lqinlari o'tib tasvir hosil bo'lishi uchun yo'l ochib beradi. Kichik chanoq bo'shlig'ida joylashgan tuxumdon ayollarning juft bezlari hisoblanadi. Tuxumdonda ayollarning tuxum hujayralari rivojlanadi. Farzand ko'rish yoshida bo'lgan ayollarda tuxum hujayrani yetilib borishini ultratovush yordamida tekshirish usuli folikulametriya deb ataladi. Folekulametriyaga bemorlar hayzning 5, 7, 11, 13 kunlarda ultratovush bilan tekshiruvga borishlari kerak bo'ladi. Tuxumdon cho'zinchoq shaklada bo'lib, tuqqan ayollarda usti ga'dir budur bo'ladi. Tuxumdonning uzunligi 2,5-5,5 sm kengligi esa 1,5-3 sm va qalinligi 2sm bo'ladi. Tuxumdon ichki va tashqi qavatlarga ajratiladi. Ichki qavatida tuxumdonning mag'iz moddasi bo'ladi va u yumshoq biriktiruvchi to'qima, qon va limfa tomirlar, nerflardan iborat bo'ladi. Tashqi qavat tuxumdonning po'stloq moddasi yetilgan folekulalar va birlamchi folekulalar, tuxumdonning pufakchali xaltalari bo'ladi. Tadqiqot kuzatishlari bo'yicha hayz siklining ovulyatsiyadan oldingi davrida 5- sanasida tuxumdon ultratovush to'lqinlari bilan tekshirilganda sog'lom ayollarda 10 tadan ortiq mayda folekulalar bo'lishi kerak. Hayz siklining 7-sanasida bu folekulalar 6-10 dona atrofida qoladi va o'lchamlari normada 6 mm bo'ladi. Ultratovush to'lqinlari bilan toq kunlarda kuzatib borish natijalariga ko'ra hayzning 9-sanasida dominant folekula yetila boshlaydi va uning o'lchami 15 mm gacha yetadi. 11-sanasiga kelib folekularning 1 donasi dominant folekulaga aylanadi va qolganlari sekinlik bilan so'rilib ketadi. Siklning 13-sanasida ultratovush to'lqinlariga tushirilganda ayol tuxumdonidagi dominant folekula razmeri 22-24 mm gacha yetiladi va normal holda bo'lgan ayollarda 15-sanaga kelib tuxum hujayraning yorilganini kuzatish mumkin. Yorilgan tuxum hujayradan ayollar jinsiy hujayralari chiqadiva bachadon nayi yo'lidan o'tib bachadonga kiradi. Tuxumdonda esa ultratovush bilan tekshirilganda yorilgan folekula o'rnida sariq tana hosil bo'ladi. Sariq tananing ichi qon bilan to'la pufak holida boladi bachadonga tushgan tuxum hujayra urug'lanmasa sariq tana kichrayib boradi va oqamtir tanaga aylanadi. Tuxum hujayra urug'langan hollarda homila hosil bo'ladi va tuxumdondagi sariq tana attalashib boradi. Diamatri 1,5-2 smga yetadi. O'zidan sariq tana (progesteron) gormonini ishlab chiqara boshlaydi va homilani o'sib rivojlanishida ishtirok etadi. Agar ayol organizmida ovulyatsiyadan oldingi kunlarda gonodotrop gormoni ortib bormasa, folekulalari yorilmasligi natijasida ovulyatsiya kuzatilmaydi. Va yetilib kelayotgan dominant folekula qobig'i qalinlashib, o'sishda davom etadi. Buning natijasida tuxumdonda folekulyarniy kista kuzatiladi. Taxlil natijalarida folekulyarniy kistalar keyingi hayz davrida so'rilib ketganini kuzatish mumkin. Ammo ayollar bunday kistalar bilan xomilador bo'la olishmaydi. Ulardagi gormanal fonni ginekologlar dori vositalari bilan normaga solinishi kerak bo'ladi. Ultratovush bilan aniqlanadigan yana bir tuxumdon kasalliklaridan biri bu polikistozdir.

Natijalar. Ultra tovush tekshiruvida tuxumdonda 10 tadan ortiq mayda 6-10 mmli pufakcha ko'rinishidagi folekulalar ko'rinadi. Tekshirish natijalari shuni ko'rsatadiki bu kasallik tug'ish yoshida bo'lgan ayollarning 20% da kuzatiladi. Folekulalar yetilmasligi sabali xomiladorlik kuzatilmayotgan bemorlar esa har 10 ta ayoldan 6 tasida kuzatilmoqda.

Xulosa. Hozirgi kunda 60 % tug'ish yoshidagi ayollarda farzandsizlikka sabab tuxumdonda dominant folekula yetilmasligi va uni vaqtida yorilmasligi hollari ko'p uchrab turibdi. Folekulani vaqtida yetilmasligi va yorilmasligining sabablari juda ko'p. Bunga gormonal o'zgarishlar ham sabab bo'ladi. Sog'lom ayollarda folekula vaqtida yetilsa va yorilsagina xomiladorlik kuzatiladi. Ultratovush to'lqinlari bilan inson organizmi tekshirish rivojlanmaganda tuxumdonda rivojlanayotgan tuxum hujayrani kuzatish imkoni bo'lmas edi va bepushtlikning sabablari aniqlanmay qolar edi. Zamonaviy tekshirish usullaridan oddiy va zararsiz ultratovush to'lqinlari yordamida tuxumdonda yetilib borayotgan tuxum hujayrani kuzatib borish va xomiladorlikni erta

muddatlarda aniqlash imkonini bermoqda. Bepushtlikni ko'plab sabablarini aniqlash imkoni ortib bormoqda.

HOMILADORLARDA BACHADON BO'YNI PATOLOGIYALARINI TASHXISLASH USULLARINI QIYOSIY BAHOLASH

Choriyeva G.Z., Isroilova R.S.
Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent shahri, O'zbekiston

Dolzarbligi. Hozirgi vaqtda bachadon bo'yni kasalliklarini tashxislash, profilaktika qilish va davolash muammosi, shuningdek, ushbu patologiyaning homiladorlikning borishi va natijalariga ta'siri juda muhim bo'lib qolmoqda. Reproduktiv yoshdagi ayollar, homiladorlik va bachadon bo'yni saratoni bilan kasallanishning o'sishi barcha xavfli o'smalarning eng keng tarqalgani bo'lib, bemorlarning deyarli 45% ida kuzatiladi. Ushbu muammoning dolzarbligi, shuningdek, homiladorlik davrida bachadon bo'yni epiteliy qatlami qalinlashishi, displastik jarayonlar esa bachadon bo'yni saratonigacha rivojlanib ketishi turli mualliflar tomonidan kuzatilganligidir.

Maqsad. Bachadon bo'yni patologiyasini muqobil diagnostika qilish uchun diagnostika mezonlarini ishlab chiqish.

Materiallar va usullar. Kuzatuv davomida 50 nafar homilador ayol tekshirildi va ikki guruhga ajratildi. Shundan I guruhda 27 nafari (54,0%) ayolda bachadon bo'yni patologiyasi aniqlandi, II guruhda 23 nafar (46,0%) ayolda bachadon bo'yni patologiyasi aniqlanmadi. Tekshirilgan ayollar yoshi 23 yoshdan 41 yoshgachani tashkil etdi (28,3±2,11). Homilador ayollarni tekshirishda umumiy va ginekologik tekshiruv o'tkazildi, jumladan tashqi jinsiy a'zolar, qin ko'rigi, bachadon bo'ynini ko'zguda tekshirish, sitologik va bakteriologik tekshirish usullari amalga oshirildi. Xlamidiya, mikoplazma, ureaplazma, sitomegalovirus va papillomavirus infektsiyasini HPV turi bilan PCR orqali tashxislandi.

Natijalar. Kuzatuv davomida ayollarning 10 nafarida bu 1-homiladorlik (18,5%), 2-homiladorlik 19 ta (38%), 3-homiladorlik 13 ta(24%)– 4-homiladorlik 8 ta (14,8%) ni tashkil etdi. Tug'ruqda bachadon bo'yni 1-va 2-darajali yirtilishlari kuzatilgan ayollar 11 ta (20,3%) ni tashkil etdi. Sitologik tekshiruvlarda silindrik epiteliy proliferatsiyasi 7 nafar ayolda (12,9%), displaziya belgilari 11 tasida(20,53%) yengil daraja, 6 tasida (11,1%) o'rta darajada kuzatildi. PCR usuli bo'yicha 16 nafar (29,6%) ayolda HPV virusli infektsiyaga ijobiy reaktsiyasi bo'lganligi aniqlandi. 7 tasida(12,9%) mikoplazma, ureaplazma va xlamidiya esa 5 ta (9,5%) ayolda aniqlandi. Kolposkopik ma'lumotlarni tahlil qilishda birlamchi belgilar sifatida 19 ta ayolda (35,1%) ektopiya mavjudligi, 17 tasida (31,4%) ektropion, bachadon bo'yni chandiqli o'zgarishlari yoki deformatsiyasi 11 ta (20,3%) ayolda ko'rib chiqildi.

Servikal kanal ajralmalari tarkibini bakteriologik va bakterioskopik tekshirish shuni ko'rsatdiki, Staphylococcus epidermidis boshqa patogenlarga qaraganda ko'p uchragan (54,5%), Streptococcus epidermidis (24,7%). Staphylococcus aureus (28,4%).

Xulosa. Bachadon bo'yni patologiyasi bo'lgan homilador bemorlarni tekshirish bakterioskopik va bakteriologik, sitologik va kolposkopik tekshiruvni o'z ichiga olishi kerak. O'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, homilador ayollarni tekshirishning har bir bosqichida bachadon bo'yni patologiyasiga xos bo'lgan minimal belgilar to'plamini aniqlash mumkin.

VULVOVAGINAL INFEKTSIYALARNI DAVOLASHDA CLINDAMYCIN / CLOTRIMAZOLE INTRAVAGINAL KOMBINATSIYALANGAN PREPARATINING KLINIK SAMARADORLIGINI BAXOLASH.

Karimov A.H., Ro'ziboyeva N.Ch.
Toshkent tibbiyot akademiyasi

Dolzarbligi. Yallig'lanish jarayonining kechishiga organizmning immunologic reaktivligining o'zgarishi, infeksion agentlar ta'siriga chidamliligining pasayishi ta'sir ko'rsatadi. Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksion kasalliklarning 80 % ga yaqini qin biotsenozining buzilishi bilan bog'liq. Vaginal muhit – barcha tarkibiy qismlar (mikroorganizmlar, epiteliyal xujayralar, transudat, oqsil, qand), maxalliy (lakto bakteriyalar) va vaqtinchalik (obligat-anaerob bakteriyalar) mikroflora o'rtasidagi muvozanat xolatiga intiladigan qat'iy muvozanatli tizim xisoblanadi (Sheetal DeCaria 2020). Odatda sog'lom ayol vaginasida maxalliy mikroflora miqdori jinsiy yo'llarning kolonizatsiya qarshiligini ta'minlab beradi va buning uchun vagina biotopining kamida 95-98 % bolishi kerak. Barcha ginekologik kasalliklar orasida vulvovaginit taxminan 60-65% hollarda uchraydi. Vulvovaginitning klinik ko'rinishlari o'xshash. Keltirib chiqaruvchi etiologik omildan qat'i nazar, vulva va vaginaning yallig'lanish jarayonining birga kelishi bilan kechadi. Ko'pincha vulvovaginitga xos bo'lgan shikoyatlar va klinikaning bo'lmasligi bilan yashirin kechishi ham mumkin, diagnozni faqat laboratoriya tekshiruvlari tasdiqlashi mumkin. (Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Training. 2018).

Tadqiqot maqsadi. Surunkali nospetsifik va kandidozli vulvovaginit bilan reproduktiv davr bemorlarida Dalavag C (Clindamycin 2%-/ Clotrimazole 2%- 40 gr. Pars Darou Pharmaceutical Co, Tehran-Iran) intravaginal qo'llash uchun kombinatsiyalangan preparatning klinik va mikrobiologik samaradorligini baxolash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqot Qashqadaryo viloyati Perinatal markazining ginekologiya bo'limida yotgan va poliklinikaga murojaat qilib kelgan 18 yoshdan 40 yoshgacha bo'lgan reproduktiv yoshdagi 32 nafar bemorlarda klinik va laborator tekshiruv o'tkazildi. Klinik kechishi va laboratoriya natijalariga ko'ra barcha bemorlar 2 guruhga bo'lindi: 1-guruh Surunkali nospetsifik vulvovaginit tashxisi qo'yilgan 17 ta bemordan iborat. 2-guruh Kandidozli vulvovaginit tashxisi qo'yilgan15 ta bemordan iborat. Barcha bemorlarda 5-7 kun davomida kombinatsiyalangan preparat Dalavag C (Clindamycin 2%-/ Clotrimazole 2%- 40 gr. Pars Darou Pharmaceutical Co, Tehran-Iran) intravaginal qo'llanildi. Bemorlar 1 oy davomida kuzatuvga olindi. Tadqiqot natijalariga ko'ra davolashning 7-kunida bemorlarning ahvoli yaxshilandi. Davolash tugaganidan keyin 14 kun va 1 oy o'tgach klinik va mikrobiologik tekshiruv amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot jarayonida reproduktiv yoshdagi ayollarda ko'p uchraydigan surunkali nospetsifik vulvovaginit va kandidozli vulvovaginit tashxisi qo'yilgan bemorlarda Dalavag C (Clindamycin 2%-/ Clotrimazole 2%- 40 gr. Pars Darou Pharmaceutical Co, Tehran-Iran) intravaginal qo'llash uchun kombinatsiyalangan preparati qo'llanildi. Surunkali nospetsifik vulvovaginit tashxisi qo'yilgan 1-guruh bemorlarida Dalavag C preparati qo'llanilgandan keyin 14 kun o'tgach klinik-laborator natijalarga ko'ra 14 ta (82,3%) bemorda jinsiy a'zo yo'llarida patalogik ajralmalar ajralishi butunlay to'xtagan. 1 oydan keyin qayta tekshirilganda 16 ta (94,1%) bemorda kasallikning alomatlari butunlay bartaraf etilgan. 2-guruh Candida zamburug'i natijasida rivojlangan vulvovaginit tashxisi qo'yilgan bemorlar preparat qabul qilib bo'lgandan so'ng 14 kundan keyin tekshirilganda klinik-laborator natijalarga ko'ra 11 ta (73,3%) bemorning jinsiy a'zo yo'llarida patalogik ajralmalar ajralishi kuzatilmadi. 1 oydan keyin qayta ko'rikdan o'tqazilganda 13 ta (86,7%) bemorda butunlay sog'ayish kuzatilgan. Davolanish boshlanganidan 7 kun o'tib dizurik belgilar butunlay to'xtadi.

Xulosa. Yuqorida qayd etilgan ma'lumotlarga ko'ra qo'llanilgan preparat Dalavag C aniq klinik ta'sir ko'rsata oladi. Dalavag C (Clindamycin 2%-/ Clotrimazole 2%- 40 gr. Pars Darou Pharmaceutical Co, Tehran-Iran) intravaginal qo'llash uchun kombinatsiyalangan preparati

yallig'lanishga qarshi, bakterialarga qarshi va kandidozga qarshi ta'sirga ega yuqori samarali dori ekanligi aniqlandi.

PATOLOGIK HOLATLARDA TUG'RUQ INDUKSIYASI SAMARASINI BAHOLASH

Kayumova D.T., Kamilova I.A., Muxtorova S.A.
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

Mavzuning dolzarbligi

So'nggi yillarda mamlakatimiz tug'ruq kompleklarida tug'ruq induksiyasi o'tkazishga zaruriyat ko'payib bormoqda. Toshkent Tibbiyot Akademiyasi tug'ruq kompleksida bu ko'rsatkich 7% ga yaqinlashib qoldi. Hozirgi kunda prostaglandin E2 preparatlari bachadon bo'yni yetiltirishda qo'llanilmoqda. O'z vaqtida yetilgan bachadon bo'yni tabiiy tug'ruq boshlanishining asosiy kalit hisoblanadi va bu orqali operativ tug'ruq miqdori kamaytirishga erishiladi.

Tadqiqot maqsadi. Tug'ruq induksiyasi o'tkazilgan ayollarda tug'ruqni kechishi va asoratlarini o'rganish.

Tadqiqot material va usullari. Prospektiv ilmiy izlanish orqali Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi tug'ruq kompleksiga 2022 yil yanvar va fevral oylarida murojaat qilgan 120 ta xomiladorlik muddati 37-41 haftalik, bir homilali ayollar qamrab olingan. Asosiy (birinchi) guruh 60 ta homilador ayollarda tug'ruq Glandin E2 (Dinoproston, 3mg) 2 ta tur intraservikal tabletka bilan indutsirlangan, nazorat (ikkinchi) guruhi 60 ayol tabiiy fiziologik tug'ruq sodir bo'lgan ayoldan iborat. Tekshiruv usullar umumiy klinik-laborator, maxsus akusherlik ko'rigi, instrumental va statistik usullardan iborat. Bachadon bo'yni Bishop shakalasi yordamida 6 ballgacha "yetilmagan", 6-8 ball "yetarlicha yetilmagan", 8 balldan katta bo'lsa "yetilgan" baholandi.

Tadqiqot natijalari. Tug'ruq induksiyasi uchun ko'rsatmalar: qog'onoq pardalarining tug'ruqdan oldin yorilishi va regulyar tug'ruq faoliyatining yo'qligi 24 (40%), muddatidan o'tgan homiladorlik 26 (43,3%), preeklampsiya 10 (16,7%) bemorni tashkil etdi. Asosiy guruhda hamma bemorlar tug'ruq induksiyasidan oldin Bishop shkalasi bo'yicha bachadon bo'yni "yetilmagan" sifatida baholangan. Asosiy guruhda tug'ruq induksiyasi o'tkazilishi natijasida Bishop shkalasi bo'yicha 16 (26,7%) bemor - "yetilmagan" bachadon bo'yni tarzda baholanib, tug'ruq induksiyasi samarasizligi tufayli operativ yo'l bilan tug'ruq tugatildi. Ushbu ko'rsatkich qog'onoq pardalarining tug'ruqdan oldin yorilishi va regulyar tug'ruq faoliyatining yo'qligi - 4 (25%), muddatidan o'tgan homiladorlik - 8 (50%), preeklampsiya - 4 (25%) bemorni tashkil etdi. Ushbu guruhda 8 (13,3%) bemorda Bishop shkalasi bo'yicha bachadon bo'yni "yetarlicha yetilmagan"ligi tufayli amniotomiya amaliyoti bajarildi, ushbu ayollar muddatidan o'tgan homiladorlik tashxisi qo'yilgan ayollarga (100%) to'g'ri keladi. Tug'ruq asoratlari: regulyar tug'ruq faoliyatining sustligi asosiy guruhda - 8 (13,3%); 2 (25%) bemor qog'onoq pardalarining tug'ruqdan oldin yorilishi va regulyar tug'ruq faoliyatining yo'qligi va 6 (75%) bemor muddatidan o'tgan homiladorlikka to'g'ri keladi. Nazorat guruhida ushbu ko'rsatkich - 3 (5%) bemorni ko'rsatdi. Tug'ruq travmatizmi asosiy guruhda 14 (23,3%); 2 (14,3%) - preeklampsiya, 4 (28,6%) - qog'onoq pardalarining tug'ruqdan oldin yorilishi va regulyar tug'ruq faoliyatining yo'qligi, muddatidan o'tgan homiladorlik - 8 (57,1%) ni tashkil etdi. Ushbu ko'rsatkich nazorat guruhida 10 (16,7%) tashkil etadi.

Xulosa. Tug'ruq induksiyasini o'tkazish orqali operativ tug'ruqlar soni 3,75 marta kamayishiga erishildi. Preeklampsiya guruhidagi ayollarda operativ tug'ruq ko'rsatkichi yuqoriligicha (40%) saqlanib turibdi. Muddatidan o'tgan homiladorlik tufayli tug'ruq induksiyasi zaruriyati ayollar guruhi ichida yuqori (43,3%) o'rinda turadi va tug'ruq asoratlari boshqa guruhdagilarga nisbatan 2 marta ko'proq uchraydi.

TURLICHA GINEKOLOGIOK KASALLIKLARDA LAKTOBATSILLALARNING MIQDORIY O'ZGARUVCHANLIGI

Mamadiyorova M.M., SHAYQULOV X. SH
Pediatriya fakulteti Mikrobiologiya, Virusologiya va Immunologiya

Mavzuning Dolzarbligi. Ayollar qin mikroflorasi va Ph ko'rsatkichi o'zgarishining asosiy muammosi, o'zgaruvchanlik natijasida kelib chiqadigan nohush holatlar yaqqol ko'rinmaydigan alomatlar bilan kechishidir. Qindan qin ajralmalarining ko'p miqdorda kelishi, qinda ahamiyatga ega bo'lmagan mikrofloralarning miqdori ortganligi va shu bilan birga qinda muhim ahamiyat kasb etgan laktobatsillalar miqdorining kamayganligidan darak beradi. Laktobasillar qinda Ph muhitini muvozanatda saqlab,qinni yot zararli mikrofloralardan himoya qiladi. Laktobatsillalar miqdorining kamayishi Ph muhitining kamayishiga va immunitet pasayganda kasallik chaqiruvchi bakteryalar ko'payib ketishiga olib keladi.

Izlanish Maqsadi . Ayollar qinida laktobasillarning o'zgaruvchanligi va o'zgaruvchanlikning organizmdagi ahamiyati

Tadqiqot Materiallari Va Uslublari. Buning uchun 03.06.2022 yildan 12.07.2022 yilgacha bo'lgan vaqt oralig'ida SamDTU 1 sonli klinikasiga turlicha shikoyatlar bilan murojaat qilgan homilador 58 nafar 18 yoshdan 38 yoshgacha bo'lgan ayollarning qin ajralmalarida mikroskopik tekshiruv olib borildi. Qinda laktobasillarning miqdorini va ularning o'zgaruvchanligini, o'zgaruvchanlikning ayollarning organizmida yuzaga keltirgan turli alomatlarini o'rganib chiqdik.

Olingan natijalar. Olib borilgan 39 kunlik tekshiruvimiz natijasida laktobatsillalar ayollar qin mikroflorasining sof kulturasini saqlovchi asosiy bakteriyalardan biri hisoblanib, Ph muhitini yuzaga keltirish orqali qin mikroflorasi uchun yot bo'lgan bakteriyalarning ko'payishini oldini olib buning natijasida qindan ko'p miqdorda qin ajralmalari, noxush hid kelishini bartaraf etishi 58 nafar ayollarda o'z tasdig'ini topdi. 58 nafar turli yoshdagi ayollarda laktobatsillalar miqdorining turlicha o'zgaruvchanligi aniqlandi. I va II homila tushining " tahdid qiluvchi abort", "Homila tushish xavfi" davrida laktobatsillalarning ma'lum miqdorda o'zgaruvchanligi aniqlandi. Bu o'zgaruvchanlikning eng kam miqdori III, IV davri " Boshlangan abort" va "Abort"davrlarida eng kam ko'rsatkichni qayd etdi. Laktobatsillalar miqdoriy kamayishining asosiy sababi gigiyena qoidalaiga amal qilmaslik ekanligi, nosog'lom turmush tarzi natijasida yuzaga kelib ahamiyatsiz tuyiladigan aslida esa bir biriga bog'liq bo'lgan muhim o'zgarishlarni yuzaga keltirishi o'z isbotini topdi.

Xulosa. Laktobatsillarning ayollar organizmida o'zgaruvchanligi natijasida og'ir alomatlarni yuzaga keltiruvchi Neisseria gonorrheae, Chlamydia trachomatis va Trichomonas vaginalis kabi bakteriya turlarining faol rivojlanishiga sababchi bo'ladi. Jumladan, Neisseria gonorrheae qinda aktiv rivojlanishi natijasida ayollarda siydik chiqarish vaqtida og'riq yoki achishish, vaginal ajralmalar miqdorining ortishi, menusturatsiyalar orasida qon kelishi kabi holatlarni yuzaga keltirishi o'z tasdig'ini topdi. Neisseria gonorrheaeni va shunga o'xshash bakteriyalarning qinda rivojlanishini oldini olish uchun asosiy davo vositasi sifatida shifokor tomonidan tafsiya etilgan dori-darmonlar va ularni o'z vaqtida qabul qilish ekanligi o'z tasdig'ini topdi.

HOMILADORLOKNING ERTA DAVRIDA HOMILA TUSHISHNING OLDINI OLISH

Mamadiyorova M.M., Pediatriya Toshpo'latova M.B., Shopulatova Z. A.
Akusherlik va Ginekologiya kafedrasi

Mavzuning Dolzarbligi. Homila tug'ilishidan oldin ona qornida nobud bo'lsa, homilaning tushishi yuz beradi. Bundan tashqari homila tushishi jiddiy jismoniy va ruhiy kasalliklar bilan ham bog'liq. Homila tushish xavfi bo'lgan ayollarni xavf bo'lmagan ayollar bilan solishtirilganda tug'uruqdan oldingi qon ketish va og'riqlar bilan kechishi izohlangan.(N.Z Safarova 2022) Ko'p hollarda ona organizmi kutilayotgan homiladorlikka tayyor yoki tayyor emasligini hech

kim aniq ayta olmaydi. Organizm tayyor bo'lmagan holda, o'z-o'zini boshqarish va himoya funksiyasi natijasida ortiqcha energiyani talab qilayotgan homilaga nisbatan tabiiy abort kuzatiladi yoki tashqi faktorlar va fizik omillar natijasida, jinsiy sistemasida uchraydigan infeksiyalar jumladan TORCH infeksiyasi ham homila tushishiga olib keladigan asosiy omillardan biri hisoblanadi. Bugungi kunda homila tushishini yuzaga keltiruvchi omillarni oldini olish va ona va tug'ilajak homilaning har tomonlama mukamal va sog'lom dunyoga kelishini ta'minlash bugungi kunning asosiy muammolaridan biri sifatida e'tirof etilmoqda

Tadqiqot Maqsadi . Homila tushishini yuzaga keltiruvchi omillarni aniqlash va ularni oldini olish maqsadida samarali davo choralarini izlab topish

Tadqiqot Materiallari Va Uslublari. SamDTU 1-sonli klinikasi Ginekologiya bo'limiga 03.10.2022dan 09.11.2022gacha bo'lgan muddat oralig'ida homilaning tushishi xavfi bilan murojaat qilgan 18 yoshdan 36 yoshgacha bo'lgan 65 nafar homilasi 5 haftadan 12 haftagacha bo'lgan ayollar orasida tekshiruv, tadqiqot ishlarini olib bordik.

Olingan Natijalar. Tekshiruv natijasida ayollarning 22 nafarida (33.8%) homila tushishining I davri (Tahdid qiluvchi abort) qorin sohasida og'riqlar bilan, 18 nafar (27.6%) II davr (Homila tushish xavfi) qon ketishi bilan, 14 nafar (21.5%) III davr (boshlangan abort) qonli va shilliqli ajralmalarning ajralmalarning ko'p miqdorda ajralishi bilan, IV davr (Abort davri) 11 nafar (16.9%) 7 tasida chala (10%), 4 tasida (6%) to'liq yo'ldoshning bachadondan ajralishi kuzatilgan. Homila tushishining II, III va IV davri bo'yicha tashhislangan ayollarning 16 nafarining (24.6%) qon tahlilida TORCH infeksiyasi (Toksoplazmoz, rubella, sitomegalovirus) aniqlandi. Shulardan 3 tasi yengil darajada, 5 tasida o'rta daraja, 8 tasida og'ir turdagi yallig'lanish mavjudligi aniqlandi. Barcha ma'lumotlar statistik taxlildan o'tdi.

Xulosa. Olib borilgan 38 kunlik tekshiruvimiz davomida 65 nafar (100%) ayollarning 22 nafar (33.8%) homila tushishining I davri (Tahdid qiluvchi abort) qorin sohasida og'riqlar, 18 nafar (27.6%) II davr (homila tushish xavfi) qon ketishi bilan murojaat homilador ayollarimizning homilasini shifokor tomonidan tavsiya etilgan dori-preparatlar va muolajalarni o'z vaqtida olish natijasida saqlab qolish imkoni yuqori ekanligi, III va IV (boshlangan abort va abort) bosqichlarida homilani ona organizmdan, ona organizmiga zarar yetkazmay chiqarish va ona organizmini keyingi homiladorlik uchun tayyorlanadi va davolash ishlari olib boriladi. Homila tushishini oldini olishda homiladorlikni rejalashtirishdan oldin, shuningdek homiladorlikning erta muddatlarida TORCH infeksiyasi qo'zg'atuvchisi antitanalari mavjudligini aniqlash uchun qon tahlili topshirish ona va bola hayotini muhofaza qilishda muhim omillardan biri sanaladi. Shu bilan birga sog'lom turmush tarzi, to'g'ri ovqatlanish, streesdan himoya qilish, og'ir vaznli buyumlarni ko'tarishdan saqlanish homila tushishi xavfini kamaytirishda ahamiyatli ekanligi yana bir bor tasdiqlandi.

EGIZ HOMILADORLIKDA HOMILADORLIKNI KECHISHI VA TUG'RUQNI OLIB BORISH

Mirxonova N.E. Turayeva G.Y.
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Muammoning dolzarbligi. So'nggi yillard a zamonaviy reproduktiv muammolarni hal qilish usullarining rivojlanishi munosabati bilan ko'p homilali homiladorlik holati ko'payishi kuzatilmoqda. Egiz homilali homiladorlik quyidagilar bilan asoratlanishi jihatidan jiddiy e'tibor talab qiladi: Ona tomonidan: kamqonlik; gestatsion gipertenziya; tug'ruqdan keyingi davrda qon ketishlar; ko'psuvlilik; spontan abort; ilk toksikozning og'ir kechishi; glukozaga tolerantlik ortishi; homiladorlar xolestazi Homila tomonidan: perinatal o'limning yuqoriligi; muddatidan oldingi tug'ruq; siamegizaklik holati; kindik tizimchasi va yo'ldosh patalogiyalari; feto-fetal transfusion sindrom; homilaning noto'gri joylashuvi; nevrologik o'zgarishlar, rivojlanishdan orqada qolish holatlari va boshqalar

Tekshiruv maqsadi.. Egiz homilali homiladorlik aniqlangan ayollarda homiladorlik va tug'ruq kechishini o'ziga xos hususiyatlarini o'rganish, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni oldindan prognozlash va oldini olish

Tadqiqot materiali va tekshiruv usullari. Izlanish davomida qo'yilgan maqsadni amalga oshirish uchun 15nafar ayol tug'ruq tarixini tahlili olib borish rejalashtirildi. Tekshiruvlar 2020-2021 yillar davomida Andijon shahar 2-tug'ruq kompleksida tug'ruq jarayonini o'tkazgan homiladorlardan iborat. Buning uchun anamnez ma'lumotlari, umumiy klinik tahillar (umumiy qon tahlili, umumiy siydik taxlili, qon bioximik taxlili,) akusherlik tekshiruvi, instrumental tekshiruv (EKG, UTT, Doplerografiya) natijalaridan foydalanildi.

Tekshiruv natijalari. Egiz homiladorlik 7ta(46,67%) ilk tug'uvchi, 8ta(53,33%) qayta tug'uvchi ayolda kuzatilgan. Homiladorlik 1-trimestrida 11ta (73,33%)ayolda ilk toksikoz, 1ta (6,67%) ayolda homila tushish havfi. Homildorlik 2-trimestrda 9ta (60%)ayolda erta tug'ish havfi, 7ta(46,67%) ayolda normal joylashgan yo'ldoshni qisman ko'chishi. 3-trimestrda 11ta (73,33%)ayolda homila noto'g'ri joylashuvi(9ta(60%) ayolda homila chanoq bilan kelishi, 2ta (13,33%) ayolda homila ko'ndalang joylashuvi). Ekstragenital kasalligi mavjud ayollar 15ta (100%) ayolda (kamqonlik o'rta daraja 14ta (93,33%), og'ir daraja 1ta (6,67%)), buyrak va siydik chiqaruv yo'llari kasalliklari 6ta (40%), 2ta ayolda gestatsion gipertenziv holatlar. Tug'ruq kechishi: 9ta (60%) ayolda tabiiy tug'ruq yo'llaridan, 6ta(40%) ayolda kesarcha kesish (4ta(26,67%) ayol oldinda keluvchi homila chanoq bilan kelishi, 2ta (13,33%) ayolda qog'onoqsuvlari barvaqt ketishi). 9ta(60%) ayolda tug'ruq 38haftada, 6ta(40%) ayolda 37 haftada sodir bo'lgan. Tug'ilgan chaqaloqlar Apgar shkalasi bo'yicha 22tasi (73,33%) 6-7ball, 8tasi (26,67%) 8ball.

Xulosa. Egiz homiladorlik kuzatilgan ayollarda homiladorlik ilk toksikozlar, homila tushish havfi, kamqonlik fonida kechish,homila noto'g'ri joylashuvi, gipertemziv holatlar uchrashi yuqori. . Homiladorlik vaqtida homiladorlikni olib borish algoritmini to'g'ri amalga oshirish, tug'ruqni tabbiy yo'llardan olib borish yoki kesar kesish amoliyotini qo'llash haqida asosli qaror qabul qilish ayol va bolalar hayoti uchun muhim, ona va bola o'limi holatlari, tug'ruq travmalari uchrashi kamayadi.

BACHADONNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI BO'LGAN AYOLLARDA ADENOMIYOZ RIVOJLANISHIDA IMMUN TIZIMINING ROLI.

Nazarova D.G., Muratova N.D.
Toshkent davlat stomatologiya instituti

Muammoning dolzarbligi. Adenomiyoz ya'niy bachadon endometriozi, bu endometriozning eng keng tarqalgan shakli bo'lib zamonaviy ginekologiyaning asosiy muammolaridan biri hisoblanadi. Oxirgi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, adenomiyoz estrogenga bog'liq kasallik hisoblanadi va bez va endometriyning bazal qatlamining stromal komponenti miyometriyning qatlamlariga kirishi bilan tavsiflanadi. Ko'p yillik tadqiqotlarga qaramay, bu noaniq etiologiyaning kasalligi bo'lib qolmoqda. Kasallik muammosining yuqori ijtimoiy ahamiyati shundaki, ushbu patologiyadan aziyat chekadigan ayollarning yarmi bepushtlikdan aziyat chekadi va samarali terapiya hali ham mavjud emas. Butun dunyoda bu patologiya radikal operatsiyalarni o'tkazish sabablari orasida uchinchi o'rinda turadi. Vaziyat, shuningdek, yallig'lanish jarayoni, apoptozni ingibitsiya qilish, immunitetni tartibga solishning buzilishi, angiogenezning faollashuvi, ya'ni. endometrioid hujayralarning omon qolishiga va o'sishiga yordam beradigan barcha patogenetik omillar. Bundan tashqari, endometrioz o'choqlarining o'zi o'sish omillari va yallig'lanishga qarshi sitokinlarning manbai bo'lib, hujayra faollashuvi va angiogenezni kuchaytiradi. Endometrioz keng ko'lamli alomatlarga ega va surunkali yallig'lanish jarayoni bilan birga keladi. Dismenoreya va / yoki surunkali tos a'zolarining og'rig'i bo'lgan turli yoshdagi

ayollarda kasallikning tarqalishi 40-60% gacha, bepushtlik bilan og'rigan ayollarda esa 20-30% ga etadi.

Tadqiqot maqsadi. Davolash taktikasini tanlash uchun bachadonning yallig'lanish kasalliklari bo'lgan ayollarning qonida ba'zi yallig'lanish - va yallig'lanishga qarshi sitokinlarni aniqlashning ahamiyatini o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Biz adenomiyozni tekshirish va davolash uchun murojaat qilgan reproduktiv yoshdagi 22 bemorda tadqiqot o'tkazdik, ular tekshiruvdan so'ng 2 guruhga bo'lingan: 1-bachadonning yallig'lanish kasalliklari bo'lgan 10 bemor guruhi, 2-guruh – adenomiyozli 12 bemor. Nazorat guruhi shu yoshdagi 6 nafar sog'lom ayoldan iborat edi. Tekshirilganlarning yoshi 28 yoshdan 44 yoshgacha bo'lgan va o'rtacha 36,4±5,2 yoshni tashkil etgan. Bachadon arteriyalarida qon oqimining dopplerometriyasi bilan umumiy klinik va ultratovush tekshiruvlari, yallig'lanishga qarshi (il-1b, il-2, il-6, TNF-a) va yallig'lanishga qarshi (VEGF, il-10) sitokinlarning sarum darajasini aniqlash bilan immunologik tadqiqotlar o'tkazildi.Eng yaxshi".

Tadqiqot natijalari. Anamnezni o'rganish bemorlarning 1-guruhida klinik ko'rinish hayz davrining buzilishi (3 bemorda-30%), qo'shimchalarning yallig'lanish kasalliklari (3 - 30%), qorinning pastki qismida og'riqlar (2 - da) bilan tavsiflanganligini aniqlashga imkon berdi -20%), bepushtlik (3 - 30% da). Xuddi shu shikoyatlar va ushbu anamnezlar 2-guruh bemorlarida aniqlangan, ammo ularning chastotasi 1 va nazorat guruhlariga qaraganda yuqori bo'lgan. 1-guruh bemorlarida ultratovush tasviri endometriumning heterojen tuzilishi va uning ko'payishi yoki aralash ekogenligi bilan ajralib turardi, endometrium devorlarining qalinligining assimetriyasi, bachadon hajmining oshishi ham kuzatildi. Rangli Doppler xaritasi bilan ayollarning 75 foizida endometrium va subendometrik zonaning qon tomirlari kuzatilgan. 2-guruh bemorlarida ultratovush tekshiruvi shuni ko'rsatdiki, bemorlarning 54 foizida adenomiyozning diffuz shakli aniqlangan, bemorlarning 30 foizida adenomiyozning fokal shakli aniqlangan va bemorlarning 16 foizida adenomiyozning tugun shakli aniqlangan. Bunday holda, o'choqlarning diametri 2 dan 7,2 mm gacha bo'lgan.diffuz adenomiyozda bachadon arteriyalarida qon oqimi fokal adenomiyozga (ir 0,78-0,86) nisbatan kamaydi. IL-1, IL-2, IL-6 va TNF-a yallig'lanishga qarshi sitokinlar darajasi nazorat va 1-guruhga qaraganda 2,5-4 baravar yuqori edi ($p<0,05$). TNF-a va IL-6 kabi yallig'lanishga qarshi sitokinlarning ortiqcha miqdori tanadagi yallig'lanishni saqlashga yordam beradi va adenomiyoz rivojlanishiga yallig'lanish reaktsiyasining rivojlanishini ko'rsatadi. Qon tomir endotelial o'sish omili-VEGF darajasi 1-guruhda 1,5 baravar yuqori, 2-guruhda esa 2,5 baravar yuqori ($p<0,001$) nazoratga qaraganda yuqori. Uning qiymati 2-guruhda 1 guruhga nisbatan 1,6 baravar yuqori edi ($p<0,001$).

Xulosa. Sitokinlar va ayniqsa VEGF darajasini aniqlash patologik jarayonning xususiyatini aniqlash uchun marker sifatida ishlatilishi mumkin. Surunkali endometritning klinik ko'rinishi bunday ayollarda adenomiyoz mavjudligiga bog'liq emas. Mutaxassis sinfidagi qurilmalarda o'tkazilgan ultratovush tekshiruvi nafaqat to'g'ri tashxis qo'yish, balki bachadonda adenomiyozning tarqalish darajasini aniqlashga imkon beradi.

HOMILADORLARDA VULVOVAGINITLARNI AN'ANAVIY DA'VOLASHI NATIJALAR TAHLILI

Negmadjanov B.B., Rabbimova G.T., Ochilova U.T., Yusupov I.B.
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Dolzarbligi. Vulvovaginal infektsiyalar hozirgi kunda akusherlik va perinatologiya sohasida muhim muammolardan biridir. Vaginal infektsiyalar kasalxonada keng tarqalgan bo'lsa-da , jamiyat orasida ko'pincha muammo sifatida kam baholangan. Vulvovaginit- vulva shilliq qavatining (tashqi jinsiy a'zolar) va qinning yallig'lanish kasalligi hisoblanadi. Yuqumli va yallig'lanish kasalliklari kamdan-kam hollarda bitta patogen sabab bo'ladi. Vulvovaginitga sabab bo'luvchi

infeksiyalar asosan: bakterial vaginoz, vulvovaginal kandidoz, aerobli vaginitlar, aralash va boshqa infeksiyalardir. Hozirgacha to'plangan ilmiy dalillar va klinik protokollar homiladorlikning ikkinchi yarmidagi bir qator homiladorlik asoratlarini va tug'ruqdan keyingi yiringli-septik kasalliklarni rivojlanishida yuqumli omillarning muhim rolini ko'rsatmoqda.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda genital traktdan patologik ajralmalar bilan kechadigan kasalliklarni tashxislashning "oltin standarti" quyidagilardir: qin yuqorigi yon gumbazlaridan olingan nativ yoki gramm usulida bo'yalgan biologik surtma olish va uni mikroskopik tekshirish,ajralma pH-metriyasi,shuningdek, polimeraza zanjiri reaktsiyasidan foydalanishdir .

Shu bilan birga, pastki genital traktdagi infektsiyalarning tez-tez simptomsiz yoki kam simptomli xususiyatlari tufayli kasallikni o'z vaqtida aniqlash imkoniyati cheklangan. Ko'pincha klinik alomatlar paydo bo'lganda yoki bemor genital traktdan patologik ajralmalar ko’payishi shikoyati bilan akusher-ginekologga murojaat qilganda aniqlanadi.

Mikroorganizmlarning pastki genital traktdan homila pufagiga va amniotik bo'shliqqa kirib borishi, membranalarning erta yorilishi va erta tug'ilishning boshlanishiga yordam beradigan omillardan biri sifatida qaraladi . Bakterial vaginoz (BV), vulvovaginal kandidoz (VVK), gonoreya, xlamidiya, trichomoniasis kabi yuqumli sabablar, shuningdek B guruhi streptokokklari keltirib chiqaradigan infektsiyalar juda ko'p rivojlanish patogenezida muhim ahamiyatga ega, garchi ular potentsial o'zgaruvchan xavf omillariga tegishli bo'lsa-da, ularni o'z vaqtida tashxislash, perinatal natijalarni yaxshilash uchun ushbu etiologik omilga tibbiy jihatdan qarshi ta'sir ko'rsatish chorasini ishlab chiqish lozim.

Hozirgi kunda an’anaviydan tashqari turli tabiiy vositalar ishtirokida kompleks da’volash va yuzaga kelishi mumkin bo’lgan asoratlarni oldini olish choralarini ishlab chiqilmoqda.

Tadqiqot maqsadi: Homiladorlarda vulvovaginitlarni tashxislash, an’anaviy tarzda da’volash va ularning natijalarini tahlil qilish.

Materiallar va tadqiqot metodlari. Tekshirish uchun olingan 40 nafar 22-32-haftalik muddatdagi vulvovaginal infeksiyasi bo’lgan homiladorlarda quyidagicha tekshiruvlar o’tkazildi: Umumiy-klinik, bakterioskopik, IFA, bachadon va homila ultratovush tekshiruvi.

Natijalar. Kuzatuvlar natijasida 40 nafar ayoldan 16 nafar (40%)ida bakterial vaginoz ,vulvovaginal kandidoz 11 nafar (27.5%)ida, aerobli vaginit 7 nafar (17.5%)ida, aralash infeksiyalar 6 nafar (15%)ida yuqoridagi tekshiruv usullari orqali tashxislanib, amaliy tarzda etiologik ,patogenetik da’vo choralari o’tkazildi.Vulvovaginal kandidoz aniqlangan homiladorlarning barchasida : jinsiy yo'llardan turli xil rangdagi va konsistensiyadagi ajralmalar kelishi: oq, pishloqli, tvorogsimon ; qin va tashqi jinsiy a’zolarda qichishish va toshmalar 5 nafarida; giperemiya, shish, qin va tashqi jinsiy a’zolar shilliq qavatlarda vezikulalar toshishi 4 nafarida ; yuqoridagi alomatlar ko'pincha siydikni ushlab turishdagi muammolar 3 nafarida aniqlandi.

Bakterial vaginoz aniqlangan homiladorlarda esa quyidagicha belgilar: oq yoki kul rangni ajralmalar kelishi 8 nafarida, vaginal ajralmalar pH-metriyasi 4,5 dan ortiqligi 10 nafarida, vaginal ajralmadan "amin" hidi 6 nafarida yuzaga kelishi kuzatildi.

An’anaviy da’vo sifatida ushbu homiladorlarda mahalliy : Metrogil ‘’Plus’’ geli(20 mg klotrimazol+10mg metronidazol komplekti),Polijinaks ,Kandivag kabi vaginal tabletka va shamchalari,nistatin ,polimiksin aralashma preparatlari va shu kabi antibakterial va antiseptik da’vo preparatlaridan foydalanilgan.

Da’vo natijalarini tahlil qilganimizda :labarator tahlillarga ko’ra:da’vogacha leykotsitlar (ko;rish maydonida) 38, Gardnerella vaginalis 16, Candida albicans 11, Грам(+/-)кокки в п/зр: (-kam-5.7%,-o’rtacha-28,3%,-ko’p miqdorda-66,0%);Грам(+) палочки, в п/зр: (-kam-62,3%,-o’rtacha-37,7%,-ko’p miqdorda–0) aniqlangan edi. Da’vodan so’ng esa leykotsitlar (ko;rish maydonida) 6, Gardnerella vaginalis 5, Candida albicans-0, Грам(+/-)кокки в п/зр: (-kam-32.1%,-o’rtacha-54.7%,-ko’p miqdorda-13.2%);Грам(+) палочки, в п/зр: (-kam-45.3%,-o’rtacha-35.8%,-ko’p miqdorda–18.9% ekanligi aniqlandi.

Xulosa. Ushbu natijalarga ko’ra an’anaviy da’vo samaradorligi 77.5% (31 nafar) homiladorlarda ijobiy, 15% (neytral- o’zgarishlar sezilarsiz 6 nafarida),7.5%ida esa dori

preparatilarining nojo'ya ta'siri (3 nafarida) aniqlandi.Xulosa qilish mumkinki, samaradorlikni oshirish maqsadida ushbu sohada yangicha kopleks turdagi da'vo choralarini ishlab chiqish zarur.

O□Z O□ZIDAN HOMILA TUSHUSHI TAHDID QILISHDA PROGESTERONNING TURLI SHAKLLARINING TA□SIRI

t.f.n. dotsent Sadiqova D.R Kazaxbayeva X.Z
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi akusherlik-ginekologiya kafedrasi

Mavzuning dolzarbligi. Homila tushushi homiladorlikning o□z-o□zidan patologik uzilishi. Klinik ravishda aniqlangan gestatsiya holatlarning 15-20 % spontan abort bilan yakunlanadi. Chunki ko□p hollarda homila tushishi erta muddatlarda yuzaga keladi, homilaning o□z-o□zidan tushushi organizmdagi gormonal o□zgarishlarning ta□siri katta ahamiyatga ega.

Tadqiqot maqsadi.

O□z-o□zidan homila tushishi xavfida progesteronning turli shakllarining ta□sirini o□rganish.

Tadqiqot materiallari va tekshiruv usullari. O□z-o□zidan homila tushishi xavfi mavjud homilador ayollarni 2 ta guruhga ajratilgan. 1 guruhimizda o□z-o□zidan homila tushishi xavfi bor homilador ayollarda I trimestrda progesteronning ta□sirini o□rganish. 2 guruhimizda o□z-o□zidan homila tushishi xavfi bor homilador ayollarda II trimestrda progesteronning ta□sirini o□rganish.

Tadqiqot natijalari.

1 guruhimizda o□z-o□zidan homila tushishi xavfi bor 8-12 haftalik (n=12) homilador ayollarga mikronlashtirilgan progesteron 200 mg ni intravaginal 2 mahaldan, 2 guruhimizdagi o□z-o□zidan homila tushishi xavfi bor 13-16 haftalik (n=14) homilador ayollarga didrogesteron 10 mg dan sxema bo□yicha peroral qabul qilishdi. TTA ginekologiya bo□limidan chiqazilgandan so□ng homiladorlikni saqlab qolinishi 1 guruhda n=10 (83,3%), 2 guruhda n=11 (78,5%) tashkil qildi.

Izlanishlar TTA tug□ruq kompleksida 22 ta 8-16 haftalik muddatlarda homilador ayollarni o□rganish natijasida quyidagi xulosaga kelindi. Homilador ayollarda fizikalik yuklamaning ortishi 8(30,7%), stress7 (27%), anamnezida abort o□tqazganlar 6 (23%), surunkali arterial gipertoniya kasalligi 2 (7,7%), semizik 2 (7,7%), qandli diabet kasallik 1 (3,9%).

Xulosa. Homiladorlik vaqtida ishlab chiqarilgan progesteron va ularning metobolitlari homiladorlikning erta muddatlarida yetishmasligi yoki endometriyaning progesteron retseptorlari sezgirligining yetishmovchiligi homilani o□z o□zidan tushishiga olib keladi. O□z-o□zidan homila tushish xavfi yuqori bo□lgan homilador ayollarda mikronlashtirilgan progesteron intravaginal qo□llash (homiladorlikning boshida qon ketishi, anamnezida bir yoki bir nechta homila tushishi) muvaffaqiyatli homiladorlikning saqlab qolinishi va tug□ilish ehtimolini oshiradi.

30 YOSHDAN OSHGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQNING XUSUSIYATLARI

Siddiqxodjayeva M.A., Bazarova F.F., Bozarova N.F.
Toshkent tibbiyot akademiyasi

Mavzuning dolzarbligi. So'nggi yillarda oilani rejalashtirish tufayli yoshi katta turmush quruvchilar soni ortmoqda. Shuning uchun homiladorlik, tug'ishning yoshga bog'liqligini va oziga xos xususiyatlarini o'rganishga ehtiyoj bor. 30 yoshdan so'ng, bachadon anatomiyasi va fiziologiyasiga qarab, gormonal buzilishlar darajasi, qon tomirlari va bachadon endometriysidagi o'zgarishlar, platsenta qon aylanishining buzilishi va bachadonning qisqarish funksiyasi homiladorlikning kechishiga va tug'ruq jarayoniga ta'sir etadi. 30 yoshdan oshgan ayollarda homiladorlik davridagi asoratlar orasida quyidagilar ko'proq kuzatiladi: erta toksikoz, yengil

preeklampsiya, tug'ruq faoliyatidagi anomaliyalar, qog‘onoq pardasining tug‘ruqdan oldin yorilishi; homila tomonidan esa: chala tug‘ilish, asfiksiya, yo‘ldoshning erta qarishi kabi asoratlar kuzatiladi.

Tadqiqot maqsadi. 30 yoshdan oshgan ayollarda homiladorlik va tug‘ruqning o‘ziga xos xususiyatlarini, ularga olib keluvchi xavf omillarini aniqlash va ularning natijalarini o‘rganish. Toshkent tibbiyot akademiyasi (TTA) ko‘p tarmoqli klinikasi tug'ruq kompleksidagi 30 yoshdan oshgan ayollarda homiladorlikning o‘ziga xos kechishini o‘rganish hamda tug‘ruqdagi xavf omillarini solishtirma analiz qilish, tug‘ruq jarayonini olib borish rejasini tuzish va natijalarini o‘rganish. 30 yoshdan oshgan onalardan tug'ilgan chaqaloqlarning holatini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari.TTA ko‘p tarmoqli klinikasi tug'ruq kompleksida sodir bo‘lgan 55 ta tug‘ruq tarixini tahlil qilish.

Tadqiqot natijalari. Tekshiruvdagi jami 55 ta homilador ayol, 2 ta guruhga bo'lindi: I guruh 25 ta homiladorlar (30-35 yosh); II guruh - nazorat guruhi uchun 20-29 yosh oralig‘idagi jami 30 ta homilador ayollar olindi.

Solishtirma sifatida tadqiqotda ishtirok etgan homilador ayollarning anamnezida: homiladorlikning birinchi yarmi: asoratsiz - I guruh ayollarda 17 (68%), II guruh ayollarda 24 (80%); erta toksikoz o‘rta-og‘ir kechishi bilan: I - 19 (76%), II 14 (46%); homila tushish xavfi: I - 18 (72%), II - 21 (70%). Erta tug'ilish xavfi: I - 13 (52%), II - 20 (66,7%); homilaning nomuqobil xolati: I -16 (64%), II - 6 (20%); yengil preeklampsiya I - 17 (68%), II - 8 (26,6%). Tug‘ruq jarayoni konservativ olib borildi: I - 14 (56%) II - 25 (83,3%). Qolgan homilador ayollarda tug‘ruq yo‘llarining tug‘ruqqa tayyormasligi sabablariga ko‘ra, tug‘ruq kesarcha-kesish amaliyoti bilan yakunlandi. Tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘ish vaqtida quyidagi asoratlar kuzatildi: qog‘onoq pardasining muddatdan oldin yorilishi: I - 12 (48%), II - 13 (43,3%) va tug‘ruq yo‘llarining tayyormasligi: I - 17 (68%), II - 8 (26,6%). Ushbu xolatda, prostaglandinlar bilan tug'ruq preinduksiyasi o‘tkazildi.

Apgar shkalasi bo'yicha chaqaloqlar quyidagicha taqsimlandi: I - 8-9 ball bilan 22 ta (88%); II - 25 ta (83,3%). Qolgan barcha chaqaloqlar xolati stabil bo‘lib, 7-8 ball bilan baholandi.

Xulosa. Olingan natijalar shuni ko‘rsatdiki, 30 yoshdan oshgan ayollarda homiladorlik va tug'ishning yosh omiliga bog‘liqligi ko‘plab ko‘rsatkichlarda o‘zini namoyon qildi. Bunda birinchi tug‘uvchi 30 yoshdan oshgan ayollarda bir qancha holatlar bilan (erta toksikoz o‘rta-og‘ir shakli; yengil preeklampsiya; qog‘onoq pardasining tug‘ruqdan oldin yorilishi; homilaning nomuqobil holati; homila erta tug‘ilish xavfi; tug‘ruq yo‘llarining tayyormasligi) asoratlandi. Bunda asosan 30 yoshdan so‘ng bachadon va organizmdagi yosh bilan bog‘liq o‘zgarishlar sabab bo‘lmoqda.

QIN ORQALI TUG’RUQDAN SO’NG CHANOQ TUBI HOLATIGA EPIZIOTOMIYANI TA’SIRI

Sidiqxodjaeva M.A Jumayeva G.Sh
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

Mavzuning dolzarbligi. Zamonaviy akusherlik amaliyotida muhum muammolaridan biri, ayollarda tabiiy tug’ruq yo’llari orqali tug’ruq olib borilganda tug’ruq travmatizmi asoratini rivojlanish xavfi hisoblanadi. Hozirda genitaliy prolapsi asosan tug’ruq yo’llari travmasidan keyin 38,9 % holatlarda uchraydi. Genitaliy prolapsi korreksiyasi genitaliy yaxshi sifatli o’smalaridan va endometriozdan keyin 15 dan 18%gacha tashkil qiladi. Fiziologik tug’ruqlarda epiziotomiyadan keyin oraliqni ratsional tiklanishi hozirgi vaqtga qadar juda dolzarb muammolardan biri bo’lib kelmoqda.

Tadqiqot maqsadi. Qin orqali tug’ruqdan so’ng chanoq tubi holatiga epiziotomiyani ta’sirinini kuzatish va o’rganish.

Tadqiqot materiallari va tekshiruv usullari. Epiziotomiya o’tkazilgan ayollar chanoq tubi holatini baholash maqsadida kliniko-labarator tekshirishlar o’tkaziladi. Umumiy klinik-

laborator tekshiruvlar. Maxsuslashgan ginekologik ko'ruv - ko'zgu va qin orqali. Instrumental tekshiruvlar: UZD va Doppler tekshiruvi.

Tadqiqot natijalari. Tekshiruvlar uchun n=32 ta homilador ayolda o'rganilib ularni 3 ta guruhga ajratib olindi. 1 guruhimiz n=12 ta tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'uvchi homilador ayollarda epiziotomiya amaliyoti bajarilgan, 2 guruh n=10 ta tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'uvchi homilador ayollarda oraliq yirtilishi xavfi bilan asoratlangan 3 guruh nazorat guruhidagi n=10 ta tabiiy tug'ruq yo'llari orqali travmasiz tuqqan homilador ayollar. Tekshiruvlar natijasida shuni ko'rsatadiki tug'ruq davrida ayolda chanoq tubi muskullari funksiyasining shikastlanish sabablari shuni ko'rsatadiki homilaning biparietal o'lcham 103 mm yuqori 7 (21.8%), qin yallig'lanish kasalliklari (kandidoz) 10 (31,2%), yirik homila 3800 grammdan yuqori 8 (25%), homila boshi katta o'lchamda tug'ilishi 4 (12.5%), muddatdan o'tgan homila 3 (9.5%).

Birinchi tug'uvchi homilador ayollar yosh nisbati bo'yicha oraliq yirtilish xavflilik darajasi shuni kor'satadiki 18-25 yosh oralig'ida tug'uvchi n=19 ta homilador ayollarda epiziotomiya amaliyoti va oraliq yirtilish xavfi 10 (52,6%), 26-35 yosh oralig'ida tug'uvchi n=13 ta homilador ayollarda epiziotomiya amaliyoti va oraliq yirtilish xavfi 12 (92,3%) ni tashkiletdi.

Xulosa. O'tqazilgan natijalar shuni ko'rsatadiki oraliqni kengaytirish maqsadida epiziotomiya amalga oshirish zarur bo’lsa,anal sfinkteri kompleksini himoyalash maqsadida perineotomiyaga nisbatan epiziotomiya afzal hisoblanadi. Oraliq yirtilish xavfi yuqori bo'lgan birinchi va qayta tug'uvchi homilador ayollarda epiziotomiya amaliyoti bajarilganda chanoq tubi muskullarining holatining qayta tiklanishi, tabiiy yo'llar orqali jarohatsiz tug'uvchi ayollarga nisbatan chanoq muskullarining qayta tiklanish samarodorligi yuqori deb baholandi.

EKSTROKORPORAL URUG’LANTIRISH AMALIYOTI O’TKAZILGAN AYOLLARDA TUG’RUQ KECHISH XUSUSIYATINI O’RGANISH.

To’ychiyeva.K.D Yusupova.U.M.
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti.

Muammoning dolzarbligi. Tibbiyot kundan kunga rivojlanib borayotgan bir davrda reproduktiv muammolarning kelib chiqishi ham ortib bormoqda.Farzand ko’rish istagida bo’lganlar uchun qilingan xarakatlar zoe ketganda bepushtlikni davolash uchun vaqt o’tkazmasdan mutaxassisga murojaat qilish zarur.

Homiladorlikni rejalashtirilgan juftlikning bajarishi kerak bo’lgan ishlar ro’yxatida birinchi navbatda ayol va erkakning jismoniy sog’lomligini birgalikda ko’rib chiqilishi turadi.Reproduktiv salomatlikka ta’sir qiluvchi faktorlarni tushunish nihoyatda muhim o’rin tutadi.Bepushtlikdan qiynalayotgan ota-onalar reproduktiv texnologiyalardan foydalanishi mumkin.Ekstrokorporal ya’ni sun’iy urug’lantirish amaliyoti bu muammoga yechim bo’la oladi.

Tekshiruv maqsadi. Ekstrokorporal urug’lantirish amaliyoti o’tkazilgan ayollarda tug’ruq kechish xususiyatini o’rganish va asoratlarni oldini olish.

Tadqiqot materiali va tekshiruv usullari. Izlanish davomida qo’yilgan maqsadni amalga oshirish uchun 10 nafar ayollar tug’ruq tarixini tahlili olib borish rejalashtirildi. Tekshiriluvchilar 2021-2022 yillar davomida, Andijon shaxar 2-tug’ruq kompleksida Ekstrokorporal urug’lantirish amaliyoti bilan homilador bo’lgan ayollardan iborat.

Buning uchun umumiy klinik tahlillar (umumiy qon va siydik tahlili, qonning biohimik tahlili,uch nuqtadan surtma tahlili).Tashqi akusherlik tekshiruvi(homila taxminiy vazni,Leopold-Levitskiy usuli). Instrumental tekshiruvlar (UTT, Skrining, Doplerografiya) natijalaridan foydalaniladi.

Tekshiruv natijalari. Ekstrokorporal urug’lantirish amaliyoti o’tkazilgan 10 nafar ayollar barcha tekshiruvlardan o’tgandan so’ng ularning 7 nafar (70%) birinchi tug’uvchi ayollar,3nafari (30%) qayta tug’uvchi ayollar hisoblanadi.10 nafar ayollaring 4 nafari(40%) homila tushish xavfi bilan. Ikkinchi trimestrda 2 nafarida (20 %) gipertenziv sindromlar bilan, 1 nafarida

(10 %) esa chala tug'ish xavfi bilan kechdi. Uchinchi trimestrda esa 3 nafar (30 %) ayolda preklampsiya yengil darajasi, qayd etildi.

Xulosa. Ekstrokorporal urug'lantirish amaliyoti o'tkazilgan ayollarning 7 nafarida (70%) rejali kesar kesish amaliyoti qo'llanilgan.3nafari (30%)esa tabiiy tug'ruq yo'llari orqali o'zi tuqqan.

EKO amaliyoti o'tkazilgan ayollarda tabiiy tug'ruqlar ko'rsatkichini ko'paytirish kesar kesish amaliyotidan so'ng kelib chiquvchi asoratlarni oldini oladi.Shu boisdan EKO amaliyoti o'tkazilgan ayollarni tabiiy tug'ruqqa tayyorlash ustuvor vazifa qilib qo'yish lozim.

HOMILA DUMBASI BILAN KELGAN HOMILADORLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQ KECHISHI XUSUSIYATLARI

Tursunova Z.Z., Yusupova U.M.
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Muammoning dolzarbligi: Homila dumbasi bilan kelgan homiladorlarda tug'ruq jarayoni kechishida
1-tug'uvchi ayollar ko'p holatlarda kesar kesish operatsiyasiga olinadi. Kesar kesish operatsiyas inatijasida bachadondagi chandiq morfofunksional o'zgarishlarga olib keladi.

Homila dumbasi bilan kelgan xomiladorlarda tug'ruq jarayonida tug'ruq shikastlarini ko'pligi va homilada bo'ladigan har xil holatlar: qog'onoq suvlari bilan asfiksiyasi, homila yelkalarini disproporsiyasiga olib keladi

Tekshiruv maqsadi Homila dumbasi bilan kelgan homiladorlarda tug'ruq kechishini va asoratlarini o'rganish

Tadqiqot materiallari va tekshiruv usullari. Tadqiqot uchun Andijon shahar 2-tug'ruq kompleksi 2022 yil avgust oyi arxiv materiallari asosida 20 nafar ayol tug'ruq tarixida retrospektiv tahlil o'tkazildi .

Tekshiruv usullari: Umumiy klinik tahlillar(umumiy qon va siydik tahlillari,qon biohimik tahlili,3 nuqtadan surtma tahlili), akusherlik tekshiruvlari,instrumental tekshiruvlar (UTT,Doplerografiya) natijalaridan foydalanildi.

Tadqiqot natijalari. .Tadqiqotda 20 bemor ishtirok etdi: ularning soni oyoq ko'rinishida-3(15%), sof dumba shaklida – 8 (40%), dumba va oyoqchalari bilan aralash kelishida-9(45%) , bu umumiy tug'ilish sonining 5% ni tashkil etdi. Homila dumbasi bilan kelishi holati 9 ta (45%) ilk tug'uvchi, 11 ta (55%) qayta tug'uvchi ayolda kuzatilgan. Homiladorlik 1-trimestrida 15 ta (75%) ayolda ilk toksikoz, 1 ta (5%) ayolda homila tushish havfi, 2 ta (10%)ayolda TORCH infeksiyasi. Homildorlik 2-trimestrda 9ta (45%)ayolda erta tug'ish havfi. Ekstragenital kasalligi mavjud ayollar 20 ta (100%) ayolda (kamqonliko'rtadaraja 18ta (90%), og'ir daraja 2 ta (10%)), buyrak va siydik chiqaruv yo'llari kasalliklari 6ta (30%), 2ta ayolda gestatsion gipertenziv holatlar, 1 ta ayolda og'ir preeklampsiya, kolpit 11 ta ayolda (55%) . Tug'ruq kechishi: 12 ta (60%) ayolda tabiiy tug'ruq yo'llaridan (shundan 1 tasi ilk tug'uvchi ayolda epiziotomiya usuli bilan), 8 ta (40%) ayolda kesarcha kesish (xammasi ilk tug'uvchi ayollarda), 15 ta (75%) ayolda qog'onoq suvlari barvaqt ketishi. 12 ta(60%) ayoldatug'ruq 40-41haftada, 8 ta(40%) ayolda 39 haftada sodir bo'lgan. Tug'ilgan chaqaloqlar Apgar shkalasibo'yicha 13tasi (65%) 6-7 ball, 7 tasi (35%) 8 ball.

Xulosa. Homila dumbasi bilan kelgan ayollarda homiladorlik ilk toksikozlar, homila tushish havfi, kamqonlik fonida kechishi, gipertenziv holatlar, qog'onoq pardasini vaqtidan oldin yorilishi uchrashi yuqori. . Homiladorlik vaqtida homiladorlikni olib borish algoritmini to'g'ri amalga oshirish, tug'ruqni tabiiy yo'llardan olib borish yoki kesar kesish amoliyotini qo'llash haqida asosli qaror qabul qilish ayol va bolalar hayoti uchun muhim, ona va bola o'limi holatlari, tug'ruq travmalari uchrashi kamayadi.

REPRODUKTIV FUNKSIYA BUZILISHI GENEZIDA GEMOSTAZ PATALOGIYASI. GEMOSTAZ PATALOGIYASIDA ASOSIY DIAGNOSTIK YONDASHUV

Usmonova X.A. Maqsudova M.M.
Siz ona bo'lasiz eku markazi.

Kalit so'zlar: koaguloramma, trombofiliya, past molekulai geprin, homiladorlik.

Aktualligi. Trobmofiliya – bu orttirilgan yoki nasliy kasallik bo'lib tomirlarda tromb xosil bo'lishiga moyillik hisoblanadi. (Bates et al., 2012). Trmbofiliya termini qon ivish sistemasidagi buzilishni tavsiflash uchun ishlatilib bundan tashqari o'z ichiga tomirlarda toromb hosil bo'lishiga havf yuqori bo'lgan bir qator holatlarni o'z ochiga oladi. Trombofiliya simptomlari tromboznig joylashgan joyi va darajasiga bog'liq. (Tsikouras et al., 2019).

Homiladorlik davrida trombofiliyaga moyilligi mavjud bo'lgan ayollarda patologik giperkoagulyatsiya jarayoni rivojlanib bu holat erta yoki kech muddatlardagi reproduktiv yo'qotishga va akusherlikdagi yo'ldoshing muddatidan oldin ko'cishiga yoki preeklampsiyalarga olib kelishi mumkin. Xomilani yo'qotish sindromini davolash usuli sifatida antikoagulyant terapiya 20-asrning so'nggi o'n yilligida dolzarb bo'lib qoldi. Biroq, homiladorlik davrida foydalanish uchun nisbatan xavfsiz bo'lgan dorilar doirasi juda tor. PMOG imkoniyatlari doirasi antikoagulyant xususiyatlar bilan cheklanmaydi. PMOG lar trofoblast hujayralariga sitoprotektiv ta'sir ko'rsatishi, uning proliferatsiyasi va differentsiatsiyasini rag'batlantirish va xorionik gonadotropin sekretsiyasini kuchaytirishi tufayli tuxumdonning endometriumga implantatsiyasini osonlashtiradi. Hozirgi kunda geparin va uning hosilalari torombotik asoratlarni profilaktikasi va davolashda eng samarali prepartlardan biri hisoblanadi. Gemostazni o'rganishning standart usuli (qisman aktivlashgan tromboplastin vaqti, trombin vaqti, protrombin vaqti) va tomirichi qon ivishining aktivatsiyasi markerlaridan (eruvchi fibrin monomerlari komplekslari, D-dimer) foydalanib geparin va uning xosilalarini samaradorligini baxolash mumkin.

Tadqiqotning maqsadi. Trombofiliya mavjud ayollarni past molekulali geparin bilan davolashda gemostaz tizimini nazorat qilishni o'rganish.

Tadqiqoning material va metodi. Biz "Siz ona bo'lasiz klinikasi"da trombofiliya tashxisi qo'yilgan, anmnezida 1 va undan ortiq rivojlanmagan xomiladorlik bo'lgan va koagulogramma nazorati ostida PMG va antigagregant buyrilgan 94 ta ayolni prospektiv ravishda o'rgandik. Ayollar ikki gruppaga bo'linib 1- gruppa ko'proq ijobiy natija olgan 61 ta (64.9%) ayollardan tashkil topdi. 2 – nazorat gruppasiga 33 ta (35.1%) kam kamroq natija olgan ayollar kiritildi. Hayot sifati bu – keng qamvroli tushuncha bo'lib ushbu kasallik bilan bog'liq bo'lgan jismoniy, emotsional, va sotsial aspektarni o'z ichiga oladi. Homiladorlik davrida ayollar bizning nazoratimizda bo'lib hayot sifatini va hayot tartibidan qoniqishi bo'yicha so'rovnomadan xar oy o'tkazildi, va klinik labarator tekashiruvlardan o'tkazildi. Xar 10-15 kunda ayollar koagulogramma analizi topshirishidi.

Mutaxasisilar tibbiy ko'rik, labarator ma'lumotlar, xomilaning muddatida tirik tug'ilishi va boshqa olingan natijalar asosida ushbu programmaning ularning samaradorligini har 3 kuztib borishdi.

Natijalar. Bizning anamnez ma'lumotlarini tahlil qilish shuni ko'rsatadiki ayolarnig yoshi 20 yoshdan 40 yoshgacha variatsiya qildi va o'rtacha yosh 28±4,6 bo'ldi. 94 ta ayoldan n=23(24.4%) tasida xomiladorlik YRT yoradamida bo'lgan. O'rganilgan ayollarning umumiy sonidan (n=94 (100%)) ayollarning 82,6% dan ortig'i qo'l va oyoqlarning uvushishi va tomir tortishidan, 64,2% bosh og'rig'i belgilaridan va 35,8% uyqu buzilishidan shikoyat qilgan. Nazorat guruhida xomilaning o'z-o'zidan tushishi asosiy guruhga nisbatan 2,16 baravar yuqori bo'lib, rivojlanmagan homiladorlik esa asosiy guruhda nazorat guruhiga qaraganda 2,54 baravar yuqori bo'lgan.Tadqiqotimizda asosiy guruh ayollarida simptomlarning yaxshilanishi va yo'qolishi va koagulogrammaning normallashishi bo'yicha sezilarli naitjalar aniqladi. Nazorat guruh bilan solishtirganda n=47 (77,1%)da uyqu yaxshilangani, n=51da (83,6%) qo'l va oyoqlarda uyushish va jimirlashlar yo'qolgani, n=22 (36,1%) da bosh og'rig'i kamaygani kuzatilgan. Nazorat guruhi bilan

taqqoslaganda asosiy guruhda homiladorlik bo'lishi va tirik tug'ilish ko'rsatkichi bir necha barobar yuqori bo'ldi n=28 (45,9%), n=2 (6,1%) (p=0,0001) tegishli ravishda. Tahlillarimiz shuni ko'rsatdiki, asosiy guruh nafaqat tirik tug'ilish bilan homiladorlikka erishish, balki homiladorlik davrini trombofiliyali kasalarda yaxshi kechishi bilan kuzatildi.

Xulosa.Izlanishimiz shuni ko'rsatdiki, tadqiqotda faol ishtirok etgan trombofiliyali ayollar uyquni normalashishiga, klinik simptomlarni kamaytshiga, qo'l va oyoqlarning uvishishlarni sezilarli darajada kamayishiga, doppler ko'rsatkichlarini yaxshilashga, bosh og'rig'ini yo'qotishga va umumiy sog'lig'ini yaxshilashga muvaffaq bo'lishdi. Kontrol guruhidagi ayollarda boshqa ekstragenital kasalliklar bilan uchrashi asosiy guruhdagi ayollarga qaraganda yuqori bo'ldi, bu ham ularning natijadan qoniqishiga ta'sir qilishi mumkin.

TUG'RUQDA VAKUUM EKSTRAKSIYASINI QO'LLASH

Xatamova O'. R. Shokirova S.M.
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Muammoning dolzarbligi. Tug'ruq II davrining cho'zilishini asosiy sabablari:

- Ayolning charchab qolishi
- Esterogen gormoni yetishmovchiligi
- Homila disproporsiyasi;
- Ayolda tug'ma yurak nuqsonlari, arterial gipertenziya;
- Ayol yoshi 18 yoshdan kichik, 35 yoshdan katta bo'lganda

Tug'ruqning II davrini cho'zilishi homila boshini uzoq vaqt kichik chanoq soxasida suqilib turilishiga sabab bo'ladi. Natijada esa chaqaloqda shikastlanishlar, asfiksiya, intranatal o'lim; ayollarda esa kesar kesish bo'lishi natijasida chandiqli bachadon bilan homiladorlik, tug'ruq travmalari holatlari ko'p uchraydi. Hududimiz bo'yicha tug'ruq kuchlari sust bo'lishi tug'uvchi ayollarning 5 % da uchramoqda. Buning natijasida esa akusherlik asoratlari, chandiqli bachadon bilan homiladorlikda kichik intervallar hisobiga bachadon yorilishi, bachadon choklari atrofida bitishmalar paydo bo'lishi, akusherlikda qon ketish asoratlari ko'p uchramoqda. So'nggi 20 yil ichida akusherlik asoratlari ko'rsatkichi ortib ketdi.

Tekshiruv maqsadi. VE bilan tug'dirilgan ayollar hamda kesar kesish operatsiyasi bilan tug'dirilgan ayollarda tug'ruqdan keyingi asoratlarni taqqoslash

Tadqiqot materiali va tekshiruv usullari. Izlanish davomida qo'yilgan maqsadni amalga oshirish uchun 20 nafar ayollar tug'ruq tarixini taxlili olib borish rejalashtirildi. Tekshiriluvchilar 2021-2022 yillar davomida Andijon shaxar 2-tug'ruq kompleksida tug'ruq kuchlari sustligi sababli kesar kesish operatsiyasi bilan va VE bilan tug'dirilgan ayollardan iborat. Buning uchun umumiy klinik tahlillar (umumiy qon va siydik tahlillari, qon bioximik tahlili, Nechiporenko tahlili, 3 nuqtadan surtma tahlili), akusherlik tekshiruvlari va Instrumental tekshiruvlar (dopplerometriya) natijalaridan foydalaniladi

Tekshiruv natijalari. Tug'ruq ikkinchi davrining cho'zilishi natijasida homilada gipoksiya yuzaga keladi va bu tezkor akusherlik aralashuvini talab qiladi.

Tug'ruq II davri cho'zilgan ayollarning 6 (30%) kesar kesish operatsiyasi orqali, 14 (70%) VE bilan tug'dirilgan. Kesar kesish bilan tug'dirilgan ayollarning 1 (16.67%) da operatsiyadan keyingi isitma, 1 (16.67%) da ichaklar parezi, 2 (33.34%) da chilla davrida qon gipotonik ketish, 2 (33.34%) da hech qanday asorat kuzatilmagan. Ayollarning 6 (100%) da operatsiyadan keyingi kamqonlik yuzaga kelgan. VE bilan tug'dirilgan ayollarning 14 (100%) da epiziotomiya, epiziografiya operatsiyalari amalga oshirilgan. Ulardan 12 (85,7%) da hech qanday asorat kuzatilmagan; 1 (7.15%) da tug'ruqdan keyingi jaroxat choklarining ochilib ketishi; 1 (7,15 %) da tug'ruqdan keyingi jaroxat choklarining yiringlab ketishi kuzatilgan.

Xulosa. Tug'ruqning ikkinchi davri sustligi yuzaga kelganda homilani tug'ruq yo'llarida uzoq vaqt turib qolib, homila o'tkir gipoksiyasi yuzaga kelishini oldini olish, sog'lom chaqaloq

tug'ilishni ta'minlash, tug'uvchi ayolga yordam qilish, kesar kesish operatsiyasini oldini olib, chandiqli bachadon bilan homiladorliklar yuzaga kelishini kamaytirish maqsadida tug'ruqda vacuum ekstraksiyani qo'llanilsa va chilla davrida ayol sanitariya-gigiyena qoidalariga amal qilib tug'ruq choklarini parvarish qilsa tug'ruqdan keyingi infeksion va noinfeksion asoratlar kuzatilmaydi

CHAQALOQLARDA SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASI KECHISHI

Xazratkulova M.I.
Samarqand davlat tibbiyot universiteti tayanch doktoranti

Mavzuning dolzarbligi: Sitomegalovirus infeksiyasi tug'ma infeksiyalar orasida birinchi o'rinda turadi, turli xil nuqsonlarning shakllanishiga katta hissa qo'shadi. Tug'ma SMVI onaning virus bilan infeksiyalanishi yoki uning qayta faollashishi natijasida rivojlanadi, faol infeksiyalanishni keltirib chiqaradi. Homila erta homiladorlik davrida infeksiyalangan bo'lsa, markaziy asab tizimi, yurak-qon tomir, buyraklar va boshqalarning turli xil nuqsonlari shakllanadi. Homiladorlikning kech davrida infeksiyalanganida, SMVIning faol shaklida kechganda yangi tug'ilgan chaqaloqlar uzoq muddatli nevrologik oqibatlarga olib keladi va eshitish qobiliyatini yo'qotishi, ko'rish organining shikastlanishiga olib kelishi mumkin. O'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlar orasida perinatal o'lim stasistikasida sitomegalovirus infeksiyasi 37,5% ni tashkil qiladi.Tug'ma sitomegalovirus infeksiyasi bo'lgan bolalarda turli nuqsonlar natijasidagi o'lim darajasi 61,4%ni tashkil etishi aniqlangan. Tug'ma SMVI ham belgilarsiz ham og'ir shaklda kechishi mumkin, og'ir shaklda kechganda ko'pincha halokatli natija qayd etilishi mumkin. Shu bilan birga, SMVI ning og'ir kasallik shakliga ega bo'lgan bolalarning deyarli 90 foizi keyinchalik turli somatik va nevrologik asoratlar nuqsonlarini rivojlantiradi va simptomsiz kechgan holatlarda, faqat 5-17% bolalarda SMVI ning turli shtammlari sabab bo'lgan turli xil kasalliklar paydo bo'lishi mumkin. Sitomegalovirus infeksiyasining klinik ko'rinishlari xilma-xil bo'lib, umumiy shaklda o'pka, buyraklar va ichaklarning shikastlanishi tez-tez kuzatiladi, jigar va boshqa organlarda nisbatan kamroq kuzatiladi. Tug'ma umumiy sitomegalovirus infeksiyaslanishida sariqlik, teri va shilliq pardalardagi gemorragik toshmalar, ichki organlar va miyada qon quyilishi, tug'ma nuqsonlar, og'ir anemiya, shuningdek, ko'zning shikastlanishi va eshitish qobiliyatining yo'qolishi ko'pincha qayd etiladi Homiladorlikning birinchi yarmida homilaning infeksiyalanishi eng xavfli hisoblanadi, chunki sitomegalovirus teratogen xususiyatga ega. Homiladorlik davrida ultratovush tekshiruviga ko'ra, sitomegalovirus infeksiyasining belgilari maxsus bo'lmagan patologik o'zgarishlar bo'lishi mumkin: yo'ldoshning qalinlashishi, qog'onoq suvining kam yoki ko'p bo'lishi, homila rivojlanishining kechikishi, gepatosplenomegaliya, perikardial va plevra suyuqligining mavjudligi, assitlar, mikrosefaliya, ventrikulomegaliya, miya anomaliyasi, miyaning periventrikulyar sohalarida nuqsonlar va giperexogen o'choqlar, shuningdek, jigar va ichaklarda giperexogen o'choqlar, piyeloektaziya, giperexogen buyraklar, o'pka gipoplaziyasi, kabi o'zgarishlarni kuzatish mumkin.

Tadqiqot materiallari va usullari: Bizning tekshirish obyektimiz Samarqand viloyat Perinatal markazida Homila ichi infeksiyalanishi tashxisi bilan 3 nafar tug'ilgan chaqaloqlar kuzatuvi bo'ldi. 2022 yilning ikkinchi-uchinchi choragida tug'ilgan chaqaloqlarning anamnezi klinikasi va laborator instrumental tekshiruvi hisoblanadi.

Natijalar: M.F. bolasi 14.08.22da tug'ilgan bolasi bo'lib, 2-homiladorlikdan 2-farzand. Birinchi farzand 2021-yil tug'ilgan, o'g'il jinsli farzandi bo'lib, homila ichi infeksiyasi tashxisi bilan 3 oyligida nobud bo'lgan. Ikkinchi homila ushbu farzand bo'lib,tug'ilgandagi vazni 2620gr/47sm. Tug'ruq zalidagi tashxisi: markaziy asab tizimining perinatal zararlanishi, nafas yetishmasligi o'rta darajadagi yetishmasligi tashxisi qo'yilgan. Perinatal markazning chaqaloqlar reanimatsiya markazida ushbu chaqaloqqa homila ichi infeksiyalanishi, homila ichi infeksiyalanishi, tug'ma pnevmoniya tashxisi qo'yildi va standart asosida davo muolajalarini oldi.

Chaqaloqning markazdagi laborator tahlillaridagi o‘zgarishlar quyidagicha kuzatildi: umumiy qon tahlilida Hb-142, ert-4.81, ley-23.93, neyt-56.6%, lim-28.4%, mon-13.0%, trom-287 ekanligi aniqladi. Siydik tahlilida oqsil-0.363/11, o‘tib ketuvchi epiteley-10-18, erit-10-14 leykositlar-katta miqdorda, tuzlar(+) ekanligi aniqlandi.UZI va neyrosonografiya tekshiruvida: bosh miya gipoksiyasi belgilari, oq buyraklar belgisi, gepatosplenomegaliya tashxisi qo’yilgan, yurakda qorinchalararo devor nuqsoni aniqlandi. IFA tekshiruvi orqali chaqaloq qoni tekshirilganda siydik tekshirilganda SMVI ga tekshirilganda IgG 1.927 (normada 0.412 gacha) aniqlandi. standart davo muolajalari o‘tkazilib chaqaloq hayotining 18 kunida qoniqarli ahvolda perinatal markazdan javob berildi va nazoratga olindi. Hozirda chaqaloq buyraklar zararlanishi belgilari ya’ni piyelonefrit belgilari bilan bolalar nefrologik tomonidan ikki marta davo muolajalari o‘tkazildi va nazorat davom etmoqda.

Ikkinchi bemor B.E. bolasi III homiladorlik III tug‘ruqdan tug‘ilgan chaqaloq, avvalgi farzandlarini sog‘lom deb biladi. B.E ning 13.06.22 sanada tug‘ilgan farzandining vazni 1.640 kg bo‘lib, boyi 39 sm, apgar shkalasi bo‘yicha 5-6-7 ball bilan baholangan. Chaqaloq anamnezida onasining homiladorligi davomida ikki marta O‘RIK bilan kasallangan, kuchli toksikoz 4 oygacha bezovta qilgan, qog‘anoq suvlari kam bo‘lib yurgan, ikki marta ambulatory sharoitda davolangan. Chaqaloq tug‘ilgandagi tashxisi nafas buzilish sindromi, NE yengil darajasi, tug‘ma katarakta, chov churrasi, chalalik 31 haftalik deb tashxis qo‘yilgan. Tekshirishlar natijasida umumiy qon tahlilida gemogobin – 88 g/l, leykositlar -10.5, tayoqcha yadroli -13, segment yadroli – 56%, mon. – 4%, limfositlar – 30%, eozinofillar – 1% ekanligi aniqlandi. Qon biokimyo tahlilida kuchli o‘zgarishlar kuzatilmadi. Chaqaloqni IFA tahlili orqali SMVI ga tekshirilganda IgG 2.623 (normada 0.412 gacha), PZR qon tahlilida chaqaloq qonida SMVI-15.12 aniqlandi. Neyrosonografiya tekshiruvida: boshning o‘ng qorincha psevdokistasi, chap qorincha shohida qon quyilish aniqlangan. chaqaloq tug‘ilgandan so‘ng uchinchi sanasida tug‘ma ichak tutilishi tashhisi bilan SamMI 2-son klinikasi chaqaloqlar bo‘limiga og‘ir ahvolda ko‘chirildi. U yerda tug‘ma ichak tutilishi, chalalik-32 haftalik, morfofunksional yetilmaganlik, poliorgan yetishmaslik, TORCH infeksiya tashxisi bilan standart asosida davo muolajalari o‘tkazilgan, shunga qaramasdan chaqaloq 28.06.22 sanasida o‘tkir nafas yetishmovchiligi II-III darajasi, o‘tkir yurak-qon tomir yetishmovchiligi III darajasi, ikki tomonlama asperatsion pnevmoniya og‘ir darajasi, poliorgan yetishmovchiligi, ichaklar parezi, TORCH infeksiya chalalik 32 haftalik tashhisi bilan vafot etdi..

Uchinchi chaqaloq A.N bolasi ikkinchi homiladorlikdan birinchi farzand. Birinchi homilasi 33 haftaligida 900 gr bo‘lib tug‘ilib, 2 kunda vafot etgan. Ikkinchi farzand ushbu chaqaloq bo‘lib, 2.08.22 da tug‘ilgan. Anamnezidan homiladorlik vaqti davomida ikki marta O‘RIK bilan kasallangan. Kamqonlik Hb-74 g/l, qon bosimi homiladorlik davomida 120-160 mm/simob ustuni oralig‘ida ko‘tarilib turgan. Qog‘anoq suvlari yashil rangli iflos bo‘lgan. Homiladorlikning barcha davri davomida homila tushish xavfi fonida kechgan. Chaqaloq 35 haftaligida homiladorlik gestozi og‘ir darajasi tashhisi bilan Kesarcha kesish operatsiyasi yo‘li orqali tug‘ilgan. Chaqaloq tug‘ilgandagi tana vazni 2000 gr/48 sm bo‘lgan. Chaqaloqning umumiy ahvoli juda og‘ir, ko‘rikda reaksiyasi sust, ranglari ekterik rangda Kramer shkalasi bo‘yicha beshinchi qismgacha sariqlik kuzatildi, reflekslari chaqirilmaydi. O‘pkasida sust nafas eshitiladi, yurak tonlari bo‘g‘iq, Ps-ritmik, jigari+2.5 sm qovurg‘a yoyidan kattalashib, qattiqlashdi.10 kundan so‘ng sariqlik ketishi bilan elastikligi qayta boshladi. Taloq kattalashmagan. UZI tekshiruvida fetal gepatit tashxisi quyilgan. Qon umumiy tahlilida: 10.08.22 sanasida ley-13.34, lim-44.2%, mon-18.7%, neyt-36.7%, gemoglobin-122g/l, trombositlar-223, ECHT-3 mm/s; Qonning umumiy biokimyosida: ALT-22, AST-33, umumiy bilirubin - 660.50 mkmol/l, bevosita bilirubin-452.52 mkmol/l, bilvosita bilirubin - 207.98 mkmol/l, mochevina - 4.09 mmol/l, qondagi kreatinin - 23.2 mkmol/l, azot qoldig‘I - 15.9 mmol/l aniqlandi. IFA tahlilida - SVMI IgG-0.535, oddiy gerpes-IgG 0.796 (0.163 norma), qizamiq-IgG 1.353 (0.314); PZR qon tahlilida 15.6 SMVI aniqlandi. Siydik tahlilida: siydikdagi oqsil - 0.165, leykositlar - 11-12-13, epiteleylar - 3-4, tuzlar (+), bakteriyalar - (+) aniqlandi. Standart asosida chaqaloq davo muolajalarini olgandan so‘ng 12-kundan boshlab ijobiy tamonga

o‘zgara boshladi. 18-kuni tug‘ruqxonadan uyiga javob berildi. Shundan buyon chaqaloq nazoratga olingan va kuzatuv davom ettirilmoqda.

Xulosa: kuzatuv va tekshiruv natijalaridan shu aniqlandiki, SMVI bor bo‘lgan homilador ayollar doimiy nazoratda bo‘lishi zarur, ularga standart davo muolajalarini erta boshlash, poliklinika sharoitida SVMIni erta aniqlash va profilaktika ishlarini nazoratga olish zarurligini ko‘rasatadi. Zero, bu infeksiya homiladorlik davrida juda ko‘p sonli nuqsonli holatlar bilan tug‘ilishlarga, shu bilan birga bolada keyinchalik ham barcha a’zolarda turli xil somatik kasalliklarni keltirib chiqarishiga shuningdek fiziologik moslashuv davrining og‘ir kechishiga sabab bo‘lishi mumkinligi yuqorida keltirilgan holatlarda ham o‘z isbotini topmoqda.

ЎЗБЕКИСТОН, СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТИДА ҲОМИЛАДОРЛАРДА ФЕТО-ПЛАЦЕНТАР ДИСФУНКЦИЯ МУАММОСИ.

Жўраева Д.М., Ешимбетова Г.З.
Сурхандарё вилояти Термиз тумани “Оқтош” клиникаси
ЎзР. ССВ қошидаги ТХКМРМ. Акушерлик-гинекология ва ПМ кафедраси

Резюме.Калит сўзлар: Плацентар дисфункция етишмовчилик, эндотелиал дисфункция, ҳомила ривожланмаслиги, преэклампсия, анемия 2 даражаси,

Л-аргинин, доплерография, нормал туғруқ, йўлдошнинг эрта қариши.

Кириш: Плацентар дисфункция бу- турли хил нозологик шаклдаги соматик ва генитал касалликлар натижасидаги асоратлар туфайли плацента ва ҳомила ўртасидаги қон айланишнинг бузилиши оқибатида ҳомила томонидан юзага келадиган симптомлар мажмуидир.

Клиник амалиётда мазкур симптомокомплексга ҳомиладорликнинг кечки муддатларида допплерография текшируви орқали ташҳис қўйилиб, бачадон-платцента хомила ўртасидаги қон айланишининг бузилиши даражасига қараб, 3 босқичи тафовут қилинади. ПД алоҳида эмас, балки бошқа ёндош касалликлар билан биргаликда аниқланиб, олиб борилган даво чораларига қарамасдан, бир босқичдан кейинги босқичга ўтиб кетиш эҳтимоллиги юқори бўлган асоратлардан биридир.

ПД бугунги кунда акушерлик амалиётида долзарб муаммолардан бири бўлиб келмоқда. Чунки бу патология, ҳомила нобуд бўлишига асосий сабаблардан биридир. Она-йўлдош-бола ўртасидаги қон айланишнинг бузилиши туфайли, ҳомиланинг вақтига мос равишда ўсмаслиги ва натижада ҳомиланинг анте-, интра- ва постнатал даврларида ўлимига олиб келувчи асосий патофизиологик омил ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда аҳоли ўртасида микронутриентлар етишмаслиги, озиқланиш занжири бузилишлари, шу жумладан ҳомиладорликда макро- ва микроэлементлар етишмаслиги ёки уларнинг яширин белгиларини ўз вақтида диагностика қилинмаслиги ва аёлларга тўлиқ ҳомиладорликдан олдин прегравидар тайёргарлик олиб борилмаслиги оналик ва болаликни муҳофаза қилиш ва репродуктив саломатлик йўналишидаги ечим талаб қилиб турган актуал масалалардан бири ҳисобланади.

Сурхондарё вилоятининг ўзига хос минтақавий хусусиятлари, яъни иссиқ иқлими, юқори инсоляция даражаси, эндемик оғир йод танқислиги зонаси эканлиши, ҳамда воҳа аҳолисининг ўзига хос менталитети (паритети юқорилиги,интергенетик интервал қисқалиги), аҳоли демографик кўрсаткичларига ўз таьсирини кўрсатади. Шунингдек, вилоятнинг четки ҳудудлари, чўл ва тоғли зоналарида юқори малакали мутахассислар етишмовчилиги, репродуктив саломатлик йўналишидаги тиббий хизматларнинг талаб даражаси ва бу ёшдаги хотин-қизларга кўрсатилаётган антенатал парвариш юқори даражада эмаслиги, туғруқлар ўртасидаги интергенетик интервал сақланмаслиги, катта ёшли ва кўп туғувчи экстрагенитал касаллиги бўлган аёллар ўртасидаги ҳомиладорлик ва туғруқлар ПД ривожланишининг билвосита сабабларига киради.

Изланишимиз мақсади, Сурхондарё вилояти Перинатал марказида 2020-2021 йилларда ва 2022 йилнинг дастлабки ярим йилида содир бўлган барча туғруқларни ўрганиб чиқиш ва унинг асосида ПДга олиб келаётган асосий омилларни аниқлаш ва уни даволашдаги йўл қўйилган нуқсонларни бартараф қилиш бўлди.

Сурхондарё ВПМнинг туғруқ патологиясида ПД дан даволанган 300 нафар ҳомиладор аёлларни таҳлил қилиш жараёнида туғруқлар сони, беморнинг ёши, интергенетик интервали, аниқланган соматик касалликлари ва акушерлик патологиялари инобатга олинди.

2020-2022 Сурхондарё ВПМда (3йил) даволанган 18 ёшдан 39 ёшгача бўлган ҳомиладорларнинг ўртача ёши 24ёшни ташкил этди.

Паритет таҳлили шуни кўрсатдики, 300 та ҳомиладорнинг 55 тасида 1- туғруқ, 63 тасида 2- туғруқ, 87 тасида 3- туғруқ, ва 95 тасида 4 ва ундан ортиқ туғруқ эканлиги аниқланди.

Интергенетик интервал ўртача 1.3 йилни ташкил этди,бу албатда Ўзбекистон Республикаси бошқа худудларига нисбатан камдир.

Сурхондарё ВПМда 2020 йилда 3745 та туғруқ, 2021 йилда 4085 туғруқ, ва 2022 йилда 4613 туғруқ содир бўлган. Бу кўрсаткичлар йил сайин туғруқлар сони 17% га кўпайиб кетаётганини кўрсатади.

Кузатиш давомидаги умумий туғруқлар сони 12443 ни 100% деб олсак, 19% энг кўп туғруқ кузатилган 2022 йилнинг июн-июл ойларида содир бўлди.

Кузатилган 300 ҳомиладор аёлда учраган соматик касалликларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, 164 та аёлда камконлик, 68 аёлда сийдик йуллари инфекцияси, 49 та аёлда ошқозон-ичак касалликлари, 53 аёлда жигар ва ўт қопи касалликлари, 71 аёлда варикоз касаллиги ва 31 аёлда юрак-қон томир касалликлари учраган. Улар ичида энг кўп кайд этилаган касалликлар- бу камқонлик, сийдик йўли инфекцияси бўлган ва 68 ҳомиладорлар аёлда 22.6% да кузатилаган. Улардан 17 тасида «Ўткир цистит» ташҳиси қўйилган бўлса, 51 таси гестацион пиелонефрит ташҳиси билан стационар даволанган.

2020 йилда ҳомиладорлик вақтида кузатиладиган ва ПД га олиб келиши мумкин бўлган акушерлик асоратлари ичида энг кўп учраган Преэклампсия касаллиги бўлди. Бу касаллик- 3745 нафар ҳомиладордан 1253тасида кузатилди ва 33.5% ни ташкил қилди. Преэклампсиядан даволанган 613 та аелнинг 243 тасида енгил ва 371 тасида оғир ПЭ ҳолати қайд этилган.

2020 йилда изланиш мобайнида аниқланган соматик касалликлар ва акушерлик асоратлар таҳлили таблицада (Таб. 1) кўрсатиб ўтилган.

Изланиш натижалари шуни курсатдики, бачадон-йўлдош-ҳомила қон айланиш тизимида аста-секин ривожланиб борувчи ва ҳомила озиқланишининг сурункали бузилишига олиб келувчи -ПД, энг кўп Преэклампсия, сийдик йўли инфекцияси касалликлари ва варикоз касаликлари туфайли ривожланади.

2021 йилда хам ҳомиладорлик вақтида кузатиладиган ва ФПЕ га олиб келиши мумкин бўлган акушерлик асоратлари ичида энг кўп учраган Преэклампсия касаллиги бўлди. Бу касаллик- 4085 нафар ҳомиладордан 1623тасида кузатилди ва 39.7% ни ташкил қилди. Преэклампсиядан даволанган 914 та аелнинг 296 тасида енгил ва 618 тасида оғир ПЭ ҳолати қайд этилган.

2022 йилнинг бошланғич ярим йиллиглда ҳомиладорлик вақтида кузатиладиган ва ФПЕ га олиб келиши мумкин бўлган акушерлик асоратлари ичида энг кўп учраган Анемия касаллиги бўлди. Бу касаллик- 2613 нафар ҳомиладордан 1045 тасида кузатилди ва 40.1% ни ташкил қилди. Анемиядан даволанган 625 та аелнинг 143 тасида енгил ва 482 тасида оғир Анемия ҳолати қайд этилган

Сурхондарё ВПМ 2020-2022 йилларда давомида содир бўлган туғруқлар таҳлили қуйидагича:

ФПЕ нинг доплерографик ҳолати бўйича даражаларига кўра:

Іа босқичида умумий туғруқлар сонига нисбатан 41 %,
Іб босқичида умумий туғруқлар сонига нисбатан 26 %,
II босқичида умумий туғруқлар сонига нисбатан 19%,
III босқичида умумий туғруқлар сонига нисбатан 14 % ҳолатларда учраган.

Іа босқичидаги ФПЕ аниқланган ҳомиладор аёллар ўртасидаги олиб борилган даво муолажалари 90% да ҳомила ўз муддатига етиб, асоратсиз физиологик туғруқлар содир бўлган.

Іб босқичида ФПЕ аниқланган ҳомиладор аёллар ўртасидаги 35% да асоратсиз физиологик туғруқлар содир бўлиб, шундан 27% ҳолатда ФПЕ ривожланиб, II босқичга ўтган. 17 % ҳолатда ҳомиланинг она қорнида ўсишининг чегараланиши кузатилган. 18 % ҳолатда ёндош экстрагенитал касалликлари асорати сифатида ҳомилалар туғилиб, эрта неонатал муддатларда нобуд бўлган.

ФПЕ аниқланган II босқичида 25 % ҳолатда асоратсиз туғруқлар кузатилган. 67% ҳолатда III босқичга ўтган. 23 % ҳолатда ҳомила она қорнида ўсишининг чегараланиши синдроми юзага чиққан.

Резюме: (Хулосалар ва таклифлар)

Юқоридаги статистик таҳлиллардан келиб чиқиб, қуйидаги хулосалар ва таклифлар берамиз.

1. Ҳомиладор аёллардаги учрайдиган соматик касалликларни ўз вақтида диагностика қилиш ва кўрсатмасига кўра тор мутахасислар билан ҳамкорликда доимий кузатув олиб бориш керак.
2. Ўзбекистон Республикаси ССВ томонидан қайта ишлаб чиқилган санаси ва тўлиқ номи “Ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш” стандартига мос равишда абсолют монеълиги бўлган патологияларда ўз вақтида ҳомиладорликни тўхтатишзарур.
3. Акушерлик патологияларда энг кўп учрайдиган гипертензив ҳолатларнинг асорати ФПЕ ни эрта диагностика қилиш мақсадида скрининг хоналарида текширувни йўлга қўйиш. (Тестовой скрининг преэклампсии)

4.Даволаш усулларини кўриб чиқиб мукаммаллаштириш зарур.

ХОМИЛАДОРЛИК ВАҚТИДА ҚИН ДИСБИОЗИНИ ЎРГАНИШ ВА ДАВОЛАШ ПРИНСИПЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ.

Исроилова Г.М.
Андижон давлат тиббиёт институти.

Мавзунинг долзарблиги :Ҳомиладор аёллар қин дисбиоз бактериал микрофлоранинг сифат ва миқдорий таркибининг бузилишини тавсифлайди. Ҳомиладор бўлмаган аёлларда бактериал вагиноз билан касалланиш 15-35,5% ни, ҳомиладор аёлларда еса 38% га ташкил етади. Ҳомиладор аёллар орасида бактериал вагиноз 44,44% , аралаш флорали вагинит 25% ва сурункали вулвовагинал кандидоз 30,55% ҳолларда аниқланган.

Ҳомиладорликни режалаштиришдан олдин қин микробиоценоз ва аёл жинсий тизимининг юқори ва пастки бўлимларининг тарқалган инфекциялари оқибатларини баҳоламаслик ҳомиладорликнинг нохуш кечиши ва ҳатто ҳомила тушушига олиб келиши мумкин. Ҳомиладор аёлларда қин микробиоценоз патоген яллиғланиш жараёнлари натижасида ҳомиладорлик кўтара олмаслик 45%, ектопик ҳомиладорлик 3% кузатилади**.**

Тадқиқот мақсади:Ҳомиладор аёлларда қин дисбактериозини учраш частотаси ва хусусиятларини , унга олиб келувчи микроорганизмларни аниқлаш. Қин микробиоценози ўзгариш бўлган аёлларда инфексияларни ҳомиладорлик даври таъсирини ўзига хос хусусиятларини баҳолаш, юзага келадиган хавф факторларни олдини олиш.

Тадқиқот материали ва усуллари : Текширувга кўйилган мақсадни амалга ошириш учун 30 нафар инфексияланиши хавфи юкори бўлган хомиладор аёллар танлаб олиниб,

терширилди. Текширилувчилар , 2020 ва 2023 йиллар давомида Андижон шахар 2- Тугрук комплексида стационар ва амбулатор равишда даволанган аёллардан иборат. Допплерометрия, УТТ, Умумий клиник ва лаборатор текширувлар усуллари фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари:Ҳомиладорлик кўп сувлилик (56.6%), кам сувлилик (36.6%), преклампсия (40%), ҳомила ривожланиш нуқсони (13.3%) , ҳомила тушиш хавфи (40%) асоратлари ҳомила ички инфексияси таъсири фонида кечган.

ТОРЧ инфексиясидан ситомегаловирус 7 та (23.3 %), герпес 8та (26.6 %) хламидия 2та (6.6%), микоплазма 3та (10%), уреаплазма 2та (6.6 %) аниқланган. 3 (.) суртма таҳлил натижаларига кўра : II – Даража: 21та (70%) ҳомиладорлар, III - Даража : 7та (23.3%) ҳомиладорлар, IV - Даража: 2та (6.6%) ҳомиладорлар кузатилган.

Хулоса ; Ҳомиладор аёлларда қин микробиоценознинг бузулишларидан коррексия қилиш ва терапияси бу мураккаб вазифа саналади, кўплаб факторлар оқибатида ривожланиши ҳисобга олган ҳолда, даволаш профилактик чора ва тадбирлар патогенетик ва комплексили терапия характерли бўлиши керак. Ҳомиладор аёларда "Бактериал вагиноз", "вулвовагинал кандидоз", шунингдек, аралаш шартли патоген микрофлора билан "вагинит" ни ўз вақтида ташхислаш, кейин комплекс даволаш ва нормал қин микрофлораси қайта тиклашни ўз ичига олади. Шундай қилиб, вагинанинг ендоген микрофлораси – бу макроорганизм билан доимий мувозанатда бўлган, ендоген ва екзоген омиллар таъсирида ўзгаришларга дуч келадиган динамик биосистема.

ОБСТРУКТИВ ПИЕЛОНЕФРИТ БИЛАН ОҒРИГАН ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ

Мамаризаев А.А., Хамраев О.А.,Рустамов У.М.,Садикова Д.И.
Андижон Давлат Тиббиёт Институти

Хомиладорликда уродинамикани бузилиши буйракни косача-жомча системасида сийдик димланиши, буйрак паренхимасида йирингли жараёнлар ва уросепсисга олиб келади. Сийдик оқимини тиклаш усуллари,уни бажариш муддатлари хозирги вақтгача муаммо бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади: хомиладорлик пиелонефритини самарали даволаш усулларини аниклаш.

Текширув материали ва усуллари: АДТИ урология бўлимида 2018-2021 йилларда 325 нафар бемор ўткир обструктив пиелонефрит билан ётиб даволанган. Уларни ёши 18 дан 39 ёшгача. Булардан 210 таси ўнг томонлама,115 таси чап томонлама ўткир пиелонефрит ташхиси билан даволанган. Ташхис қўйиш учун умумклиник, лаборатор, ультратовуш, эндокоспик текширувлардан фойдаланилди.

Текширув натижаси: шуни кўрсатдики барча беморларда пиурия, бактериурия, қонда лейкоцитар формулани чапга силжиши ва ЭЧТ ни ортиши, қонда мочевина креатинин миқдорини ортиши кузатилди.

Беморларга тиббий ёрдам бериш учун 3 гурухга бўлдик.

1. Қисман пиелоколикоэктазияси бор беморлар (81).
2. Қисман пиелоэктазияси бор беморлар (92).
3. 152 та беморда ривожланган пиелоэктазия ифодаланган.

1-гурухдаги беморларни даволашга спазмолитиклар, холатига қараб тизза- тирсак холатида туриш,беморни соғлом томонга ёнбошлатиш.

2-гурухдаги беморларга сийдик найи катетеризацияси ёки стент қўйилди.

3-гурухдаги беморларга перкутан нефростомия ташрихи ўтказилди ва антибактериал муолажалар олди. Беморларга перкутан нефростомия ташрихи ўтказилгандан сўнг ўткир яллиғланиш белгилари ва оғриқлар йўқолди. Тана харорати меъёрлашди. Умумий ахволи яхшиланди.

Хулоса: текширувларимизга асосланиб, буйракни ўз вақтида ва тўғри дренажлаш хомиладорликни енгил ўтишида, хомилани ўз вақтида ва асоратсиз туғилишида мухим ахамиятга эга.

ГЕРИЯТРИЯДА СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИ КЕЧИШИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Мамаризаев А.А., Хамраев О.А., Рустамов У.М., Садикова Д.И.,
Андижон давлат тиббиёт институти

Клиницистлар фикрига кўра, кексаликда кўпроқ учрайдиган буйрак касаллиги пиелонефрит деб аталади. Аниқланиш кўра,унинг клиник ва амалий аҳамияти гериатрик нефрологиянинг асосий муаммоси ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: 60 ёш ва ундан катта ёшдаги сурункали пиелонефрит билан касалланган беморларнинг касаллик тарихларини ретроспектив таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: 2018-2021 йиллар АДТИ клиникаси урология бўлимида 60 ёшдан ошган беморлар “Сурункали пиелонефрит” ташхиси билан даволанганларнинг касаллик тарихлари сони 105та (эркаклар 40та аёллар 65та). Барча беморлар билан бажарилган ишлар-умумий сийдик анализи, қоннинг маълум бир даражада креатинин ва мочевина даражасини аниқлашнинг биохимик таҳлили, Реберг синамаси, буйраклар ультратовуш текширувлари ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: Ўтказилган сўров натижаларида аниқланди: (90та бемор) катта ёшли беморлар ичида чин батериурия (1мл сийдикда 100000дан ортиқ микроб хужайралари). Этиологик омиллардан кўпгина беморларда ичак таёқчаси аниқланди. Умуман олганда 45та беморларнинг қон таҳлилида енгил анемия ўзига жалб қилди. Биохимик тадқиқотларда 100та беморлар қони таркибида креатинин миқдори ошганлиги аниқланди, 34та беморда унинг кучсиз ошиб кетиши (плазмадаги креатинин 110-131 мкмоль/л), 1та беморда буйрак етишмовчилигини охирги босқичи (плазмадаги креатинин миқдори 704 мкмоль/л). 85та беморда калава фильтрлаш тезлиги 60-90 мл/мин, 20та беморда 40-60 мл/мин, 1та беморда 10мл/миндан камроқлиги аниқланди. Ультратовуш текширувида қуйидаги ўзгаришлар аниқланди: 89та беморда буйрак хажми ва ўлчамини камайиши, 85та беморда паренхима қалинлигини камайиши, 94та беморда буйраклар синуси хажмини ошиши,100та беморда буйраклар контурини нотекислиги, 80та беморда ботиқ жойларда паренхимани юқори эхогенлиги аниқланди.

Хулоса: ўтказилган тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатдики, 60дан ошган беморларда сурункали пиелонефритни симптомсиз ва кам симптомли шакллари мавжудлиги аниқланди. Буйраклар ультратовуш текширувида ўзгаришларни аниқлаш билан биргаликда калава фильтрлаш тезлигининг камайиши ва касалликнинг бошланишида шундай деб аталувчи “симптомсиз бактериурия” этиологик муҳим қўзғатувчи сифатида кенг тарқалганлигини кўрсатди. Тез-тез учрайдиган касаллик белгилари енгил анемия, эритроцитлар чўкиш тезлигини ортиб бориши, плазмадаги креатинин миқдорини ошиб кетиши аниқланди.

ҲОМИЛА ИЧКИ ИНФЕКСИЯЛАНИШИДА БАЧАДОН ЙУЛДОШ ГЕМОДИНАМИКАСИДАГИ УЗГАРИШЛАР.

Раҳимова К.Ю.
Андижон давлат тиббиёт институти.

Мавзунинг долзарблиги : Ҳомила ички инфексияланиши натижасида перинатал касалланиш 5.3-27.4% ва ҳомила антенатал ўлими 15-40% сабаб бўлади. Ҳомиладорлик даврида ҳомилага инфексия юқиш йўлларидан фетоплацентар комплекс аҳимиятли саналиб,

фетоплацентар комплекс бу она, плацента ва ҳомила тизими ташкил етади . Ҳомила ички инфексияси антенатал хавф ҳисобланиб, она , плацента ва ҳомила тизим морфунксионал издан чиқиши, гемодинамик бузулиши, ҳомила ривожланиши орқада қолиши, ҳомила ички гипоксияси, ҳомила нуқсонлари, ва оғир перинатал йўқотишларни юзага келтиради

Фетоплацентар тизим гемодинамик бузулишлари, плацентанинг транспорт, трофик, ендокрин ва метаболик функсияларини издан чиқариши ва плацента тузулишининг патологик ўзгаришлари еса фетоплацентар етишмовчилик ривожлантиради бу еса клиник морфологик симптомкомлекс бузулишларни юзага келтиради.

Тадқиқот мақсад :Ҳомила ички инфексияси фетоплацентар тизим гемодинамик бузилишлар кечиш хусусиятлари ўрганиш ва перинатал патологиянинг юзага келтирувчи хавф факторларни бартараф етиш. Хомила ички инфексияси тасирида фетоплацентар тизими гемодинамик ўзгаришлар аниқлаш ва кон айланиши хусусиятларини бахолаш. Хомила ички инфексияси тасирида фетоплацентар тизими гемодинамик ўзгаришлар натижалар тахлил килиш ва олинган натижалар асосида олиб бориш алгоритм ишлаб чиқиш

Тадқиқот материали ва усуллари : Текширувга қўйилган мақсадни амалга ошириш учун 30 нафар хомила ички инфексияланиши хавфи юкори бўлган хомиладор аёллар танлаб олиниб, терширилди. Текширилувчилар , 2020 ва 2023 йиллар давомида Андижон шахар 2- Тугрук комплексида стационар ва амбулатор равишда даволанган аёллардан иборат. Допплерометрия, КТГ, ЭКГ, УТТ, Умумий клиник ва лаборатор текширувлар усуллари фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари:Ҳомила ички инфексияси юқори перинатал хавф саналади, бунда ҳомиладорлик асоратлари ҳомила тушиш хавфи 76.3%, фетоплацентар етишмовчилик 79.1%, ҳомила олди суви муддатдан олдин кетиши 49.8%, муддатдан олдин туғруқ 23.1%, хориоамнионит 25% каби асоратлар кузатилган.

Ҳомила ички инфексияси фетоплацентар тизим етишмовчилик олиб келувчи сабаблардан ТОРЧ инфексияси ҳисобланиб, ситомегаловирус 7 та (23.3 %), герпес 8та (26.6 %) кўп учрайди, бундан ташқари хламидия 2та (6.6%), микоплазма 3та (10%), уреаплазма 2та (6.6 %) аниқланган. Ҳомиладорлик кўп сувлилик (56.6%), кам сувлилик (36.6%), преклампсия (40%), ҳомила ривожланиш нуқсони (13.3%) , ҳомила тушиш хавфи (40%) асоратлари ҳомила ички инфексияси таъсири фонида кечган.

Допплерометрия маълумотларига кўра текширувда кўпинча ҳомила йўлдош гемодинамик бузулишлар (50%) кўп учраган (50%), бачадон йўлдош гемодинамик бузулишлар 11та (36.6%) ва ҳомила йўлдош бачадон гемодинамик бузулишлар 4та (13.3%) қайд этилди.

Хулоса:

Юқоридагилардан келиб чиқиб, ҳомила ички инфексияси фетоплацентар тизим гемодинамик бузилишларда оқибатида она ва ҳомила учун кузатилиши мумкин бўлган асоратлар олдини олиш, она, плацента ва ҳомилада қон оқими яхшилаш, бачадон ва қон томирлар тонуси нормаллаштириш, қон реологик хусусияти коррексиялаш, антигипоксимик ҳимояни таминлаш орқали перинатал патологиянинг юзага келтирувчи хавф факторлар бартараф этишдан иборат.

PREVALENCE AND TREATMENT SPECIFICITY OF PHYSICAL MULTIMORBIDITY IN PREGNANT WOMEN

Abdukhaxorova S.K.
Andijan State Medical Institute

Relevance. As the population ages, multimorbidity is becoming the norm rather than the exception.Worldwide, studies show that multimorbidity increases with age and with socioeconomic deprivation. One study in primary care in England found that one in six people had multiple QOF-

listed chronic conditions
and that these people used a third of consultations in general practice. With the definition of chronic conditions extended beyond the QOF, more than half had multimorbidity and accounted for more than three-quarters of consultations.

One large Scottish study in 2012 found that about 65% of people over the age of 65 and almost 82% of people aged 85 and over had multimorbidity. The ikelihood of a mental health disorder increases with the number of physical health conditions. Multimorbidity is more common in women.

The purpose of the study. To study the prevalence of physical multimorbiditis in pregnant women, to analyze their prevention and adequate treatment methods.

Materials and research methods. We examined 85 patients who were under examination and inpatient treatment in the therapeutic departments of the ASMI clinic in pregnant women with multimorbid diseases.

Research results. The presence of multiple somatic pathology seriously complicates the course of pregnancy.

Polymorbidity increases the risk of pathological conditions during gestation, such as polyhydramnios/oligohydramnios, threatened miscarriage, inflammatory diseases of the pelvic organs. At the same time, pregnancy can lead to a deterioration in the course of other somatic diseases - hypertension, diabetes mellitus and its complications. The presence of polymorbidity in a pregnant woman requires obstetrician-gynecologists to be especially vigilant in relation to such a patient.

To reduce the risk of pregnancy pathology, it is necessary to carefully monitor the course of pregnancy and childbirth and timely correction of concomitant pathology by a group of s pecialists - an obstetrician, endocrinologist, internist, nephrologist. In recent years, there has been an increase in the number of pregnant women with type II diabetes in the population due to the fact that the disease has become “younger” and the average age of pregnancy is “older”.

The prevalence of all forms of diabetes mellitus (DM) among pregnant women reaches - 3.5%, type 1 and type 2 diabetes mellitus - 0.5%, gestational diabetes, or diabetes in pregnant women, - 1-3%. Diabetes mellitus complicates the course of both pregnancy and childbirth, and the postpartum period. Preeclampsia (60–70%), polyhydramnios, fetoplacental insufficiency, urinary tract infections, and inflammatory diseases of the pelvic organs are more common in pregnant women with type II diabetes than in healthy women.

Conclusion. The possibility of successful management of a pregnant woman with multimorbidity has been demonstrated. This became possible due to the interdisciplinary interaction of several specialists: a cardiologist, an obstetrician-gynecologist, an endocrinologist, a rheumatologist.

STUDY OF THE MORPHOLOGY OF POSTPARTUM LESIONS OF THE INTRAMURAL PART OF THE URINARY TRACT IN THE EARLY STAGES OF EXPERIMENTAL HYPOTHYROIDISM AND ITS POSTNATAL GENESIS

Abdulazizov S.A.
Andijan State Medical Institute

Introduction. Hypothyroidism is a clinical syndrome caused by a persistent decrease in the level of thyroid hormones. According to the Colorado population study, the prevalence of hypothyroidism varies from 4 to 21% in women and from 3 to 16% in men, depending on age. In the age group of 45-54 years, the frequency of hypothyroidism in women was 10%, in men 5%.

Of particular interest in this regard is the study of morphofunctional features of the thyroid gland, which performs a wide range of functions underlying the protective and adaptive reactions of the body and plays a fundamental role in the regulation of metabolism.

Despite the abundance of scientific information on the morphology of the thyroid gland, there are many unresolved questions regarding the structural changes of this organ in various physiological and pathological conditions of the body.

In this regard, a comprehensive study of the endocrine system of farm animals and poultry, in particular, the features of the structure and functioning of the thyroid gland, has been and remains relevant, has important theoretical and practical significance and requires further in-depth research of this problem.

The purpose of the study. The aim of the study is to study the morphology of lesions of the postpartum part of the intramural part of the urinary tract in the early stages of postnatal genesis in experimental hypothyroidism.

Materials and methods of research. The retrospective study included 52 outpatient patients aged 16 years and older with manifest hypothyroidism, who did not receive drugs for the treatment of thyroid pathology and suffered from a urinary system disease that could affect the indicators of proteinuria.

The results of the study. In a single-center retrospective study of 52 patients with apparent hypothyroidism, the achievement of normal thyroid function using hormone replacement therapy with levothyroxine was significantly associated with improved kidney function, characterized by a decrease in serum proteinuria and creatinine, as well as an increase in eGFR.

The results obtained are based on previous reports that a decrease in eGFR in patients with hypothyroidism is reversible with replacement therapy, as well as on the results of a prospective observational study in 2020 involving 43 patients, which showed that levothyroxine treatment in patients with severe hypothyroidism was associated with an increase in eGFR and a decrease in proteinuria.

The results show that hypothyroidism may be a new, underestimated risk factor for renal dysfunction and that hypothyroidism may be predominantly reversible with levothyroxine therapy.

The findings also suggest that patients with unexplained increases in serum creatinine levels should be tested for thyroid hormones to assess possible hypothyroidism.

Conclusion. Thus, the approximate dose of Eutirox during pregnancy is 2.2–1 mcg per 2.0 kg of weight per day. The severity and duration of hypothyroidism are the main criteria determining the doctor's tactics at the beginning of treatment. At the initial stage of treatment of hypothyroidism, the age of the patient and the presence of concomitant pathology, primarily diseases of the urinary system, should be taken into account.

FEMALE ALCOHOLISM AND CHILDREN.

Agranovsky M.L., Saliev M.M., Muminov R.K.
Andijan State Medical Institute,

Alcoholization of women has been hindered by centuries-old socio–psychological norms of behavior. But recently, the prevalence of alcoholism among women has increased dramatically.

Earlier there was an idea of a later development of the disease in women than in men (by 8 years). Currently, the age distribution practically does not differ from men, but women have "short" or "ultra-short" periods of formation of the most important symptoms of alcoholism.

The purpose of the study. The aim of the study was to study the influence of female alcoholism on the psychological climate of the family.

Materials and methods of research. To solve the tasks, women who are registered with the AOPND were examined. Of all 70 registered patients, 5 are women (9.4%), whose age ranges from 22 to 55 years. Of these, 2 (%) drink together with their husbands, who are also registered in the AOPND.

The results of the study. Alcoholism of women had a hard effect on children, leading to noticeable mental disorders that required special correction: neurotic disorders, alienation, mental

retardation, deviant behavior. The unconscious identification of oneself with the mother, combined with a hereditary predisposition to alcoholism, socio – psychological maladaptation due to the shortcomings of upbringing, often led these children to alcohol abuse and the formation of dependence on it. Adult children of alcoholism patients often did not realize that the origins of many of their life problems were in family alcoholism.

Currently, it can be considered established by genetic and sociological studies that the sons and daughters of parents with alcoholism in adulthood become ill with alcoholism with a frequency significantly exceeding both the general population value and the frequency of alcoholism in comparison groups consisting of persons whose parents are healthy. The proportion of sons of sick parents affected by alcoholism ranges from 17.0% to 86.7%. The proportion of daughters affected by alcoholism ranges from 2 to 25%.

Conclusion: Thus, adult sons and daughters of parents with alcoholism constitute a high-risk group of alcoholism.

METHOD FOR DIAGNOSTIC AND FORECASTING DEVELOPMENT AFTER ABORTIONAL ENDOMETRITIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Ahmadjanova G.M., Nigmatshaeva A.R.
Andijan State Medical Institute

Introduction One of the common causes of infection inside the uterus is a traumatic intervention to terminate a pregnancy. Endometritis after abortion can become the basis of focal or diffuse lesions of the uterine mucosa, in which the deep layers of the endometrium are damaged. The main negative factor in post-abortion complications is the uterine version of infertility, so you need to follow all the doctor's recommendations for the treatment and prevention of uterine inflammation.

The inflammatory process in the uterus after abortion can manifest itself with acute symptoms in the first days after surgery or cause a delayed reaction that occurs only after a few days. Depending on the time factor and the severity of manifestations, there are:
classic version of postabortion endometritis;
abortive form;
blurred type of inflammation.

Vivid classic manifestations occur when there are residues of the ovum in the uterine cavity. Most often, a low-symptom erased variant occurs, in which the risk of chronic endometritis is highest.

Purpose of the study. According to publications, evaluate the value after abortion endometritis in the genesis of impaired reproductive function of women, determine the mechanisms of their formation.

Materials and research methods. The study was conducted in 60 women. Based on the results of a histological examination of the endometrium, the patients were divided into 2 groups: I (n = 45) - women with morphologically confirmed CE, II (n = 15) - comparison group, conditionally healthy women (endometrium of the early, middle and late stages of proliferation).

The results of the study. In this case, the 1st group of patients (n = 45) was divided into 3 subgroups based on the morphological characteristics of the endometrium. With the simultaneous presence of inflammatory lymphoplasm cell infiltrates in the stroma of the endometrium, focal stromal fibrosis, sclerotic changes in the walls of the spiral vessels of the endometrium in combination with abnormal uterine bleeding (AMA) and impaired reproductive function, the complete symptom complex of CE - I subgroup (n = 15) was diagnosed. Only focal or diffuse infiltration of stroma by lymphocytes in women with clinical manifestations of CE in the endometrium was classified as an incomplete form of CE with infiltration - Ib subgroup (n = 15);

only fibrosis of the endometrial stroma and / or sclerotic changes in the vessels of the uterine mucosa was verified as an incomplete form of CE with fibrosis (sclerosis) —Ic subgroup (n = 15).

Findings. The results of the study allow us to expand the theoretical and practical ideas about the diagnosis and prediction of the development of CE using immunohistochemical staining of endometrial tissue sections. The method described above helps to additionally verify the diagnosis of CE and to identify the presence, duration, and duration of the inflammatory process in the mucous membrane of the uterine cavity in women of reproductive age, which is necessary to develop new approaches to the management of patients with CE, which include preventing progression and eliminating risk factors the development of the disease.

FEATURES OF INDICATORS OF AUTONOMIC REGULATION OF BLOOD CIRCULATION IN PERIMENOPAUSAL WOMEN

Asrankulova D.B.
Andijan State Medical Institute

Introduction. Currently, an active search is underway for rational ways to prevent menopausal disorders. That is why the priority direction is research that reveals the patterns of age-related dynamics of physiological processes at all stages of the ontogenesis of the female body. Such methods include the analysis of heart rate variability (HRV), which is currently a marker of autonomic regulation, allowing us to judge the state of the sympathetic and parasympathetic parts of the autonomic nervous system (VNS). This issue becomes especially relevant for women in menopausal transition and menopause, when an assessment of the current functional state and reserves of adaptation of regulatory systems can more adequately determine therapeutic tactics and provide, if necessary, a full-fledged correction of the manifestations of menopausal syndrome.

Currently, a method has been proposed for detecting systemic dysfunction of autonomic regulation of blood circulation based on studying the synchronicity of low-frequency and high-frequency oscillations detected in the heart rhythm [12,13].

However, there are many unresolved issues in the field of studying the features of autonomic dysfunction in postmenopausal women. Also, the dependence of the development of autonomic dysfunction on the severity of the menopausal syndrome in postmenopausal women has not been clarified.

The purpose of the study. To study the features of the autonomic regulation of the cardiovascular system in women in the perimenopausal period, taking into account the differences in their clinical status and the severity of menopausal syndrome.

Materials and methods. This study included 289 women with voluntary informed consent aged 43-70 years.

The results of the study. All patients underwent calculation of the Kuperman index and assessment of the hormonal background. Synchronous recording of electrocardiogram (ECG), photoplethysmogram (FPG) signals and mechanical recording of breathing at rest (horizontal position of the body) with a frequency of 250 Hz at 12-bit resolution was performed for 10 minutes. FPG recording characterizing blood filling of the distal vascular bed was performed using a pulse oximeter sensor from the distal phalanx of the index finger.

With the help of the "Cardiostat" program, HRV indicators were evaluated - spectral power in the low-frequency spectral ranges (LF), high-frequency (HF) and very low-frequency ranges (VLF), expressed in absolute values (ms2) and as a percentage of the total power of the spectrum in all ranges, the synchronization index (S) was also determined.

To study the functional state of the cardiovascular system, a method was used to identify systemic dysfunction of the autonomic regulation of blood circulation based on the study of the synchronicity of high-frequency waves (about 0.4 Hz), low-frequency (about 0.1 Hz) and very low-

frequency waves (about 0.04 Hz) of oscillations detected in the heart rhythm and photoplethysmogram.

The calculation of S values was performed using the Synchrocard program.

Statistical calculations were carried out using the software package "Statistica" 6.1. The compliance of the studied indicators with the law of normal distribution was verified based on the calculation of the Shapiro-Wilk W–criterion. It was revealed that not all indicators have a normal distribution, so further analysis was performed using nonparametric statistics.

Conclusions. The study revealed no clinically significant associations of changes in the autonomic regulation of the cardiovascular system and menopausal changes in the woman's body. However, the study showed statistically (but not clinically) significant correlations of some indicators of autonomic regulation with the duration of menopause and the severity of CS.

HF, LF, and VLF correlated with the degree of CS in menopausal women, while there were no statistically significant differences in the values of the synchronization index (S) in all three subgroups considered by us. In this connection, it can be assumed that there are adaptive mechanisms that are activated at the onset of menopause.

The fundamentals of the relationship between the mechanisms of autonomic regulation of blood circulation and the menopausal status of women require additional research for the prevention of CVD and the appointment of adequate drug therapy.

PROBLEMS OF PREMATURE BIRTH IN MODERN OBSTETRICS

Asrankulova D.B.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Premature births are those that occur during pregnancy from 22 to 36 weeks and 6 days, starting from the first day of the last normal menstruation with a regular menstrual cycle, while the fetal body weight ranges from 500 to 2500 g.

The frequency of premature birth in the world is 5-10%. Premature infants account for 60-70% of cases of early neonatal mortality. The study of premature birth is due to the high mortality and morbidity of premature infants, which is observed 8-13 times more often than with timely delivery, as well as the need for huge resources of the health system for the care and rehabilitation of this contingent of children. Thus, the problem of premature birth is one of the most urgent in modern obstetrics, requiring multilateral study and an integrated approach to its solution. At the same time, special attention should be paid to perinatal outcomes as a fundamental criterion for evaluating the effectiveness of prolongation of pregnancy and tactics of conducting labor with a premature fetus.

The purpose of the study:

1. Identify risk factors for premature birth.
2. To identify the features of the course of preterm labor and the postpartum period;
3. To analyze perinatal outcomes in preterm labor, depending on the gestation period and the method of delivery;
4. Evaluate the effects of PR in newborns.

Material and methods. To fulfill the tasks set in the work, a retrospective analysis of 50 birth histories at 24-37 weeks gestation and 50 newborn development histories for 2019 was carried out

Results and discussion. PR is most common at the age of 28-34 years (27%). Among the risk factors in the first place are VZOMT- 49%., arterial hypertension - 37%. The most serious complication of pregnancy is AFN-36% and bleeding in the postpartum period, detected in 30% of pregnant women. PR in 40% of cases begin with PIOV.

A comparative analysis of the tactics of PR management at different periods of gestation showed that the advantages of the wait-and-see tactics over the active one at 22-27 weeks of gestation at the time of birth consisted in the absence of IV degree IVF in children (0%) and a lower

incidence of severe SDR (18%), therefore, in 89% of newborns from the group with As an active tactic, artificial lung ventilation (ventilator) was required, while with a wait-and-see tactic, ventilation was performed only in 39% of newborns.Thus, with active management tactics, the mortality rate was 40%, and with a wait-and-see -2%.

At 28-30 weeks of gestation, in newborns from groups with both active and wait-and-see tactics, IV degree IVF was absent. 25% of children with active IVF tactics of the III degree were diagnosed, with expectant CNS lesions in newborns there were no. With active tactics, severe SDR was diagnosed in 22% of children, with expectant — in 17%, the need for oxygenation with active management -35%, and with expectant - 25%, mortality was -17% only in groups of children with active management tactics.

At the gestation period of 31-33 weeks, the analysis showed that 14% of children were diagnosed with active grade II FGM tactics, and 20% with moderate-severity SDR, while there was no grade II FGM at all with wait-and-see tactics, and moderate-severity SDR was 12%, ventilator with active tactics - 25%, and with a wait-and-see -10%, the mortality rate is 10% with active tactics.

After 34 weeks of VZHK I-II st 10% with active tactics, 7% with expectant. RDS of moderate severity was diagnosed with active tactics in 5%, with expectant tactics -4%, while the need for oxygenation with expectant tactics was 13%, which exceeds that over active (10%), the mortality rate for children from the active group was - 2%, and in the group with expectant tactics -4%.

Evaluation of perinatal outcomes showed that the most common consequence of PR in premature infants is hypoxic CNS lesion diagnosed in 34% of newborns, retinopathy in 24%, as well as the presence of intrauterine infection in 15%, (pneumonia in 10% of children), RDS in 12%, open arterial duct -3%, asphyxia -2%.

Conclusions. In the course of the study, it was found that the most common PR occurs at the age of a pregnant woman from 28 to 34 years, it was also revealed that the leading risk factors for PR are: VZOMT, the presence of arterial hypertension; among the features, the most common is PIOV, AFN and bleeding in the postpartum period.

Based on a retrospective analysis of the birth histories and the development histories of newborns, a conclusion was made that allows us to attribute the wait-and-see approach to the most effective during gestation up to 34 weeks, due to the absence of IV degree IVF and a decrease in the incidence of SDR in premature infants.

Also evaluating perinatal outcomes, it was found that the most common complication among newborns is hypoxic central nervous system damage and retinopathy. Thus, early identification of the main risk factors at the stage of pre-pregnancy preparation and during pregnancy, as well as the choice of the correct tactics of PR management at different gestation periods, can reduce the incidence of both PR and fetal complications.

CAUSES AND CONSEQUENCES OF OSTEOPOROSIS PROBLEM IN CLIMACTERIC WOMEN

Bektasheva G.M.
Andijan State Medical Institute

The intensity of osteoporosis is influenced by many factors – risk factors. These factors are divided into those that can not be eliminated and those that can be eliminated.

In the profile of osteoporosis, it is of great importance to identify and get timely osteoporosis or nationally associated diseases (violation of the menstrual cycle, thyroid gland, adrenal gland diseases, diabetes) prevention.

Treatment of osteoporosis. To the methods of treatment of osteoporosis it is necessary to approach kompleksly. Complex is certainly included in the treatment with hormonal drugs-substances that suppress the eating of female sex hormones, today we call the drugs of the OSH

Group v as "menopausal hormonal therapy" (MGT) drugs: femoston ,sitsitonin, paratgormone, androgens.

Qimas is associated with an increase in bone for metabolism.the effect of a decrease in the bone mass of diphthocyte and estrogen in the menopause perioddepends on the amount of the drug (dosage), the bone mineral estrogens to the density. The protective effect of estrogens is manifested only during the period of consumption of menopausal therapy, such as in women who have not received chemotherapy for a decrease in bone mass, so the rate of bone mass remains after the removal of the hormonal. The results of the WHI (initiated by women Helth) examination and meta-analysis showed the following results: decreased risk of bone fracture and accelerated osteochondrosis in the body as a result of osteoporosis or nationally leads to impaired MGT (a combination of monotony or progesterone) eaten in healthy generation women; achieved the Prevention of bone fracture in women who have developed osteoporosis and Thus, after a one-year treatment observed an increase in bone mineral density of about 4%. In the process of treatment with the drug (1 mg of estrodiol and 5 mg of dogogesterol), there was an increase in the mineral density of the bone in 90% of subjects or an unchanged Femoston on the negative side. In the process of treatment of the skin formed 66-81% mineral density of the bones in the number of women who observed seizure and increase.

THE PROBLEM OF OSTEOPOROSIS IN WOMEN OF CLIMACTERIC AGE

Bektasheva G.M.
Andijan State Medical Institute

Klimaks (grech. - leap (stage)) – for the transitional period in the life of women undergoing changes in the ovaries related to the functioning of the ovaries and for the same, and for procrastination. The stage between youth and (leap) old age. One of the negative complications of eyeing hormonal activity is osteoporosis-a decrease in bone mass and, as a result, an increase in the risk of bone fragility and fracture. A decrease in the density of the bones leads to a rapid process of osteochondrosis in humans and, as a result, various or national changes in the central nervous system, peripheral and negative eyzgarmas. Complications of osteoporosis and osteochondrosis include: myelopathy, neuropathy, neuralgia, vertebro-basillary syndrome, and b.

It occupies a long period in life – begins approximately from the age of 45 years and lasts up to 65-70 years, and is considered a female person who does not eat from the period of fertil (childbirth) to the period of old climacteric period. All pathologies in the system of reproductive (sexual) manifestations in women of eyezgarms that trigger processes. This reproductive aging is known as suppression of the activity of the ovaries and loss of fertility.

That decline not only in menstrual activity, but also in activities that are important for life in a number of sex (position property rattan - estrogen), whichproduces hormones that are also affected. O estrogens in the activity of one's own effect eats not everyone, for example-skin, hair, brain, liver, heart, blood vessels, bones, muscles, as a matter of fact. And a drastic change in performance or national income.One of the serious complications of osteoporosis and osteochondrosis is loss of estrogens climax structure of the aforementioned systems.

Bone mass and is considered an indicator, and the quality of life depends on the physical activity that you eat at the location, the way of eating, and the amount of sexual harmonies. So, after 40 years of age (a decrease in bone mass), bone aging begins and intensifies in women in the climacteric period. Osteoporosis is an intensive disease, we call osteoporosis, which occurs as a result of a hormonal failure.there are the following types of postmenopausal skeletal Osteporosis: osteochondrosis of the spine, fracture of the bones, straightening out of the spine and. Thus, after the physical examination of the soífiy-voodoo, the buyin coming into being, as symptoms of osteoporosis in most cases of the waist, ' rocks, dizziness, convulsions are observed and trying to accelerate in time.Includes lack of the diagnosis osteoporosis eliminated by means of means

include the following - X-ray examination, densitometry (bone to determine the density of the bladder), computer tomography, ultrasound and laboratory analyzes of the bones: simple anti-inflammatory with the characteristic feature of the eyzi not showing pain ingested.

The intensity of osteoporosis is influenced by many factors – risk factors. These factors are divided into those that can not be eliminated and those that can be eliminated.

ANALYSIS OF INTESTINAL MICROBIOTA IN PREGNANT WOMEN WITH CORONARY HEART DISEASE

Holikova D.S.
Andijan State Medical Institute

Relevance. It is estimated that the human gastrointestinal tract contains about 100 trillion (1014) bacterial cells, including 1,000 bacterial species. This large set of gene products performs a wide range of biochemical and metabolic functions, complementing the physiology of the host organism. It was found that the host's diet, lifestyle, hygiene, host genetics, the use of antibiotics and the bacterial composition of the environment affect the individual composition of the gut microbiota1,2). Despite the diversity among humans, the unique composition of the gut microbiota has remained remarkably stable over time, suggesting that gut bacteria may be a potential risk factor for human diseases.3)

The purpose of the study. The aim of the study was to find out the characteristic trend of intestinal microbiota in coronary heart disease in order to study the relationship between these pathologies in women with coronary heart disease and altered intestinal microbiota.

Materials and methods of research. This study included 39 pregnant women with coronary heart disease, 30 control patients without coronary heart disease (Ctrl), corresponding to age and gender, with risk factors for coronary diseases, and 50 healthy volunteers (HVs) without risk factors for coronary diseases. Bacterial DNA was extracted from their fecal samples and analyzed by polymorphism of the length of the terminal restriction fragments.

The results of the study. A characteristic change in the gut microbiota was observed in patients with CHD, where the order of Lactobacillales was increased (CHD, Ctrl vs. HV; 13,6% ± 12,0%, 6,2% ± 7,7% against 4.1% ± 5.9%; p 0.001) and the type of Bacteroidetes (Bacteroides Prevotella) was reduced (CHD, Ctrl vs. HV; 35,5% ± 11,6%, 43,9% ± 11,2% against 47.4% ± 11.5%; p 0.001). The CHD group was overrepresented in the enterotype "others" (III) compared to the Ctrl or HV group (p 0.001), although we could not deny the possibility that some drugs affect the types of intestinal flora.

Conclusion. For the first time, we analyzed the composition of the intestinal microbiota in patients with CHD and demonstrated the relationship between the composition of the intestinal microbiota and CHD. A prospective cohort study is required to determine whether intestinal microbial changes precede the development of atherosclerosis or not.

Although this study had some limitations, we demonstrated that the frequency of coronary heart disease is associated with changes in the gut microbiota. A prospective study is desirable to clarify the causal relationship between coronary heart disease and the intestinal microbiota.

MENSTRUAL DYSFUNCTION IN THE STRUCTURE OF HYPOTHALAMIC SYNDROME OF PUBERTY IN GIRLS

Isakova D.Z.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Hypothalamic syndrome of puberty (GSPP), which is based on reversible functional disorders of the hypothalamus as the central structure regulating all links of homeostasis,

is characterized by polymorphism of clinical manifestations in the form of metabolic disorders, neurovegetative and psychoemotional disorders, disorders of the endocrine glands. The prevalence of GSPP in the adolescent population among girls reaches 131.1 per 1000. The unfavorable prognosis with the progression of GSPP is due to the risk of transition to the manifestation of metabolic syndrome, the formation of multidirectional disorders of reproductive function.

The purpose of the study. To study the features of menstrual function in adolescent girls with hypothalamic dysfunction.

Materials and methods. A retrospective analysis of the case histories of 300 patients aged 14-17 years (average age 15.1±1.4 years) with GSPP who underwent initial examination at the Saratov Regional Children's Clinical Hospital was carried out. Group I (n=100) included girls with hypomenstrual syndrome, group II (n=100) – patients with abnormal uterine bleeding, group III (n=100) – girls with a regular menstrual cycle.

The results of the study. The debut of puberty at the age of 10 to 13 years was noted in most patients (72,0%; 57,0%; 83,0%), in other cases - under the age of 10 (28,0%; 43,0%; 17,0%). Girls with an inverted version of puberty were more common in group I (21,0%; 18,0%; 12,0%). The age of menarche for most fell on the period from 12 to 15 years (78,0%, 86,0%; 89,0%). Menarche at the age of 12 years was more common than at the age of 15 years (21.0% and 1.0%; 11.0% and 3.0%; 9.0% and 2.0%). Grade 3 obesity was more common in group I than in groups II and III (69,0%; 14,0%; 4,0%). Vegetative dysfunction was revealed in all patients. Girls with initial hypersympathicotonia in group I were less common than in groups II and III (37,0%; 82,0%; 11,0%). In response to the influence of a physiological stressor, hypersympathicotonic patterns were most often noted (82,0%; 73,0%; 56,0%).

Conclusion. Thus, multidirectional disorders of the reproductive system among patients with GSPP are interrelated with the degree of violation of fat metabolism and the nature of autonomic dysfunction. An interdisciplinary personalized approach to treatment and rehabilitation measures in young patients with GSPP will preserve their reproductive potential.

ISSUES OF IMPROVING ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF THE COURSE OF TYPE 1 DIABETES MELLITUS IN PREGNANT WOMEN AND KIDNEY DAMAGE IN THEM

Madaminhuzhaeva D.K., Sobirov A.A.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Diabetes mellitus (DM) belongs to a group of metabolic diseases caused by a defect in insulin secretion, a violation of the action of insulin or a combination of these factors, which is accompanied by hyperglycemia. Type I diabetes is an insulin—dependent diabetes, is an autoimmune disease induced by an infectious process of viral etiology or other acute or chronic environmental stress factors against the background of a certain genetic predisposition.

In some forms of type I diabetes, there is no convincing evidence of an autoimmune nature and the disease is considered idiopathic. Type I diabetes can also occur in people who are overweight or obese.

The prevalence of type I and type II diabetes among women of fertile age in the Russian Federation is 0.9–2%. Pregestational diabetes is detected in 1% of pregnant women, in 1-5% of cases gestational diabetes develops or manifests true diabetes.

The purpose of the study. To improve ultrasound diagnostics of kidney damage in type 1 diabetes mellitus in pregnant women.

Materials and methods of research. To fulfill our task, we performed ultrasound diagnostics in a total of 150 pregnant women with kidney damage in type 1 diabetes mellitus.

The results of the study. Pregnancy combined with diabetes mellitus can be complicated by arterial hypertension, impaired kidney function, fetal hypoxia and fetal development delay syndrome, polyhydramnios (in 20-60%), late toxicosis, the appearance of preeclampsia, eclampsia,

gestosis (20-60%), visual pathology. Spontaneous termination of pregnancy occurs in most pregnant women against the background of lack of compensation for metabolic disorders and hormonal insufficiency. 80% of pregnant women develop urinary tract infections and inflammatory diseases of the genitals. Childbirth, in turn, can be complicated by weakness of labor, increment or tight attachment of the placenta, fetal hypoxia, untimely outpouring of amniotic fluid. In the presence of situations that pose a threat to the life and health of a pregnant woman, pregnancy is contraindicated. Such situations include: severe nephropathy; progressive diabetic retinopathy; arterial hypertension (blood pressure over 130/80 mmHg), not amenable to therapy; diabetes mellitus in combination with active tuberculosis, HIV, Rh-immunization; stillbirths and the birth of children with a history of congenital developmental pathologies, precoma or coma in the 1st trimester of gestation, Rh-negative factor in the mother, gastroenteropathy.

When a woman decides to leave pregnancy and give birth to a child, she needs constant monitoring by an endocrinologist and an obstetrician-gynecologist. In the early stages of pregnancy, it is necessary to be observed once every two weeks, at a later date – once a week. Even before the conception of a child, a woman with diabetes mellitus should be examined. It should include the control of glycemia, blood pressure, kidney condition, thyroid gland, detection of various pathologies (coronary heart disease, peripheral artery disease, signs of hypoglycemia).

During pregnancy, disorders of carbohydrate metabolism are diagnosed in two stages. At the very first visit of a pregnant woman to a doctor, it is strictly necessary to determine such indicators as the level of glucose in venous plasma before meals (on an empty stomach), glycated hemoglobin, glucose of venous plasma, regardless of food intake, at any time of the day. This happens for less than 24 weeks. When any disorders of carbohydrate metabolism are detected, the woman is immediately transferred to an endocrinologist for follow-up. And in the case when no violations have been detected in the initial stages of pregnancy, an oral glucose tolerance test is carried out.

Conclusion. Thus, the combination of pregnancy with diabetes poses a large number of difficult questions for obstetricians, gynecologists and endocrinologists and requires significant efforts to preserve pregnancy, as well as to ensure optimal delivery and viability of the newborn.

THE ROLE OF HIRUDOTHERAPY IN TREATING ALGODYSMENORRHEA

Mamadjanova Sh. K.
Andijan State Medical Institute

Abstract. Algodysmenorrhea , also known as painful periods or menstrual cramps, is considered as one of the most common disorders of the female reproductive system. According to pubmed research analysis of studies between 2002 and 2011, the prevalence of dysmenorrhea varies between 16% and 91% in women of reproductive age. The condition interrupts general wellbeing and reduces the productivity of women in daily activities. A group of 20 patients of reproductive age with a history of primary dysmenorrhea were examined to check the effectiveness of hirudotherapy in treating this condition.

The purpose of the research. The main aim of the conducted studies was to examine the effectiveness of leech therapy in treating algodysmenorrhea. And possible therapies to prevent future recurrence of the condition.Given the complex etiology and pathogenesis of the condition , the initial search for treatment and strategies was broad depending on the data available on pubmed, the role of leech therapy in treating gynecological disorders was chosen to be reviewed. The population was women with primary dysmenorrhea.

Materials and methods. Complex observation and analysis of a group of 20 women with painful period cycle was within primary concern along with the control group consisting of 15 healthy individuals. Among the case group 3patients(15%) experienced backpain,9(45%) experienced abdominal cramps , 2(10%) shivering of whole body and 6(30%) overall discomfort and pain. The patients underwent full laboratory diagnosis of blood and inflammation markers

check up. Among 20 patients,50% (10) had mild anemia and 90% (18) had increased C reactive protein levels.

Moreover patients underwent ultrasound diagnostic procedures , which clarified the conditions of uterus, the wideness of endometrium , sizes of ovaries and uterus. The power of ache and pain during menses was measured using C. Mac Laverty , P Shaw system of evaluating pain and dysmenorrhea in scores: 1-3 scores, mild pain; 4-6 , moderate; 7-9 severe.

Results and discussion.10 (50%) out of 20 patients from the first group initially had score 6 pain from C. Mac Laverty , P Shaw system of evaluating pain. 5 days after finishing the treatment 9(90%) of 10 patients had complete disappearance of pain during menstrual cycles. And only 1 (10%) had some noticeable pain around 1-2 from C. Mac Laverty , P Shaw system of evaluating pain.

At the same time 9 patients from the second category had the same refinements , and only 1 patient had moderate pain plus some irritation and swelling representing type 1 hypersensitivity reaction to herudotherapy. Although symptoms have gone 3 days after stopping of treatment.

The usage of leeches to treat various conditions has been broadly practiced as a form of nontraditional medicine due to numerous chemicals present in the saliva of the animal.Hirudin, such as histamine-like vasodilators, kallikrein and tryptase inhibitors.Also, the role of thrombin in pain-control mechanisms is suggested by some researchers, while Hirudin itself exerts some anti-inflammatory effects by inhibiting thrombin.Moreover hirudin,as an anticoagulant and antiplatelet agent works to prevent blood clots and reduce the amount of congested blood in the tissues.Other chemicals in leech saliva keep the blood flowing in the damaged area, even after the leech is detached, allowing time for new veins to grow and the existing ones to widen and accommodate more blood flow. The treatment itself is painless – when the leech bites, they release a naturally occurring anesthetic that numbs the area. During our study, 20 women with complaints of painful menses received 2-4 leeches in the area of the umbilical region once a day within 10 days. No allergies were observed , the treatment went successfully and with no further complications. The symptoms have gone in several days after hirudotherapy and the laboratory analysis of all 20 women showed a noticeable refinement.

Conclusion. Algodysmenorrhea is a very widespread pathology of women's reproductive system affecting more than half of the females around the world. Every lady had this condition at least once in their lifetime while around 40% of female population experience this condition 2-3 days every month. There are certain factors which lead to this unpleasant condition. Namely, this can be as a syndrome of any preexisting pathologies(cysts, polyps, hormonal dysbalance) or the condition can be primary due to obstructed blood flow, accumulation of waste products and progressed by stressful conditions. Therapy using leeches was proved to bring symptomatic relief to patients with primary dysmenorrhea. The mechanism of action was based on chemical composition of the leeches' saliva. Along with their ability to purify blood by sucking it out. Besides the relief of pain cupping is also very effective in relieving the associated symptoms related to spasmodic dysmenorrhoea. Great thing about cupping is that it has an affordable cost and well tolerated by the patients with not known allergic reactions

TREATMENT AFTER ENDOUROLOGICAL INTERVENTION

Mamarizaev A.A., Rustamov U.M., Sadikova D.I., Hamrayev O.A.
Andijan State Medical Institute

The annual incidence of urolithiasis (UCD) in the world ranges from 0.5 to 5.3%. Many experts explain such a wide distribution of ICD by the nature of changing modern conditions, dietary disorders, lifestyle, the emergence of a large number of professions associated with mental work (physical inactivity), an increase in the life expectancy of the planet's population, and the influence of genetic factors. The number of patients with KSD is steadily growing due to

unfavorable social, demographic, environmental factors, while occupying one of the leading positions in the structure of all urological diseases and accounts for 34.2% of their total number. ICD covers a group of people of the most able-bodied age, which affects the overall level of disability.

The aim of the study is to improve the quality of conservative treatment in patients with calculous pyelonephritis that occurs after extracorporeal shock wave lithotripsy.

Material and research methods. Our studies were carried out on the basis of the urological department of the ASMI clinic. In the treatment of 26 patients with calculous pyelonephritis, after remote lithotripsy of the stone, we used complex antibacterial, anti-inflammatory treatment, including the drug "Wobenzym". 41 The latter was preceded by laboratory, X-ray, endoscopic, ultrasound and radioisotope examination of the morphofunctional state of the kidneys and urinary tract.

Research results. The combined use of antibiotics and "Wobenzym" makes it possible to achieve the removal of the infectious agent from the body, increases the concentration of antibiotics in the blood plasma and the focus of inflammation, and further administration of "Wobenzym" significantly reduces the toxic effect of antibiotics on the body. We prescribed to patients when using antibiotics 5 tablets 3 times a day for 2 weeks. Ultrasound control was carried out after 4 days of treatment, and clinical and laboratory control - constantly. Already during the procedure, the pain decreased, and after 3 days the body temperature returned to normal, the phenomena of intoxication decreased. By the end of the course of treatment (in 21 patients), pyuria and bacteriuria titer significantly decreased. In the results of the blood test, a decrease in leukocytosis and normalization of the leukocyte formula were determined. A control ultrasound and radioisotope study revealed a significant decrease in the edema of the kidney parenchyma.

Conclusion. The combined use of antibacterial or uroseptic drugs and "Wobenzym" contributes to a significant increase in the effectiveness of antimicrobial therapy and improve the course of the disease.

COMPREHENSIVE EXAMINATION FOR CHRONIC CYSTITIS

Mamarizaev A.A., Rustamov U.M., Sadikova D.I., Hamrayev O.A., Boboyev R.A.
Andijan State Medical Institute

The purpose of the study is to choose methods for rational examination of patients with chronic cystitis.

Material and methods: A retrospective analysis of the case histories of patients who underwent inpatient treatment from 2016 to 2021 in the Urology Department of the ASMI clinic. A total of 130 women with preliminary diagnoses: chronic cystitis, cystalgia , urethral syndrome, urethritis, interstitial cystitis. The examination included the following items: the nosological form of the disease, the severity of the course of the disease, anamnestic data, general clinical blood and urine tests, BAC urine culture, according to indications - a consultation with a gynecologist (microscopy of swabs from the urethra, vagina and cervix, PCR diagnostics for sexually transmitted infections way), ultrasound of the kidneys and bladder. Urination diaries were used to assess the severity of dysuria and pain syndrome.

Research results. Based on a comprehensive examination, taking into account the presence of signs of urinary tract infection, 3 groups were identified : 1. Patients with urinary tract infection, i.e. with recurrent bacterial cystitis, including those with sexually transmitted infections - 52 (40%) 40 2. Patients with postmenopausal dysuria, without laboratory confirmation of urinary tract infection - 23 (18%). 3. Patients with abacterial forms of chronic cystitis - 55 (42%). Despite the different age of the patients in the 3 observation groups and the presence or absence of a bacterial urinary tract infection, intracellular pathogens of sexually transmitted infections, all patients had quite pronounced similar clinical symptoms, with frequent relapses of the disease and poor quality

of life. All patients had a fairly long experience of treatment for their disease, without a satisfactory effect. Treatment consisted of antimicrobials, non-steroidal anti-inflammatory drugs, antidepressants, sedatives, cholinesterase inhibitors , alpha 1 blockers , antihistamines, etc. In addition to systemic pharmacotherapy, they received intravesical instillations of various substances, such as collargol, protargol, sea buckthorn oil, antibiotics, and local anesthetics. Also, in the treatment of our patients, various physiotherapeutic methods were used. All these techniques, of course, made it possible to stop relapses of the disease, reduce the severity of clinical symptoms and, to some extent, improve the quality of life of patients, but only for a certain period of time.

Conclusions: 1. Patients suffering from chronic, long-term, recurrent cystitis, not amenable to effective treatment with standard pharmacotherapy, should undergo a comprehensive urological examination.

2. Such an examination must necessarily include cystoscopy with a biopsy of the bladder, as well as a morphological and immunohistochemical study of the obtained micropreparations.

ASSYMPTOM BACTERIURIA IN PYELONEPHRITIS

Mamarizaev A.A., Rustamov U.M., Hamraev O.A., Boboev R.A. Sadikova D.I.
Andijan State Medical Institute

Pyelonephritis is the most common kidney disease in old age . According to the frequency of detection, its clinical and practical significance, it is considered the main problem of geriatric nephrology.

The purpose of the study was a retrospective analysis of the case histories of patients with chronic pyelonephritis aged 60 years and older.

Material and methods of research: 105 case histories with a diagnosis of "Chronic pyelonephritis" of patients aged 60 years and older who underwent treatment in the urology department of the ASMI clinic from 2016 to 2020 (men - 40, women - 65). All patients underwent: a general urine test, a biochemical blood test with the determination of the level of creatinine and urea, the glomerular filtration rate was calculated (according to the Cockcroft-Galt formula), an ultrasound examination of the kidneys was performed.

Research results: As a result of the examination, it was revealed: true bacteriuria (more than 100 thousand microbial bodies in 1 ml of urine) in the vast majority of patients (90 patients). The etiological factor in most patients was Escherichia coli. In the general analysis of blood in 45 patients, moderate anemia (blood hemoglobin from 90 to 110 g/l) attracted attention. In a biochemical blood test, the creatinine content was within the normal range (80-105 μmol / l) in 100 patients, a moderate increase (plasma creatinine 110-131 μmol / l) was found in 34 patients, terminal renal failure was detected in one patient (plasma creatinine 704 μmol /L). Glomerular filtration rate (GFR) from 60 to 90 ml/min was detected in 85 patients, from 40 to 60 ml/min in 20 patients, and in one patient - less than 10 ml/min. Ultrasound revealed the following changes: a decrease in the linear dimensions and volume of the kidney - in 89 patients ; echogenicity of the parenchyma in the places of retractions - in 80 patients.

Conclusion: The results of the study indicate the presence of asymptomatic or low - symptomatic forms of chronic pyelonephritis in patients aged 60 years and older: the prevalence of the so-called "asymptomatic bacteriuria" at the onset of the disease with the predominant etiologically significant pathogen and a decrease in GFR in combination with changes detected by renal ultrasound. Less frequently noted signs of the disease are moderate anemia, an increase in ESR and an increase in plasma creatinine .

TECHNIQUE OF PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPSY

Mamarizaev A.A., Rustamov U.M., Hamraev O.A., Boboev R.A. Sadikova D.I.
Andijan State Medical Institute

The purpose of the study: a comparative analysis of the results of percutaneous nephrolithotripsy on the back and on the abdomen.

Material and methods of research: Patients were divided into 2 groups: I - 37 patients who underwent PCNL in the prone position; II - 35 patients operated on in a semi- lateral position (on the back). The study included patients with one or more pelvic stones larger than 2.5 cm, requiring only one percutaneous access, with a BMI of less than 30 kg/m 2 and no contraindications for PCNL in the prone position. Patients were divided by gender, age, BMI, stone size, and position on the operating table. In group I, the average stone diameter was 3.2 cm (from 2.5 to 4.8 cm), in group II - 3.0 cm (from 2.7 to 4.5 cm). Between the two groups of patients, a comparative analysis of such parameters as operating time (from the beginning of ureteral catheterization to the installation of nephrostomy drainage), the volume of blood loss, the duration of hospitalization, and the number of intra- and postoperative complications was carried out.

Results of the study: The average time of surgery on the abdomen averaged 68 minutes (55 - 140) and on the back 43 minutes (25 - 120). The volume of blood loss in PCNL on the abdomen was on average 246 ml, on the abdomen 230 ml, and the average hospitalization time was 4.7 and 4.6, respectively. The effectiveness of PCNL on the abdomen was 91.8% and on the back 91.4%, and the number of complications was 13.5% and 14.2%, respectively. There were no statistically significant differences between the two compared groups in terms of PCNL efficacy, blood loss volume, and hospitalization time. A significant difference was observed only in the duration of the operation. There was no bleeding requiring a blood transfusion and no injury to adjacent organs. During PNL on the back , intrapelvic pressure is comparatively lower than during abdominal surgery. In patients with staghorn stones, performing PCNL on the back is technically more difficult, which is associated with the impossibility of intercostal puncture of the kidney PCS through the middle and upper groups of cups, and the limited instrumental manipulations in this position. In all cases, PNL was performed for a large stone of the upper cup with access to the 10th intercostal space . Therefore, when planning an intercostal percutaneous approach , it is necessary to perform MSCT of the lower chest along with the kidneys, which makes it possible to establish the boundaries of the pleural cavity on the tomograms in the lateral projection and select the zone of safe puncture of the renal PCS. 43

Conclusion: Significant difference between the number of complications of perctune nephrolithotripsy in various positions was not received by us. The effectiveness of percutaneous nephrolithotripsy in both groups was almost the same.

ASSESSMENT OF THE SIGNIFICANCE OF G103T POLYMORPHISM OF THE F13 GENE IN THE DEVELOPMENT OF PRETERM LABOR

Mamieva L.M.[1], Matyakubova S.A.[1], Khayitboeva K.Kh.[2]
Khorezm Regional Perinatal Center, Urgench, Uzbekistan[1]
Urgench branch of Tashkent medical academy, Urgench, Uzbekistan [2]

Introduction. The main task of obstetrics is to reduce maternal and child morbidity and mortality. Undoubtedly, timely and optimal delivery plays an important role in solving this problem (Aylamazyana E.K. et al., 2013). The most important medical and biological problem of modern obstetrics is preterm birth. According to statistics, premature babies account for 58.8-68.5% of early neonatal mortality and 66.1-74.9% of infant mortality. Stillbirth in preterm birth is observed 8-13 times more often than in timely. Perinatal mortality in premature newborns is more than 26 times,

and higher than in full-term ones, etc. its spontaneous interruption on terms from the moment of conception to 37 weeks (Bushtyreva I.O. et al., 2015).

The aim of our study is to assess the detectability of the G103T genotype polymorphism of the F13 gene in pregnant women with preterm labor.

Material and research methods. We examined 90 women aged 21 to 36 years. Among them, patients with premature births were 52 persons aged 19 to 42 years and 38 patients with physiological pregnancy without premature births, which constituted the control group. All pregnant women underwent general clinical, instrumental, functional (ultrasound, Doppler), ELISA studies. Pregnant women were consulted by related specialists (therapist, neuropathologist, infectious disease specialist, dermatologist, endocrinologist, etc.). By informed consent, molecular genetic study of the G103T gene of the F13A1 gene was performed by real-time polymerase chain reaction. Molecular genetic examination of biomaterials (DNA) was carried out on the basis of the clinical laboratory of Genotechnologies LLC. Isolation of DNA/RNA from all biological blood samples was performed using a kit "Ribo-prep" (Interlabservice, Russia).

Results. Comparative analysis of the distribution frequencies of alleles and genotypes of the F13 (G/T) polymorphism of the fibrinase gene among 104 DNA samples in 52 pregnant women with preterm birth, the presence of the functional G allele was 84.6% (88/104) of cases, and in the control group this allele was detected - in 92.1% (70/76), which was 1.1 times higher than in the main group. ($\chi2$=2.30; p<0.13; OR=0.47; 95%CI 0.18 – 1.27). Whereas the mutant allele T in the control group was determined in 7.8% of cases (6/76), and in the main group - 15.4% (16/104), respectively, which was 1.9 times more than in the control persons. ($\chi2$=2.30; p<0.13; OR=2.12; 95%CI 0.79 – 5.71).

An analysis of the detectability of the F13 gene genotypes showed that the homozygous variant of the functional G/G genotypes in the control group of pregnant women without preterm birth was detected in 84.2% of cases (32/38), and in the main group - 73.1% (38/52), which was 1.2 times lower than in the control group ($\chi2$=2.15; p<0.14; OR=0.51; 95%CI 0.18 – 1.48).

The mutant T/T genotype of the F13 gene in our cases was determined in 3.8% of cases (2/52) in the main group ($\chi2$=2.15; p<0.14; OR=3.81; 95%CI 0.18 – 81.73). In the control group of patients, this genotype was not determined.

Conclusion. Analysis of the detectability of the F13A1 gene genotypes showed that the homozygous variant of the functional G/G genotypes in the control group of pregnant women without premature births was detected in 84.2% of cases (32/38), and in the main group - 73.1% (38/52) , which was 1.2 times lower than in the control group ($\chi2$=2.15; p<0.14; OR=0.51; 95% CI 0.18 – 1.48). Whereas the heterozygous G/T variant of the F13 gene in the control group was determined in 15.7% of cases (6/38). And in the main group of patients with PR, the heterozygous variant G/T of the F13A1 gene was determined in 23.07% of cases (12/52), respectively, which was 1.5 times higher than in control individuals ($\chi2$=2.15; p<0.14; OR=1.60 ; 95%CI 0.54 – 4.73). Analyzing the results of molecular genetic studies, we can say that the T allele and hetero/homozygous genotypes of the F13A1 polymorphism are one of the markers of an increased risk of thrombophilia in pregnant women with preterm birth ($\chi2$=2.15; p<0.14; OR=3.81; 95% CI 0.18 – 81.73).

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF PRETERM BIRTH IN THE KHOREZM REGION

Mamieva L.M.[1], Matyakubova S.A.[1], Khayitboeva K.Kh.[2]
Khorezm Regional Perinatal Center, Urgench, Uzbekistan[1]
Urgench branch of Tashkent medical academy, Urgench, Uzbekistan[2]

Introduction. One of the urgent problems in medicine, and in particular in obstetrics, is preterm birth, the frequency of which tends to increase every year. Premature birth is also a social

problem, as it directly affects the perinatal morbidity and infant mortality rate, which is 40 times higher in premature newborns in relation to full-term children (Protopopova N.V., et al., 2009). Occupying one of the first places in practical obstetrics and neonatology, spontaneous or induced premature births determine the level of perinatal morbidity and mortality. Thus, according to statistics, among early neonatal mortality, the proportion of premature babies ranges from 60% to 70%, and stillbirth during premature birth is recorded 8-13 times more often than during urgent childbirth (Azbukina L.N., 2015).

The purpose of the study: to study the risk factors for the development of premature birth in pregnant women living in the Khorezm region and to develop prognostic criteria to assess the outcomes of pregnancy.

Material and research methods. To determine the frequency of premature birth, anamnesis analysis, the course and outcome of pregnancy and childbirth, the condition of the newborn, depending on the gestation period, we conducted a retrospective analysis. The analysis included 6162 birth histories, of which 2269 were preterm birth histories of women who were in the Khorezm Perinatal Center in 2022. A retrospective analysis of birth histories showed that the PR was 36.8%.

Results. The analysis of the results showed that the development of premature birth was influenced by chronic somatic pathology and a combination of several nosologies, such as chronic tonsillitis ($F=17.3$; $P<0.01$), chronic pyelonephritis ($F=14.6$; $P<0.01$).

According to some researchers, varicose veins occur in 40-95% of women during pregnancy. Moreover, it first appears in 50-96% of women at the onset of pregnancy (Mozheyko L.F., et al., 2016). In the structure of diseases in women with premature birth, varicose veins were more common than in the control ($F=8.4$; $P<0.01$), which indicates disorders in the hemostasis system and plays an important role in the function of the fetoplacental complex.

In recent decades, there has been a significant increase in the incidence of diabetes mellitus among women of reproductive age.

The development of preterm labor was significantly influenced by the state of reproductive function: the presence in the anamnesis of spontaneous miscarriages ($F=11.8$; $P<0.05$), non-developing pregnancy ($F=10.6$; $P<0.05$), premature birth ($F=26.3$; $P<0.001$), perinatal losses ($F=5.5$; $P<0.01$). The development of preterm labor was significantly influenced by hereditary burden ($F=40.5$; $P<0.001$) for unfavorable pregnancy outcomes.

Despite the high frequency of other indicators, such as anemia, thyroid diseases, heart defects, genital tumors, the difference in their detection was not of a reliable statistical nature, and therefore we excluded them from the register of risk factors for the development of premature birth.

Thus, the developed prognostic assessment of risk factors for the development of preterm labor can serve for a differentiated approach to calculating the individual risk index in order to optimize the pre-pregnancy preparation of women both before pregnancy and after in order to prescribe an individual rehabilitation complex to restore reproductive function and prevent the negative impact of established factors.

Conclusion. Based on the data obtained, prognostic and clinical factors have been established that directly affect the development of preterm labor both by individual signs and in combination. The developed prognostic matrix, taking into account the anamnestic and clinical signs of the development of premature birth, can serve for early diagnosis and timely therapy.

PREGNANCY IN RHESUS NEGATIVE WOMEN

Muftaydinova SH.K., Gaynazarova D.A.
Tashkent Medical Academy

Relevance. Currently, there are relatively few people who are Rhesus negative. But if such a person is a woman and pregnant, it can cause dangerous situations. A negative Rh test can have

certain consequences for pregnancy and their babies. However, with proper medical care, people and their children with Rh incompatibility can have healthy pregnancies and deliveries. When the mother is Rh negative, it may result in incompatibility between pregnant and her baby`s (Rh positive) blood cells.

Purpose and task. The purpose of this article is to study the pathogenesis of incompatibility between mother and babies blood. In addition, which conditions can be risk factors for this pathological process, and to show the methods that reduce and treat this condition.

Method and Material. We searched datas from the Maternity complexes in Tashkent and reference lists of retrieved studies. Recruitment target: 100 women. We experienced all Rh-negative and indirect agglutinin test negative primigravida and un-sensitized multigravida who are willing to participate in the study. Women with this criterion are excluded: Rh-negative mothers with Rh-negative husbands. The reaction of indirect agglutination is positive. The treatment was prenatal administration of 300 mcg (1500 IU) Rh-D immunoglobulin. There was no intervention.

Results Primary outcomes: frequency of immunization during pregnancy at term, at delivery, and at 6 months. Secondary outcomes: incidence of neonatal hyperbilirubinemia, need for phototherapy and need for exchange transfusion. Rh negative women want to be informed and participate in decision making to prevent Rh alloimmunization. It is justified to work with Rh negative women to develop decision aids and other educational tools to assist in the decision making process.

Discussion. Participants in this study reported a lack of information on the prevention of RhD alloimmunization. They were looking for information to overcome gaps in knowledge and willingness to participate in the decision-making process.

Conclusion Rh incompatibility during pregnancy is relatively rare. However, doctors recommend that all pregnant women get screened and tested early in pregnancy.There are many testing and treatment options available for people with Rh incompatibility. Regular antibody testing can be a particularly important part of preventing problems for both the parent and the child.With regular treatment, pregnant women with Rh incompatibility can have healthy pregnancies and deliveries.

Keywords. RhD negative; Pregnancy; Rh-D immunoglobulin; incompatibility.

THE ROLE OF TYROSINE KINASE RECEPTORS IN THE DEVELOPMENT OF ENDOMETRIOSIS AND TUMOR PROCESSES

Muftaydinova Sh.K., Muminova Z.A., Fayzullin L.Z., Buralkina N.A., Akhmedova N.M.
Tashkent Medical Academy

Endometriosis is defined as the presence of ectopic endometrial tissue outside the uterine cavity, most often in the ovaries and peritoneum. Endometriosis is considered a potential preinvasive condition and according to the histological classification of ovarian tumors of the World Health Organization (WHO) is classified as a tumor-like lesion. Although endometriosis is considered a benign disease, it has many signs characteristic of cancer: invasion of endometrial epithelial tissue into distant organs, uncontrolled growth, reduced apoptosis, activation of angiogenesis [1, 2]. Moreover, in experiments with mice, convincing evidence was obtained of the ability of endometrioid tissue to metastasize by migration and engraftment on many abdominal organs [3]. The presence of common characteristics of the development of ectopic endometrium, especially in deep infiltrative endometriosis, and cancer suggests not only the same pathogenesis mechanism, but common therapy approaches. Therefore, it cannot be excluded that many factors used today as a target for cancer therapy may manifest themselves similarly in endometriosis. In this regard, ephrin receptors (Eph) are of particular interest, belonging to the largest family of receptor tyrosine kinases expressed on the surface of epithelial cells during their active division. In cancer cells, many Eph exhibit an abnormally high level of expression, the suppression of which is accompanied by

inhibition of the tumor process [4]. In this regard, it is of interest to analyze the expression of Eph in endometriosis and evaluate the possibility of using it as a target for the treatment of the disease by analogy with cancer.

MODERN METHODS OF TREATMENT OF DISSEMINATED STOMACH CANCER IN PREGNANT WOMEN

Musaev M.U., Khasanov D.Sh.
Andijan State Medical Institute

Relevance. The therapeutic tactics of treating stomach cancer depends on both the degree of prevalence of the process and the duration of pregnancy. So, with an operable tumor and a pregnancy period of more than 6 months, total and subtotal resection of the stomach is performed with the preservation of pregnancy.

If the tumor is inoperable, only palliative intervention becomes possible. At the same time, ovarian metastases are not a contraindication for intervention on the stomach. In particular, bilateral ovariectomy is possible in the second trimester of pregnancy.

In general, surgical treatment of cancer and termination of pregnancy are indicated in the first trimester. In II, simultaneous gastric resections and cesarean section are possible. In the third trimester, the tactics are determined depending on individual characteristics: with a viable fetus, gastric resection is combined with cesarean section or pregnancy persists.

The purpose of the study. To improve the treatment of advanced stomach cancer in pregnant women in modern ways.

Materials and methods of research. In order to fulfill our task, we selected a total of 55 pregnant women with disseminated stomach cancer for examination.

The results of the study. One of the most aggressive diseases detected during pregnancy in our examined patients was stomach cancer. As a result of our examination, its late detection was caused by the similarity of the first signs of stomach cancer and signs of early toxicosis, therefore, in almost 90% of cases, this diagnosis was made in the II and III trimesters.

The late diagnosis in our work, the probability of the mother's death before the end of pregnancy and the high frequency of abortions led to a significant deterioration in the prognosis of the mother and fetus suffering from stomach cancer, while it is better for newborns: in such cases, 38% of children were born alive.

The five-year survival rate in the combination of gastric cancer and pregnancy in the examined women was only 2.9% and 20% in the absence of pregnancy.

The therapeutic tactics of treating stomach cancer in this group of patients depended on both the degree of spread of the process and the duration of pregnancy. Thus, with an operable tumor and a gestation period of more than 6 months, a general and subtotal resection of the stomach was performed with the preservation of pregnancy.

In cases where the tumor failed in our examined patients, only palliative intervention became possible. At the same time, ovarian metastases are not a contraindication for gastric intervention. In particular, bilateral ovariectomy is possible in the second trimester of pregnancy.

As a rule, surgical treatment of cancer and termination of pregnancy is indicated in the first trimester. At stage II, gastric resection and cesarean section are possible at the same time. In the third trimester, the tactics are determined based on individual characteristics: with a viable fetus, gastric resection is combined with cesarean section or pregnancy continues.

Conclusion. Thus, the approach to the treatment of patients with oncological diseases during pregnancy should be multidisciplinary, they should be carried out jointly by an obstetrician-gynecologist and oncologist with appropriate clinical experience and modern knowledge, which allows timely, taking into account the duration of pregnancy. the stage of the disease with

minimization of risks. determination of the management tactics of the mother and fetus, the pregnant woman, as well as the timing and method of delivery.

ACUTE GESTATIONAL PYELONEPHRITIS AND ITS EFFECT ON THE COURSE AND OUTCOME OF PREGNANCY

Nabieva D
Andijan State Medical Institute

Introduction. One of the current directions of modern healthcare is the protection of the health of women and children. However, according to literature data, in recent years there has been an increase in extragenital diseases during pregnancy. At the same time, gestational pyelonephritis (GP) occupies the 2nd place in the structure of somatic pathology in pregnant women. GP is a nonspecific infectious and inflammatory process that occurs during pregnancy, mainly affecting interstitial tissue and kidney tubules. Numerous sources indicate an increase in the incidence of GP both in Russia and around the world. The work of Kozak Yu.V. and co-authors (2012) showed an increase in the incidence of GP by 3.6 times, which is 33.8%. It is known that the development of this disease in every third pregnant woman is complicated by purulent-inflammatory processes in the kidneys. 40% have disorders of the urinary system, and 10% develop bacterial-toxic shock. Mortality among pregnant women varies from 4 to 10%, and the perinatal mortality rate reaches 7.5%, which makes GP one of the most important medical and social problems of modern obstetrics and perinatology.

The purpose of the study. To identify risk factors for acute gestational pyelonephritis and assess its impact on the course and outcome of pregnancy.

Material and methods of research. A retrospective analysis of the medical histories of pregnant women who were treated in the urological clinic of the ASMI with a diagnosis of acute gestational pyelonephritis in 2019 was carried out. (n=61).

The results of the study. Analysis of medical records showed that the age of pregnant women ranged from 18 to 44 years in both groups. In the main group, the distribution of patients by age was as follows: at the age of 26-30 years – 18 (29.5%) pregnant women, 21-25 years - 17 (27.8%), 31-35 years - 12 (19.6%), 36 and more years - 11 (18%). In the control group, the overwhelming number of pregnant women were in the age range of 26-30 years - (n=5; 33.3%). Among pregnant women who underwent GP, 45 women (73.8%) were primiparous, of which only 18 (29.5%) were primiparous. In the control group, the proportion of primiparous was 53.3% (n=8), and primiparous – 37.7%.

The overwhelming number of patients in the main group (72.1%) had a burdened obstetric and gynecological history. Of gynecological diseases, chronic inflammatory processes of the uterus and appendages were registered in 42 (68.9%) pregnant women with GP, uterine fibroids - in 11 (18%), endometriosis - in 2 (3.3%). Artificial abortions and spontaneous miscarriages were traced in the anamnesis in 10 (16.4%) and 8 (13.1%) patients of the main group, respectively. Undeveloped pregnancy in the past was found in 8 (13.1%) pregnant women with GP.

In the control group, an extremely low number of pregnant women had a burdened obstetric and gynecological history. Chronic inflammatory processes of the uterus and appendages were traced only in 2 (13.3%) pregnant women, and the previous abortion was recorded only in 1 woman (6.7%). The decrease in the somatic health index of women of the main group also attracts attention. Of the extragenital pathology in this group, the following prevail: chronic gastritis – (n=37; 60.6%), chronic arterial hypertension - (n=26; 42.6%), chronic tonsillitis - (n=21; 34.4%), diffuse enlargement of the thyroid gland - (n=15; 24.5%), chronic pharyngitis - (n=12; 19.6%), diabetes mellitus - (n=9; 14.7%) chronic tonsillitis - (n=21; 34.4%), chronic sinusitis - (n=2; 3.2%).

In the control group, chronic gastritis was detected in 3 women (20%), diffuse enlargement of the thyroid gland - in 2 (13.3%), chronic pharyngitis - in 2 (13.3%) pregnant women, chronic

tonsillitis - in only 1 (6.7%). The results of our study showed that GP most often develops in the second trimester of pregnancy (n=35; 57.4%). Whereas in the first trimester GP was diagnosed in 3 pregnant women (4.9%), and in the third trimester – in 23 (37.7%). Of the clinical symptoms of GP, hyperthermia (n=31; 50.8%) and pain syndrome (n=47; 77.04%) prevailed. And only in 4 patients (6.5%), the diagnosis of GP was made only on the basis of the results of laboratory and instrumental examination. In all cases, pregnant women with GP were prescribed antispasmodic, antibacterial and infusion therapy. Antibacterial therapy with one drug was carried out in 44 women (72.1%), combined antibacterial therapy was received by 17 patients (27.9%).

Antibiotics of the group of cephalosporins (n=27; 61.4%) and penicillins (n=13; 29.5%) were used as antibacterial drugs. Macrolides were prescribed in single cases (n=4; 9.1%). In order to restore the outflow of urine, stent drainage was installed in 8 (13.1%) patients. The duration of stay in the hospital ranged from 4 to 10 days.

Conclusion. The results of the analysis showed that the risk factors for GP should include: burdened obstetric and gynecological history (72.1%), the presence of extragenital pathology with foci of chronic inflammatory processes, the second trimester of pregnancy (57.4%). The occurrence of GP increases the risk of fetoplacental insufficiency to 47.5%, gestational hypertension and preeclampsia to 51.5%. In addition, the occurrence of this pathology increases the probability of premature birth to 14.8%, and the use of surgical aids to 32.8%.

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF PROLONGATION OF PREGNANCY IN WOMEN WITH PROLONGED ANHYDROUS CONDITION

Nabiyeva D.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Premature rupture of the fetal membranes (PRPO) in premature pregnancy is one of the most common causes of premature birth and causes every fifth case of perinatal losses.

The purpose of this study is to evaluate the effectiveness of conservative–wait-and-see tactics of pregnancy and delivery in women with PRPO at 22-37 weeks gestation.

Material and methods. A retrospective analysis of 148 birth histories of patients who were in the Perinatal Center of Andijan for 2018-2020, whose pregnancy was complicated by prenatal outpouring of amniotic fluid at the gestation period of 22-37 weeks, was carried out. The course of pregnancy, preparation for childbirth and delivery were monitored.

Results and discussion. Among the studied patients with PRPO, the number of first–time pregnancies was 58%, second-time pregnancies - 42%. Multiple pregnancies with this pathology were observed in 3% of patients. A total of 153 newborns were born, of them with a body weight of 500-999 g – 3%, 1000-1499 g – 12%, 1500-2499 g – 44%, more than 2500 g – 41%. In premature infants born through the natural birth canal, the APGAR score was 3-5 points in 5%, 5-7 points in 54%, and 7-8 points in 41%. Newborns extracted by caesarean section – 22% – 3-5 points, 55% – 5-7 points, 23% – 7-8 points.

Conclusion. The results of the study showed the expediency of carrying out conservative and expectant tactics of pregnancy management during PRPO. This tactic is acceptable for the duration of an anhydrous interval of up to 12 hours, the absence of signs of infectious complications, and a satisfactory condition of the intrauterine fetus. In the interests of the mother and fetus, in the absence of a positive effect and the preservation of an immature cervix, operative delivery by caesarean section is indicated. Conservative and wait-and-see tactics contribute to accelerated maturation of fetal lungs, reduces the frequency of severe forms of RDS and, as a result, reduces the cost of caring for these children.

STATE OF INDICATORS OF CELLULAR IMMUNE IN WOMEN WITH EXTERNAL-GENITAL ENDOMETRIOSIS

Nadzhmitdinova D.A.
Andijan State Medical Institute

Annotation. Endometriosis is considered an estrogen-dependent disease, although there is a statement about the relative autonomy or hormone independence of endometrioid heterotopias. Endometrial tissue cannot be considered as an ectopically located endometrium, since they differ significantly in the content of hormone receptors, response to hormonal exposure, and visual manifestations. Endometriosis has a number of features that distinguish it from other diseases: cyclicity, similar to the regularity of the ovario-menstrual cycle; the absence of a connective tissue capsule in the focus of endometriosis; tendency to infiltrating growth associated with the enzymatic activity of endometrioid foci. A feature of endometriosis is its ability to metastasize, that is, the transfer of endometriosis cells by implantation through the lymphatic and blood vessels to other organs and tissues located at a considerable distance from the primary focus. Most researchers consider immunological changes in endometriosis as a secondary reaction of the immune system to the developing focus of endometriosis. However, some of them indicate the possibility of the primacy of these disorders and their participation not only in the development of infertility and anovulation, but also in the occurrence of endometriosis.

Material and methods. 102 women diagnosed with external genital endometriosis and 20 healthy women who made up the control group were examined. All surveyed were of fertile age (mean age of patients 27.8 years, in the control - 26.9) without severe extragenital pathology. Of the total number of patients, the first group consisted of 50 (36.5%) women who, against the background of traditional therapy, used Vizanna in a cyclic regimen, and the 2nd group included 52 (38.0%) women who, against the background of traditional therapy received the drug Visanne in a continuous mode. In group 1, 16 (55.2%) out of 29 had primary and 5 (17.2%) secondary infertility, 8 (27.6%) had no impaired fertility. In group 2, respectively, in 20 (64.5%) and 6 (19.4%), in 3 (9.7%) fertility was not impaired, and 2 (6.5%) girls aged 16 and 17 years were under the age of marriage. The diagnosis of endometriosis was verified by the characteristic clinic of the disease, ultrasound data and histological studies.

Results. In patients with endometrioid lesions, there are significant changes in both local immunity factors and immunological components in the circulating blood. Analysis of the T-link showed that the total pool of T-lymphocytes before treatment was significantly reduced in both groups compared with the control. 30-36 days after treatment, this indicator increased significantly in both groups ($P<0.05$), but not reaching the level of the control group in all positions. The number of B-lymphocytes before treatment was also reduced compared to the control in both groups. After treatment, there was a similar dynamic to the recovery of the indicator without significant differences. After treatment with Visanne, there was a significant trend towards a decrease in all studied parameters in both groups. However, by the second examination period, the parameters of ovary, endometrium, and myometrium were still significantly higher than the control ones. The conducted studies allow us to suggest that significant immunological changes in the body of patients with endometriosis arise as a result of the influence of endometrioid disease.

Conclusions. The clinical results of the study, coupled with the analysis of immunological parameters, make it possible to characterize Vizanne as a method of choice for the treatment of external genital endometriosis, especially among women with a satisfactory generative history.

METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT BY MODERN METHODS DURING PERIMENOPAUSE IN WOMEN WITH ENDOMETRIAL PATHOLOGY

NazirovA Z.M.
Andijan State Medical Institute

Relevance. To date, gynecology has not been able to radically change the oncological and epidemiological situation and develop a strategy that would solve the problem of early diagnosis and effective treatment of endometrial cancer - a tumor that claims more than 5 thousand lives annually.

At the same time, it should be noted that the issues of early diagnosis of endometrial cancer in menopause are solved quite effectively due to the development and implementation of an optimal algorithm for diagnostic research.

The purpose of the study. Improving the effectiveness of therapeutic tactics in the presence of hyperplastic processes in the endometrium in perimenopausal women based on new clinical and pathogenetic aspects, taking into account the role of chronic endometritis.

Materials and methods of research. To achieve this goal and objectives, a prospective study was conducted, which included 149 patients who were on inpatient treatment from 2019 to 2021 in gynecological departments. Indications for hospitalization of women in the hospital were: uterine bleeding of various types (85.6%) and / or the presence of echographic signs of pathological changes in the endometrium (14.4%).

Criteria for inclusion of patients in the study: perimenopausal period, absence of oncological diseases; absence of endocrine pathology (diabetes mellitus, hypo- and hyperthyroidism, obesity II-III st); absence of acute inflammatory process of the pelvic organs; informed voluntary consent of patients to carry out all necessary medical and diagnostic procedures.

The results of the study. The examined patients were aged from 45 to 55 years. The average age of the patients was 48.2+2.9 years. This is due to the selection criteria of patients and indicates that pathological processes in the endometrium are formed during perimenopause.

The leading complaint of the patients of the main group and the comparison group was prolonged uterine bleeding (more than 7 days), which occurred on the days of the expected menstruation – 50.6% and 51.0%, respectively. In addition, in the main group, 45.9% of women indicated heavy menstrual bleeding, while the duration of menstrual cycle disorders was on average more than 1.5 years. In the comparison group, menorrhagia was less common – in 22.9% of cases, and the majority of women (77.3%) had a regular menstrual cycle. The comparison group consisted of 87 patients who, according to morphological examination, had no pathological changes in the endometrium and the main group, which consisted of 62 women with histologically confirmed hyperplastic endometrial process.

Anamnestic and objective data were studied in all patients admitted to the hospital. The following information was entered into the individual examination card developed by us: heredity, infectious diseases suffered in childhood and adolescence, constitutional features characterizing the premorbid background, the presence of extragenital and gynecological diseases, surgical interventions. In addition, the features and nature of menstrual function were clarified: the age of menarche, the nature, soreness, the volume of menstrual blood loss. The peculiarities of reproductive function were studied in detail – the course and outcome of each pregnancy, their complications.

Conclusion. Thus, this strategy makes it possible to increase the effectiveness of detecting benign and malignant endometrial diseases with the reasonable involvement of modern diagnostic methods, as well as to individualize the management tactics of perimenopausal women with endometrial pathological processes.

AFTER ABORTION ENDOMETRITIS IN WOMEN WITH A PATHOLOGY OF REPRODUCTIVE FUNCTION

Nigmatshaeva A.R., Ahmadjanova G.M.
Andijan State Medical Institute

Relevance. The prevalence after abortion endometritis among the female population has not been completely studied and varies, according to various sources, from 0.8 to 70%. According to A.V. TTTurshalina, the proportion of patients with clinical manifestations of chronic endometritis does not exceed 3.3%, however, the frequency of the disease depends on the nature of the nosological pathology: for example, after abortion endometritis is found in 72% of histological samples of endometrial biopsy in women with infections transmitted sexually, in 68% - in patients with tuboperitoneal infertility.

Purpose of the study. According to publications, evaluate the value after abortion endometritis in the genesis of impaired reproductive function of women, determine the mechanisms of their formation.

Materials and methods research. A prospective study included 146 women who applied in the perinatal center of the city of Andijan with various disorders of reproductive function: infertility and miscarriage, who were diagnosed with PAE during the examination.
To assess the effectiveness of complex therapy, all patients were randomly divided into 2 groups.

The results of the study. In the course of the work, the incidence of CE in gynecological patients was analyzed. In different years during the observation period, the frequency of the disease ranged from 1.7% to 3.3% and averaged 2.6 ± 0.2% of the total number of gynecological patients hospitalized in adult departments of the perinatal center over a 10-year period.

According to a retrospective analysis, the average age of women with PAE was 31.9 ± 0.3 years, varying from 19 to 57 years. The maximum frequency of the disease (58.8%) was in the age group of 26-35 years, i.e. for the age interval the most important in the implementation of the reproductive function. It is important to note that women of reproductive age accounted for 97.6% of all examined patients with PAE.

When analyzing the frequency of spread of PAE in infertility patients who had been treated in the gynecological departments of the Center for 10 years, we revealed an increase of this indicator by 3.7 times compared with the frequency of PAE in the general cohort of gynecological patients. The frequency of PAE in patients with infertility varied in different years from 7.8% to 15.4% and averaged 9.8 ± 0.7%. Thus, PAE was detected in every 10th woman with infertility.

Findings. The prevalence rate of chronic endometritis in gynecological patients is 2.6%; among patients after abortion endometritis, the proportion of women of reproductive age is 97.6%.

The prevalence after abortion endometritis in patients with infertility is 3.7 times higher than in the general cohort of gynecological patients, and is 9.8%. after abortion, endometritis was the only verified cause of infertility in 18.8% of the women examined and the only verified cause of miscarriage was 52.1%.

As a result of complex pathogenetically substantiated therapy after abortion endometritis, structural and functional restoration of endometrial tissue occurs: complete restoration of the morphological structure of the endometrium was noted in 85.7% of cases; pregnancy rate is 79.2%, pregnancy termination rate is 75%.

SIGNIFICANCE OF FETAL ULTRASOUND DOPLEROGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF FETOPLACENTAL DISORDERS IN PREGNANT WOMEN WITH COVID-19

Palvanova S.A., Karimov A.Kh.
Khorezm Regional Perinatal Center, Tashkent Medical Academy

Key words: Ultrasound dopplerography, pregnancy, covid-19.

Summary. The value of fetal Ultrasound doplerography in the diagnosis of fetal circulatory pathology in 88 pregnant women with covid-19 in the 3rd trimesters was introduced and studied. Risk groups and management tactics were determined depending on the severity of circulatory disorders in the fetoplacental system.

Relevance of the problem. The world has been living with COVID-19 for more than two years. During this period, enough data has accumulated on the features of the course of a new coronavirus infection in pregnant women, the risks and impact on the unborn child. The main method for studying blood circulation is a Doppler study, which allows a non-invasive, objective and cost-effective assessment of the state of blood flow in the vessels of the placenta and fetus. Dopplerometry seems to be the single most accurate method for assessing the functional state of the fetus during pregnancy.

The virus was also detected in the placenta: visualization of the SARS-CoV-2 virion in the placenta was first described on May 8, 2020 by G. Algarroba et al. in the American Journal of Obstetrics and Gynecolog. There is no convincing evidence that the SARS-CoV-2 virus increases the rate of abortion (spontaneous abortion, non-developing pregnancy), but the rate of preterm birth (at 22-37 weeks of gestation) increases to 12.9-28.6%. In this regard, dopplerography of the fetus in pregnant women with covid-19 is relevant.

Purpose of the study: to study the value of fetal dopplerography in the diagnosis of fetoplacental disorders in pregnant women with covid-19 in the 3rd trimesters.

Material and research methods. We examined 88 pregnant women in 3 trimesters with covid-19. We used an additional research method, fetal Ultrasound dopplerography, to find out the hemodynamics and state of the cardiovascular system in the fetus.

Research and results. Using this method, cerebral, placental, umbilical and uterine hemodynamics were detected in a timely manner in assessing the state of the fetus at the stage of preclinical diagnosis, in predicting and preventing perinatal complications before childbirth, during childbirth, and also demonstrate the need for an in-depth further study of this problem.

Conclusions. Doppler sonography of the fetus helps to reduce perinatal mortality (due to early termination of pregnancy). 2. Timely diagnosis of fetoplacental disorders affects the course in the postnatal period; contributes to the organization of childbirth in Perinatal Centers, which have the ability to provide rational care to newborns, which helps to avoid long-term dangerous transportation after childbirth, which can deepen hypoxia, acidosis and associated neurological complications.

CONSEQUENCES OF POST-COVID ENDOTHELIAL DYSFUNCTION

Rustamov U.M., Boboev R.A., Sadikova D.I., Hamraev O.A., Mamarizaev A.A.
Andijan state medical institute

One of the consequences of coronavirus infection is endothelial dysfunction. In this condition, the mucous membrane of small blood vessels is disturbed, and the tissues they feed cease to be supplied with blood normally and lose their functions.

The purpose of the study is to study the impact of coronavirus infection on erectile dysfunction.

Material and research methods. From 2021 to 2022, 46 men who had COVID-19 pneumonia and complained of a pronounced decrease in libido, erectile function and the quality of sexual intercourse after the illness were consulted in the urology department of the ASMI clinic. The age of the patients ranged from 38 to 57 years. All of them had at least one PCR-positive respiratory swab for COVID-19. The diagnostic complex included a physical examination, general blood and urine tests, a biochemical blood test, an ultrasound examination of the prostate and scrotum organs, a study of the level of a common prostate -specific antigen, a study of hormonal status - the total level of testosterone (T), luteinizing hormone (LH), prolactin (P).

Patients were surveyed using the following questionnaires: IIEF (The international index of erectile function , International Index of Erectile Function, IIEF-5); IPSS (International Prostate Symptom Score , International Prostate Symptom Index, a scale for the overall assessment of prostate diseases); AMS (Aging Males Symptoms , Male Aging Symptoms Questionnaire).

The results of the study showed that during the physical examination, no significant pathology was detected in the applied men. General clinical blood and urine tests, the results of a biochemical blood test were within normal limits.

All those who applied noted a decrease in sexual desire of varying severity, from sluggish periodic desires to their complete absence within 1 to 3 months after suffering COVID-19 pneumonia. Many of them forced themselves to have intercourse by force of will, in most cases (67%) under the psychological pressure of their sexual partners. This eventually led to conflicts, which further aggravated the emotional situation.

According to the results of the survey of the International Index of Erectile Function, patients were divided into 3 groups:

Group 1 - 16 men, whose total score on the IIEF-5 scale was 17-21, were included in the group with a mild degree of erectile dysfunction;

Group 2 - in 22 patients, the total score was 12-16, which combined them into a group with a moderately mild degree of erectile dysfunction

Group 3 - 8 patients with severe erectile dysfunction, since the sum of the test was 5-7 points.

After undergoing COVID -19, patients of groups 1 and 2 noted that they were most concerned about difficulties with the onset and maintenance of an erection, incomplete satisfaction from sexual intercourse, and group 1 patients noted on a 3-4 point system (sometimes or in half of the cases), and patients of the 2nd group - according to a 2-point system (which means rarely).

Conclusions:

1. The topic of viral lesions of the organs of the male reproductive system with negative consequences for fertility and the erection component for urological practice is also expanding with the consequences of coronavirus infection.
2. COVID infection has a negative effect on erectile function by reducing testosterone levels.

CLINICAL AND LABORATORY BLOOD TESTS IN PATHOLOGY AMNIOTIC FLUID

Sherlieva G.U.[1], Aripov A.N.[2], Matyakubova S.A.[1]
1-Khorezm Regional Perinatal Center, Urgench, Uzbekistan
2-Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Pediatrics

Introduction. Our work presents studies of the content of autoantibodies to native DNA in the blood serum of pregnant women with polyhydramnios. Polyhydramnios remains an urgent problem of modern obstetrics, as it is one of the leading causes of reproductive losses. In obstetric practice, this pathology occurs in 0.12%-6% of cases. One of the urgent problems of modern healthcare is antenatal prevention, reduction of perinatal morbidity and mortality. In solving this

problem, it is important to diagnose and timely therapy of complications during pregnancy that negatively affect both the condition of the mother and the development of children.

Material and methods. 67 pregnant women aged 19 to 41 years were examined. Clinical, clinical-laboratory, instrumental and functional (ultrasound) studies were conducted in all pregnant women. Determination of the level of alpha-1-antitrypsin (AAT) of IgG class to native double–stranded DNA in blood serum was determined by solid-phase IFA (Vector-Best). All pregnant women are consulted by related specialists: a therapist, an endocrinologist, etc. The statistical results of the study were statistically processed using standard methods of variational statistics using the Student's t-test using the Excel-Office-2010 application program on a Pentium IV computer.

Research results: Clinical and laboratory studies showed that among n=67 pregnant women, polyhydramnios was diagnosed in n=21, which was 31.3%. The results of the IFA study of autoantibodies in the blood serum of pregnant women showed that among 67 pregnant women, 19 pregnant women in the blood serum showed an increase in the level of AAT to native double-stranded DNA, which amounted to 28.4% of cases. Whereas in the group of pregnant women with polyhydramnios, AAT to DNA - DS was detected in 10 pregnant women out of 21, which was 47.6% of cases. Whereas in the group of pregnant women without polyhydramnios, AAT to DNA – DS –was detected in 9 patients, which was 20% of cases, respectively. The results obtained indicate that pregnant women with polyhydramnios have an increased frequency of detection of autoantibodies to DNA-DS by 2.4 times compared to pregnant women without polyhydramnios, which causes the risk of developing an autoimmune process in the body. Analysis of the clinical course of polyhydramnios, taking into account the concentration of autoantibodies, showed that in 60% of cases the process was acute. Thus, in the group of pregnant women with an increased concentration of AAT to DNA-DS, hypertension was noted in 3, and glomerulephritis in 1.

Conclusion. Thus, the analysis of the results shows that with polyhydramnios, there is an increase in the concentration of AAT class G to the native two-stranded DNA, which amounted to 47.6% of cases. The results obtained indicate that pregnant women with polyhydramnios have an increased frequency of detection of autoantibodies to DNA-DS by 1.7 times compared to pregnant women without polyhydramnios, which causes the risk of developing an autoimmune process in the body.

MODERN VIEWS ON THE CLINICAL AND GENETIC ASPECTS OF POLYHYDRAMNIOS

Sherlieva G.U.[1], Aripov A.N.[2], Matyakubova S.A.[1]
1-Khorezm Regional Perinatal Center, Urgench, Uzbekistan
2-Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Pediatrics

Introduction. Polyhydramnios is determined by a pathological increase in the volume of amniotic fluid during pregnancy and refers to one of the serious complications of pregnancy that violate fetoplacental homeostasis and cause a high risk of perinatal morbidity and mortality (Sidorenko V.N., et. al., 2018). Polyhydramnios has a different cause and is an early symptom of various pathological processes in the body of the mother and fetus. In this connection, the mechanisms of amniotic fluid formation are not fully understood. Many researchers consider the following mechanisms of amniotic fluid formation depending on the gestation period. In the first trimester, amniotic fluid is a transudate of maternal plasma through the chorion and amnion during the remodeling of spiral arteries. In the second and third trimester, the main source of amniotic fluid formation is the fetus (urine and alveolar fluid) (Prytkov A.N., et. al., 2014)

The aim of the study is to assess the state of IgG class autoantibodies to native double-stranded in the serum of pregnant women with polyhydramnios.

Material and methods. 67 pregnant women aged 19 to 41 years were examined. Clinical, clinical-laboratory, instrumental and functional (ultrasound) studies were conducted in all pregnant women. Determination of the level of alpha-1-antitrypsin (AAT) of IgG class to native double–stranded DNA in blood serum was determined by solid-phase IFA (Vector-Best). All pregnant women are consulted by related specialists: a therapist, an endocrinologist, etc.

Research results: Clinical and laboratory studies showed that among n=67 pregnant women, polyhydramnios was diagnosed in n=21, which was 31.3%. The results of the IFA study of autoantibodies in the blood serum of pregnant women showed that among 67 pregnant women, 19 pregnant women in the blood serum showed an increase in the level of AAT to native double-stranded DNA, which amounted to 28.4% of cases. Whereas in the group of pregnant women with polyhydramnios, AAT to DNA - DS was detected in 10 pregnant women out of 21, which was 47.6% of cases. Whereas in the group of pregnant women without polyhydramnios, AAT to DNA – DS –was detected in 9 patients, which was 20% of cases, respectively. The results obtained indicate that pregnant women with polyhydramnios have an increased frequency of detection of autoantibodies to DNA-DS by 2.4 times compared to pregnant women without polyhydramnios, which causes the risk of developing an autoimmune process in the body. Analysis of the clinical course of polyhydramnios, taking into account the concentration of autoantibodies, showed that in 60% of cases the process was acute. Thus, in the group of pregnant women with an increased concentration of AAT to DNA-DS, hypertension was noted in three patients, and glomerulephritis in one patient.

Conclusion. Thus, the analysis of the results shows that with polyhydramnios, there is an increase in the concentration of AAT class G to the native two-stranded DNA, which amounted to 47.6% of cases. The results obtained indicate that pregnant women with polyhydramnios have an increased frequency of detection of autoantibodies to DNA-DS by 1.7 times compared to pregnant women without polyhydramnios, which causes the risk of developing an autoimmune process in the body. The analysis of the study shows that polyhydramnios are the leading medical and social problem, which leads to high child morbidity, disability, as well as death, negatively affecting the quality of life not only of a single family, but also on the gene pool of the nation. The study of the mechanisms of the development of polyhydramnios, taking into account the genetic factors of the organism, may give a certain understanding of the pathogenesis, the development of early diagnosis, timely tactics for the correct administration of patients and preventive measures. A high-tech modern approach using high-tech methods of pregnancy research, based on the search for molecular genetic criteria with clear implementation of clinical recommendations, makes it possible to exclude the influence of risk factors at the stage of pre-pregnancy preparation and in the first trimester, to carry out timely diagnostic and therapeutic measures, to improve perinatal outcomes.

AS A RISK FACTOR FOR CHRONIC SALPINGOOPHORITIS LEADING TO INFERTILITY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Shokirova S.M.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Inflammatory diseases of the pelvic organs is a collective concept that includes infectious inflammatory diseases of the upper genital tract of women involving the fallopian tubes, ovaries and surrounding tissues.

The frequency of inflammatory diseases of the pelvic organs in the world is growing every year, especially the increase in morbidity in the age groups of 18-24 years (1.4 times) and 25-29 years (1.8 times) over the last decade is clearly noticeable, which may be a consequence of the early onset of sexual activity.

The spectrum of pathogens that cause inflammation of the female genital organs is quite wide and includes both bacteria and sexually transmitted pathogens, which, if there are several ways of

infection, increases the risk of diseases of the pelvic organs. The negative effect of the immune response on intracellular metabolism and the functions of the corresponding organs and tissues has been proven.

As a result, the clinical effect of treatment decreases, which causes the progression and relapses of the disease and makes it necessary to search for new ways of prevention and therapy. The significance of inflammatory diseases of the pelvic organs is primarily due to the fact that this group of diseases leads to violations of the reproductive function of women, for example, it can cause the development of infertility, in particular tubal and / or peritoneal genesis, as well as organic complications, for example, chronic pelvic pain syndrome.

The aim of the study was to determine the specific weight of chronic salpingoophoritis in the structure of infertility in women of reproductive age.

Materials and methods of research. A retrospective analysis of the medical histories of 50 patients who sought gynecological help due to infertile marriage in the period from 2021 to 2022 was carried out. 45 patients (90%) had a history of chronic nonspecific salpingoophoritis.

When comparing the proportion of women with different phases of reproductive age, it turned out that the proportion of women aged 22-28 years (RRP, PR) was the most numerous (31%). However, women aged 36-40 years (PRP) were represented with a comparable frequency – 27%, which distorted the stereotype that HrSO is the prerogative of the early age period. Taking into account the criteria for inclusion in the studies, we emphasize that women with CrSO at the age of 37.47±1.58 (35-40) years planned pregnancy, which is also a trend of modern times. Thus, we have confirmed that PRP does not exclude a clinically significant course of HrSO, which should be taken into account by the doctors of the antenatal clinic when pre-pregnancy counseling women. HrSO in 40% of women under the age of 27 is extremely alarming due to the known and expected onset of ovarian depletion (aging) from the age of 27.

It should be noted that the duration of pain in the lower abdomen, as a symptom of HrSO, in women of the comparison groups was generally 6.19 ±18.39 months and could reach 120 months. The longest course of HrSO was observed in women with PRP (14.89±26.07 months), in women with PR could reach 120 months, which is extremely prognostically unfavorable when assessing the risks of impaired fertility due to prolonged inflammatory process in the ovaries and depletion of the ovarian reserve with age. A significant difference in the duration of HrSO with the pain syndrome clinic was found for women with RRP and PRP in comparison with the control group.

In confirmation of the concern about an increase in the risk of a woman's fertility disorder with age, it was found that only 22% of women in the comparison groups had a history of pregnancy: childbirth in 22% and artificial abortions in 14%. Moreover, infertility in the anamnesis lasting up to 15 years (2.65±4.14 years) was detected in 77% of women with CrSO, 93% of women with PR and 89% of PRP. The infertility rate of 45% in women with RRP with a significantly longer duration than in the control can be considered no less critical, confirming the relevance of implementing measures to preserve women's reproductive health, starting from a young age.

Conclusions. Thus, HrSO in age-related aspects poses a threat not only to a woman's health, quality of life, but also to her fertility. HrSO may be an independent risk factor for a decrease in ovarian reserve in various phases of reproductive age. A long course of HrSO and a belated appeal to an obstetrician-gynecologist with a duration of pain syndrome up to 120 months, infertility – up to 15 years indicate a lack of education of women of reproductive age in matters of preserving their health and fertility potential, which should determine preventive approaches at the outpatient stage of the obstetric and gynecological service.

REPRODUCTIVE HEALTH OF GIRLS SUFFERING FROM INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS

Usmanova G.A.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Type 1 diabetes mellitus (DM1) occupies a leading place in the structure of endocrinopathies of childhood and adolescence. An unfavorable reproductive prognosis in patients with DM1 is associated with multidirectional pathogenetic mechanisms of steroidogenesis disorders. On the other hand, against the background of puberty, accompanied by an increase in the need for insulin, metabolic control over carbohydrate metabolism worsens.

The purpose of the study. To study the peculiarities of the course of puberty in girls suffering from DM1.

Materials and methods. A retrospective analysis of the case histories of 100 patients aged 14-17 years (average age 15.6±1.3 years) with DM1 undergoing inpatient treatment at the Saratov Regional Children's Clinical Hospital was carried out. The distribution by groups depended on the onset of DM1 in relation to puberty: before the onset of puberty (group 1, n=35); during puberty before menarche (group 2, n=40); after the onset of menarche (group 3, n=25).

The results of the study. Puberty debut in the age range from 10 to 13 years was more common among patients of the 2nd and 3rd groups (72.5%; 76.0%) than in girls of the 1st group (45.7%). Puberty debut at the age of 13 years and older was noted more often in patients of group 1 (54.3%) than in girls of groups 2 and 3 (27.5%; 24.0%). There were no patients with puberty manifestation under the age of 10 in the study groups. In all groups, girls with the correct sequence of development of secondary sexual characteristics prevailed (82.9%; 80.0%; 72.0%) and cases of an inverted version of the puberty debut were less common (17,1%; 20,0%; 28,0%). The age of menarche in most patients was from 12 to 15 years (77,1%; 85,0%; 84,0%).

The average age of menarche was 14.5±0.3 years, 12.5±0.4 years and 12.2±0.3 years, respectively, groups. Menarche over the age of 15 years was observed in 22.9% of patients of group 1 and less often among patients of groups 2 and 3 (15.0%; 16.0%). Girls whose menarche occurred at the age of less than 12 years were not identified. 78.0% of patients had an irregular menstrual cycle 2 years after menarche. Among them, hypomenstrual syndrome was noted in 71.8% of cases (82.1%; 35.7%; 21.4%, respectively, groups), in 28.2% of cases – abnormal uterine bleeding in girls of the 2nd and 3rd groups (54.5% and 45.5%). Thus, the results of the study showed that the age of onset of the disease plays a certain role in the peculiarities of the course of puberty in girls with DM1.

CHARACTERISTIC FEATURES OF UTERINE FIBROIDS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Yunusova Z.V.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Fibroids are the most common benign tumor in women. Every fourth infertility is associated with uterine fibroids. Surgical intervention for fibroids is performed in more than 50% of patients. Uterine fibroids can be the cause of spontaneous abortions, premature birth, and copious postpartum uterine bleeding.

The purpose of the study. To study the frequency of occurrence of various forms of uterine fibroids and to assess the prognostic significance for assessing the restoration of the reproductive system. Research objectives: Analysis of medical histories of patients with uterine fibroids in different periods of reproductive age. Identification of the most common forms of uterine fibroids, middle-aged patients with uterine fibroids.

Materials and methods: 51 case histories of women with various forms of uterine fibroids who received surgical treatment at AOPC No. 1 from 2017 to 2019 were analyzed. The patients were divided into 2 groups: group 1 included 16 patients aged 23-35 years, group 2 consisted of 35 women aged 36-45 years.

The results of the study. The main reasons for contacting a gynecologist in these women were the absence of the desired pregnancy, the presence of clinical manifestations of fibroids.

The analysis revealed the following forms of uterine fibroids: in the first group, multiple uterine fibroids were diagnosed in 37.5% of patients, intramural – in 25%, interstitial-subserous – in 25%, subserous – in 12.5%. In the second group, interstitial-subserous localization of myomatous nodes was found in 51.5% of women, multiple fibroids – in 25.7%, subserous – in 14.2%, intramural – in 8.6%.

Conclusion: The dominant form of uterine fibroids in patients aged 23-35 years is multiple fibroids with different localization of nodes. The most common localization of uterine fibroids in patients aged 36 to 45 years is interstitial-subserous. We consider it justified to actively manage patients with the use of surgical treatment in women with multiple fibroids, large node sizes, and rapid tumor growth.

СОДЕРЖАНИЕ

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ **Абдиева М.А.**	3
СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ **Абдувалиев О.А (научный руководитель –Арзиева Г.Б)**	4
МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ В I и II ТРИМЕСТРАХ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ. БЕЗОПАСНОСТЬ. КРИТЕРИИ ПРИМЕНИМОСТИ **Абдувалиев О.А (научный руководитель –Арзиев Г.Б)**	4
ОСОБЕННОСТИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДОВОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ **Абдукаримова Н.Г.**	5
МОРФОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ИНТРАМУРАЛЬНОЙ ЧАСТИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НА РАННИХ СТАДИЯХ ПОСТНАТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ **Абдулазизов С.А.**	6
АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ **Абдуллаева Л.М., Турапова М.**	7
К ВОПРОСУ О ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ДИАТЕРМОЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ В АНАМНЕЗЕ **Абдуллаева Л.М., Сафаров А.Т., Рахимбаева М.Ш.**	9
ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ **Абдуллаева Л.М., Сафаров А.Т., Солиева М.Х.**	10
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРБЕТОЦИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РОДАХ. **Абдуллаева М.Н. ,Мухитдинова Т.К.**	11
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ В НАШЕМ РЕГИОНЕ. **Абдуллаева М.Н. Мухитдинова Т.К.**	12
ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ **Абдухалилов Ш.А научный руководитель –Арзиева Г.Б**	13

К ВОПРОСУ УЛУЧШЕНИЯ ИСХОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН, С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ **Абидов Ф.О., Бекбаулиева Г.Н., Раззакова Н.С.**	14
ЗНАЧЕНИЕ ТКАНЕВОГО КАЛЛИКРЕИНА В ОПТИМИЗАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА. **Аваков В.Е, Ибрагимов Н.К, Кенжаев Л.Т**	15
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С АПЛАЗИЕЙ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА **Адилова М.Н., Негмаджанов Б.Б., Раббимова Г.Т.**	16
ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ **Азизова Г.Д.**	17
МИОМА МАТКИ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ **Акрамова А., Олимова А., Илхомжонова С.**	19
ДИНАМИКА ЦИТОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ **Алиева А.З., Эседова А.Э., Идрисова М.А.**	20
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С КРУПНЫМ ПЛОДОМ **Аликулова М. (научный руководитель –Арзиева Г.Б)**	22
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ **Артикова С.Г.**	22
НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НАСЛЕДСТВЕННОЙ ДИСФИБРИНОГЕНЕМИЕЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ **Артикова С.Г.**	23
АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ, ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ **Ахмаджонова Г.М., Нигматшаева А.Р.**	24
ИММУННАЯ СИСТЕМА БЕРЕМЕННЫХ И ЦИТОМЕГАЛОВИРУС **Нигматшаева А.Р., Ахмаджонова Г.М.**	25
РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ СЕТЕВОЙ ПРОГРАММЫ «SIZ ONA BO`LASIZ» В МЕДИЦИНСКОЙ ПОДДЕРЖКЕ И ИЗМЕНЕНИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ, СОЦИАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ ЖЕНЩИН С СПКЯ. **Ахмедова М.Т**	26

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ **Ахмедова Н. М.**	28
ЛЕЧЕНИЕ АЛЬГОДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ: ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ НА ОСНОВЕ ВЗГЛЯДОВ АВИЦЕННЫ И СОВРЕМЕННОСТИ **Ашурова Н.Г., Жумаева М.М.**	29
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ **Бекбаулиева Г.Н., Шамсиева Д.А., Раззакова Н.С.**	30
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ **Бекбаулиева Г.Н., Жураева А.Ж., Раззакова Н.С.**	31
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ **Бозорова Х.К., Арзиева Г. Б.**	32
САМООТНОШЕНИЕ К БЕРЕМЕННОСТИ, СПЕЦИФИКА СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ НА ТЕРРИТОРИИ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ **Горбунов А. П., Пашов А. И., Реверчук И. В, Степанцова М. Г., Рачковская В. В**	33
ОСОБЕННОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОРМОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ЖЕНСКОМ БЕСПЛОДИИ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА **Гул Ахмад Таниш, Бабаджанова Г.С.**	34
ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С SARS-COV-2. **Жуманиязова С.Р., Муминова Н.Х.**	35
ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СПКЯ У ЖЕНЩИН УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ **Захидова К. Ш., Рахимова Г. Н.**	37
О МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭМБРИОХОРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ **Зиёдуллаева И.А (научный руководитель –Арзиева Г.Б)**	38
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АМНИОРЕДУКЦИИ ПРИ МНОГОВОДИЕ **Игамбердиева Д.У., Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж.**	39
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С. **Иминова Н.Б.**	39

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ **Исакова Д.З.**	40
СТРАТЕГИЯ LIFE EXTENSION (ПРОДЛЕНИЯ ЖИЗНИ) ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА **Исанбаева Л. М.**	42
АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ **Исламов Ж.М научный руководитель –Арзиева Г.Б**	43
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА СЕРОФЕР В ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ **Каримова Г.С.**	43
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА БЕРЕМЕННОСТЬ И ОЦЕНКА ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ **Касимова Н.К.**	44
ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ **Келдиёрова Н.Н.**	45
РУБЕЦ НА МАТКЕ И ПОСЛЕДУЮЩАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ **Курбаниязова В.Э.**	47
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТОК. **Курбанова Ш.У.**	48
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН **Мадаминхужаева Д.К., Собиров А.А.**	49
ДИСПРОПОРЦИЯ В РОДАХ КРУПНЫМИ ПЛОДАМИ, ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИСХОД ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА. **Мамадалиева М. Мухитддинова Т.К**	50
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЕСТАЦИОННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ НЕОПЛАЗИИ **Маматова М.Р., Салахиддинов К.З.**	51
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГОДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ, ЕГО ДИАГНОСТИКА **Маманазарова Н. Мухитдинова Т.К.**	52
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ **Ахмедова Н.М., Марозикова М.И.**	53

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ САЛЬПИНГООФАРИТОВ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ **Махмудова Ш. А., Каримова Н.Н.**	54
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК ПРИ ГЕСТАЦИОННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ **Маматова М.Р., Захирова Н.Н., Салахиддинов К.З.**	55
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ **Мелимуродова М., Бахриллаева М., Шопулотова З.А.**	56
НЕКОТОРЫЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТОК, УДАЛЕННЫХ ПО ПОВОДУ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ **Мирзабекова М.Б. (научный руководитель –Арзиева Г.Б)**	57
РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЛИЗКИХ РОДСТВЕННЫХ БРАКОВ **Муминов Р.К., Аграновский М.Л., Салиев М.М.**	58
ФАКТОР УГРОЗЫ ВЫКИДЫША ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ **Муминова Н.Х., Шорахмедова Н.Ш.**	59
ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ РАК ЖЕЛУДКА У БЕРЕМЕННЫХ **Мусаев М.У., Хасанов Д.Ш.**	61
ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ. **Мусозода Д.М., Асранкулова С К.**	63
ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ В ЭНДОМЕТРИИ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА **Назирова З.М.**	63
ИЗУЧЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА И ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЦИСТЭКТОМИИ **Найимова Н.С., Халимова Э.М., Собирова Д. Ш., Каримова Н.Н.**	65
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПРИЗНАКОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ **Насретдинова Д.Б**	66
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЯХ **Насретдинова Д.Б.**	67

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА **Насриддинова К.П, Шермухаммедова М.П, Насриддинов Ш.Б.**	68
ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ХЛАМИДИОЗЕ **Насриддинова К.П, Шермухаммедова М.П, Насриддинов Ш.Б.**	69
РОЛЬ РАЗВИТИЯ ТРОМБОЦИТОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМСИЕЙ И ПРИНЦИПЫ ИХ КОРРЕКЦИИ **Насритдинова .Д.Р, Ахмедова.Н.М**	69
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИН: ПРИЧИНЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ **Небышинец Л.М**	70
СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ЗАЩИТЫ У ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ **Никишов Н.Н.[1], Клементе Апумайта Х.М.[2], Журина И.Ю.[3], Гагаева Ю.А[3]., Вотинцева В.О[3]., Хамидова А.Р.[3]**	72
ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ. **Нишанова Д.А**	73
ИЗУЧЕНИЯ РОЛИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ ПРИ РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ. **Нишанова Д.А**	74
ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ПРИ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА **Нурханова Н.О.**	75
АНАЛИЗ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ОРВИ **Одамбаев О.У (научный руководитель – Арзиева Г.Б)**	76
ВЫБОР ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ **Олимова Г.З научный руководитель –Арзиева Г.Б**	77
НАШ ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ **Пашов А. И., Волкова Л.В., Сивова Е. Н.**	77

НАШ ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ОРГАНОСХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ **Пашов А. И., Волкова Л.В., Сивова Е. Н.**	79
АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ **Расулова Г., Юлдашева О.С.**	80
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ГЛАНДИН В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ **Эркинова Н., Юлдашева С.**	81
АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ **Ахмаджанова М., Юлдашева О С**	82
РОЛЬ ТРОМБОЦИТОПАТИИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ **Рахимова.З.И, Асранкулова.С.К**	82
НОВЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ **Рахматуллаева М.М**	83
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ **Рузиев К.Х (научный руководитель –Арзиева Г.Б)**	85
ОПТИМИЗАЦИЯ РАННИЕ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ **Рухиддинова Н.И., Исламова З.К.**	86
ПОСТНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ПОТОМСТВА КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ГЕСТОЗОМ **Садриддинова Малика Равшановна научный руководитель –Арзиева Г.Б**	87
АДЕНОМИОЗ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ **Саиджалилова Д.Д., Мадолимова Н.Х., Аюпова Д.А.**	87
ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ **Саидова Ф.И.**	88
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИХ СРОКАХ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ **Саломова И.С., Адизова З.А., Каримова Н.Н.**	89
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ **Саттарова К.А., Бабаджанова Г.С., Аликулова Н.Э.**	90
ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ **Сафаралиева Г.Ф (научный руководитель –Арзиева Г.Б)**	92

СОСТОЯНИЕ КОАГУЛОЛОГИЧЕСКОЙ И БИОХИМИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВИЧ **Сафарова Л.А., Абдуллаева Л.М.**	92
КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ С ВРЕМЕННОЙ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА **Седнев О.В., Пашов А.И.**	94
РОЛЬ СОСТОЯНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПОКСИИ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (II ПОЛОВИНЕ) **Соткинбоева О.М. Мухитдинова Т.К**	95
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТЕРИОЗА У БЕРЕМЕННЫХ **Тешаева Ш.К**	96
ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПОРОКАМИ СЕРДЦА, В ТОМ ЧИСЛЕ БЕРЕМЕННЫХ. **Узокова М.К.**	97
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ **Уктамова Ю.У., Зубайдиллоева З. Х., Худоярова Д.Р**	97
РОЛЬ COVID-19 В РАЗВИТИИ МИОКАРДИТА У БЕРЕМЕННЫХ **Уринбаева Н.А., Эшонходжаева Д.Д.**	98
ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ **Уринова.Д.Б, Асранкулова.Д.Б**	99
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ АНАЛИЗА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ **Усманова Г.А.**	100
ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МАЛОГО ТАЗА **Усманова Н.Ю., Нематова Н.Н.**	101
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ **Халимова Э.М., Зокирова Н.Р., Каримов Д.Н.**	102

АТИПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ **Хамраев О.А.,Рустамов У.М.,Садикова Д.И., Мамаризаев А.А.**	103
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС РАЗРАСТАНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОСТАТЫ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ **Хамраев О.А.,Рустамов У.М.,Садикова Д.И., Мамаризаев А.А.**	104
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ МЕДИЦИНСКИЙ АБОРТ **Хасанова У.А (научный руководитель –Арзиева Г.Б)**	105
ОЦЕНКА РОЛИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ФАКТОРОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ГЕНА F III B РАЗВИТИИ ТРОМБОФИЛИИ У ЖЕНЩИН УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ **Хафизова Д.Б., Ихтиярова Г.А.**	106
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МАГНИЯ НА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ. **Ходжаева Д.Н ,Мухаммадова М.Б**	107
ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА **Холикова Д.С.**	108
ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ ПРИ ИНДУКЦИИ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ **Шакирова П.Д., Бекбаулиева Г.Н., Курбаниязова М.З.**	109
ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ЕГО ИЗУЧЕНИЕ КАК ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ **Шокирова С.М.**	110
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ЭЛАСТИЧЕСКИХ ВОЛОКОН RS2018736 A456C ГЕНА FBLN 5 У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИСТЕРОЭКТОМИИ **Шомиров Д.А.**	112
ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ **Шопулотова З.А., Худоярова Д.Р.**	113
ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЛАЦЕНТ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ ГЕМОСТАЗА **Шостак Д.П., Пашов А.И., Волкова Л.В., Рахимов А. Х.**	114

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА У БЕРЕМЕННЫХ. **Эгамова С.Н., Каримов А.Х.**	115
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕТОДА РАЗРЕШЕНИЯ РОДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПУПОВИНЫ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ **Юнусова З.В.**	116
ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА. **Якупова Г.М.,Турдиева А.С.., Садуакасова Ш.М.**	117
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ, И ЕГО ЗАВИСИМОСТЬ ОТ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ. **Якупова Г.М., Турдиева А.С., Садуакасова Ш.М.,**	119
ФАКТОРЫ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИМЕНИВШИХ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ **Ярматова Ш.З.**	120
AYOLLAR TUXUMDONINI ULTRATOVUSH YORDAMIDA DIAGNOSTIKA QILISH **Alimova E.A**	121
HOMILADORLARDA BACHADON BO‘YNI PATOLOGIYALARINI TASHXISLASH USULLARINI QIYOSIY BAHOLASH **Choriyeva G.Z., Isroilova R.S.**	123
VULVOVAGINAL INFEKTSIYALARNI DAVOLASHDA CLINDAMYCIN / CLOTRIMAZOLE INTRAVAGINAL KOMBINATSIYALANGAN PREPARATINING KLINIK SAMARADORLIGINI BAXOLASH. **Karimov A.H., Ro’ziboyeva N.Ch.**	124
PATOLOGIK HOLATLARDA TUG’RUQ INDUKSIYASI SAMARASINI BAHOLASH **Kayumova D.T., Kamilova I.A., Muxtorova S.A.**	125
TURLICHA GINEKOLOGIOK KASALLIKLARDA LAKTOBATSILLALARNING MIQDORIY O’ZGARUVCHANLIGI **Mamadiyorova M.M., SHAYQULOV X. SH**	126
HOMILADORLOKNING ERTA DAVRIDA HOMILA TUSHISHNING OLDINI OLISH **Mamadiyorova M.M., Pediatriya Toshpo’latova M.B., Shopulatova Z. A.**	126
EGIZ HOMILADORLIKDA HOMILADORLIKNI KECHISHI VA TUG’RUQNI OLIB BORISH **Mirxonova N.E. Turayeva G.Y.**	127

BACHADONNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI BO'LGAN AYOLLARDA ADENOMIYOZ RIVOJLANISHIDA IMMUN TIZIMINING ROLI. **Nazarova D.G., Muratova N.D.**	128
HOMILADORLARDA VULVOVAGINITLARNI AN'ANAVIY DA'VOLASHI NATIJALAR TAHLILI **Negmadjanov B.B., Rabbimova G.T., Ochilova U.T., Yusupov I.B**	129
O□Z O□ZIDAN HOMILA TUSHUSHI TAHDID QILISHDA PROGESTERONNING TURLI SHAKLLARINING TA□SIRI **t.f.n. dotsent Sadiqova D.R Kazaxbayeva X.Z**	131
30 YOSHDAN OSHGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQNING XUSUSIYATLARI **Siddiqxodjayeva M.A., Bazarova F.F., Bozarova N.F.**	131
QIN ORQALI TUG'RUQDAN SO'NG CHANOQ TUBI HOLATIGA EPIZIOTOMIYANI TA'SIRI **Sidiqxodjaeva M.A Jumayeva G.Sh**	132
EKSTROKORPORAL URUG'LANTIRISH AMALIYOTI O'TKAZILGAN AYOLLARDA TUG'RUQ KECHISH XUSUSIYATINI O'RGANISH. **To'ychiyeva.K.D Yusupova.U.M.**	133
HOMILA DUMBASI BILAN KELGAN HOMILADORLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQ KECHISHI XUSUSIYATLARI **Tursunova Z.Z., Yusupova U.M.**	134
REPRODUKTIV FUNKSIYA BUZILISHI GENEZIDA GEMOSTAZ PATALOGIYASI. GEMOSTAZ PATALOGIYASIDA ASOSIY DIAGNOSTIK YONDASHUV **Usmonova X.A. Maqsudova M.M.**	135
TUG'RUQDA VAKUUM EKSTRAKSIYASINI QO'LLASH **Xatamova O'. R. Shokirova S.M.**	136
CHAQALOQLARDA SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASI KECHISHI **Xazratkulova M.I**	137
ЎЗБЕКИСТОН, СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТИДА ҲОМИЛАДОРЛАРДА ФЕТО-ПЛАЦЕНТАР ДИСФУНКЦИЯ МУАММОСИ. **Жўраева Д.М., Ешимбетова Г.З.**	139
ХОМИЛАДОРЛИК ВАҚТИДА ҚИН ДИСБИОЗИНИ ЎРГАНИШ ВА ДАВОЛАШ ПРИНСИПЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ. **Исроилова Г.М.**	141

ОБСТРУКТИВ ПИЕЛОНЕФРИТ БИЛАН ОҒРИГАН ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ **Мамаризаев А.А., Хамраев О.А.,Рустамов У.М.,Садикова Д.И.**	142
ГЕРИЯТРИЯДА СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИ КЕЧИШИНИ ТАХЛИЛ ҚИЛИШ **Мамаризаев А.А., Хамраев О.А., Рустамов У.М., Садикова Д.И.,** **ҲОМИЛА ИЧКИ ИНФЕКСИЯЛАНИШИДА БАЧАДОН ЙУЛДОШ ГЕМОДИНАМИКАСИДАГИ УЗГАРИШЛАР.** **Раҳимова К.Ю.**	143 143
PREVALENCE AND TREATMENT SPECIFICITY OF PHYSICAL MULTIMORBIDITY IN PREGNANT WOMEN **Abdukhaxorova S.K.**	144
STUDY OF THE MORPHOLOGY OF POSTPARTUM LESIONS OF THE INTRAMURAL PART OF THE URINARY TRACT IN THE EARLY STAGES OF EXPERIMENTAL HYPOTHYROIDISM AND ITS POSTNATAL GENESIS **Abdulazizov S.A.**	145
FEMALE ALCOHOLISM AND CHILDREN. **Agranovsky M.L., Saliev M.M., Muminov R.K.**	146
METHOD FOR DIAGNOSTIC AND FORECASTING DEVELOPMENT AFTER ABORTIONAL ENDOMETRITIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE **Ahmadjanova G.M., Nigmatshaeva A.R.**	147
FEATURES OF INDICATORS OF AUTONOMIC REGULATION OF BLOOD CIRCULATION IN PERIMENOPAUSAL WOMEN **Asrankulova D.B.**	148
PROBLEMS OF PREMATURE BIRTH IN MODERN OBSTETRICS **Asrankulova D.B.**	149
CAUSES AND CONSEQUENCES OF OSTEOPOROSIS PROBLEM IN CLIMACTERIC WOMEN **Bektasheva G.M.**	150
THE PROBLEM OF OSTEOPOROSIS IN WOMEN OF CLIMACTERIC AGE **Bektasheva G.M.**	151
ANALYSIS OF INTESTINAL MICROBIOTA IN PREGNANT WOMEN WITH CORONARY HEART DISEASE **Holikova D.S.**	152
MENSTRUAL DYSFUNCTION IN THE STRUCTURE OF HYPOTHALAMIC SYNDROME OF PUBERTY IN GIRLS **Isakova D.Z.**	152

ISSUES OF IMPROVING ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF THE COURSE OF TYPE 1 DIABETES MELLITUS IN PREGNANT WOMEN AND KIDNEY DAMAGE IN THEM **Madaminhuzhaeva D.K., Sobirov A.A.**	153
THE ROLE OF HIRUDOTHERAPY IN TREATING ALGODYSMENORRHEA **Mamadjanova Sh. K.**	154
TREATMENT AFTER ENDOUROLOGICAL INTERVENTION **Mamarizaev A.A., Rustamov U.M., Sadikova D.I., Hamrayev O.A.**	155
COMPREHENSIVE EXAMINATION FOR CHRONIC CYSTITIS **Mamarizaev A.A., Rustamov U.M., Sadikova D.I., Hamrayev O.A., Boboyev R.A.**	156
ASSYMPTOM BACTERIURIA IN PYELONEPHRITIS **Mamarizaev A.A., Rustamov U.M., Hamraev O.A., Boboev R.A. Sadikova D.I.**	157
TECHNIQUE OF PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPSY **Mamarizaev A.A., Rustamov U.M., Hamraev O.A., Boboev R.A. Sadikova D.I.**	158
ASSESSMENT OF THE SIGNIFICANCE OF G103T POLYMORPHISM OF THE F13 GENE IN THE DEVELOPMENT OF PRETERM LABOR **Mamieva L.M.[1], Matyakubova S.A.[1], Khayitboeva K.Kh.[2]**	158
RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF PRETERM BIRTH IN THE KHOREZM REGION **Mamieva L.M.[1], Matyakubova S.A.[1], Khayitboeva K.Kh.[2]**	159
PREGNANCY IN RHESUS NEGATIVE WOMEN **Muftaydinova SH.K., Gaynazarova D.A.**	160
THE ROLE OF TYROSINE KINASE RECEPTORS IN THE DEVELOPMENT OF ENDOMETRIOSIS AND TUMOR PROCESSES **Muftaydinova Sh.K., Muminova Z.A., Fayzullin L.Z., Buralkina N.A., Akhmedova N.M.**	161
MODERN METHODS OF TREATMENT OF DISSEMINATED STOMACH CANCER IN PREGNANT WOMEN **Musaev M.U., Khasanov D.Sh.**	162
ACUTE GESTATIONAL PYELONEPHRITIS AND ITS EFFECT ON THE COURSE AND OUTCOME OF PREGNANCY **Nabieva D**	163
ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF PROLONGATION OF PREGNANCY IN WOMEN WITH PROLONGED ANHYDROUS CONDITION **Nabiyeva D.**	164

STATE OF INDICATORS OF CELLULAR IMMUNE IN WOMEN WITH EXTERNAL-GENITAL ENDOMETRIOSIS **Nadzhmitdinova D.A.**	165
METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT BY MODERN METHODS DURING PERIMENOPAUSE IN WOMEN WITH ENDOMETRIAL PATHOLOGY **NazirovA Z.M**	166
AFTER ABORTION ENDOMETRITIS IN WOMEN WITH A PATHOLOGY OF REPRODUCTIVE FUNCTION **Nigmatshaeva A.R., Ahmadjanova G.M.**	167
SIGNIFICANCE OF FETAL ULTRASOUND DOPLEROGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF FETOPLACENTAL DISORDERS IN PREGNANT WOMEN WITH COVID-19 **Palvanova S.A., Karimov A.Kh.**	168
CONSEQUENCES OF POST-COVID ENDOTHELIAL DYSFUNCTION **Rustamov U.M., Boboev R.A., Sadikova D.I., Hamraev O.A., Mamarizaev A.A.**	168
CLINICAL AND LABORATORY BLOOD TESTS IN PATHOLOGY AMNIOTIC FLUID **Sherlieva G.U.[1], Aripov A.N.[2], Matyakubova S.A.[1]**	169
MODERN VIEWS ON THE CLINICAL AND GENETIC ASPECTS OF POLYHYDRAMNIOS **Sherlieva G.U.[1], Aripov A.N.[2], Matyakubova S.A.[1]**	170
AS A RISK FACTOR FOR CHRONIC SALPINGOOPHORITIS LEADING TO INFERTILITY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE **Shokirova S.M.**	171
REPRODUCTIVE HEALTH OF GIRLS SUFFERING FROM INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS **Usmanova G.A.**	173
CHARACTERISTIC FEATURES OF UTERINE FIBROIDS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE **Yunusova Z.V.**	173