



Ассоциация  
акушеров-гинекологов  
Республики Узбекистан



Министерство  
Здравоохранения  
Республики Узбекистан



Центр Развития  
Профессиональной Квалификации  
Медицинских Работников РУз



Ташкентская  
Медицинская  
Академия

# **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СТАНДАРТИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Материалы научно-практической конференции*

**Сборник Тезисов**



*посвященной памяти  
д.м.н, профессора А.С. Мордухович*

*Ташкент 23.02.2023*

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ  
К СТАНДАРТИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПРАКТИКЕ**

Материалы научно-практической конференции  
посвященной памяти д.м.н, профессора А.С. Мордухович.

**Сборник Тезисов**

**Ташкент 23.02.2023**

## **Состав организационного комитета конференции**

1. Пахомова Ж.Е – д.м.н, профессор, председатель ассоциации акушер и гинекологов Узбекистана
2. Нажмутдинова Д.К – д.м.н, профессор, Ташкентская медицинская академия
3. Каримов А.Х - д.м.н, профессор, Ташкентская медицинская академия
4. Курбанбекова Д.С – к.м.н, Ташкентский городской центр здоровья женщин.
5. Курбанов Б.Б – д.м.н, доцент, Ташкентский педиатрический медицинский институт
6. Абдуллаева Л.М – д.м.н, доцент, главный акушер-гинеколог Мз РУз
7. Рузиева Н.Х – д.м.н, профессор, Ташкентский педиатрический медицинский институт



## Памяти профессора А.С. Мордухович

Мордухович Анна Семеновна родилась 23 февраля 1925г. в г. Ташкенте в семье интеллигентов. Воспитание в семье было в духе уважения друг к другу, честности, трудолюбию и порядочности. Все эти качества полностью характеризуют А.С. Мордухович.

А.С. Мордухович всю свою жизнь посвятила научной, образовательной и просветительской деятельности. Анна Семеновна была автором многочисленных экспериментальных и теоретических работ по резус-сенсбилизации, нарушению свертываемости крови, перинатологии и иммунорепродуктологии. Под руководством проф. А.С. Мордухович защищено 25 диссертационных работ. Из них докторских- 5, кандидатских-20. Сегодня многие из ее учеников возглавляют кафедры акушерства и гинекологии, ведущие родовспомогательные учреждения, управления здравоохранения РУз. За годы трудовой деятельности ею написаны десятки научных статей, клинических лекций, монографий, учебников, методических рекомендаций.

А.С. Мордухович, став врачом и работая в столице (г. Ташкент) постоянно стремилась к тому, чтобы во всех уголках нашей страны врачи акушеры-гинекологи получали, умели и внедряли передовые технологии, современные методики медицинской практики. Впервые в нашей стране она предложила и внедрила метод лечения гемолитической болезни новорожденных, разработала тактику ведения беременных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, предложила расчеты при восполнении акушерских кровопотерь. Особым ее увлечением была иммунологическая репродуктология, которая в тот период времени была еще в зачаточном состоянии. Профессор А.С. Мордухович была пионером иммунологической репродуктологии в нашей стране.

К своим ученикам она была крайне строга и всегда требовала от них больше, чем от всех остальных. Надо сказать, что многие этого не понимали, а многие от всего сердца за эту школу стойкости благодарны были ей. Быть учеником проф. А.С. Мордухович- это была высшая награда для каждого врача акушера-гинеколога. Невероятная ее жизненная энергия и работоспособность воодушевляли всех в ее окружении и для многих стали основой для принятия судьбоносного выбора в своей профессиональной деятельности. А.С. Мордухович очень любила театр, живопись и классическую музыку. Приезжая из дальних командировок, она всегда привозила своим любимым ученикам книги по живописи, искусству.

Сегодня, в век высоких технологий и молекулярно-генетических открытий, мы остаемся ее верными и преданными учениками. И всегда помним о том, что честное отношение к своей профессии и любовь к людям- это то, что нам дает возможность продолжать дело своего учителя.

***От преданный и верных учеников***

# **OBESITY AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF GESTATIONAL COMPLICATIONS**

Abdullayeva L.M., Solieva H.A.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

**Introduction:** Obesity in pregnant women is of no small importance in the practice of an obstetrician-gynecologist among extragenital diseases. The risk of developing various obstetric and perinatal complications in the presence of abdominal-constitutional obesity in a pregnant woman increases. The incidence of obesity among women of childbearing age ranges, according to various authors, from 1.8% to 25.3%. During pregnancy in different countries over the past decade, the indicators of statistical data on obesity vary from 15% to 38% of cases. At the same time, indicators among repeat pregnancies are found in doubled numbers.

**Objectives of the study:** to analyze the impact of obesity on the occurrence of complications of pregnancy and childbirth, as well as perinatal outcomes.

**Research material and methods:** We conducted a prospective analysis of 35 individual pregnancy charts and birth histories of women with alimentary-constitutional type of obesity in the period from 2020 to 2022. The control group consisted of 35 conditionally healthy pregnant women.

**The results obtained :** According to the degree of obesity, the distribution in the comparison group was as follows: 20 patients with 1 degree of obesity (BMI from 30 to 34.9), 15 women with 2 degree of obesity (BMI 35-39.9). Obesity of the 3rd degree was not observed in the study group. Among them there were 6 first- time pregnancies, 29 second - time pregnancies. Among re-pregnant women, 8 were more expensive. When analyzing the course of this pregnancy in the first half in the comparison group, it was revealed that 11 (31%) women had a threat of termination of this pregnancy, 7 of them received inpatient treatment, 4 outpatient. Vomiting of pregnant

women of mild and moderate severity was found in the comparison group in 7 (20%). In the second half of pregnancy, the following complications occurred: in 24 (68%) patients of the comparison group, hypertensive disorders occurred: CAH/GIB were observed in 14 cases (40%), mild preeclampsia was in 8 (23%), severe preeclampsia was observed in 2 (7%) cases. All the examined women underwent ultrasound of the uterus with dopplerometry of the utero-placental-fetal blood flow . When analyzing these results, it was found that the frequency of complications such as violation of utero-placental-fetal blood flow, polyhydramnios, lack of water, SORP, fetal malformations were more common than in the control group. in the women of the comparison group, the following was observed: delivery at up to 28 weeks was not observed, in the gestation period from 29 to 36 weeks – in 8 (23%), in the gestation period from 37 to 40 weeks – in 20 (57%), in the gestation period from 41 weeks and above – in 7 (20%) of women. In the control group, the data are as follows : there were no deliveries up to 28 weeks. In the gestation period from 28 to 36 weeks, childbirth occurred in 4 women (12%), in the gestation period of 37-40 weeks – in 28 women (80%), in the period from 41 weeks and above – in 3 (9%) women.

**Conclusions:** The contingent of patients with obesity during pregnancy is a group at increased risk of developing hypertensive disorders, disorders in utero-placenta-fetal vascular blood flow, gestational diabetes mellitus.



# **FEATURES OF THE COURSE OF GESTATION IN WOMEN WITH A HISTORY OF CERVICAL DIATHERMOELECTROCOAGULATION**

Abdullayeva L.M.<sup>1</sup>, Safarov A.T.<sup>2</sup>, Rakhimbayeva M.Sh.<sup>1</sup>

.<sup>1</sup>Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

<sup>2</sup>Tashkent State Dental Institute

Introduction. The high proportion of pathological conditions of the cervix in the structure of gynecological morbidity determines the relevance of this problem. The occurrence of cervical pathology, mainly among young women, causes a significant degree of danger of malignancy of the process, as well as the insufficient effectiveness of available methods of treatment. The urgency of the problem of cervical diseases is also due to the adverse effects on a woman's reproductive health. Timely detection and treatment of benign, precancerous conditions and cervical dysplasia is an important aspect of cervical cancer prevention.

The purpose of the study: To study the features of the course of pregnancy in women who have undergone a history of cervical diathermoelectrocoagulation.

Material and methods of the study: We observed 33 pregnant women with a history of cervical diathermoelectrocoagulation, who made up the main group. The control group consisted of 33 conditionally healthy pregnant women, comparable in age and somatic pathology with the main group.

In the course of our study, the following research methods were used: colposcopic examination, cytological examination of Pap smears, bacterioscopic method; bacteriological method; ultrasound examination of the pelvic organs and cervix; assessment of the biophysical profile of the fetus.

Results: The analysis of the course of pregnancy and the fetal condition of 33 pregnant women with a history of cervical

diathermoelectrocoagulation was carried out. It was found that in the examined groups, the age of pregnant women did not significantly differ and averaged  $24.7 \pm 4.9$  years in the main group with individual fluctuations from 20 to 35 years, in the control group –  $22.3 \pm 4.7$  with fluctuations from 20 to 32 years. When studying the childbearing function, it was found that 15% of women were pre-pregnant, the remaining 85% were re-pregnant. When studying the timing of the desired pregnancy, it was found that pregnancy most often occurred 1-2 years after diathermoelectrocoagulation of the cervix – in 14 (40%), then in frequency from 2 to 3 years – in 12 (35%). Up to 1 year – 9 (25%). It follows from this that diathermoelectrocoagulation of the cervix does not significantly affect the onset of the desired pregnancy.

When analyzing the course of pregnancy, the threat of termination occurred in 32 and 26% of cases in the main and control groups, respectively. Vomiting of pregnant women was observed in 16% of cases in the main and 13% of cases in the control groups. The development of fetoplacental insufficiency in the study groups was not noted. Fetal development disorders were not detected in any pregnant woman, in any of the study groups.

Conclusions: Thus, in the course of the study, it was revealed that diathermoelectrocoagulation of the cervix, being an effective method of treating various pathologies of the cervix, does not subsequently have a pathological effect on the course of pregnancy.

# OROL BO'YI HUDUDIDA FEBRIL TALVASANI QIYOSIY TASHXISLASHNI O'ZIGA XOS KLINIK KECHISHI

<sup>1</sup>Ahmedova R.Y., <sup>2</sup>Sodiqova G.Q.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

**Maqsad:** febril talvasa bilan epilepsiyani klinik kechishini qiyosiy tashxislash. Xorazm viloyati bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi nevrologiya bo'limida davolangan bemor bolalarning 40 ta kasallik tarixi tahlil qilindi.

Febril tutqanoqlar (ing. – febrile seizures - febril talvasa) asosan tonik yoki tonik-klonik shaklda yuzaga keladigan turli davomiylikdagi paroksizmlardir. Febril talvasa - bu holat rasmiy epilepsiya emas, balki pediatrlar va nevrologlar e'tiborini tortadi, chunki u ko'pincha epilepsiya rivojlanishiga va doimiy intellektual va nevrologik yetishmovchilikning shakllanishiga olib kelishi mumkin.

Ma'lumki, tana haroratining har 1C oshishi bilan miyadagi metabolik jarayonlarning intensivligi 7-10% ga oshadi, shuning uchun kislorodga bo'lgan ehtiyoj ham ortadi. Asta sekin tana haroratining oshishi, talvasni keltirib chiqarish ehtimolini kamaytiradi. Chunki tana harorati asta sekin ko'tarilganda kompensatsiya xisobiga miyada qon aylanishi xam kuchayadi va natijada gipoksiya kelib chiqish xavfi xam kamayadi. Perinatal patologiya va irsiy omillari mavjud bolalarda febril talvasa kelib chiqishiga moyillik bo'ladi. Bundan tashqari febril talvasani kelib chiqishida modda almashinuvini buzulishi (vitamin D yetishmovchiligi gipovalemiya), o'tkir infeksiyon jarayonlar (sepsis, ORVI, pnevmaniya, ichak infeksiyalari) endokrinologik buzilishlar natijasida (gipoglikemiya, giperglikemiya diffuz toksik bo'yoq 1 va 2 daraja) kelib chiqishi mumkin.

Febril talvasa patogenezida ba'zi makro yoki mikroelementlarning metabolik buzilishlarining roli juda muhim bo'lishi mumkin, deb xisoblaniladi, bu natriy, kaltsiy, fosfor va

fosforning neyrofiziologik funksiyalarini o'rganishga qaratilgan tadqiqotlardan kuzatiladi.

Bundan tashqari har qanday yuqumli kasalliklar ham febril talvasani qo'zg'atishi mumkin.

**Tadqiqot natija va xulosalari:** kuzatuvlar davomida shuni aytish mumkin 40 ta febril talvasa bilan kasallangan bolalardagi qonni laborator tarkibiy o'zgarishlariga ko'ra ularni quyidagi guruhlarga bo'lish mumkin .

Laboratoriya tadqiqotlari natijalariga ko'ra:

Qonda kaltsiyning pasayishi (24 ta):60% bolalarda,

Qondagi magniy pasayishi (14ta)35 %

Qondagi noorganik fosfor darajasini pasayishi (6ta) 15%

Shunday qilib qondagi kaltsiy, magniy va fosfor kontsentratsiyasini kamayishi

takroriy fibril talvasa xavfi ostida bo'lgan bolalar uchun xosdir va buni natijasida afebril talvasa rivojlanishi uchun mezon bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Talvasa paydo bo'lganda e'tiborga olish kerak: ular febrilmi, ya'ni isitmadan keyin paydo bo'ldimi yoki isitma paytidami afebrilmi aniqlab olish zarur.

Afebril talvasalar birinchi epileptik tutqanoq, simptomatik neonatal talvasalar shuningdek, yurak aritmiyalari, asfiksiya, psixogen paroksizmlardan kelib chiqadigan epileptik bo'lmagan paroksizmlar bo'lishi mumkin. Elektroensefalografik tekshiruvlarda fibril talvasani epilepsiyadan tashxislashda EEG katta axamyatga ega bo'lib, miyani bioelektrik aktivligini qayd qilish bilan amalga oshiriladi. EEGda potologik o'zgarishlar ,o'tkir to'lqinlar ,o'tkir to'lqinlar kompleks pik-to'lqinlar sekin to'lqinli poraksizmlar ko'rinishida kechadi.

## **FEBRIL TALVASALARNI KELTIRIB CHIQRUVCHI XAVF OMILLARINI KLINIK STATISTIKASI**

<sup>1</sup>Sodiqova G.Q., <sup>2</sup>Ahmedova R. Y

<sup>1,2</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

**Maqsad:** Ushbu tadqiqotning maqsadi statsionar sharoitda davolanayotgan yosh bolalarda febril talvasa rivojlanishining xavf omillarini o'rganish edi.

Xorazm viloyati bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi nevrologiya bo'limida statsionar davolangan bemor bolalarning 50 ta kasallik tarixi tahlil qilindi. Tadqiqot guruhida 10 oylikdan to 5 yoshgacha bo'lgan 40 nafar bola kuzatildi. Odatda FT boshlanishining o'rtacha yoshi 8-9 oylikdan boshlanishi qayd qilinadi .

Bu bolalar guruhida oddiy febril talvasalar bilan tutqanoqning asosiy turi umumlashtiriladi Odatda febril talvasa bilan og'rikan bolalarning perinatal tarixida eng ko'p aniqlangan homiladorlikda ORVI bilan kasallangan onalardan tug'ilgan bolalar xavfi guruxi – 18ta bolada (36%) Homiladorlikning 1 trimestridagi toksikoz onalardan (anemiya,gipokalsemiya,gipokalemiya) tug'ulgan bolalar 14ta bolada(28%). Muddatidan oldin tug'ilgan bolalar 8ta bola (16%). Homiladorlikning 3 trimestrida onalarda herpes -virusli infeksiya qayd etilgan bolalar 5 ta bola (10%). Tug'ilish holati og'ir deb baholangan yani tug'ruq jaroxatlarini olib tug'ilgan bolalar 5ta bola(10%) Klinik kechishi bo'yicha va bolalarda klinik belgilar ustunligiga ko'ra xaroratni oshishi va talvasalar kuzatilishi bilan birga birinchi gurux bolalarda (40%) rivojlanishni psixofiziologik orqada qolishi . Ikkinchi gurux bolalarda bosh nervlarining patologiyasi (30%) aniqlangan.Uchunchi gurux bolalarda nutqning rivojlanishi orqada qolishi(30%)aniqlangan. MR tekshiruvlarida bosh miyani frontal peshona bo'laklarida atrofik o'zgarish belgilari korpus kallosumi ageneziyasi kabi xolatlarni kuzatish mumkin

**Natija:** Tekshirish natijasi shuni ko'rsatadiki anamnezida febril talvasa bilan kasallangan 50 ta kasal bolada tekshirish olib

borildi va keltirib chiqaruvchi faktorlar va klinik kechishi bo'yicha qiyosiy tashxis qilindi .

**Xulosa:** Shunday qilib, bolalarda febril tutqanoq uchun xavf omillari bu perinatal davrning patologiyasi, tug'ruq travmalari , infeksiyon kasalliklar bilan homilador onani kasallanishi, modda almashinuvini buzulishi va genetik faktorlarga ham bog'liqligini aytib o'tishimiz kerak .Bu omillarni kasallik keltirib chiqarishini oldini olishimiz zarur,yani homiladorlikni to'g'ri olib borish har qanday infeksiyon kasalliklar bilan kasallanishini oldini olish tug'ruqni to'g'ri yo'lga qo'yish yani perinatal,intranatal,postnatal shikastlanishlarni oldini olish .Bola organizmni temir, kalsiy,kaliy va magniyga bo'lgan ehtiyojini vaxtida to'ldirish.

## **HOMILADOR AYOLLARDA SIYDIK CHIQARISH YO'LLARI INFEKSIYASINI KECHISHIDA TATQIQOT MATERIALLARI, USULLAR, VA DAVOSI**

Artikova Dilafroz Otobayevna

TTA Urganch filiali, Urganch, Uzbekiston

**Dolzarbliigi:** Homilador ayollarda siydik chiqarisyh yo'llari infeksiyalari ko'p yillar davomida zamonaviy akusherlik amaliyotida dolzarb patologiya bo'lib kelgan va har uchinchi homilador ayolda uchraydi. Ushbu urologik kasallikning tarqalishi pasayish tendentsiyasiga ega emas, bundan tashqari, so'nggi 20 yil ichida siydik tizimi kasalliklari bilan kasallangan homilador ayollar soni 4 barobar oshdi [1]. Homiladorlik davrida siydik yo'llari infeksiyasini o'z vaqtida tashxislash va davolash zarurati aniq, chunki ona va homilaga, homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrda infeksiyaning salbiy ta'siri xavfi mavjud.

**Maqsad:** Birinchi bosqichda (retrospektiv) homilador ayollarda yuzaga keluvchi siydik chiqarish yo'llari infeksiyasini erta aniqlash, unga olib keluvchi omillarni o'rganish, profilaqtik va davo muolajalarini olib borish samaradorligiga erishiladi.

**Tatqiqot materiallari va usullari:** Jami tadqiqotga 2019 yilning yanvar oyidan 2021 yilning yanvar oyigacha bo'lgan davrda Xorazm viloyat Perinatal markazida 637 ta homilador ayollarning kasallik tarixi o'rganilgan 50 nafar siydik chiqarish yo'llari infeksiyasi bo'lgan homilador ayollarni kasallik tarixi ajratib olindi. Biz 2022-yilning may oyidan boshlab prospektiv tekshiruvlar uchun bemor to'play boshladik, hozirga qadar 22 nafar bemorni kuzatdik. Hozirda kuzatuv guruxida 5ta bemor bor. Biz ona va homilani ahvolini baholash maqsadida gemodinamik ko'rsatkichlar har 4soatda tana harorati va AQB o'lchab, bir sutkada bir marta qonda leykotsit, umumiy peshob tahlili, koagulogramma, qon guruhi va rezus omil, qin ajralmasidan surtma, UTT, dopler tekshiruvi, kordiotokografiya tekshiruvlarini o'tkazildi.

**Natija:** Biz 2022-yilning may oyidan boshlab prospektiv tekshiruvlar uchun bemor to'play boshladik SCHYI si kasallikini asoratli kechishini yani amniotik suyuqlikning muddatidan oldin yorilishi, bachadonning qisqarish faolligini buzulishi, platsentaning ajralib chiqishining buzilishini. Tug'ruqdan keyingi asoratlar tug'ruqdan keyingi endometrit, metrit, salpingoofaritni. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar tug'ruqdan keyingi yiringli-septik kasalliklarga ko'proq moyil bolalarni tug'ilishini, perinatal o'lim darajasi yanada( 25-50% ga oshgan) oshishini oldini olishga erishish hisoblanadi[2, 3] .

**Xulosa:** Agarda homiladorlarda quyidagi jarayonlar: kreatinin darajasi 265 mkmol/l (3 mg%) yuqori bo'lganda, koptokcha filtratsiyasi tezligi 30 ml/daq dan past bo'lganda, gipertenziya og'irligining kuchayishi, ayniqsa uning xavfli kechishida aniqlangan kuchayib boruvchi buyrak yetishmovchiligi bo'lsa homiladorlikni to'xtatishga ko'rsatma bor, kuzatuv mobaynida menda bunday holat uchramadi. Bunga sabab perinatal markaz hodimlarining to'g'ri tashxisi va taktikasidir. Kassalik(SCHYI) ko'pligiga qaramasdan teshkiruvlar va davo muolajalarini o'z vaqtida olib borishiidir.

# **QOG'ONOQ PARDASINING TUG'RUQDAN OLDIN ERTA YORILISHI BO'LGAN HOMILADORLIKNI OLIB BORISHNI KUZATISH , BAHOLASH VA O'TGAN YILGI NATIJALAR BILAN SOLISHTIRISH.**

Bekchanova Aziza Shuxrat qizi  
Ruzmetova Dilfuza To'laganovna  
Madaminova Zuxra Raximberganova  
TTA Urganch filiali, Urganch, Uzbekiston

**Mavzuning dolzarbligi:** Butun dunyoda qog'onoq pardaning erta yorilishi bilan bog'liq bo'lgan tug'ruq jarayoni akusherlik va neonatologiyada dolzarb muammo hisoblanadi. Muddatdan oldingi tug'ruqlarning 38-51% ni erta suv ketish bilan bog'liq tug'ruq tashkil qiladi [1]. Bachadon ichi infeksiyalari - bachadonda, qinda, ona va bolani bog'lab turuvchi sistemada , amnion parda , yo'ldoshda va amnion suyuqligida infeksiyon yallig'lanish jarayonini chaqiradi [Romero R., Gomez-Lopez N., Kusanovic J.P.]. Qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin erta yorilishi perinatal infeksiya bilan uzviy bog'liq bo'lib, neonatal sepsis havfini , yuqori perinatal va go'daklar o'limi hamda onada yiringli- septik asoratlar havfini 10 marta oshiradi [2]. Qog'onoq pardaning yorilishi muddatiga yetgan homiladorlarda 8,2 %-19,6% ni tashkil etsa, 37 haftadan oldin suv ketish 5% dan 35% gacha kuzatiladi. Birinchi tug'ruqda erta suv ketgan ayollarda keyingi tug'ruqda erta suv ketish xavfi 20-32% ni tashkil qiladi [3].

Amerikalik akusher-ginekologlar kollegiyasining takidlashicha 37 haftagacha bo'lgan homiladorlarda erta suv ketish xavfi bir homilalikda 2-4 %, ko'p homilalikda 7-20% ni tashkil qiladi [4] . Qog'onoq pardasining tug'ruqdan oldin erta yorilishi bo'lgan homiladorlarning 30-40% da ya'ni har 3 homilador ayolning bittasida jinsiy yo'llarida bakterial infeksiyalar kuzatiladi.(Sidelnikova V.M., 2010; Skripnichenko Yu.P., 2014; Shafieva K.A., 2019). Qog'onoq pardasining tug'ruqdan oldin erta yorilishi bo'lgan homiladorlarda 36% holatlarda bachadon ichi infeksiyalari kuzatiladi, homilaning 22-



27 haftalarida infeksiyaning yuqumlilik darajasi ortadi va tug'ma nuqsonga olib keladi, homiladorlikning 28-33-haftalarida 50% hollardagina bakterial infeksiyalarni aniqlash imkoniyati yuzaga keladi . Homiladorlik paytida turli xil kasalliklarga moyillik ortib ketadi ,ayniqsa, infeksiyon kasalliklar juda ko'p kuzatiladi va bunday vaqtda asosiy davo antibiotiklar xisoblanadi . Bachadonda kechadigan har qanday yallig'lasnish jarayonlari havfli xisoblanib , keyinchalik homila tushishi yoki bepushtlikka olib kelishi mumkin . Homiladorlarning o'z vaqtida davo muojalarini olishi erta suv ketishini va keyinchalik septik asoratlar rivojlanishini oldini oladi .

**Tadqiqot materiallari va usullari:** Ilmiy izlanishimiz Xorazm viloyati perinatal markazida (Direktor t.f.d Matyaqubova S.A) olib borildi .2021-yil 5841ta tug'ruq qabul qilingan. Shulardan 69(1.18%) nafarida xorioamnionit ,7 (0,1198%) nafarida metraendometrit va11(0,18%) nafarida sepsis kuzatilgan . Anamnezni yig'ishda hozirgi va oldingi homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning kechishi o'rganildi. Bu natijalar 2021-yilga tegishli ma'lumotlar hisoblanib men ularni 2022-yil natijalari bilan solishtirdm. 2022- yilda Xorazm viloyat Perinatal markazida 7214 ta tug'ruq qabul qilingan bo'lib, suv ketgan homiladorlar soni hisoblanmagan .Shulardan 73(1.03%) nafarida xorioamnionit ,8 (0,1%) nafarida metraendometrit va12(0,2%) nafarida sepsis kuzatilgan .

**Natijalari:** 2022-yilda 2021-yilga nisbatan tug'ruqlar 1.235 % ga oshganligini kuzatish mumkin . Xorioamnionit ko'rsatkichi esa 0.05% ga kamaygan, metraendometrit 0,0198% ga kamaygan ,septik asoratlar ko'rsatkichi esa 0,02 % ga kamaygan .Asoratlar foizining kamayganligi perinatal markaz hodimlarining to'g'ri tashxisi va taktikasi natijasidir .

**Xulosa:** Qog'onoq suvi homiladorlikning 37 haftasidan so'ng keta boshlasa, bu tug'ish jarayoni boshlanganidan dalolat beradi va odatda bundan so'ng 24 soat ichida bola tug'iladi. Homiladorlikning 37 haftasiga qadar suv ketsa, bola muddatidan oldin tug'iladi va qancha erta suv ketsa, bolada va onada muammolar bo'lishi ehtimoli shuncha yuqori bo'ladi. Hozirgi vaqtda qog'onoq pardasining

muddatdan oldin yorilishi bo'lgan bemorlarni davolashda yagona yondashuv mavjud emas. Ko'pgina akusher-ginekologlar suvsizlik davr davomiyligining oshishi yuqumli va yallig'lanish asoratlarning rivojlanish xavfi tufayli tug'ruqni aktiv olib borishni afzal ko'radilar. QPTOY paytida 6 soatdan ko'p bo'lmagan muddatga kutish yetarli bo'lmasligi mumkin. Maqsad qog'onoq suvlarining ketishi bo'lgan homiladorlarda spontan dard faoliyatining rivojlanishi yoki "yetilmagan" yoki "etarlicha ochilmagan" bachadon bo'ynini yetilgungacha biologik tayyorgarlikka erishish hisoblanadi.

## **PRENATAL RUPTURE OF AMNION MEMBRANES AS A RISK OF DEVELOPMENT OF OBSTETRICS PATHOLOGIES**

*Bozorov A.G.<sup>1</sup>, Ikhtiyarova G.A.<sup>2</sup>, Tosheva I.I.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> Bukhara obstetrics kompleks*

*<sup>2</sup> Bukhara State Medical Institute, Department of Obstetrics and Gynecology, Uzbekistan (head of Department, Professor Ikhtiyarova G.A.)*

**Object:** The study causal factors, as well as obstetrics outcomes of labor in women with premature rupture of membranes and tactics of labor management.

**Key words:** amniotic membrane, premature rupture of amniotic fluid, induction of labor.

**Subject and methods:** The study material was the history of childbirth of 106 pregnant women in whom labor was complicated by premature rupture of the membranes in the period from 22-36 weeks of gestation, delivery in the perinatal center for the period 2018-2019.

**Results:** This article presents the results of a retrospective study in which childbirth was complicated by premature rupture of the membranes. The results show the significant role of premature rupture of the membranes in the development of obstetrics complications, especially in women with aggravated somatic and gynecological anamnesis. Premature discharge of amniotic fluid, as a result of

pathological growth of conditionally pathogenic microbiocenosis of cervico-vaginal, which was the cause of chorioamnionitis, which contributed to a significant increase in the specific frequency of obstetrics pathologies. In pregnant women with "immature" cervix in combination with obstetric complications, according to the protocol, induction of labor with drug Glandine E2, 3 mg per 1 drug per vaginal after informed consent of the pregnant woman and relatives was proposed. A conversation was held about possible complications of labor excitation. Fetal heartbeat and uterine activity were monitored during induction. The nature of labor activity was controlled on the basis of partograms. In the management of labor complicated by premature discharge of amniotic fluid maintained control of hemodynamic parameters, to the body every 4 hours, a blood leukocytosis, 1 per day, general blood analysis (coagulation, C-reactive protein, leukocyte intoxication index, urinalysis, blood group and Rh affiliation, analysis of vaginal discharge (smear), ultrasound of the uterus and fetus, the overall status of mothers.

In case of critical conditions threatening the lives of women (severe preeclampsia, eclampsia, failure of the scar after the cesarean section), severe obstetric pathology, with the immaturity of the cervix with the accession of chorioamnionitis, absence of conditions for urgent delivery the doctors decided the question of surgical births.

# HOMILADOR AYOLLARDA BACHADON BO'YNI KASALLIKLARI DIAGNOSTIKASINI OPTIMALLASHTIRISH

Choriyeva G.Z.<sup>1</sup>, Isroilova R.S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent shahri, O'zbekiston.

**Dolzarbligi.** Homilador ayollarda bachadon bo'yni patologiyalarining ko'p uchrashi bachadon bo'yni kasalliklari diagnostikasini optimallashtirishni talab etadi. Bu esa ushbu xastaliklarni tashxislashning maqbul va ishonchli usullarini tanlash zarurati bilan bog'liq.

**Maqsad.** Bachadon bo'yni kasalliklarini muqobil diagnostika qilish uchun tashxislash usullarini optimallashtirish.

**Materiallar va usullar.** Kuzatuv davomida 40 nafar bemor prospektiv tekshiruvdan o'tkazildi. Asosiy guruhni bachadon bo'yni patologiyasi aniqlangan va hozirgi homiladorlikdan oldin davom etib kelayotgan va homiladorlik aniqlanganda tashxis qo'yilgan 25 nafar bemor tashkil etadi. Nazorat guruhi sifatida bachadon bo'yni patologiyasi bo'lmagan 15 nafar ayol tekshirildi. Birinchi homiladorlik bo'lganlari birinchi guruhda 12 (48,0%) bemor va ikkinchi guruhda 3 (20,0%), qayta homiladorlar esa mos ravishda 13 (52,0%) va 12 (80,0%) ayollar edi. Barcha bemorlarda umumiy klinik tekshiruv usullar bilan bir qatordalar har oy oddiy va kengaytirilgan bachadon bo'yni kolposkopiyasi, bachadon bo'yni va qin ajralmalarini bakterioskopik va bakteriologik tekshirish, bachadon bo'ynini sitologik tekshirish, PSR usuli kabi tadqiqotlar o'tkazildi.

**Natijalar.** Qin va bachadon bo'yni ajralmalari tekshirilganda ikkala guruhda ham deyarli bir xilda nospesifik vaginit, genital kandidoz, bakterial vaginozga xos bo'lgan mikroflorasining patologik turlari qayd etildi. Asosiy guruh homilador ayollarning 15 ta (60%) va nazorat guruhining 12 tasida (80%) da bachadon bo'yni sitologik tekshiruvda CIN-1 ga, CIN-2 ga esa mos ravishda 10 tasi (40%) va (20%) ga to'g'ri keldi. Asosiy guruhda 14 ta (56%)

bemorda ektopiya, 4 ta (16%) eroziya va 8 ta (32%) bemorda poliplar aniqlangan. Asosiy guruh ayollarida homiladorlikdan oldin bachadon bo'yni patologiyasini aniqlash chastotasi: ektopiya – 16 ta (64%), eroziya - 3 (12%), poliplar - 7 (28%) da aniqlangan. Asosiy guruhning homilador ayollarida o'tkazilgan morfologik tadqiqotda barcha holatlarda bachadon bo'yni to'qimalarida yallig'lanish jarayonining belgilari tasdiqlangan. Servitsitning kolposkopik rasmi asosiy guruhdagi 7 ta (28%) homilador ayollarda va nazorat guruhidagi 3ta (20%) homilador ayollarda topilgan. Bachadon bo'yni patologiyasi bo'lgan bemorlarda tug'ish asoratlarining yuqori darajasi qayd etilgan: muddatidan oldin tug'ruq 5 ta (20%), amniotik suyuqlikning muddatdan oldin ketishi 8 ta (32%), tug'ruq faoliyatidagi anomaliyalar 4 ta (16%), I-II daraja bachadon bo'yni yirtilishi chastotasi 4 ta (16%).

### **Xulosa.**

1. Homilador ayollarda bachadon bo'ynining eng tipik kasalliklari ektopiya, eroziya va poliplardir.

2. Homilador ayollarda bachadon bo'yni patologiyasining mavjudligi ko'pchilik hollarda reproduktiv tizimning pastki qismlarining yallig'lanish kasalliklari (bakterial va virusli infektsiya) bilan kechadi.

3. Homilador ayolni kuzatish jarayonida kolposkopiya, sitologik tekshiruv, PSR diagnostikasi va ultratovush tekshiruvidan foydalanishni o'z ichiga olgan holda, bachadon bo'yni holatini har tomonlama dinamik monitoring qilish kerak.

# PECULIARITIES OF MET235THR POLYMORPHISM IN PATIENTS WITH GESTATIONAL HYPERTENSION

Djamilova Kh.A, Kurbanov B.B

Tashkent pediatric medical institute

**Relevance.** Today, a comprehensive study of the clinical features of the course of pregnancy in women with gestational hypertension is still of interest. A topical issue is the study of changes in the data of laboratory and instrumental studies, maternal and perinatal outcomes, the course of the neonatal period, taking into account the phenotype of the diseases. The aim of our work was to establish the features of Met235Thr polymorphism in the AGT gene in the development of gestational hypertension.

**Research methods.** We examined 140 pregnant women in the third trimester of gestation, which were divided into 2 groups: The main group - 60 pregnant women with gestational hypertension. The control group is 80 conditionally healthy pregnant women. The age of the pregnant women was 19-37 years. The material for the study was DNA samples. We determined the Met235Thr polymorphism in the AGT gene.

**Results.** The wild Met allele was detected with approximately the same frequency in both groups, however, among patients with gestational hypertension, it was detected insignificantly more often - in 67.9% of cases ( $\chi^2=0.57$ ;  $p=0.46$ ;  $RR=0.91$ ; 95% CI: 0.54-1.53;  $OR = 0.76$ ; 95% CI: 0.38-1.54), while among patients with physiologic pregnancy in 41.6% of cases

The study of the distribution of genotypes of the Met235Thr polymorphism of the AGT gene showed that the Met/Met genotype in the group of patients with gestational hypertension was detected in 50.0% of cases, which was statistically unreliably higher than its level in the control group ( $\chi^2=0.76$ ;  $p=0.40$ ;  $RR=0.79$ ; 95%CI:0.37-1.71;  $OR=0.65$ ; 95%CI:0.25-1.70).

The mutant Thr allele was detected with a lower frequency than the Met allele in both groups, but at the same time, among patients

with gestational hypertension, it was detected statistically insignificantly often - in 32.1% ( $\chi^2=0.57$ ;  $p=0.46$ ;  $RR=1.10$ ; 95% CI: 0.46-2.63;  $OR=1.31$ ; 95% CI: 0.65-2.67), while among patients in the second group, the frequency of its detection was 38.4%.

The proportion of cases of detection of the Thr/Thr genotype also did not have significant and statistically significant differences between the studied groups.

Conclusions. To sum up we can conclude that the study of the Met235Thr polymorphism in the AGT gene in pregnant women with gestational hypertension has clinical prognostic significance.

## **AUTOIMMUN TIREOIDIT KASALLIGI BO'LGAN AYOLLARDA ANTITELO-TIREOPEROKSIDAZA DARAJASI OSHISHINING GONODOTROP GORMONLAR O'ZGARISHIGA TA'SIRI**

Egamova M.B.<sup>1</sup>, PhD, dotsent Raxmanova N.X.<sup>2</sup>,  
Masharipov O.Q.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch, O'zbekiston Respublikasi <sup>2</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch, O'zbekiston Respublikasi <sup>3</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch, O'zbekiston Respublikasi

**Dolzarbli.** Reproduktiv yoshdagi ayollar orasida autoimmun tireoidit kasalligi 5-26 % gacha uchraydi. Ko'pincha autoimmun tireoidit kasalligi eutireoz shaklda bo'lganligi sababli klinikasi namoyon bo'lmaydi. Faqat reproduktiv tizim bilan bog'liq ikkilamchi kasalliklar rivojlanganda shifokorga murojaat qilishadi va shundan keyin aniqlash imkoni bo'ladi.

Autoimmun tireoidit natijasida reproduktiv yoshdagi ayollar orasida 2% hollarda asosiy gipotireoidizm rivojlanadi. Gipotireoidizmning mavjudligi ikkilamchi giperprolaktinemiya, galaktoreya va hayz siklida turli xil buzilishlar rivojlanishiga olib keladi. Gipotireoid holatning uzoq muddatli mavjudligi adenogipofiz stimulyatsiyasi va ikkilamchi gipofiz adenomasining rivojlanishiga

sabab bo'ladi. Uzoq vaqt davomida kompensatsiyalanmagan holda mavjud bo'lgan gipotireoidizm ovulyatsiya disfunksiyasiga va bepushtlikning rivojlanishiga olib keladi.

**Tadqiqot maqsadi.** Autoimmun tireoidit kasalligi bo'lgan reproduktiv yoshdagi ayollarda antitelo-tireoperoksidaza darajasi oshishining gonodotrop va steroid gormonlar o'zgarishiga ta'sirini o'rganish.

**Materiallar va usullar.**

-anamnez yig'ish (akusherlik va ginekologik)

-laborator tekshiruv (gormonal holatni o'rganish, At-TPO darajasini aniqlash). Umumiy n=40 ta ayollar tadqiqot uchun saralab olindi: n=20 nafar AIT bilan kasallangan 18-42 yoshgacha bo'lgan ayollar va n=20 nafar 20-42 yoshgacha sog'lom nazorat guruhidagi ayollar.

**Natijalar.** 2021-yil sentabr oyidan 2022-yil iyul oyigacha Akusherlik va ginekologiya kafedrasiga murojaat qilgan autoimmun tireoidit kasalligi bo'lgan reproduktiv yoshdagi n=20 ayollardan 50% (n=10) bepushtlik, 35% (n=7) homilador bo'lgan ayollarda homila saqlay olmaslik, 15% (n=3) hayz siklining buzilish holatlari kuzatildi.

At-TPO darajasini bepushtlik aniqlangan ayollarda 31,5-1073 ME/ml gacha, homila o'sishdan orqada qolishi aniqlangan ayollarda homiladorlik muddatiga qarab o'sib borishi 68,5-506 ME/ml gacha, hayz siklining buzilish holatlari aniqlangan ayollarda 43-135 ME/ml oshganligi kuzatildi.

Folikulyar fazada estrodiol darajasini pasayishi va LG darajasini oshishi autoimmun tireoidit kasalligi bo'lgan reproduktiv yoshdagi n=20 ayollarning 30% (n=6) aniqlandi. Giperprolaktinemiya autoimmun tireoidit kasalligi bo'lgan reproduktiv yoshdagi n=20 ayollarning 10% (n=2) kuzatildi.

**Xulosa.** Tadqiqot natijasida autoimmun tireoidit kasalligi ayollarning reproduktiv salomatligiga salbiy ta'siri borligi aniqlandi.

Autoimmun tireoidit kasalligi bo'lgan reproduktiv yoshdagi bepushtlik aniqlangan ayollarda At-TPO darajasi juda baland ko'rsatkichda, homiladorlik davrida esa At-TPO darajasini o'sib



borishi, hayz sikli buzilish holatlari bo'lgan ayollarda At-TPO ni past darajada oshganligi kuzatildi.

Autoimmun tireoidit kasalligi bo'lgan ayollarda bepushtlik, homila saqlay olmaslik va hayz sikli buzilish holatlari kuzatilishi aniqlandi.

## **HOMILADOR AYOLLARDA BILIAR SLADJNI TASHXISLASH VA DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV.**

Egamova S.N.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası, Toshkent, O'zbekiston Respublikasi.

**Mavzuning dolzarbligi.** O't tosh kasalligi uzoq, ko'p bosqichli jarayon bo'lib, tosh paydo bo'lish davri o'tning metabolizmi va fizik-kimyoviy xususiyatlarining o'zgarishi bilan bog'liqdir. Muhim, doimiy xavf omillari bu jins va homiladorlikdir. Homilador ayollarda homiladorlik davrida o't pufagi kasalliklari rivojlanishi uchun xavf omillari etarli darajada baholanmaydi va ko'p hollarda kasallik o'tkir klinik ko'rinishi paytida tashxis qilinadi yoki o't pufagining ultratovush tekshiruvi paytida tasodifan aniqlanadi. Shu tufayli homilador ayollarda o't pufagi patologiyasini erta tashxislash, davolash va asoratlarni oldini olish dolzarbdir.

**Tadqiqot maqsadi.** Biliar sladj mavjud homilador ayollar uchun diagnostika va davolash taktikasini ishlab chiqish.

**Materiallar va tadqiqot usullari.** Tadqiqotda ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko'ra, biliar sladj tashxisi qo'yilgan 75 nafar homilador ayol ishtirok etdi. Olingan ma'lumotlarni quyidagicha izohlash imkonini beruvchi ushbu uslubiy yondashuvdan foydalandik:

1-toifa - tana holatining o'zgarishi bilan harakatlanadigan va akustik soyani bermaydigan kichik exogen zarrachalarning suspenziyasi;

2-toifa - sust harakatlanuvchi, akustik soyalarsiz exo-musbat, fraktsiyaga tabaqalanuvch quyqasimon safroning mavjudligi;

3-toifa – harakatlanuvchi yoki qo‘zg‘almas shlak ko‘rinishidagi akustik soya bermaydigan safro.

Tadqiqotda Xofitol preparatini biliar sladjni davolash uchun buyurildi, kunlik dozasi biliar sladj turiga bog‘liq. 1-toifa uchun - 1 tabletkadan 3 mahal, 2-toifa uchun – 2 tabletkadan 2 mahal, 3-toifa uchun – 2 tabletkadan 3 mahal qo‘llanildi. Davolashning davomiyligi 1 oydan 3 oygacha.

**Tadqiqot natijalari.** 1-toifa - 58,6% da (n = 44), 2-toifa - 24% da (n = 18), 3-toifa esa - 17,3% da (n = 13) ko‘rsatgichlarda uchradi. 1-toifa biliar sladjni davo terapiyasi kamida 1 oyni, 2-toifa uchun kamida 2 oyni tashkil etdi. Eng barqaror tur 3-toifa biliar sladj bo‘lib, uni davolash muddati 3 oy yoki undan ko‘proqni tashkil qildi.

**Xulosa.** Biliar sladjning exografik variantlari tuzilishini tahlil qilish, 1-toifa biliar sladj - (tana holatining o‘zgarishi bilan harakatlanadigan va akustik soya bermaydigan kichik exogen zarralarning suspenziyasi) turini ko‘p uchrashini ko‘rsatdi ya‘ni 58,6% (n = 44).

Homiladorlarda biliar sladjni davolash usuli Xofitol preparatini qo‘llash bo‘lib, uning dozasi va davomiyligi biliar sladj turiga bog‘liq.

# HISTOLOGICAL ASPECTS OF EARLY NON-DEVELOPING PREGNANCY

*Fazilova M.O.*<sup>1</sup>, *Saddam A.Sh.*<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Samarkand state medical Universities, department of Obstetrician and Gynecology № 3

<sup>2</sup> *Samarkand medical state medical universities faculty General medicine 3rd course*

**Relevance.** Missed miscarriage (non-developing pregnancy, missed abortion) - The term "early antenatal fetal death" refers to situations where the fetus has already died, but the uterus has not yet begun to expel it. Previously, many terms were used to describe this condition, including "empty gestational sac"[1], "missed miscarriage" and "missed pregnancy". In practice, in such situations, the fetus is dead, but the cervical canal remains closed. The diagnosis is made on the basis of ultrasound after the detection of clinical symptoms such as bloody discharge from the vagina [2]. The relevance of this problem dictates the need to clarify the causes and further develop measures to reduce and prevent the development of this pregnancy complication [3].

**Purpose of the study:** To study the clinical and histological aspects of non-developing pregnancy in the early stages.

**Materials and methods.** To achieve the goal, the age of patients, their parity, obstetric-gynecological and somatic history, gestational age, clinical manifestations, the results of histological examination of scrapings from the uterine cavity were studied, and based on a retrospective analysis of 21 case histories with non-developing pregnancy in the period of 7-10 weeks, which were in the gynecological department in the OPC for the first quarter of 2021. Processing of the received results is carried out by methods of the statistical analysis and forecasting of the program Biostat.

**Results and discussion:** The age of the patients ranged from 20 to 44 years, on average  $32.5 \pm 1.56$  years. Most of the cases were multi-pregnant -14 (66.7%), the remaining primigravidas 7 (33.3%). When studying the structure of gynecological diseases of women with non-

developing pregnancy, the following categories were revealed: uterine fibroids - 2 (9.5%) cases, in second place - genital endometriosis - 1 (4.77%) cases. Of the extragenital comorbidities, the most common were appendectomy - 33.3% (7), anemia - 9.5% (2), chronic pyelonephritis - 9.5% (2), collarbone fracture - 4.77% (1), allergy - 4.77% (1). The diagnosis of "non-developing pregnancy" was confirmed after an ultrasound examination. According to the conclusion of ultrasound, non-developing pregnancy according to the type of embryonic death was observed in 20 (95.24%) women, according to the type of anembryony in 1 (4.76%) cases.

Deciduitis accounted for the highest proportion - 11 (52%), decidual tissue necrosis - 5 (24%), chronic endometritis - 2 (9%), chorioamniodecidualitis (5%), hydatidiform mole (5%), placentitis (five%). Thus, 15 (71.4%) patients had inflammatory changes in the fetal egg.

### **Findings.**

1. In the main category, patients with non-developing pregnancy were repregnant - 66.7%.

2. In 28.57% of cases, the anamnesis is aggravated by miscarriage.

3. Anembryony was observed among non-developing pregnancies in 4.76% of cases.

4. The highest frequency of non-developing pregnancy was observed up to 7-8 weeks of pregnancy and amounted to 90.6%.

5. Histological examination revealed inflammatory changes in the chorion - 71.4%.

# TO ESTABLISH A CORRECT PROGNOSIS OF PREECLAMPSIA IN THE EARLY STAGES OF PREGNANCY

Hamdamov I.F.<sup>1</sup>, Kamilova I.A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Multidisciplinary clinic of Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

<sup>2</sup>Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

**Abstract:** Research is being carried out at the Tashkent Medical Academy in order to distinguish between maternal and placental preeclampsia and establish their proper treatment. It is known that there are 2 types of preeclampsia. Type 1 is maternal preeclampsia, in which clinical signs of preeclampsia begin to manifest after the 34th week of pregnancy. Type 2 is placental preeclampsia, symptoms of preeclampsia appear up to 34 weeks of pregnancy.

**Purpose:** to establish the correct prognosis of the origin of preeclampsia before its symptoms appear.

## **Materials and methods:**

Currently, in medicine, two types of preeclampsia can be diagnosed when clinical signs appear.

In order to eliminate this problem, the Tashkent Medical Academy is starting to test s-endoglin from the blood of pregnant women from the 16th week of pregnancy to correctly predict preeclampsia and predict its severity. Also, general and obstetric examinations, gravidogram, ultrasound and dopplerography examinations are currently being conducted.

**Results:** Analyzing the anamnesis of pregnant women, among women of both types of social status, the majority of those who gave birth again were present. 60% (36) - repeat births, 40% (24)- first births. During the analysis of the obstetric and gynecological anamnesis of women who gave birth again, it was found that 42.8% (12) of them experienced spontaneous abortions or artificial abortions, 25% (7) had miscarriages in their previous pregnancies. 66,7% (40) had hypertensive disorders during

the previous pregnancy. In this pregnancy, all of the pregnant women received antihypertensive drugs from the 26th week of pregnancy. Analysis of the gynecological anamnesis of women who gave birth for the first time showed that 16.7% of these women were diagnosed with follicular cyst, 25 % suffered from primary infertility. No hypertensive changes were observed in these women before pregnancy. In the analysis of the anamnesis of somatic diseases of the examined women, 80% of them had iron deficiency anemia, 30% had diseases of the digestive system. In turn, the presence of somatic diseases, complicated obstetric and gynecological anamnesis affects the course of pregnancy and increases the risk factors for the development of placental insufficiency.

From the conclusions of the ultrasound examination, it was known that, 17.5% premature maturation of the placenta; its thickening was recorded in 7.5% and, conversely, thinning in 22.5%. The quality of amniotic fluid was visually impaired in 27.5%, polyhydramnios was detected in 12.5% and oligohydramnios in 10%. Fetal growth retardation was observed in 5%. Impaired blood flow of the IA degree was in 55%; IB in 22.5% and II degree in 5%.

**Conclusion:** Thus, during dispensary observation, especially for multiparous, it is necessary not only to carefully collect anamnesis, identifying extra genital pathology and a burdened obstetric history, but also to conduct an expert assessment of ultrasound, aimed at early detection of possible fetal developmental disorders, which is a predictor of complicated gestation and development preeclampsia.

# CLINICAL AND MORPHOLOGICAL PARALLELS IN THE COURSE OF UTERINE MYOMA

D.Y.Yuldasheva<sup>1</sup>, D.Kh. Irnazarova<sup>2</sup>, U.P.Mamadaliyeva<sup>3</sup>, G.A. Akhmedova<sup>4</sup>, N.I. Parvizi<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

<sup>2</sup>Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

<sup>3</sup>Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

<sup>4</sup>Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

<sup>5</sup>Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

**Abstracts:** Uterine fibroids are the most common tumor in gynecology. The aim of the study was to study the clinical and morphological features of uterine fibroids in women with surgical management tactics. 53 women with symptomatic UF and 48 conditionally healthy women of reproductive and perimenopausal age who were admitted to the Multidisciplinary TMA Clinic (2018-2020), who underwent standard studies, were examined. Clinical and morphological analysis of women with surgical treatment tactics showed that the histology of myomatous nodes is dominated by leiomyoma, with the morphology of scraping – a simple typical endometrial hyperplasia on the background of endometritis.

**Key words:** uterine fibroids, endometrial hyperplasia, hysterectomy.

Uterine fibroid (UF) is the most common tumour in gynaecological practice (20-80%) (Jeng C.-J., 2020; ROAG 2021). UF is the leading cause (40-60%) of hysterectomies performed annually (Philip M.R., 2021).

The aim of the study was to investigate the clinical and morphological features of Uterine fibroid in women with surgical management tactics.

**Materials and methods of study.** We examined 53 women with symptomatic UF and 48 healthy women of reproductive and perimenopausal age (2018-2020). We used general clinical, specifically gynaecological, instrumental, morphological studies of

endometrial aspirates (n=52) and removed uteri (n=11), and statistical methods of investigation.

Results obtained. The mean age of the examined women was  $40.9 \pm 0.7$  years ( $p < 0.05$ ). Women with symptomatic UF (n=53) presented with various clinical manifestations: asymptomatic uterine bleeding (AUB) and anemia in 86.8% (n=46), rapid growth symptom in 11.3% (n=6), pelvic pain symptom in 9.4% (n=5) and sterility symptom in 7.5% (n=4) ( $p = 0.01$ ).

The results of surgical treatment of women with symptomatic UF (n=53) were analysed. All women in the symptomatic UF group (n=52, 98.1%) underwent uterine curettage according to the National Protocol and the scrapings were sent for morphological examination. One woman was excluded as she was unmarried (virgo). When analysing the performance of radical surgery, organ-preserving interventions (uterine artery embolisation (UAE), hysteroscopic and conservative myomectomy) were performed in 7 (13.2%) women of reproductive age (18-42 years). Whereas organ withdrawal operations (supravaginal amputation and hysterectomy) were performed in 1/5 (18.9%) women of late reproductive and perimenopausal age (41-50 years old), because of the absence of the effect of medical treatment.

Results of uterine cavity scrape morphology in women (n=52) showed that endometrial hyperplasia (EH) was the most common cause of AUB in women with symptomatic UF. According to the WHO classification (2014), typical simple EH was found in almost 2/3 of the women studied (64.1%) and complex typical EH in 1/3 (26.4%). Simple typical EH was characterised by a microscopic picture in which: the endometrium was enlarged in volume, structurally different from normal endometrium in that the glands and stroma were active, the glands were distributed irregularly, some of them were cystically enlarged. There is a balance between glandular and stromal proliferation, blood vessels in the stroma are evenly distributed, and there is no atypia of the nuclei. In complex typical EH, the degree of proliferation and the number of glands in the intermediate stroma, which are structurally irregular, are more pronounced than in simple typical EH. There is no atypia of the nuclei, and the balance between glandular and stromal proliferation is



already disturbed here. Numerous studies in recent decades have proved that EHs are the result of hyperaestrogenism, initiating symptomatic UF. Of note, in 1/5 of the women studied (20.7%), UF and EH occurred against a background of histologically confirmed endometritis.

Histological examination of the removed uterine specimens or myomatous nodules showed that leiomyoma (54.5%,  $p>0.05$ ) was the most common in more than half of the women with hysterectomy and leiomyoma (36.4%,  $p>0.05$ ) in 1/3 of them. When studying the medical history of the studied women with UF, the fibrous component predominated in myomatous nodes with a long disease history ( $r=0.431$ ). Results of the macroscopic morphological examination of the leiomyoma showed a clearly delineated spherical nodule of dense consistency, whitish grey colour, fibrous structure, surrounded by a moderately sclerosed tissue pseudocapsule. Microscopically, the leiomyoma consisted of multidirectional bundles of smooth muscle cells (SMC), with a connective tissue layer in which mitosis was practically undetectable. Leiobromiomas were characterised by increased stromal volume, due to its hyalinosis and vascular walls, with thin fibrous septa of SMC atrophied. Blood circulation disturbances resulting in tissue edema and necrosis followed by sclerosis foci, hyalinosis with lime deposition or cysts formation and increased proliferation of tumor cells and stromal elements with polymorphism of cellular structures typical for fibroids occur in UF nodules.

**Conclusion.** Interpretation of morphological examination of postoperative morphological material in women with surgical treatment tactics showed that myomatous nodules histology was dominated by leiomyoma, while scrapie morphology showed simple typical EH, with a background of endometritis. EH is the result of absolute or relative hyperaestrogenism, which is the initiating factor for the development of symptomatic UF, leading to organ failure. Thus, given the high prevalence of the disease in the population, the study of clinical and morphological features of uterine myoma is one of the topical issues in gynaecology at the present stage.

# REPRODUKTIV TIZIM VA QALQONSIMON BEZNING FUNKSIONAL O'ZARO TA'SIRI

Zufarova Sh.A<sup>1</sup>., Ismoilova K.G<sup>1</sup>.

Toshkent Pediatriya tibbiyot instituti<sup>1</sup>

**Dolzarbligi:** Ba'zi mualliflarga ko'ra o'smirlik davridagi jinsiy a'zolarining umumiy patologiyalari orasida hayz davrining buzilishi birinchi o'rinni egallaydi. HMC tarqalishi 40-64% ni tashkil qiladi.

Qizlar o'rtasida hayz ko'rish buzilishining keng tarqalganligiga qaramay, ushbu kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi va davolashga oid ko'plab savollar hal etilmayapti. Bu kasallikning tez-tez takrorlanishi va davolashning past samaradorligi, reproduktiv disfunktsiyadan dalolat beradi. Reprodukativ tizimning neyroendokrin regulyatsiyasining bu buzilishlari o'smirlik davrida eng halokatli.

NMC xavfi ostida bo'lgan qizlarni klinikadan oldin aniqlash muammosi mavjud, afsuski, qalqonsimon bez kasalliklarida NMC haqida nashr etilgan juda kam ma'lumotlar mavjud va mavjud ma'lumotlar asosan kattalar bemorlarini o'rganish materiallariga asoslangan. Qalqonsimon bez kasalliklari bilan og'riq qizlarda NMC oligopsomenoreya yoki giperpolimenoreya, kamroq tez-tez amenoreya shaklida paydo bo'lishi mumkin.

So'nggi yillarda o'smirlarning endokrin patologiyasi tarkibida qalqonsimon bez kasalliklari birinchi o'ringa chiqdi. Shu bilan birga, qalqonsimon bez va reproduktiv tizimlar o'rtasidagi yaqin funktsional aloqalar ma'lum, bu gomeostazning ushbu bo'g'inlaridan birining buzilishida qo'shma kasalliklar rivojlanishining yuqori ehtimolini keltirib chiqaradi. Reprodukativ salomatlik buzilishi muammosi shakllanayotgan va rivojlanayotgan ushbu yoshdagi davrda butun dunyoda alohida tashvish uyg'otmoqda va qalqonsimon bez kasalliklarining qizlarning hayz ko'rish funktsiyasiga ta'sirini o'rganish dolzarb ko'rinadi. Bundan tashqari, har yili hayz ko'rish buzilishi bilan kasallangan qizlar soni ortib bormoqda.

O'smir qizlarda qalqonsimon bez kasalliklarida hayz ko'rish funktsiyasini shakllantirish xususiyatlarini o'rganish, ular uchun

diagnostika mezonlarini aniqlash, kombinatsiyalangan buzilishlarning turli xil klinik variantlari bo'lgan bemorlarni davolashning optimal usullarini ishlab chiqish va aniq amaliy tavsiyalar. pediatriya, akusherlik va ginekologiyaning dolzarb muammosi.

**Tadqiqot maqsadi.** Qalqonsimon bez patologiyasi bo'lgan o'smir qizlarda hayz davrining buzilishida gen polimorfizmining roli va xususiyatlarini o'rganish.

#### **Materiallar va tadqiqot usullari.**

Tadqiqotda qalqonsimon bez patologiyasi bilan bog'liq hayz davrining buzilishi bo'lgan 200 nafar o'smir qiz (11-18 yosh) ishtirok etadi. Asosiy guruhga 2 guruh kiradi: 1-guruh - hipotiroidizm fonida oligomenoreya bilan og'rigan 100 qiz; 2-guruh - gipertiroidizm fonida gipomenoreya bilan og'rigan 100 nafar qiz. Nazorat guruhiga qalqonsimon bez patologiyasi bo'lmagan va muntazam hayz ko'radigan 30 nafar sog'lom o'smir qizlar kiritilgan. Qalqonsimon bezning patologiyasini aniqlaydigan maxsus genlarning polimorfizmi elektroforetik aniqlash bilan allelga xos polimeraza zanjiri reaksiyasi usuli bilan o'rganildi.

#### **Tadqiqotning vazifalari:**

1. Qalqonsimon bez patologiyasi bilan bog'liq hayz davrining buzilishi etiologiyasi, patogenezini, diagnostikasini o'rganish;
2. O'smir qizlarda hayz siklining klinik rivojlanishini o'rganish.
3. Qalqonsimon bezning patologiyasini aniqlaydigan o'ziga xos genlarning hayz davriga ta'sirini o'rganish.
4. O'smir qizlarning gormonal funksiyasiga gen polimorfizmining ta'sirini o'rganish.
5. Qalqonsimon bez patologiyasi bo'lgan qizlarda hayz davrining shakllanishini kontseptsiyadan oldin tayyorlash orqali optimallashtirish.

Qalqonsimon bezning patologiyasini aniqlaydigan maxsus genlarning polimorfizmi Qalqonsimon bezning patologiyasini aniqlaydigan maxsus genlarning polimorfizmi qaysi variantlari qalqonsimon bez patologiyasi bo'lgan o'smir qizlarda hayz ko'rish funksiyasi buzilishlarib rivojlanishi uchun xavf belgilari bo'lishi mumkinligini aniqlash.

# THE EFFECT OF SURGICAL INTERVENTIONS FOR GENITAL PROLAPSE ON THE SEXUAL FUNCTION OF WOMEN.

*Jalolova I.A. Negmadzhanov B.B., Nasimova N.R.*

Samarkand State Medical University. Samarkand. Uzbekistan.

**Annotation.** Genital prolapse (GP) is a syndrome of pelvic floor prolapse and pelvic organs in combination, can be expressed as a syndrome of perineum prolapse, cystourethrocele, rectocele, uterine prolapse, rectum and enterocele V.F. Kulikovsky, N.V. Oleinik 2017. The prevalence of PG in women ranges from 11.4 to 41%, with a tendency to increase with age and the subsequent risk of surgery for this disease in 2.7–11% of cases V.E. Radzinsky. – M.-2018. Genital prolapse in women significantly worsens their quality of life, negatively affects sexual health, reduces working capacity, causes functional disorders of the genital and urinary systems, gastrointestinal tract G.B. Diwadkar, M.D. Barber, B. Feiner 2016. The only effective method of treating GP is surgical I. Nygaard, L. Brubaker, H.M. Zyczynski 2014. At the same time, operations to eliminate PG using their own tissues are associated with a risk of recurrence of up to 40% due to the insolvency of their own tissues.

The aim of the study was to assess the quality of sexual life in patients with genital prolapse.

**Materials and methods of examination:** 64 women who were treated in 2019-2021 in 3 maternity perinatal center and private clinic "Dr. Shifo Bakhsh" in Samarkand were examined. The main group – genital prolapse of stage II–IV (n=32), the control group – without prolapse and urinary incontinence (n=32). The patients of the main group underwent surgical treatment for genital prolapse, evaluated 12 months after surgery. The studies included complaint analysis, POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) system, FSFI-19 (Female Sexual function Index) questionnaire, PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory).

**Results.** In the course of the study, we were able to identify a correlation between PFDI-20 and FSFI-19 scores ( $r=-0.6$ ,  $p=0.00002$ ),

which confirms the relationship between the severity of pelvic disorders and disorders of the sexual sphere of women. Against the background of the treatment, stage II, III and IV genital prolapse was eliminated in 27 patients; regression of stage I genital prolapse was observed in 5 patients ( $p < 0.001$ ). At the same time, the proportion of patients with dyspareunia decreased by 5 times ( $p < 0.001$ ). There was an improvement in the scores of questionnaires FSFI-19 and PFDI-20, POPDI-6 (Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory) and UDI-6 (Urinary Distress Inventory). The CRADI-8 questionnaire (Colorectal-Anal Distress Inventory) showed no statistical difference.

**Conclusion.** Genital prolapse negatively affects many aspects of intimate life. Complex treatment allows rehabilitating the majority of patients and improving the sexual and social adaptation of patients.

## **ENDOMETRIOZ-ASSOTSIRLANGAN BEPUSHTLIK DIAGNOSTIKASI VA TARQALISH CHASTOTASINI ANIQLASHDA LAPAROSKOPIYANING O'RNINI**

Jumaniyozov K.A., Jumaniyozova Sh.Q.

*O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi, Toshkent  
Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali. Akusherlik va ginekologiya  
kafedrasi. Urganch shahri.*

Jahon Sog'liqni Saqlash tashkiloti ta'rifiga ko'ra, endometrioz yaxshi sifatli kasallik bo'lib, bachadon bo'shlig'idan tashqarida endometriy to'qimasiga morfologik va funksional jihatdan o'xshash to'qimalarning mavjudligi bilan ta'riflanadi. Zamonaviy klassifikatsiyaga ko'ra endometrioz ichki(IGE) va tashqi genital endometrioz(TGE)ga bo'linadi. Tashqi genital endometriozda endometriy geterotopiyalari qinda, bachadon bo'ynida, tuxumdonlarda, bachadon naylarida va qorin pardada joylashadi. Ichki genital endometrioz mustaqil kasallik sifatida "adenomioz" atamasi bilan ifodalanadi. Shuningdek ba'zi tadqiqotchilar retroservikal endometriozni alohida endometrioz shakli sifatida ko'rib chiqilishi kerak deb hisoblashadi [1]. Endometriozning xarakterli simptomi bu -

hayzdan oldin, hayz vaqtida va hayzdan bir necha kun keyin davom qiluvchi tosdagi og'riqlar hisoblanadi. Ko'pincha birgina endometriozning kichik shakllari ham bepushtlikka sababchi bo'ladi [1].

Turli mualliflarning ma'lumotiga ko'ra, reproduktiv yoshdagi ayollarda endometriozning uchrash chastotasi 6 dan 10% gacha aniqlanib, yillik kasallanish ko'rsatkichi 0.1% ni tashkil qiladi [2]. Bir vaqtning o'zida endometriozning haqiqiy tarqalganlik darajasi noma'lumligicha qolmoqda [3]. Bunga sabab, endometriozga tashxis qo'yishning oltin standarti laparoskopiya vaqtida endometrioz ektopiyalarini ko'z bilan ko'rib, olingan patologik na'munani gistologik tekshiruvdan o'tkazish hisoblanadi [4]. Lekin endometrioz bilan zararlangan to'qimalardan biopsiya olish imkoniyatlarining yo'qligi kasallik mavjudligini istisno qilmaydi [5]. Biroq laparoskopiya invaziv va qimmat amaliyot bo'lib, har doim ham surunkali og'riq yoki bepushtlik bilan murojaat qilgan bemorlarda qo'llanilmaydi, bu esa umumiy populyatsiyada endometriozning haqiqiy tarqalish chastotasini aniqlashni imkonini bermaydi.

Maqsad: Endometrioz-assotsirlangan bepushtlikning tarqalish chastotasi va diagnostikasida laparoskopiyaning o'rnini aniqlash.

Sarvinoz medservis klinikasida 2020 yil yanvar oyidan 2021 yil dekabr oyigacha bepushtlik tashxisi bilan jarrohlik amaliyoti o'tkazgan bemorlar tahlil qilindi. Jami bemorlar soni 713 tani tashkil qildi. Ulardan 67 nafarida bepushtlikning nay – peritoneal turi, 146 nafarida tuxumdonga bog'liq sabab(tuxumdonning turli kistalari, polikistoz)lar, 119 nafarida tashqi genital endometrioz(TGE), 254 nafarida bepushtlikning aralash turi(nay-peritoneal, tuxumdon genezli, bachadon miomasi), 54 nafarida bachadon miomasi va 77 nafarida bachadon ichi patologiyalari aniqlanildi.

Jami bepusht bemorlarning 645 nafarida laparoskopiya amaliyoti o'tkazilgan. TGE mavjud bepusht bemorlar tahlil qilinganda, 76 nafarini birlamchi bepushtlik, 39 nafarini ikkilamchi bepushtlik tashkil qildi. TGEning darajasiga ko'ra, I darajasi -7 ta bemorda, II daraja – 26 nafar bemorda, III daraja – 40 nafar bemorda

va IV daraja - 42 nafar bemorda aniqlanildi. TGE bilan bepushtlikning boshqa sababchilari 61 nafar bemorda kuzatildi. Ulardan TGE bilan bachadon miomasining birga kelishi – 16 nafar bemorda, bachadon ichi patologiyalari bilan birga kelishi – 8 nafar bemorda, nay – peritoneal turi bilan birga kelishi - 20 nafar bemorda, tuxumdonlar polikistozi bilan birga kelishi – 17 nafar bemorda aniqlanildi. Yosh jihatdan endometrioz – assotsirlangan bepusht bemorlar guruhlarga ajratilganda, 20-25 yoshdagi bemorlar – 34 nafarni, 26- 30 yoshdagi bemorlar – 28 nafarni, 31- 35 yoshdagi bemorlar – 38 nafarni va 35 yoshdan katta bemorlar - 19 nafarni tashkil qildi.

Izlanishlar natijasi shuni ko'rsatadiki, murojaat qilgan bepusht bemorlarning 16,7 foizini endometrioz – assotsirlangan bepushtlik tashkil qildi. Laparoskopiya amaliyoti o'tkazilgan bepusht bemorlarning 18,4 foizida TGE kuzatildi. Endometrioz - assotsirlangan bepushtlik 64 foiz hollarda birlamchi bepushtlikka sababchi bo'lishi aniqlanildi. TGE ning og'irlik darajasi oshishi bilan bepushtlikning uchrash darajasi to'g'ri proporsionalligi kuzatildi. TGE mustaqil ravishda bepushtlikka sababchi bo'lishi – 48,7 foiz bemorda uchrab, qolgan bemorlarda bepushtlikning boshqa sababchilari bilan qo'shilib kelishi aniqlanildi. Yosh jihatdan endometrioz – assotsirlangan bepushtlik 31-35 yoshdagi bemorlarda - 31,9 foiz, 20-25 yoshdagi bemorlarda - 28,5 foiz, 26- 30 yoshdagi bemorlarda – 23,5 foiz va 35 yoshdan katta bemorlarda – 15,9 foiz uchrashi kuzatildi.

Endometrioz-assotsirlangan bepushtlikning tarqalish chastotasi va diagnostikasida laparoskopiyaning ahamiyati katta ekanligiga xulosa qilindi.

# **FEATURES OF VASCULAR-PLATELET AND COAGULATION HEMOSTASIS IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERINE APPENDAGES.**

Axmedova N.M.<sup>1</sup>, Kamildjanova G.I.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Andijan State Medical Institute, Andijan, Republic of Uzbekistan

<sup>2</sup> Andijan State Medical Institute, Andijan, Republic of Uzbekistan

**Relevance of the topic.** In the pathogenesis of inflammatory diseases, vascular disorders and microcirculation disorders, as well as the possible role of membrane disorders, are of great importance. At the same time, in a number of systemic studies devoted to establishing a relationship between structural and functional changes in platelet membranes, the intensity of the pro- and antioxidant systems, no disturbances in the hemostasis system were carried out. These changes in platelets can also lead to a violation of the integrity of the capillaries, further aggravating the disorder of microcirculation.

**The purpose of this study was:** To study the pro- and antioxidant system of platelets and their functional activity in patients with inflammatory diseases of the uterine appendages.

**Material and methods of research.** Depending on the method of treatment, all patients were divided into 2 groups. The first group consisted of 30 healthy women. The second group included women with inflammatory diseases of the uterus=100. The age of the examined women ranged from 21 to 45 years, averaging  $29.8 \pm 1.1$  years. The activity of antioxidant enzymes - superoxide dismutase and glutathione peroxidase was determined using the methods and recommendations of Archakov and Vladimirov

**Results and its discussion.** The normal functioning of platelets also implies the presence of a good ability of its membrane to deform, which is necessary for free movement through the capillaries.

According to the literature, platelet dysfunction may be associated with a violation of the integrity and shape of their membranes. One of the reasons for this is an increase in the content



of cholesterol and phospholipids in the composition of membranes in the blood plasma, as well as the accumulation of products of lipid peroxidation, accompanied by a decrease in the level of its antioxidant activity. These changes in platelets can also lead to a violation of the integrity of the capillaries, further aggravating the disorder of microcirculation.

Despite the importance of the morphofunctional usefulness of platelets for hemomicrocirculatory homeostasis, we did not find in the literature information about their condition in patients with inflammatory diseases of the uterine appendages.

Inflammation leads to the activation of lipid peroxidation processes. In women with inflammatory diseases of the uterine appendages in the blood plasma, there was an increased content of lipid hydroperoxide compared to the control.

**Conclusion.** The study of platelet membranes in patients with inflammatory diseases of the uterine appendages indicates a violation of the structural and functional state of the membranes of these blood cells, a violation of the platelet-coagulation link of hemostasis and an inseparable connection of rheological disorders, depending on the nature of the manifestations of the clinical picture of inflammatory diseases of the uterine appendages.

# **HOMILADOR AYOLLARDA QOG`ONOQ SUVINING MUDDATIDAN OLDIN KETISHI VA XORIOAMNIONIT BILAN ASORATLANISHI**

Karimova Intizor Ergashovna

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali Akusherlik va  
ginekologiya mutaxassisligi magistratura talabasi

O`zbekiston Respublikasi Xorazm viloyati Urganch shahar

Mavzuning dolzarbligi: Hozirgi paytda akusherlik va ginekologiya sohasining asosiy muammolaridan biri – homiladorlarda qog`onoq suvi ketgandan so`ng xorioamnionit bilan asoratlanishidir. Xorioamnionit – bu o`tkir bakterial infeksiya hisoblanib, xorion- (tashqi homila qobig`i), amnion- (homilani o`rab turuvchi parda) va amnion suyuqligini zararlanishi bilan boradi. Agar o`z vaqtida davolanmasa yallig`lanish homiladorlik yoki tug`ish paytida ona va chaqaloqda og`ir infeksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin. Xorioamnionit tug`ilish davrining 1 – 2 % hollarda uchraydi va ko`p hollarda homila imkon qadar tezroq tug`ilishini talab qiladi. Shuning uchun yallig`lanish ko`pincha erta tug`ilishga olib keladi.

Homilaning muddatidan oldin tug`ilishi sabablari orasida xorioamnionit muhim o`rin tutadi, bu nafaqat homilani normal rivojlanishi va yangi tug`ilgan chaqaloqlarning holati, balki ayollarning reproduktiv salomatligi uchun ham jiddiy ta`sir ko`rsatadi va reproduktiv funksiyalarni amalga oshirishda qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi.

Agar bu vaqt homila suvi xiralashishi tashxisi qo`yilsa, uning rangi o`zgargan va normaga mos kelmasa, bu bo`lajak onada tashvish uyg`otishi kerak. Holatning sabablarini darhol aniqlanib, davolash boshlanishi zarur, chunki homila suyuqlikni muntazam ravishda yutib, o`zi orqali o`tkazadi. Suyuqlik xossalari o`zgarishi esa uning rivojlanishiga salbiy ta`sir o`tkazishi mumkin. Odatda amniotik suyuqlik tarkibida homilaning hayoti va rivojlanishi natijasida hosil bo`lgan juda ko`p aralashmalar mavjud bo`ladi. Ushbu moddalar teri

hujayralari, soch va birlamchi yog'lardan iborat. Homilalik pufagiga boshqa moddalar tushganda amniotik suyuqlik shaffofligi kamayib, «loyqalanadi», bu chaqaloqning hayotiga xavf tug'diradi va normal faoliyatni to'sqinlik qiladi. Homila suvining xiralashishi sabablari turlicha bo'lishi mumkin, ammo asosiy omil onaning infeksiyalanishi va bachadonga patogen bakteriyalarning kirishidir. Shuningdek, amniotik suyuqlikda me'yordan ortiq mekoniy yoki qon aralashmalari bo'lishi uning rangi o'zgarishiga olib keladi, bu ham qo'shimcha xavf tug'diradi. Agar qog'onoq suvi xiralashishi homiladorlik davrining o'rtalarida tashxislangan bo'lsa, uni tasdiqlash uchun takroriy ultratovushli tekshiruv talab etiladi. Bundan tashqari, patologik reaksiyaga sabab bo'lgan turli xil infeksiyalar mavjudligi uchun testlar o'tkaziladi. Homiladorlikning 37-38 haftasi yo'ldoshning qarishi bilan xarakterlanadi, shuning uchun qog'onoq suvi xiralashsa bu normal holat deb qaraladi.

Davolash ushbu holatning sabablarini aniqlash va infeksiyani tashxislashdan boshlanadi. Shundan so'ng, o'zgarishni keltirib chiqargan sababga qarab dori vositalari buyuriladi. Agar homiladorlik paytida homila suvi xiralashishi homilada gipoksiya keltirib chiqarsa, shifokor homilaga yo'ldosh orqali ko'proq kislorod o'tishini ta'minlash maqsadida qon aylanishini yaxshilash uchun dori-darmonlarni buyuradi. Amniotik suyuqlik homiladorlikning erta muddatlarida ham rangini o'zgartirishi mumkin, bu holda davolash choralari o'tkazilmaydi. Aksariyat hollarda spontan abortni oldini olish uchun homiladorlikni to'xtatish tavsiya etiladi. Agar tashxis 7 oylik muddatda qo'yilsa, u holda ayol doimiy ravishda shifokorlar nazorati ostida bo'lishi lozim. Statsionar sharoitda homilaning holatini kuzatish uchun zarur tekshiruvlar o'tkaziladi va agar zarur bo'lsa, tug'ruq kesarcha kesish orqali amalga oshiriladi.

# **THE EFFECT OF ACETYLSALICYLIC ACID ON THE CONCENTRATION OF PROSTAGLANDINS IN THE BLOOD OF PREGNANT WOMEN**

Khotamova Matluba Tilavovna,

Shukurllaeva Shakhnoza Zhamalovna

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino,  
Bukhara, Republic of Uzbekistan;

**Purpose of the study-** the effect of acetylsalicylic acid on the concentration of prostaglandins in the blood of pregnant women

**Materials and research methods:** the effect of low doses of acetylsalicylic acid on the vasoconstrictor effect of angiotensin II and the concentration of prostaglandins in the blood of pregnant women sensitive to angiotensin II.

It is known that proteinuria and hypertension during pregnancy may be associated with an imbalance between prostacyclin and thromboxane A<sub>2</sub>. The purpose of the study was to determine the effect of low doses of acetylsalicylic acid (ASA) on vascular reactivity in response to the action of angiotensin II and on the content of prostanoids. ASA (81 mg/day for a week) was used in pregnant women sensitive to angiotensin II, starting from 32 weeks. The production of thromboxane A<sub>2</sub>, prostacyclin and PGE<sub>2</sub> was significantly reduced. The level of thromboxane A<sub>2</sub> decreased significantly more than the level of prostacyclin, and therefore the ratio of prostacyclin/thromboxane A<sub>2</sub> increased.

**Output:**the authors support the hypothesis that the incidence of hypertension in pregnancy decreases after the use of low doses of ASA as a result of selective inhibition of thromboxane A<sub>2</sub>.

# **OROLBO'YI HUDUDIDA YELBO'G'OZ BILAN KASALLANGAN AYOLLARDA KASALLIKNING KECHISH XUSUSIYATLARINI VA DAVOLASHNING EFFEKTIVLIGINI BAHOLASH.**

Madrimova Q.Q., Nishonov D.A., Matrizayeva G.D.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali. Urganch shahar.  
Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy  
tibbiyot markazi. Toshkent shahar.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali. Urganch shahar.

**Dolzarbliqi:** Epidemiologiya va hujayra biologiyasini o'rganishdagi so'nggi yutuqlar, shuningdek, zamonaviy diagnostika usullarini ishlab chiqish davolash natijalarining yaxshilanishiga olib keldi va ayollarning fertilligini saqlab qolish imkoniyatlarini oshirdi. Xususan, homiladorlikning dastlabki bosqichlarida tashxis qo'yilgan homiladorlik trofoblastik kasalligining ba'zi shakllari, masalan, yelbo'g'oz to'g'ri tanlangan terapiya va bemorni terapiyadan keyingi nazorati unga homilador bo'lish va sog'lom bola tug'ish imkonini beradi. Yelbo'g'oz homiladorlik trofoblastik kasalligining eng keng tarqalgan shakli hisoblanadi. Uning Yevropa va Shimoliy Amerikada tarqalishi har 1000 homiladorlik uchun 0,5—1,84 ni tashkil qiladi, Lotin Amerikasida, yaqin va uzoq Sharq mamlakatlarida chastota sezilarli darajada (10 martagacha) yuqori. Yelbo'g'oz bachadonda lokalizatsiya qilinadi (kamroq – bachadon naychasida), ko'pincha yosh va keksa homilador ayollarda, past ijtimoiy-iqtisodiy muhitda uchraydi (Kerkmeijer L. et al., 2006; Niemann I. et al., 2006; Wielsma S. 2006). Yelbo'g'oz -bu urug'langan tuhum hujayraning o'sishining o'zgarishi yoki platsenta to'qimasining ko'payishi. Yelbo'g'oz yaxshi sifatli o'zgarish bilan tavsiflanadi va to'liq va qisman deb tasniflanadi. Diagnostikasi asosan ultratovush va xorionik gonadotropin gormoni tahlili yordamida amalga oshiriladi. To'liq yelbo'g'ozda umumiy giperplaziya aniq ko'rinadi. Qisman yelbo'g'ozda esa, platsentadagi fokal kistoz o'zgarishlar, shuningdek homiladorlik xaltasining bir

yarim baravar ko'payishi (bu triploidiyani ko'rsatishi mumkin) xos bo'ladi. Ushbu ikkita belgining kombinatsiyasi natijaning juda yuqori aniqligini beradi (Солопова А.Г., Макацария А.Д., Егорова С., Москвичёва В.С., Митрюк Д.В.2018г). Odatda, xorionik gonadotropin gormoni yo'ldoshning sinsitiotrofoblastik hujayralarida hosil bo'ladi, bu homilador ayollarda gormonning yuqori darajasini keltirib chiqaradi. Trofoblastik kasallik uchun HGG ning diagnostik sezgirligi 100% ga yaqin. To'liq yelbo'g'oz holatida HGG darajasi 100000 mED/ml va undan yuqori darajaga yetishi mumkin; qisman bunday raqamlar kamroq uchraydi, ammo o'sish, shunga qaramay, aniq belgilanadi (Сурина М.Н., Фетисова Т.И., Марочко Т.Ю., Марочко К.В., Кириченко А.Д., Новикова О.Н. 2010г ). Yelbo'g'oz klinikasi: ayol o'zini homilador deb biladi, ammo bachadon fiziologik homiladorlikka qaraganda ancha tez kattalashadi; aksariyat ayollar qattiq ko'ngil aynishi va qayt qilishni boshdan kechirishadi, qindan qon ketishi va qon bosimi juda yuqori bo'lishi mumkin. yelbo'g'oz bachadon bo'yni kengaytiriladi va kyretaj yordamida olib tashlanadi, so'ngra aspiratsiya qilinadi; Vakuum aspiratsiyasi. Yelbo'g'oz olib tashlash uchun, bachadon homiladorlikning 20 xaftaligiga to'g'ri keladigan darajada kattalashgan bo'lsa ham, boshqa usullarga qaraganda tez-tez ishlatiladi. Vakuum aspiratsiyasidan so'ng, bachadonning yaxshiroq qisqarishi uchun oksitotsin tomir ichiga yuboriladi. Bachadonning sezilarli darajada qon ketishi va katta hajmi (homiladorlikning 20 xaftaligidan yuqori) bilan bachadonni olib tashlash bilan laparotomiya qilish mumkin. Bachadonni olib tashlash. Agar ayol kelajakda farzand ko'rishni istamasa, bachadonni olib tashlash mumkin. Tuxumdonlar olib tashlanmaydi. Profilaktik kimyoterapiya. Agar XGG titri o'ssa yoki uzoq vaqt davomida doimiy darajada bo'lsa, shuningdek metastazlar aniqlansa, yelbo'g'ozni olib tashlaganidan keyin amalga oshiriladi. Bemorlarning 80 foizida qo'shimcha terapiyasiz mustaqil tiklanish mavjud. XGG tarkibini muntazam ravishda aniqlash rivojlanayotgan xorionepitellarni o'z vaqtida aniqlashga yordam beradi. Ultratovush tekshiruvi, xorionik

gonadotropini uchun qon tekshiruvi va biopsiya o'tkaziladi. **Tatqiqot maqsadi:** Orol bo'yi hududida yashovchi reproduktiv yoshdagi ayollarda yelbo'g'oz bilan kasallanish chastotasini o'rganish.

Shunday qilib, yelbo'g'ozni o'z vaqtida va to'g'ri tashxislash davolanishni rejalashtirishni optimallashtirish uchun juda muhimdir. Erta bosqichda to'g'ri davolanish bemorlarning mutlaq ko'pchiligini davolashga imkon beradi.

## **NOSPETSIFIK VULVOVAGINIT BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA ULTRATOVUSH KAVITATSIYANING O'RNI**

Matqurbonova Sh.B.<sup>1</sup>, Ismoilova D.O.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Akusherlik va ginekologiya magistranti  
Xorazm, O'zbekiston

<sup>2</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Akusherlik va ginekologiya kafedrasida dotsenti  
Xorazm, O'zbekiston

**Mavzuning dolzarbligi.** Vulvovaginit - bu vulva va qinning bir vaqtning o'zida shikastlanishi. Vulvovaginit pastki genital traktning eng keng tarqalgan kasalliklaridan biri bo'lib, turli yoshdagi ayollarda uchraydi.

Vulvovaginit o'smir va balog'atga yetgan qizlar, shuningdek, postmenopauzal ayollarda juda keng tarqalgan. Bolalik davrida kasallik rivojlanishi anatomik faktorlarga (anusning qinga yaqinligi), vaginal shilliq qavatning xususiyatlari (ingichka shilliq qavat), vaginal sekretsianing ishqoriy reaksiyasi va gigiena qoidalariga rioya qilmaslik bilan bog'liq. Allergiya omilining rolini ham ta'kidlash kerak. Postmenopauzal ayollarda vaginal shilliq qavat yupqalashadi, vaginal mikroflora o'zgaradi va estrogen yetishmovchiligi va vagina,

bachadon bo'yni va vulvaning tanasi va to'qimalarida umumiy involutiv o'zgarishlar tufayli vaginal-servikal ekotizimning himoya xususiyatlari sezilarli darajada kamayadi.

Hozirgi vaqtda qinning yuqumli kasalliklari kamdan-kam hollarda bitta patogen tomonidan qo'zg'atiladi. Har xil turdagi vulvovaginit, servitsit, uretrit bilan shifoxonaga kelgan ginekologik bemorlarning 80% gacha ayollarda aralash bakterial-zamburug'li-trikomonal infeksiyasi mavjud. Shartli patogen floraning ta'sirlanishi bilan vulvovaginit 10% ga etadi va vulvovaginal kandidozni hisobga olgan holda - 40% yoki undan ko'p.

**Tadqiqot maqsadi:** Nospetsifik vulvovaginitning aralash etiologiyali va retsidivlangan ko'rinishida kelgan reproduktiv yoshdagi bemor ayollarda ultratovushli kavitasianing antiseptik preparat bilan kombinatsiyalangan ta'siri samaradorligini o'rganish.

**Material va tekshirish usullari:** Tekshirish va davolashda 40 ta nospetsifik vulvovaginit bilan kasallangan bemor ayollar olindi. Bu kasallikning boshlanishiga hissa qo'shadigan og'ir umumiy kasalliklar, genital organlarning yallig'lanish jarayonlari, tuxumdonlarning disfunktsiyasi va boshqa patologik holatlarning belgilarining mavjudligi tashxisni sezilarli darajada osonlashtiradi. Vulvada qichishishning tipik shikoyatlariga, jinsiy yo'ldan patologik oqindi paydo bo'lishiga katta e'tibor berildi. Vulvani tekshirishda qinni ko'zgular yordami bilan tekshirishda vulvovaginitning rivojlanish ehtimoli haqidagi taxmin tasdiqladi. Yallig'lanish jarayonining etiologiyasini aniqlash uchun vaginadan olingan sekretsiyalarni bakteriologik tekshirishga murojaat qilindi. Nonspesifik infeksiyalar (stafilokokklar, streptokokklar, Proteus, Escherichia coli va boshqalar) patogenlarini ekishda ularning antibiotiklarga sezgirligini aniqlandi. Nospetsifik vulvovaginitni davolash ko'plab terapevtik usullarning samaradorligi yo'qligi sababli qiyin ishdir.

**Natija va munozalar:** 36 (90%) bemorda davolashdan keyingi natijalarni tahlil qilish asosida qin devorlarining to'liq epitelizatsiyasi qayd etildi. 4 nafar bemor amaliyotni to'liq olmaganligi sababli to'liq bo'lmagan epitelizatsiya ko'rinishidagi asoratlar kuzatildi. Ultratovush kavitatsiya yosh ayollarda reproduktiv funktsiyani saqlab, davolash samaradorligini oshirdi. Ultratovush kavitatsiya antiseptik



prepatartning ta'sirlangan hududda bir tekis taqsimlanishini va sezilarli invaziya bilan yetarli chuqurlikda tarqalishini ta'minlash, chuqur sanitariya ishlarini olib borish imkonini beradi, epitelizatsiya vaqtini 1,5 barobarga qisqartirdi, epitelizatsiya fazalarini qisqartiradi. Chandiq to'qima hosil bo'lmaydi va jinsiy a'zolari anatomik va funktsional yaxlitligini saqlaydi.

**Xulosa:** Zamonaviy diagnostika usullaridan foydalangan holda o'tkazilgan klinik tadqiqot mahalliy ultratovush kavitatsiya bilan birgalikda antiseptik preparat qo'llanilganda nonspesifik vulvovaginitda yuqori samaradorligini tasdiqladi.

## **XORAZM VILOYATIDA FERTIL YOSHDAGI AYOLLARDA BEPUSHTLIKNING TARQALISHI VA XUSUSIYATLARI**

*Matsapayeva Sh.Sh<sup>1</sup>. Kattaxo 'djayeva M.X<sup>2</sup>.*

*<sup>1</sup>Toshkent davlat stomatologiya instituti Akusherlik va ginekologiya kafedrasida ordinatori*

*<sup>2</sup>Toshkent davlat stomatologiya instituti Akusherlik va ginekologiya kafedrasida mudirasi, professor*

**Mavzuning dolzarbligi.** Zamonaviy jamiyatda bepushtlik nikohi muammosi demografik ko'rsatkichlarga sezilarli ta'sir ko'rsatishi sababli milliy muammo sifatida tasniflanadi. JSST ekspertlarining xulosasiga ko'ra, uchinchi ming yillikda bepushtlik, birinchi navbatda, tug'ilish darajasi past bo'lgan rivojlangan mamlakatlar uchun muhim tibbiy va ijtimoiy muammo bo'lib qolmoqda, chunki bepushtlik darajasi 15% va undan ko'p bo'lsa, uning demografik ko'rsatkichlarga ta'siri sezilarli darajada oshadi. abort va perinatal yo'qotishlarning umumiy ta'siri. JSSTning Inson ko'payish dasturi bepushtlik sabablarining haqiqiy chastotasi va tuzilishini aniqlaydigan, er-xotinlarning tekshiruvini standartlashtiradigan, mavjud bo'lganlarni baholaydigan va nikohda bepushtlikning turli shakllarini davolashning yangi usullarini ishlab chiqadigan epidemiologik tadqiqotlar o'tkazishni tavsiya qildi.

**Tadqiqot maqsadi:** Xorazm viloyatida yashovchi yosh tug'ish yoshidagi ayollarda bepushtlikning tarqalishini o'rganish va uning xususiyatlarini baholash.

**Material va tekshirish usullari:** Namuna hajmi 18–35 yoshdagi 100 nafar jinsiy faol ayollar bo'lib, ulardan 100 nafari anketalarni tahlil qilish uchun mos bo'lgan. Tadqiqotga qo'shilish mezonlari yosh (18–35 yosh) va respondentlarning ishtirok etishga ixtiyoriy roziligi edi. So'rovnoma va suhbat shartlari bilan tanishgandan so'ng, shahardagi respondentlarni tanlash antenatal klinikalar va poliklinikalarda ro'yxatga olingan shaxslarning manzillar ro'yxatidan tasodifiy raqamlar generatori yordamida amalga oshirildi. Qishloq joylarda, aholining kichikligini hisobga olgan holda, ayollar doimiy usul yordamida tanlandi. Suhbatga olingan ayollar uch toifaga bo'lingan: fertil, birlamchi bepushtlik, ikkilamchi bepushtlik ayollar;

**Natija va munozaralar.** Xorazm viloyatida yashovchi yosh ayollarda bepushtlikning tarqalishi va xususiyatlarini baholash uchun JSST protokoliga muvofiq epidemiologik tadqiqot o'tkazildi. Tadqiqotda 18 yoshdan 35 yoshgacha bo'lgan 100 nafar ayol ishtirok etdi, ulardan 24 nafari bepusht ekanligi aniqlandi. Bepushtlik chastotasi JSST tomonidan belgilangan kritik darajadan 15% dan oshadi va 24,9% ga yetadi (shaharda 22,3%, qishloqda 25,8%). Ikkilamchi bepushtlik birlamchi bepushtlikka qaraganda tez-tez uchraydi (56,8% ga nisbatan 43,2%). Yosh bepusht ayollarning 41%i homiladorlikni rejalashtirmagan.

**Xulosa.** Xorazm viloyatida yashovchi yosh tug'ish yoshidagi ayollarda bepushtlik chastotasi 24,9% (shaharda 22,3%, qishloqda 25,8%), bu JSST tomonidan belgilangan kritik darajadan (15%) sezilarli darajada oshadi. Ikkilamchi bepushtlik birlamchi bepushtlikka qaraganda tez-tez uchraydi (54,2% ga nisbatan 45,8%). Muammoning muhim tibbiy-ijtimoiy jihati shundaki, yosh bepusht ayollarning 41%i homiladorlikni rejalashtirmagani uchun tekshirilmayapti va davolanmaydi. Ushbu ko'rsatkichlar Xorazm viloyati aholisi orasida reproduktiv resurslarning past sifatini aks ettiradi va umuman mintaqadagi demografik vaziyatning shakllanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

# UROGENITAL KANDIDOZNI KELTIRIB CHIQARUVCHI ASOSIY SABABLAR VA PAST CHASTOTALI ULTRATOVUSHLI KAVITATSIYANI QO'LLANILISHDAGI AHAMIYATI.

Matsapoyev Sh.Sh<sup>1</sup>. PhD. Raxmanova N.X<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Akusherlik va ginekologiya kafedrası magistranti

<sup>2</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Akusherlik va ginekologiya kafedrası katta o'qituvchisi; (PhD) dotsent, Urganch, O'zbekiston.

**Dolzarbli:** Urogenital kandidoz (UK) — urogenital organlarning teri va shilliq pardalarida shartli patogen holda yashovchi Candida oilasining achitqisimon zamburug'lari tufayli kelib chiquvchi yuqumli-yiringli kasalligidir. So'nggi yillarda mamlakatimizda UKning uchrash chastotasi keskin ko'tarilgan. Vulva va vaginani yuqumli kasalliklari tarkibida ushbu kasallikning o'ziga xos og'irlik darajasi turli mualliflar ma'lumotlariga qaraganda, 26% dan 40-45% gacha oshgan. Ayollarning turli yosh guruhlarida UKning tarqalishi bir xilda emas. Menarxe boshlanishidan oldin kasallik kam uchraydi. 20 yoshdan keyin ayollarda kasallikning keskin o'sishini kuzatish mumkin, uning maksimal kasallanish darajasi ayollarning reproduktiv davriga to'g'ri keladi.

Kasallik ayollarning reproduktiv sifatini sezilarli darajada kamaytiradi, ayolning hayotida bir qancha psixologik noqulayliklarga olib keladi. Bundan tashqari, UKning uzoq kechishi ayollarda bepushtlikka ham sababi bo'lishi mumkin.

UK homilador ayollarda homiladorlikni to'xtab qolish xavfini, o'z-o'zidan abortni, erta tug'ish xavfini, kech toksikozlarni, xorioamnionitni, homila old suyuqlikning vaqtidan oldin ketish ehtimolini yanada oshiradi.

**Maqsad:** Bizga urogenital kandidoz tashxisi bilan kelgan ayollarining klinik ko'rinishi, diagnostikasi va davolashda past chastotali ultratovush kavitatsiya xususiyatlarini o'rganish.

**Material va metodlar:** Urogenital organlaridan turli shikoyatlar bilan murojaat qilgan reproduktiv yoshdagi 39 ta ayol tekshirildi. Bemor ayollarda:

- Anamnezi(shikoyatlari,morbi,vitea);
- klinik tekshiruv(laborator va instrumental);
- laboratoriya (umumiy va bioximik qon tahlili, kultural tahlil);
- instrumental(ko'zguna yordamida) tekshiruvlari o'tkazildi.

**Natijalar:** 3 oy davomida urogenital kandidoz bilan murojaat qilgan ayollar soni 39 ta (100%) bo'ldi va davolash 2 yo'nalishda olib borildi. Natija tahlil qilinganda, kandidoz aniqlangan 70%da (n=26) turmushga chiqqan va 30%i (n=13) turmushga chiqmagan ayollarda anamnezi bo'yicha kasallik kelib chiqish sabablariga ko'ra endogen faktorlar orqali 53,8%(n=21) va ekzogen faktorlar orqali 47,7%(n=) ayol zararlangan. Ba'zida kandidoz va bakterial infeksiya qo'shib kelgan holatlari 30%ida (n=13) aniqlandi.

Davolash 2 yo'nalishda olib borildi(n=39):

1. n= 19 bemorga standart davo + prebiotiklar bilan birgalikda berildi.
2. n=20 bemorga standart davo + ultratovush kavitatsiya orqali mahalliy dori vositalari ham qo'llanildi.

**Xulosa va munozara.** To'g'ri tashkil etilgan klinik va etiologik tashxis - terapevtik aralashuvning miqdori va darajasini aniqlashga va aniq yo'naltirilgan terapiyani amalga oshirish imkonini beradi. Ultratovushli kavitatsiya usulida davolangan bemorlarda kasallikning qaytalanishi 6 oy ichida kuzatilmadi. Standart davo olgan bemorlardan 3 oy ichida 4 bemorda retsidiv kuzatildi. Ultratovush kavitatsiya mahalliy dori vositalari bilan qo'llanilgan o'zining yuqori samaradorligini tasdiqladi.

## **AKUSHERLIKDA QON KETISHI DAVOLASHNG ZAMONAVIY USULI**

Matyakubov Buned Bahramovic., Niyazmetov Rakhmatulla  
Ermatovic

(Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi,  
Toshkent shahri, O'zbekiston Respublikasi)

**Tadqiqotning maqsadi:** umumiy histerektomiya texnikasini takomillashtirish va onalar o'limini kamaytirish uchun katta akusherlik qonashlari ( haŧhaŧ) uchun konservativ davo. **Materiallar va usullar.** Urganchdagi perinatal markaz va O'zbekiston Respublikasidagi Xorazm viloyati 3-tug'ruq komplekslari negizida 2014 yildan 2019 yilgacha retrospektiv va istiqboldagi guruhda akusherlik qon ketishini davolash natijalari o'rganildi. Retrospektiv guruhga 72 nafar homilador, qon yo'qotishi o'rtacha  $2450,0 \pm 80,0$ ; va istiqbolli 78 homilador, qon yo'qotish o'rtacha  $2530,0 \pm 70,0$  ml edi. **Muhokama.** Retrospektiv guruhda 22896 ta tug'ilish sodir bo'ldi va ulardan 1419 (6,2%) holatlar patologik qon yo'qotish bilan birga o'tdi va 1500,0 ml dan ortiq MAK chastotasi barcha tug'ilishning 0,3% ni tashkil etdi. 8 holatlaridan 5 (62,5%) hollarda onalar o'limi to'g'ridan-to'g'ri Mac bilan bog'liq edi. Retrospektiv guruhda an'anaviy usul bilan umumiy histerektomiya amalga oshirildi: odatda joylashgan plasenta (PONRP) ning erta ajratilishi - 31(48,4%), erta tug'ruqdan keyingi atonik qon ketish - 24 (37,5%), plasentaning Markaziy taqdimoti -6(9,3%), amniotik suyuqlik emboliyasi -2(3,1%) va bachadonning yorilishi - 1(1,5%), interoperativ qon yo'qotish esa  $860,0 \pm 110,0$  edi ( $p < 0,05$ ). Ushbu guruhda infuzion terapiyaning sifatli va miqdoriy tarkibi o'rtacha: natriy xloridning fiziologik eritmasi  $4350,0 \pm 350,0$ ; Geloplazma (INN)  $-500,0 \pm 100,0$ ; gidroksietilatsiyalangan kraxmal (gek)  $1800,0 \pm 150,0$ ; reosorbilakt  $400,0 \pm 50,0$  va yangi muzlatilgan plazma (CPA)  $1650,0 \pm 110,0$ . Prospektiv guruhda haŧhaŧ va tug'ilish chastotasi retrospektiv guruh bilan bir xil edi. Prospektiv guruhda umumiy histerektomiya operatsiyasining optimallashtirilgan versiyasi qo'llanildi, bu an'anaviy holatdan farq qiladi, chunki ular birinchi

navbatda distal bo'limlarda, keyin proksimal va operatsiya davomida" gemostatik tikuv " a.uterinae pastga va yuqoriga bo'linmalarga qo'llaniladi. Umumiy histerektomiyaning optimallashtirilgan versiyasi macda o'rtacha  $340,0 \pm 60,0$  ml bilan birgalikda qon yo'qotishining kamayishiga va operatsiyaning o'zi  $22,0 \pm 4,0$  daqiqada qisqarishiga yordam berdi, shu bilan operatsiya natijalari yaxshilandi. Prospektiv guruhda natriy xloridning fiziologik eritmasi miqdori o'rtacha 1900,0; 600,0 tomonidan isloh qilingan; CPA 230,0 kichikroq va INN, 500,0 da Gelofuzin va 400,0 da reosorbilakt retrospektiv guruhga qaraganda ko'proq kiritildi.

**Xulosa:** umumiy histerektomiyaning takomillashtirilgan versiyasi, shuningdek, o'rganilayotgan guruhdagi Mac uchun infuzion terapiya tarkibini optimallashtirish retrospektiv guruhga qaraganda 19,7% ga onalar o'limini kamaytirishga yordam berdi.

## **MUDDATIDAN O'TGAN HOMILADORLIKDA TUG'RUQ INDUKSIYASI SAMARASINI BAHOLASH**

*Muxtorova S.A., Kayumova D.T., Kamilova I.A.*

*Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston*

**Mavzuning dolzarbligi.** Homiladorlik 40-haftasidan so'ng salbiy perinatal natijalar ko'rsatkichi asta-sekin o'sib boradi va bu o'sish homiladorlikning 42-haftasidan boshlab sezilarli darajada namoyon bo'ladi. Homiladorlikning uzayishi bilan chaqaloqlarning o'lik tug'ilish xavfi ko'payadi. Butun dunyo bo'ylab o'lik tug'ilishning 14 % i muddatidan o'tgan homiladorlikka to'g'ri keladi. Jahon Sog'liqni Saqlash tashkiloti 41-haftadan so'ng tug'ruqni induksiya qilishni tavsiya qiladi, ko'plab mamlakatlar tug'ruq komplekslarida muddatidan o'tgan homiladorlikda asoratlarni oldini olish uchun 41 dan 42 –haftagacha tug'ruqni induksiya qilish orqali tugatiladi. Bugungi kunda akusherlikda prostaglandin E2 preparatlari bachadon bo'yni yetiltirish va tabiiy tug'ruqni qo'zg'atishda qo'llanilib kelmoqda.

**Tadqiqot maqsadi.** Tug'ruq induksiyasi o'tkazilgan muddatidan o'tgan homiladorlik tashxisi qo'yilgan ayollarda tug'ruqni kechishi va asoratlari o'rganish.

**Tadqiqot material va usullari.** Prospektiv ilmiy izlanish orqali Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi tug'ruq kompleksiga 2022 yil mart va aprel oylarida murojaat qilgan 48 ta xomiladorlik muddati 37-41 haftalik, bir homilali ayollar qamrab olingan. Asosiy (birinchi) guruh 24 ta homilador ayollarda muddatidan o'tgan homiladorlik tashxisi qo'yilgan va tug'ruq Glandin E2 (Dinoproston, 3mg) 2 ta tur intraservikal tabletka bilan indutsirlangan, nazorat (ikkinchi) guruhi 24 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: muddatidan o'tgan homiladorlik 24 (100%), bemorni tashkil etdi. Tekshiruvga qamrab olingan ayollar o'rtacha yoshi asosiy guruhda 28 yosh; nazorat guruhida 25 yosh. Asosiy guruhda 4 (16,7%) – birinchi tug'uvchi, 20 (83,3%) qayta tug'uvchi; nazorat guruhida 12 (50%) – birinchi tug'uvchi, 12 (50%) – qayta tug'uvchi ayollar 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 24 (100%) bemor - "yetilgan" bachadon bo'yni tarzda baholanib, 4 (16,7) bemor- I tur; 20 (83,3%) bemor – II tur tug'ruq induksiyasi samara berganligi tufayli tabiiy fiziologik yo'l bilan tug'ruq tugatildi. Ushbu guruhda 10 (41,7%) bemorda Bishop shkalasi bo'yicha bachadon bo'yni "yetarlicha yetilmagan"ligi tufayli amniotomiya amaliyoti bajarildi. Tug'ruq asoratlari: regulyar tug'ruq faoliyatining sustligi asosiy guruhda - 2 (8,3%); nazorat guruhida ham ushbu ko'rsatkich - 2 (8,%) bemorni ko'rsatdi. Tug'ruq travmatizmi asosiy guruhda 4 (16,7%); nazorat guruhida 3 (12,5%) tashkil etadi.

Tug'ruq vaqtida yo'qotilgan qon miqdori asosiy guruhda 335 ml; nazorat guruhida 500ml . Tug'ruq davomiyligi asosiy guruhda 6-7 soat; nazorat guruhida 14-15 soatni tashkil etdi. Apgar shkalasi bo'yicha tug'ilgan chaqaloq holati asosiy guruhda barcha holatlarda 8-9 ball; nazorat guruhida 7-8 ball bilan baholandi.

**Xulosa.** Tug'ruq induksiyasini o'tkazish orqali muddatidan o'tgan homiladorlikda operativ tug'ruqlar oldini olinganligi tug'ruq induksiyasi samaradorligini ko'rsatdi. Muddatidan o'tgan homiladorlikda tug'ruq induksiyasi zaruriyati qayta tug'uvchi va yoshi katta ayollarda yuqori (83,3% va o'rtacha 28 yosh ) o'rinda turadi.

## **HOMILADORLIK DAVRIDA COVID-19 BILAN OG'RIGAN AYOLLARDA YO'LDOSH VA CHAQALOQ HOLATINI BAHOLASH**

*Najmutdinova D. K., Kayumova D. T., Abdukomilova M. I.*

*Toshkent tibbiyot akademiyasi*

**Mavzuning dolzarbligi.** Homilador ayollarning COVID-19 bilan kasallanishi oqibatida giperkoagulyatsiya, homila-yo'ldosh-bachadon qon aylanishining buzilishi, yangi tug'ilgan chaqaloqlar asfiksiyasi, respirator distressi, kam foizlarda bo'lsada o'lim holatlari ham ro'yhatga olingan.

**Tadqiqod maqsadi.** COVID-19 infeksiyasining asoratlarini yo'ldosh va yangi tug'ilgan chaqaloq holatiga ko'ra aniqlash va baholash.

**Tadqiqod materiallari va usullari.** 60 ta homilador ayollar o'rganildi, ulardan 22 tasi homiladorlikning 2 va 3 trimestrida COVID-19 infeksiyasi bilan kasallangan (asosiy guruh), analizda musbat natija olingan, 38 ta ayol homiladorlik asoratsiz o'tgan (nazorat guruh). Ayollar 20 yoshdan 36 yoshgacha bo'lgan oraliqda olindi. Ayollarda akusherlik ko'rigi, ultratovush tekshiruvi, laborator tekshiruvlardan umumiy qon, siydik tahlili, koagulogramma, qin bakteriologik tekshiruvi; yangi tug'ilgan chaqaloq holatini Apgar



shkalasi bo'yicha baholash; yo'ldoshni morfologik va gistologik tekshiruvlari o'tkazildi.

**Tadqiqod natijalari.** Kuzatuvda 1 guruh ayollarning 8 (36%) tasi 2 trimestrda COVID-19 infeksiyasi bilan kasallangan va 6 tasida kasallik o'rta og'ir darajada, tana haroratining 38,5-39°C gacha ko'tarilishi bilan o'tkazgan, statsionarda davolangan. Ayollarning 14 (64%) tasi 3 trimestrda kasallangan, 8 tasida kasallik tana haroratining 38,5-39°C gacha ko'tarilishi, umumiy holsizlik, yo'tal kabi asoratlar bilan kechgan, statsionarda davolangan. Hamma ayollarning ultratovush tekshiruvidan o'tkazilgan. Asosiy guruhdagi 16 (73%) ta ayolda homila-yo'ldosh-bachadon qon aylanishining buzilishi II A va B darajalari kuzatilgan, 11 (50%) tasida homila nomuqobilqoniqarsiz holati aniqlanganligi sababli xomiladorlikni muddatidan oldin shoshilinch kesarcha kesish amaliyoti yo'li bilan tugatish amalga oshirilgan, qolgan 5 (23%) ta ayollarda homiladorlikni tug'ruqni induksiyalash yo'li bilan to'xtatish amalga oshirilgan. Nazorat guruhi ayollarda 100% homiladorlik fiziologik tug'ruq yo'li bilan muddatga yetib tug'ilgan. Asosiy guruhdagi yo'ldoshning morfologik tekshiruvida: 13 (59%) ta yo'ldoshda vazn normadan yuqoriligi, 14 (64%) tasida yo'ldoshda shish, 18 (82%) tasida kalsifikatlar aniqlangan. Nazorat guruhida yo'ldosh vazni va o'lchamarida o'zgarishlar anilanmadi. Gistologik tekshiruv hulosalariga ko'ra asosiy guruh ayollarning 20 (90%) tasida surunkali villit va intervilluzit aniqlangan. COVID-19 o'rta og'ir darajada o'tkazgan ayollarning 14 (64%) ta bemorning hammasida, yengil darajada o'tkazgan ayollarning 4 (18%) tasida - detsidual arteriopatiya, ateroz, fibrinoid nekroz aniqlangan. Nazorat guruh yo'ldoshlarida 23 (60%) tasida kalsifikatlar va fibrin to'qima ko'payganligi aniqlangan. Vorsinkalararo tromblar uchrashi asosiy guruh ayollarning barchasida uchragan bo'lib, ushbu tromblarning 80% i yo'ldoshning homila qismiga tegishli. Asosiy guruh ayollardan tug'ilgan chaqaloqlarning Apgar shkalasi bo'yicha baholash natijalari quyidagicha: chaqaloqlarning 16 (73%) tasi muddatiga yetmasdan tug'ilgan, 11 (50%) ta chaqaloqda 1 - minutda o'rtacha ball 5 ball, 5 (23%) tasida

6,4 ball, 5 daqiqadan keyin esa 10 (45%) tasida o'rtacha 6.4 ball, 6 (27%) tasida 7 ballni tashkil qilgan, muddatga yetib tug'ilgan 6 (27%) ta chaqaloqlarda 1-minutta o'rtacha - 6,6 ball, 5-minutdagi - 7,8 ballni tashkil etgan. Nazorat guruhi ayollarda chaqaloqlar 1-minutta 6,8 ball, 5-minutta esa 7,6 ball bilan baholangan.

**Xulosa.** COVID-19 bilan og'riganda yo'ldosh asosiy zaralanishni o'ziga oladi va homilani himoya qiladi. Virus yuqishi bilan bog'liq yallig'lanish jarayoni yo'ldoshda ham yuz beradi. Homilada kelib chiqadigan o'zgarishlarning sababi asosan fibrin to'qimaning ko'payishi, yo'ldoshning erta yetilishi bilan bog'liq bo'ladi Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda og'ir asoratlar bo'lmaydi.

## **TUXUMDONLAR POLIKISTOZI SINDROMI BILAN KASALLANGAN AYOLLARDA FERTILLIKNI TIKASHDA DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH**

Rajabova G.O.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch O'zbekiston  
Respublikasi

**Dolzarlighi:** Tuxumdonlar polikistozi sindromi (TPKS) (10-XKT kodi E 28.2) - androgenlar giperproduksiyasining boshqa sabablarini inkor qiluvchi surunkali anovulyatsiya va tuxumdonlarning giperandrogeniyasi bilan kechadigan hayz siklining buzilishi bilan tavsiflangan geterogen kasalliklar guruhidir. Bu reproduktiv davrdagi ayollarda endokrinopatiyalarning eng keng tarqalgan shakllaridan biri bo'lib, giperandrogeniyaga va anovulyatsion bepushtlikka olib keladi. Reprodukativ yoshdagi ayollarda TPKS bilan kasallanish darajasi 5-10% gacha.

**Tadqiqot maqsadi:** TPKSda bepushtlik kuzatilgan ayollarda terapevtik tayyorgarlikdan so'ng davolovchi - diagnostik laparoskopiyani qo'llash orqali davolash algoritmini takomillashtirish.

**Material va metodlar:** 90 nafar ayol o'rganildi. Prospektiv tadqiqotda TPKS bilan og'riqan 70 nafar bepusht ayollar o'rganildi, nazorat guruhi reproduktiv yoshdagi 20 nafar muntazam ovulyatsiya sikli bo'lgan ayollardan iborat bo'ldi.

Ayollarni tekshirishda umumiy qabul qilingan usullar qo'llanildi: anamnez yig'ish, shikoyatlar, gormonal tekshiruvlar, UTT, GSG va diagnostik-davolovchi laparoskopiya.

**Natija:** tadqiqot uchun bemorlar 3 guruhga bo'lindi: I guruh faqat konservativ davo o'tkazilgan, II guruh konservativ hamda xirurgik davo va III guruh esa faqat xirurgik davo o'tkazilgan ayollar guruhi.

Izlanish natijasiga ko'ra, I guruh ayollarida davolanishdan so'ng 1 yil ichida 9 (45%) homiladorlik kuzatildi, lekin shundan faqatgina 3 tasi (12%) muddatdagi va 2 tasi (8%) muddatdan oldin tug'ish bilan yakunlandi. 2 nafar (8%) ayolda o'smay qolgan homiladorlik va 2 nafar (8%) ayolda erta muddatlarida homilaning o'z-o'zidan tushishi kuzatildi. Kombinirlangan davo olgan II guruhda esa, jami 12 homiladorlik kuzatilib, shulardan muddatdagi tug'ruq 9(45%), o'smay qolgan homiladorlik 1(5%), o'z-o'zidan homila tushishi 2(10%), davo mobaynida qayta homiladorlik 3(15%), davo mobaynida tug'ruqdan keyin qayta homilador bo'lish 4(20%) va abort 1(5%) ni tashkil qildi. III guruhdagi operatsiya qilingan 20 bemordan atigi 4 tasida homiladorlik aniqlanib, shundan: muddatdagi tug'ruq-2(8%), o'z-o'zidan homila tushishi-1(4%), bachadondan tashqari homiladorlik-1(4%) kuzatildi.

**Xulosa:** TPKS bor ayollarda fertillikni tiklashda endokrin tizim faoliyatini tiklamasdan jarroxlik yo'li bilan davolash samaradorligi past bo'ldi. Bepushtlikni konservativ va undan keyin jarrohlik yo'li bilan davolash faqatgina jarrohlik yo'li bilan davolashdan ko'ra fertillikni samarali va uzoqroq muddatga tikladi.

# ДИАГНОСТИКА ВУЛЬВОВАГИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Каримов А.Х., Каюмова Д.Т., Рузибоева Н.Ч.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Инфекции нижних отделов половых путей часто встречаются у пациентов всех возрастных групп, но в первую очередь поражают пациенток репродуктивного возраста. Клиническая картина варьирует от бессимптомных инфекций до значительных местных и системных поражений. Основными этиологическими агентами являются *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans* и *Trichomonas*. Во время беременности эти инфекции поражают фетоплацентарную единицу, приводя к таким осложнениям, как преждевременный разрыв плодных оболочек, хориоамнионит, преждевременные роды и рождение детей с низкой массой тела, а также послеродовая инфекция.

Ключевые слова: Вульвовагинит, Бак посев, бактериальный вагиноз, кандидоз, аминный тест.

Цель: определить клинические, микробиологические и эпидемиологические характеристики вульвовагинита у беременных.

Материал и методы: Исследование проводилось у 36 беременных, обратившихся в Центр Здоровья Женщин ТМА, в период с сентября 2021 г по октябрь 2022 г. Женщины были обследованы в разные триместры беременности, у них был взят мазок и посев из влагалища, тест на чувствительность к антибиотикам, аминный тест, идентификация по шкале Ньюджента с определением ключевых клеток.

Результаты: При физикальном осмотре было обнаружено, что у 62.5% беременных вагинальные выделения были скудными, а у 37.5% - обильными. При оценке запаха вагинальных выделений было установлено, что 75% беременных не имели неприятного запаха вагинальных выделений, а у 25% - имелся неприятный запах. Что касается цвета выделений: беловатый

цвет был у 81,25%, желтый - 18,75%. Во время клинического осмотра для оценки зуда: 68,75% сообщили об его отсутствии, а у 31,25% пациенток был зуд. Микробиологический и микроскопический анализы выявили дрожжевые грибы вида *Candida albicans* - у 12,5%. Тест Ньджента был положительным также у 12,5% пациенток. В % случаев была выявлена условно-патогенная микрофлора, которая клинически сопровождалась скудными вагинальными выделениями.

**Выводы.** Беременные женщины подвержены вагинальным инфекциям с преобладанием *Candida albicans* и *Gardnerella vaginalis*. Это доказывает, что необходимо делать хотя бы один посев вагинальных мазков во время беременности каждой женщине.

Частота осложнений у беременных с вульвовагинальной инфекцией клинические проявления инфекцией, таких как бактериальной вагиноз, аэробный вагинит, кандидоз зависит от нарушений микрофлоры влагалища. Наше исследование показало, что беременные женщины сильно подвержены вагинальным инфекциям с преобладанием *Candida albicans* и *Gardnerella vaginalis*. Это показывает, что необходимо делать хотя бы один посев вагинальных мазков во время беременности каждой женщине.

## **QIZLARDA VULVA SINEXIYASI ETIOLOGIK OMILLARI VA UCHRASH CHASTOTASI**

Salayeva N.M.<sup>1</sup>, PhD, dotsent Raxmanova N.X.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch,  
O'zbekiston Respublikasi

<sup>2</sup> Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch,  
O'zbekiston Respublikasi

**Mavzuning dolzarbligi.** Qizlardagi vulvovaginit ijtimoiy va tibbiy ahamiyatga ega bo'lib reproduktiv tizimning shakillanishiga va tananing boshqa organlari va tizimlarining holatiga salbiy ta'sir ko'rsatmoqda.

Vulvovaginit keng tarqalgan kasallik bo'lib qizlarning ginekologik kasalliklari orasida birinchi o'rinni egallaydi va tadqiqotchilarning fikricha qizlardagi ginekologik kasalliklarning 15 % dan 93 % gacha to'g'ri keladi. (Богданова.Е.А., 2000; Линева О.И., Павлов В.В., 1998; Плиева З.А., 2000; Гауле О.Ф., 2001).

Vulvovaginitning etiologik omillari shaxsiy gigiyena qoidalarining buzilishlari, bakterial va virusli yuqumli agentlar, gelmintlar invaziyasi, allergik kasalliklar, endokrin bezlar patologiyasi va boshqa turli patologiyalar bo'lib hisoblanadi. Shu bilan birga vulvovaginit rivojlanishidagi mumkin bo'lgan xavf omillari to'g'risidagi adabiyot ma'lumotlari munozaraligicha qolmoqda. Qizlardagi vulvovaginit rivojlanishidagi eng muhim xavf omillaridan biri jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar ekanligi tadqiqotchilar tomonidan isbotlanib kelinmoqda.

Yangi tug'ilgan qizlarning qin mikrobiotsenozi holati va uning ona biopati holatiga bog'liqligi hozirgacha munozaraligicha qolmoqda. Qizlarda vulvovaginitni davolashda muvaffaqiyatsizliklar ko'pincha kattalardan farqli o'laroq, ushbu yosh guruhida diagnostika va terapevtik yondashuvlar mezonlari yetarli darajada ishlab

chiqilmaganligi, surunkali shakllarining sezilarli foizi mavjudligi, vulvovaginitni sinexiya bilan asoratlanishidir.

Vulva sinexiyasi biriktiruvchi to'qima membranasi yoki kichik lablar o'rtasida paydo bo'lgan chandiq, ular vagina va siydik chiqarish kanalini to'liq yoki qisman qoplaydi.

Sinexiya etiologiyasi va patogenezini noaniqligicha qolmoqda. Ko'pgina tadqiqotchilar kasallikning polietiologik ekanligini aniqlashmoqda. So'nggi yillarda ushbu patologiyaning tarqalishining ko'payishini ko'plab mualliflar siydik yo'llari va tashqi jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, qizlar jinsiy a'zolarining o'ziga xos bo'lgan anatomik va fiziologik xususiyatlar, tagliklardan uzoq vaqt foydalanish, chaqaloq kiyimlarini agressiv yuvish vositalari bilan yuvish ekanligini tushuntirmoqdalar.

**Tadqiqot maqsadi:**

Qizlardagi vulvovaginit uchrashi vasinexiya bilan asoratlanish chastotasini aniqlashva oldini olish choralarini ishlab chiqish

**Tadqiqot materiali.** Xorazm viloyatida yashovchi vulvovaginit bilan kasallangan 50 nafar qizlar o'rganiladi. Tadqiqot predmeti bo'lib, klinik, mikrobiologik, tibbiy-ijtimoiy jihatlarni qiyosiy o'rganish hisoblanadi.

**Tadqiqot usullari:** tibbiy – ijtimoiy (yashash sharoitini o'rganish, rivojlanish xavf omillarini aniqlash), klinik (an'anaviy ginekologik tekshiruv, tashqi jinsiy organlar tekshiruvi, to'g'ri ichak orqali tekshirish, UTT ), mikrobiologik (qin mikroflorasini aniqlash), IFA (immunoferment analiz) tekshiruvi, PZR (polimeraza zanjir reaksiyasi) tekshiruvi, statistik (kompyuter ilovalar to'plami yordamida tibbiy-biologik tekshiruv).

**Tadqiqot natijalari:** 2022-yil Akusherlik va ginekologiya kafedrasiga murojaat qilgan onalarning 80 foizida (n=50) onasi homiladorlik davrida TORCH infeksiyasi aniqlanganligi ma'lum bo'ldi, chaqaloqlarning 60 foizida (n=50) vulvadan olingan surtma tahlilida KOK tayoqchalari aniqlandi, chaqaloqlarning 40 foizida (n=50) vulva sinexiyasi aniqlangan.

**Xulosa:** Ayollarda jinsiy a'zolar sanatsiyasi, bo'lajak onalarni homiladorlikka tayyorlash davrida infeksiyalarni erta aniqlash va vaqtida davolash, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning vulvit rivojlanish sabablarini erta bartaraf qilib, uning asorati bo'lgan vulva sinexiyasini vaqtida davolash akusher-ginekologlar, pediatrlar va umumiy amaliyot shifokorlarining e'tiboridan chetda qolmasligi kerak.

## **KESARCHA KESISH AMALIYOTIDAN KEYIN YIRINGLI-YALLIG'LANISH JARAYONLARI RIVOJLANISHI XAVF OMILLARINI BAHOLASH**

Usmonova M.A., Kayumova D.T.  
Toshkent tibbiyot akademiyasi,  
Toshkent, O'zbekiston

**Mavzuning dolzarbligi.** Zamonaviy akusherlikda shifokorlarning eng muhim vazifasi ona va bola kasallanish va o'limi darajasini pasaytirishdir. Bugungi kunda kesarcha kesish amaliyoti orqali perinatal o'lim darajasini sezilarli darajada kamaytirishga erishildi. Ammo, kesarcha kesish amaliyoti o'tkazishdan keyingi davrda yiringli-yallig'lanish asoratlari miqdori ko'paydi. Tug'ruqdan keyingi yiringli-yallig'lanish jarayonlari ona kasallanish va o'lim ko'rsatkichlari ichida yuqori o'rinda turadi.

**Tadqiqot maqsadi:** kesarcha kesish amaliyotidan keyin yiringli-yallig'lanish jarayonining rivojlanishi xavf omillarini o'rganish.

**Tadqiqot material va usullari.** Prospektiv ilmiy izlanish orqali Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi tug'ruq kompleksiga 2022 yil yanvar-may oylarida murojaat qilgan 325 ta operativ tug'ruq o'tkazgan ayollar qamrab olingan. Asosiy (I) guruhda 50 ta ayolda operativ tug'ruqdan so'ng yiringli-yallig'lanish asoratlari rivojlangan, nazorat (II) guruhi 275 ayol operativ tug'ruqdan keyingi davr asoratlarsiz kechgan. Tekshiruv usullari: umumiy klinik-laborator, maxsus akusherlik ko'rigi, instrumental va statistik usullardan iborat.



**Tadqiqot natijalari.** Tekshiruvga qamrab olingan ayollar o'rtacha 18-41 yosh atrofida, asosiy guruhda – 29,9 yosh; nazorat guruhida 28,3 yosh. Asosiy guruhda 28 (56%) – birinchi tug'uvchi, 22 (44%) - qayta tug'uvchi; nazorat guruhida 150 (54,5%) – birinchi, 125 (45,5%) – qayta tug'uvchi ayollar tashkil etdi. Asosiy guruhda anamnesida erta muddatigachai sunniy abort 18 (36%), nazorat guruhida 44 (16%) ko'zatilgan. Odatlangan abort asosiy guruhda - 9 (18%) va nazorat guruhida – 5 barobar kam ayollarda - 10 (3,6%) bo'lgan.

I guruhdagi bemorlarda operativ tug'ruqdan keyingi II guruh ayollarga nisbatan anamnezida kichik chanoq a'zolarining surunkali nospetsifik yallig'lanish kasalliklari 4,5 barobar ko'p qayd etilgan (mos ravishda 41,7% va 9,2%). Asosiy guruhda nazorat guruhiga qaraganda hayz sikli buzilishi (mos ravishda 32% va 28%), kolpit (mos ravishda 20% va 16%), tuxumdonning yaxshi sifatli o'smalari (mutanosib holda 12% va 2,9% - 4 barobar) uchrashi ko'proq ekan.

Eekstragenital kasalliklardan asosiy guruhda nazorat guruhiga nisbatan 1,7-2 barobar ko'p - surunkali pielonefrit 29 (58%) va 98 (35,6 %); temir tanqisligi kamqonligi II – III darajasi 35 (70%) va 96 (34,9%) ayollarda uchrashgan.

Tadqiqot guruhlarida homiladorlik jarayonini tahlil qilib, biz quyidagi natijalarga erishdik. II guruh bilan solishtirganda, I guruhda homiladorlikning ikkinchi yarmida (mos ravishda 42% va 13,8% - 3 barobar) preeklampsiya bilan: fetoplasentar qon aylanishi yetishmovchiligi ko'rsatkichi birinchi guruhda 18 (36%) va ikkinchi guruhda 46 (16,7%) – 2 barobar kasallanishning yuqori darajasi qayd etildi.

Asosiy guruhda shoshilinch ravishda kesarcha kesish amaliyoti o'tkazish ko'rsatkichi 24 (48%) bo'lsa nazorat guruhida 58 (21%) ni tashkil etdi.

**Xulosa.** Kesarcha kesish amaliyotidan so'ng yallig'lanish asoratlari rivojlanishining xavf omillariga quyidagilar kiradi:

- a) anamnestik: kichik chanoq aʼzolarining nospetsifik yalligʻlanish kasalliklari, anamnezida erta abort, odatlangan abort boʻlgan qayta homilador birinchi tugʻuvchi ayollar;
- b) homiladorlik davrida: somatik kasalliklar: surunkali pielonefrit va II-III darajali temir tanqisligi kamqonligi qayd etilgan ayollar; homiladorlik asoratlari: preeklampsiya va fetoplasentar qon aylanishi yetishmovchiligi;
- c) intranatal : shoshilinch ravishda kesarcha kesish amaliyotidir.

## **THE CHANGING OF HORMONAL STATUS IN WOMEN AT REPRODUCTIVE AGE WHO UNDERWENT COVID-19 WITH MENSTRUAL OVARIAN DYSFUNCTION**

Yunusova D.X. <sup>1</sup>, Najmutdinova D.K.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

<sup>2</sup>Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

**Rationale:** A new coronavirus infection made scientists around the world think and study it comprehensively. There is not much knowledge regarding the effect of the virus on the reproductive system today, but research in this direction is actively developing. Post-covid complications are a very relevant and not fully understood problem. According to the authors of Lopez-Lion S, et al, in a recent systematic review and meta-analysis, 80% of patients (CI 65-92) who had a history of confirmed Covid 19 reported post-covid symptoms, and Parfyonova Ya. A et al., noted a statistically significant increase frequency of NMC from 33.4% to 73.4% (p=0.002) 3-6 months after Covid 19.

**Aim of the study** is to study the changes in the levels of prolactin, LH and FSH in women with menstrual irregularities who had a history of confirmed Covid 19, in comparison with patients with menstrual dysfunction who did not have a coronavirus infection.

**Materials and methods:** an analytical cross-sectional study was carried out. It was found that with the power of the statistical test of 80% and the error of the first kind  $\alpha = 5\%$  to detect differences in the study groups when compared using the Mann-Whitney method, it is necessary to enroll a minimum of 377 patients in each group. But since the above-mentioned sample size was not possible (based on patient admission rate at the gynecology department of private and state healthcare facilities in Tashkent), 104 women were examined (with a marginal sampling error of 7.9%), the average age of women was  $29 \pm 6.4$  years. Patients were divided into control and study groups. A special questionnaire was created, including the criteria for selecting patients for the study. The main selection criteria were complaints of patients about irregular menstruation, the nature of violations, the presence or absence of a history of coronavirus infection, the reproductive age of patients, concomitant gynecological and endocrinological pathologies, etc. The study group consisted of 56 women with a history of coronavirus infection and complaints of menstrual disorders in ovarian cycle, the control group consisted of 48 women that qualified for having disorders in the menstrual-ovarian cycle, who did not have COVID-19. In both groups, changes in the levels of prolactin, follicle-stimulating and luteinizing hormones in the morning blood serum were assessed using the IHLA method (at the Shifo Nur clinic, Tashkent). Reference values were prolactin 66-490ng/ml; FSH -3.5-12.5mU / ml; LG-14.0-95.6mU/ml. The data were tested for autocorrelation and stationarity, with negative results. The data were processed with the STATA statistical software package.

**Results of the study:** As a result of the analysis using multiple linear regression involving three independent variables (prolactin, FSH, LH), the indicator of past Covid 19 was taken as a dependent indicator. In the control group of 48 women, changes in the hormonal spectrum were revealed: prolactin in 25 (52%) women, FSH in 16 (33%), LH in 16 (33%) women. In the study group of 56 women, prolactin in 33 (58%) women, FSH in 33 (58%), LH in 30 (53%) women. Among all indicators of patients with menstrual irregularities,

only one of the variables was identified as a statistically significant indicator characteristic of patients who had experienced COVID-19. The level of statistical significance of FSH was at  $p < 0.001$ .

**Conclusions:** Thus, changes in the hormonal spectrum in women with complaints of menstrual disorders who did not have coronavirus infection were less common than in patients who had Covid 19. Changes in FSH levels, with a high degree of statistical significance, were identified as the most sensitive and characterizing the impact of COVID-19 on menstrual-ovarian function.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Абдиева Мадина Абдурашид қизи*

*Самаркандский государственный медицинский университет*

### **Актуальность.**

Многоплодие в настоящее время остается важнейшей проблемой акушерства из-за развития многочисленных гестационных осложнений. Прогноз осложнений гестаций и исхода родов большинство авторов связывают не только с количеством плодов, но и типом плацентации. По данным исследования при спонтанном зачатие наблюдаются следующие виды плацентации: дихориальные двойни около 54%, монохориальные - 44% от числа всех двоен, а у 2% случаев установить тип плацентации не удаётся

### **Цель работы:**

Оценка течения беременности и исхода родов у женщин с многоплодной беременностью в зависимости от типа плацентации.

### **Методы исследования:**

Нами проведен ретроспективный анализ 40 истории родов всех двоен за период 2020 по 2022 гг. родоразрешённых в Областном Перинатальном Центре. За исследуемый период роды двойней составили 7,2% от общего количества родов. Нами

проведена клиническая характеристика беременных по следующим показателям: возраст, гинекологический и акушерский анамнез, а также анализ течения данной беременности, исход родов и оценка состояния новорожденных с учетом типа плацентации.

### **Результаты исследования и их обсуждение:**

Анализ анамнестических данных показал, что возраст пациенток варьировал от 20 до 33 лет. Оценка менструальной функции показала, что возраст наступления менархе колебался от 11 до 15 лет. Гинекологические заболевания в анамнезе были выявлены у 5(12,5%) синдром поликистозных яичников, у 2(5%) внематочная беременность, у 11(27,5%) эрозия шейки матки. При анализе репродуктивной функции частота самопроизвольных выкидышей составило 8(13,8%), неразвивающаяся беременность 10(25%), у 28(70%) преждевременные роды. В зависимости от типа плацентации произведено деление на 3 группы: 1 группа (8) беременных с двойней с монохориальным моноамниотическим типом плацентации, 2 группа (14) с монохориальным биамниотическим, 3 группа (18) с биамниотически бихориальным типом плацентации. Из них первобеременных в 1 гр было больше 5(62,5%) чем во 2 и 3 гр 7/10(31,8%, 35,7%), соответственно. При анализе течения данной беременности у женщин с многоплодием, в зависимости от типа плацентации выявлялись различные осложнения. Рвота беременных различной степени тяжести наблюдалась у 30(51,7%) пациенток с многоплодием, из них 19( 32,6%) получали стационарное лечение. II половине беременности рост частоты прерывания беременности наблюдалось у женщин с монохориальным типом плацентации 1,5-2 раза чаще, чем при бихориальном типе. Частота встречаемости гипертензивных нарушений в зависимости от типа плацентации показало, что в наибольшем проценте случаев развивается у женщин с монохориальным типом плацентации 11(36,8%) по сравнению с бихориальным типом плацентации 8(28,5%). Вместе с тем была

выявлена связь перинатальных исходов от типа плацентации. Монохориальный тип является дополнительным фактором риска развития перинатальных осложнений таких как, рождение глубоко недоношенных детей из-за преждевременных родов, синдрома ограничения роста и развития плодов, фето-фетального трансфузионного синдрома приводящее к нарушению маточно-плодово-плацентарного кровотока и антенатальной гибели одного или обеих плодов.

**Выводы:**

Высокая частота акушерских и перинатальных осложнений, диктует необходимость тщательного наблюдения в антенатальном периоде, УЗИ с ранних сроков беременности для определения типа хориальности и дифференцированного подхода к ведению беременности и родов, способствующие снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

**КЕСАР КЕСИШДАН КЕЙИНГИ БАЧАДОН ЧАНДИҒИДА  
ЙЎЛДОШ ЎСИБ КИРИШИ БИЛАН ҲОМИЛАДОРЛИК ВА  
ТУҒРУҚ НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ**

Абдикаримов Абдувахоб Усмонович

Самарқанд давлат тиббиёт институти 2-сон акушерлик ва  
гинекология кафедраси 3- курс магистратура резиденти,  
Самарқанд, Ўзбекистон

**Долзарблиги:** Сўнги ўн йилликда йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши (ЙБЧЎК) ҳолатлари 50-60 мартага кескин ўсди: бизнинг давримизда 1:25000-50000 туғруқдан 1:500-1000 гача [2, 3]. Кўп миқдорда қон йўқотиш ва оналар ўлимининг юқори хавфи беморларнинг ушбу контингентида туғруқни олиб бориш муаммосини биринчи ўринга қўйди ва қон тежовчи технологияларни оптималлаштириш унинг энг муҳим жиҳатига айланди.

**Ишнинг мақсади:** Кесар кесишдан кейинги бачадон чандиқларида плацента бирикиш аномалияларида хомиладорлик ва туғруқни олиб бориш натижаларини ўрганиш.

**Материаллар ва услублар:** Самарқанд вилоят Перинатал марказида 2020-2022-йилда кесар кесишдан кейинги бачадон чандиқларида плацента бирикиш аномалиялари билан даволанган 50 нафар хомиладор аёлларнинг клиник ва инструментал-лаборатория комплекс текшируви ёрдамида ўрганилди.

**Текшириш натижалари:** Йўлдошнинг чандиққа ўсиб кириши билан барча хомиладор аёлларда Перинатал Марказда туғруқ олиб борилди. Барча хомиладор аёллар регуляр туғруқ фаолиятисиз қабул қилинди. Енгил преэклампсия 9 (16.7%), оғир даражаси 4 (7.4%) 51 тасида кузатилди.

Йўлдош чандиққа ўсиб кирган ва жарроҳлик йўли билан туғруқ амалга оширилган 32 беморнинг хомиладорлик муддати 24 ҳафтадан 39 ҳафтагача бўлган: 24-30 ҳафта – 2 та (6,25%), 31-34 ҳафта – 2та (6,25%), 35-37 ҳафта – 18 та (56,25%), 38-39 ҳафта – 10 та (31,25%) ни ташкил қилди. Шундай қилиб, йўлдош ўсиб кириши билан муддатдан олдинги туғруқ частотаси юқори – 68,8%, бу аҳолининг ўртача кўрсаткичидан сезиларли даражада юқори (6 дан 10% гача). Шошилинч туғруқ учун кўрсатмалар бўлмаса, чандиқ ва йўлдош ўсиб кириши бўлган беморларни туғруққача госпитализация қилиш хомиладорликнинг 34-ҳафтасида амалга оширилди. 20 (62,5%) бемор режали операция қилинди, 12 (37,5%) шошилинч операция қилинди. Барча ҳолатларда шошилинч операцияларнинг сабаби йўлдошнинг прогрессив кўчиши эди

**Хулоса.** Текширувлар натижаларини ҳисобга олган ҳолда шунини айтиш мумкинки, плацента ўсиб кириши хавфини сезиларли даражада оширувчи омил олдин ўтказилган кесар кесиш операцияси ҳисобланади.

## КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ВРАСТАНИИ ПЛАЦЕНТЫ В РУБЕЦ НА МАТКЕ

Абдикулов Б.С.<sup>1</sup>, Каримов З.Д.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Главное управление здравоохранения г. Ташкента, Ташкентский городской перинатальный центр, Ташкент, Республика Узбекистан.

<sup>2</sup>Первая кафедра акушерства, гинекологии и перинатальной медицины Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Республика Узбекистан.

**Цель исследования** – снижение интраоперационной кровопотери, повышение показателей органосохранения среди пациенток с вращением плаценты в рубец на матке после кесарева сечения.

**Материал и методы.** В ретроспективное исследование включено 104 беременных с рубцом на матке и центральным предлежанием плаценты в сроке более 22 недель, родоразрешённых в Ташкентском Городском перинатальном центре в период с 2018 по 2022г.г. *Критерием включения явилось наличие у пациентки 1 и более рубцов на матке после кесарева сечения, центрального предлежания плаценты и признаков вращающейся плаценты по данным гистологического исследования.* Возраст пациенток колебался от 21 до 41 года, в среднем  $31,6 \pm 2,2$  лет. Среднее число беременностей в анамнезе –  $3,9 \pm 1,3$ . С одним рубцом на матке было 27,9% (29/104) женщин, с 2 – 40,4% (42/104), с 3 – 22,1% (23/104), с 4 – 9,6% (10/104). Срок беременности, при котором проведено оперативное родоразрешение колебался от 24 до 39 недель: 24 - 30 недель – у 13,5% (14/104), 31 - 34 недель – у 28,8% (30/104), 35 - 37 недель – у 46,2% (48/104), 38-39 недель – у 11,5% (12/104). Диагноз центрального предлежания плаценты и подозрение на вращение в рубец на матке устанавливали на основании экспертного УЗИ. МРТ-исследование проведено у 25,0% (26/104). В плановом



порядке оперировано 68,3% (71/104) пациентки, в экстренном - 31,7% (33/104). Основной массив плановых операций проведен в сроках 31-37 недель, а экстренных – в 24-39 недель. Во время операции использовали кровесберегающие хирургические методы: перевязка 3-х пар сосудов матки (12,5%), перевязка внутренних подвздошных артерий (8,6%), временное клеммирование общих подвздошных артерий (35,5%), комплексный компрессионный гемостаз (44,2%) по Шмакову Р.Г. (2017г.).

**Результаты исследования.** Путём донного кесарева сечения родоразрешены 90,4% (94/104) женщин. Метропластика и органосохранение проведено в 70,2% (71/104), в остальных 29,8% (31/104) случаев – гистерэктомия. При этом гистерэктомия без попыток метропластики проведена в 32,3% (10/31), средняя кровопотеря составила  $1233,3 \pm 314,1$  мл. Вынужденная гистерэктомия после попыток метропластики проведена у 67,7% (21/31), средняя кровопотеря  $2005,6 \pm 464,6$  мл. Во время органосохраняющих операций (n=71) средняя кровопотеря при перевязке 3 пар сосудов матки и внутренних подвздошных артерий составила  $1400,0 \pm 100,0$  мл., при временной клеммировании общих подвздошных артерий -  $964,3 \pm 149,9$  мл., при комплексном компрессионном гемостазе -  $966,7 \pm 163,9$  мл. Релапаротомии не было. Материнская смертность отсутствовала. Перинатальная смертность в 3,8% (4/104). Вынужденное вскрытие, резекция мочевого пузыря – в 10,6% (11/104), вскрытие мочевого пузыря без резекции стенки – в 3,8% (4/104). Случаи «near miss» отмечены в 2-х клинических эпизодах. Осложнений, связанных с временным клеммированием общих подвздошных артерий, не было. Результаты гистологического исследования: placenta accreta – у 29,8% (31/104), placenta increta – у 54,8% (57/104), placenta percreta – у 15,4% (16/104). В 7,7% (8/104) случаях отмечалось глубокоинвазивное поражение задней стенки нижнего сегмента и тела матки.

**Заключение.** Комплексный компрессионный гемостаз, предложенный Шмаковым Р.Г. и Чупрыниным В.Д – наиболее рациональный и перспективный метод кровосбережения, приемлемый среди большинства пациенток с placenta accreta spectrum. Временное клемирование общих подвздошных артерий целесообразно при поражении задней стенки мочевого пузыря. Сохранение матки, при глубокоинвазивном поражении, включая случаи сочетанного повреждения задней стенки нижнего сегмента или тела матки, а также при значительной кровопотере до поступления женщины в стационар – не является императивом хирургической тактики.

## **ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА 2014G> А ГЕНА ESR У ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ**

Абдулатипова Ф.А

Ташкентский педиатрический медицинский институт

**Актуальность.** Железистая гиперплазия эндометрия остается одной из важных проблем современной гинекологии в связи с быстрым ростом количества рака эндометрия. Этиология заболевания очень многообразна. На сегодняшний день всё чаще остается актуальным внедрения молекулярно-генетических методов диагностики заболевания. Одним из генов-кандидатов, может служить фактором ген эстрогенового рецептора альфа (ESR1).

**Цель исследования:** изучение полиморфизма 2014G>А гена эстрогенового рецептора альфа у женщин с железистой гиперплазией эндометрия.

**Материал и методы исследования.** Нами было обследована 88 женщин которые были разделены на 2 группы. Первая группа (основная) состояла из 50 женщин с железистой гиперплазией эндометрия без атипии. Вторую группу

(контрольную) составили 38 условно-здоровых женщин. Возраст обследованных варьировал от 32-49 лет.

Материалом для исследования служили образцы ДНК женщин. Выделение ДНК из крови и ПЦР-анализ осуществляли наборами реагентов и тест-систем компании «Ампли Прайм Рибо-преп» (ООО «Некст Био», Россия). Определение концентрации полученного препарата нуклеиновых кислот в пробах проводили спектрофотометрически на приборе NanoDrop-2000. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистических программ «EpiCalc 2000 Version 1.02».

**Результаты исследования.** Распространенность частот генотипов GG, GA в основной группе 44,4%, 10,6%, соответственно, тогда как в контрольной группе – 50,5%, 19,1% соответственно. В контрольной выборке распределение генотипов полиморфизма 2014G>A гена ESR1 соответствовало ожидаемому, при равновесии Харди–Вайнберга (ХВ). Ожидаемая частота распределения генотипов по ХВ в основной группе: G/G=34,6; G/A=9,3; A/A=0,3. Наблюдаемая частота распределения генотипов по ХВ в основной группе: G/G=33; G/A=10; A/A=1.

При сравнении частот генотипов и аллелей полиморфизма 2014G>A гена ESR1 в исследованных группах больных и контроля нами не было выявлено статистически значимых различий. В основной группе частота G аллеля полиморфизма 2014G>A гена ESR1 составила 80,2 %, в контрольной группе — 81,6 %, что также указывало на недостоверную ассоциацию с повышенным риском предрасположенности к преэклампсии ( $\chi^2=0,31$ ; P=0,28; OR=1,26; 95 % CI: 0,56-2,89).

**Заключение.** Таким образом, по предварительным данным можно сделать вывод о диагностической ценности определения полиморфизма 2014G> A гена ESR у женщин с железистой гиперплазией эндометрия. Рекомендуется проведение дальнейших молекулярно-генетических исследований с использованием большей выборки пациентов.

# СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СКРИНИНГОВЫХ ШКАЛ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ МАТЕРИНСКОГО СЕПСИСА

Абдураимов Т.Ф.

Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент,  
Узбекистан

**Актуальность.** Беременность является фактором, увеличивающим риск развития септических осложнений, а материнский сепсис остаётся актуальной проблемой современного акушерства. Рост частоты материнского сепсиса в мире связан с большим количеством факторов, наиболее важным из которых является повсеместное увеличение случаев родоразрешения путем операции кесарева сечения. Глобальная эпидемиология материнского сепсиса не поддается точной оценке. Каждая десятая смерть в связи с беременностью и родами происходит по причине материнского сепсиса, при этом 95% случаев смерти от материнского сепсиса происходят в странах с низким и средним уровнем доходов. Каждый год в связи с материнскими инфекциями, в частности материнским сепсисом, умирает один миллион новорожденных. В республике Узбекистан интенсивный показатель материнской смертности по причине сепсиса в 2020 г. составил 2,1 на 100000 родов.

**Цель исследования:** изучить прогностическую ценность скрининговых шкал определения риска заболеваемости сепсисом во время беременности qSOFA, SIRS, MEWS.

**Материалы и методы.** В проспективное исследование серии клинических случаев включены 63 родильницы с очагом инфекции и подозрением на сепсис. Каждой пациентке в динамике проводилась ежедневная оценка по шкалам qSOFA, SIRS и MEWS за исключением лактата. Диагноз сепсиса не был очевидным ни у одной из пациенток на начальном этапе

обследования. Локализация очага инфекции была как тазовой, так и внетазовой. Длительность наблюдения составила 7 дней. Все пациентки на этапе диагностики инфекции с подозрением на сепсис получали стандартную противовоспалительную терапию. Индикаторами развития сепсиса служили клинические и лабораторные индикаторы течения заболевания, а также показатели шкалы SOFA.

**Результаты и обсуждение.** Критериями положительного результата скрининга на сепсис служили 2 и более балла по шкалам qSOFA или SIRS и 6 баллов и более по шкале MEWS. Диагноз сепсис оказался вероятным у 29 (46%) пациенток, из которых у 5 (17,2%) по шкале qSOFA, у 17 (58,6%) по индикаторам SIRS и у 18 (62%) по индикаторам MEWS. Обязательным критерием, подтверждающим сепсис, были признаки органной дисфункции в комплексе с клиническими симптомами воспалительного процесса и лабораторными изменениями концентрации биомаркеров прокальцитонина и С-реактивного белка. 29 пациенткам с диагнозом сепсис потребовалась то или иное вмешательство в рамках интенсивной терапии в первые 6 часов. Наиболее частыми лечебными интервенциями явились: гемотрансфузия – у 21 (72,4%) пациентки, инфузионная и оксигенотерапия – у 17 (58,6%) и 13 (44,8%) пациентов соответственно. 11 (37,9%) пациентов с сепсисом госпитализированы в отделение акушерской реанимации и интенсивной терапии. Летальных исходов в группе обследованных не отмечено. Частота дыхания, артериальное давление, ментальный статус, частота сердечных сокращений и снижении сатурации оказались наиболее информативными предикторами развития сепсиса.

**Выводы:** Скрининговые шкалы qSOFA, SIRS, MEWS являются простыми и удобными инструментами оценки состояния пациентов с подозрением на сепсис. Они позволяют определить риск развития органной дисфункции, госпитализации в отделение интенсивной терапии, спрогнозировать исход

критической ситуации, связанной с сепсисом, быстро и без сложных лабораторных исследований. Не рекомендуется изолированное использование каждой из представленных шкал в качестве единственного инструмента скрининга на сепсис. Более информативной является шкала MEWS. Шкала qSOFA удобна для учреждений с недоступностью быстрой лабораторной диагностики.

## **ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ**

С.И. Абдурахманова, Ризаева М.А., З.А. Рахимова

Ташкентский государственный стоматологический институт,  
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Последнее время многочисленные исследования указывают на высокую частоту сочетания миомы матки и аденомиоза, что обусловлено широким распространением в гинекологии инвазивных диагностических и оперативных вмешательств, а также совершенствование методов диагностики. Сочетание двух лидирующих патологий в гинекологии – сложная проблема, многие вопросы патогенеза, диагностики и терапии сочетанной патологии миометрия и эндометрия до сих пор остаются одним из нерешенных проблем. Изучение морфологических вариантов миомы матки и аденомиоза показало, что лишь у каждой четвертой больной с миомой матки миоциты обладают повышенной митотической активностью. Это обуславливает быстрый рост множества миоматозных узлов с выраженными клиническими проявлениями болезни и позволяет обоснованно выделить два клинкоморфологических варианта миомы – «простую» и «пролиферирующую». В зависимости от характера изменений в эпителии и строме при аденомиозе выделяют пролиферирующий,

регрессирующий, по типу аденоматоза, малигнизированный и смешанный варианты. Материал и методы исследования. Проведены ретроспективные исследования анамнеза, состояния репродуктивной функции, клиники и результатов лечения женщин с миомой матки. Всего изучено 328 историй болезни женщин, поступавших на оперативное лечение по поводу миомы матки в гинекологическое отделение III клиники ТМА г.Ташкента за период 2021-2022 гг., что составило одну треть от общего числа гинекологических операций. Результаты и их обсуждения. Возраст пациенток варьирует от раннего репродуктивного до постменопаузального периода. По возрасту женщины разделены на 4 группы: 1-группа 20-29 лет – 4,3%, 2-группа 30-39 лет – 26,5%, 3 группа 40-45 лет – 35,6%, 4 группа – 46 лет и выше – 33,6%. Показаниями к операции были преимущественно симптомная миома матки (симптом кровотечения) 85%, симптом сдавления соседних органов – 3%, и миома больших размеров - 5%, также быстрый рост – 7%, что свидетельствует о давности заболевания, позднем обращении пациенток к врачу. У молодых женщин репродуктивного возраста показанием для миомэктомии было бесплодие – 11,4%. В анамнезе у более половины больных было проведено консервативное лечение миомы, которое не имело успеха. Пациенткам чаще всего проведена экстирпация матки, которая составляла 58%, далее по частоте следует операция надвлагалищная ампутация матки, подавляющее число из которых сопровождалось удалением придатков. Учитывая возрастной состав оперированных женщин, можно считать, что радикальная операция проводилась и с учетом возраста пациенток. Обращает на себя внимание количество органосохраняющей операции – миомэктомии, которая за 2 года составила 17%. Всего же у женщин до 40 лет 13% операций были органосохраняющими, а остальные заканчивались потерей репродуктивного органа. При изучении гистологического анализа маток, удаленных по поводу диагноза «Симптомная миома

матки. Симптом кровотечения» у 32% женщин выявлен аденомиоз, который не установлен до операции и несомненно стал причиной низкой эффективности консервативной терапии. Гистологические исследования удаленных тканей показали, что наиболее часто выявлялась лейомиома или фибромиома, в том числе со вторичной дистрофией узла, что характерно для простой миомы - 89%, а пролиферирующая или растущая миома – 11%. В одной трети случаев выявлено сочетание миомы с аденомиозом – 34,5% случаев, что и являлось показанием для радикальных операций. Выводы. Таким образом, изучение методов оперативных вмешательств показал, что за последние 2 года имеется рост частоты радикальных операций среди женщин репродуктивного возраста. Частое сочетание миомы с аденомиозом снижает эффективность консервативного лечения и приводит к потере репродуктивного органа. Это, несомненно, требует повышения качества диагностики, раннего выявления миомы и аденомиоза, совершенствования консервативного органосохраняющего лечения.

## **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ**

Абдурахманова С.И, Рахимова З.А.

Ташкентский Государственный стоматологический институт,  
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Вопросы регуляции репродуктивной системы и патогенеза гормонозависимых заболеваний являются наиболее сложными и актуальными в научной и практической медицине. К числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний относятся миома матки и эндометриоз. Несмотря на многолетнюю историю изучения проблемы гиперпролиферативных заболеваний и доброкачественных



опухолей матки, в последние десятилетия во всем мире отмечается рост частоты встречаемости миомы матки, аденомиоза и гиперпластических процессов эндометрия. Особенно характеризуется сочетание миомы матки с аденомиозом, у женщин позднего репродуктивного возраста. Пациенткам, обратившимся к специалистам при проявлении тревожных симптомов, в более чем 85% случаев диагностируют аденомиозные изменения миометрия в сочетании с миоматозными узлами в матке. Материал и методы исследования. Нами обследованы 49 женщин, которые были разделены на 3 группы: 1-группа-13 женщин с аденомиозом, 2-группа 31 женщина с миомой матки и 3-группа -15 женщин с миомой матки сочетанной с аденомиозом. Возраст обследованных колебался от 25 до 57 лет и составил в среднем  $38,6 \pm 2,39$  лет. Эхографическое изучение органов малого таза и характера кровотока матки путем доплерографического картирования проводилось на аппарате HITACHI HI VISION Preirus, датчик EUR-V53WR10, частота 8-4МГц. Результаты исследования. Основными жалобами больных аденомиозом были: тазовая боль в 70%, диспареуния- 32,5%, бесплодие в 38%, пред- и постменструальные кровяные выделения из половых путей – 35%, боли в нижних отделах живота – 45%, боли в области таза не связанные с менструацией или половым актом – 25%. Основными жалобами женщин с миомой матки были нарушения менструального цикла в виде дисменореи – 87,1%, меноррагии – 48,5%. Бесплодие выявлено у 5 пациенток (16%). В третьей группе бесплодие выявлено только у 1 (6,7%) пациентки. Из 49 больных 18 (36,7%) было проведено оперативное лечение по следующим причинам: в 72,2% по поводу обильного кровотечения из половых путей, в 5,6% по поводу некроза миоматозного узла, и в 4 случаях по поводу боли в малом тазу и обильных кровотечений из половых путей. Ультразвуковые исследования проводились во II фазу и сразу после менструального цикла. На УЗИ мы определяли наличие,

топографию и количество миоматозных и аденомиозных очагов. На УЗИ аденоматозные очаги визуализировались как анэхогенные образования с нечеткими контурами и мелкодисперсным содержимым. Миоматозные узлы визуализировались как гипо- или гиперэхогенное образование с четкими контурами. Допплерометрическая картина у пациенток 1-группы выявила гиперплазию эндометрия, а аденоматозные очаги визуализировались как анэхогенные включения с нечеткими краями, и отсутствием капсулы вокруг аденоматозного очага, наличием единичных цветовых сигналов по периферии и отсутствием кровотока внутри. У пациенток 2-группы изучение кровотока вокруг узла выявило повышенный индекс резистентности от 0,60 до 0,90, составляя в среднем  $0,82 \pm 0,02$ , характеризующий простой, тип миомы. При этом кровотоки внутри узла определялись только в средних и крупных узлах, составляя при этом  $0,77 \pm 0,03$ . Изучение кровотока вокруг миоматозного узла с определением индекса резистентности (ИР) выявило, что у пациенток 3-группы ИР колебался от 0,43 до 0,55 и реже 0,37-0,43, составляя в среднем  $0,48 \pm 0,01$ , что указывает на хорошее кровоснабжение узла. ИР привнутриузлового кровотока составлял в среднем  $0,57 \pm 0,01$ . При этом аденомиозные очаги характеризовали как анэхогенные включения с деформированными и зазубренными краями размерами от 1-2 до 5 мм, в которых отсутствовал кровоток. Выводы: 1. Миоматозный узел характеризуется наличием кровотока вокруг и внутри узла. 2. Аденомиозные очаги визуализируются как анэхогенные включения с деформированными и зазубренными краями, и отсутствием кровотока. 3. Применение УЗИ с доплерометрией позволяет дифференцировать миоматозный узел от аденомиозного очага.

# **ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА В КОМПЛЕКСЕ С ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ГЕРПЕСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ ФПН.**

*Ахмедова Н.М., Абдурашидова Х.Б.*

Андижанский государственный медицинский институт

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

## **Аннотация**

Герпетическая инфекция, обусловленная вирусом простого герпеса (ВПГ), является одной из значимых проблем современного здравоохранения. Это связано с резким повышением заболеваемости, широким спектром клинических проявлений, возможностью бессимптомного течения и высокой контагиозностью возбудителя. Доказана вероятность внутриутробной передачи ВПГ, значительно ухудшающей перинатальные исходы. Свыше 90% людей в мире инфицированы ВПГ, и только у 20% он проявляется клинически.

**Цель** нашего исследования: изучить эффективность применения медицинского озона в комплексе профилактики и лечения фетоплацентарная недостаточность (ФПН) у беременных с герпесной инфекцией.

**Материал и методы.** Нами проведено обследование и лечение 74 женщин с угрозой прерывания беременности в I триместре возрасте от 19 до 34 лет. Из них 47 пациенток составили основную группу, которым в комплексе лечебных мероприятий применяли медицинский озон и 27 больные составили контрольную группу, их лечили традиционными методами. Тщательный анализ клинической характеристики больных продемонстрировал наличие у большинства из них сочетание нескольких факторов невынашивания беременности (инфекционно-воспалительные, гормональные,

иммунологические и др.), что затрудняет выделение групп пациенток в соответствии с этиологией заболевания.

### **Заключение**

Таким образом, ФПН в значительной мере предопределяет состояние новорожденного, повышая частоту различного рода осложнений, главным образом связанных с недостаточностью поступления к плоду через плаценту кислорода и питательных веществ. Вместе с тем применение в составе комплексной терапии ФПН медицинского озона помогает снизить выраженность подобных проявлений, приближая ее к среднепопуляционной. Герпетическая инфекция является крайне распространенным заболеванием, передающимся половым путем и характеризующимся рецидивирующим пожизненным течением. Проведение пероральной противовирусной терапии значительно снижает продолжительность, тяжесть заболевания и риск инфицирования полового партнера.. Наиболее частое назначение валацикловира обосновано меньшей кратностью применения препарата и высокой его биодоступностью. Применение в комбинации валацикловира и медицинского озона у женщин с герпесной инфекцией на фоне ФПН, в анамнезе которых были случаи невынашивания давала хороший результат на практике.

## СВОЙСТВА ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ДНК ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Аветисова К.Г.<sup>1</sup>, Костюк С.В.<sup>2</sup>, Герасимова А.А.<sup>1</sup>, Ершова Е.С.<sup>2</sup>,  
Шмарина Г.В.<sup>2</sup>, Вейко Н.Н.<sup>2</sup>, Костюк Э.В.<sup>3</sup>, Клименко П.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup>Медико-генетический научный центр им. акад. Н.П. Бочкова,  
Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup>Московский научно-практический центр наркологии, Москва,  
Российская Федерация

**Актуальность:** в последнее время клиническая картина преэклампсии (ПЭ) изменилась и представляет известные трудности для диагностики. Так, артериальная гипертензия свыше 160/100 мм рт. ст. определяется лишь в 25,5% эклампсий, а протеинурия не подтверждается в 25%. Большие различия регистрируются в тяжести отечного синдрома и характере субъективных симптомов. Наличие всех трех симптомов отмечено только в 58,8% наблюдений. У 38% беременных приступы эклампсии появляются до того, как диагностируются протеинурия и артериальная гипертензия.

**Цель исследования:** изучить характеристики внеклеточной ДНК плазмы крови беременной женщины для прогнозирования и диагностики преэклампсии.

**Материалы и методы:** в исследование включены 118 женщин в возрасте 22-40 лет (средний возраст 30±3 года). Группу 1 (контроль) составили пациентки с нормально протекающей беременностью (срок гестации 31-36 нед.; n = 61), которые родили здоровых детей без признаков гипоксии и гипотрофии; группу 2 – пациентки с ПЭ (срок гестации 27-41 нед., n = 57). Диагностическими критериями ПЭ являлись: 1) систолическое артериальное давление (САД) 140 мм рт. ст. и/или диастолическое артериальное давление (ДАД) 90 мм рт. ст.; 2) протеинурия 0,3 г/л в суточной пробе мочи. Внеклеточную (вкДНК) и клеточную ДНК (клДНК) выделяли методом

экстракции органическими растворителями из плазм и клеток крови. Концентрацию клДНК определяли спектрофотометрически. Концентрацию вкДНК определяли флуориметрически с использованием интеркалирующего красителя Pico Green (Invitrogen). Содержание исследуемых повторов в составе ДНК определяли методом нерадиоактивной количественной доггибридизации. Содержание копий рибосомного (рДНК), теломерного повторов (телДНК) и митохондриальной ДНК (мтДНК) рассчитывали при помощи программы компьютерного анализа изображений.

**Результаты и обсуждение:** при патологии беременности, сопровождающейся повышением артериального давления, отеками при ПЭ, происходит повышение концентрации вкДНК (до  $1133,5 \pm 321,2$  нг/мл против контроля  $387,5 \pm 69,0$  нг/мл  $p < 0,002$ ) и изменение ее характеристик. Так, количество рДНК в составе вкДНК (вк-рДНК) у здоровых составило  $794,9 \pm 91,7$  отн. ед. против  $1515,2 \pm 46,6$  отн. ед. у пациенток с ПЭ соответственно ( $p < 0,032$ ). Сходным образом, уровень мтДНК в составе вкДНК (вк-мтДНК), отражающий уровень хронического оксидативного стресса и старения клеток организма, регистрировался у пациенток с нормально протекающей беременностью  $96,8 \pm 23,2$  отн. ед. против  $429,7 \pm 72,1$  отн. ед. у пациенток с ПЭ ( $p < 0,002$ ). Содержание теломерных повторов в составе вкДНК (вк-телДНК) у пациенток с осложненной беременностью было умеренно сниженным по сравнению со здоровыми беременными:  $406,5 \pm 9,0$  отн. ед. против  $488,9 \pm 24,3$  отн. ед. ( $p = 0,002$ ). Как показали наши исследования, имеется наличие коррелятивной связи между клиническими данными ПЭ и практически всеми изучаемыми характеристиками вкДНК, а совместный анализ количества в составе вкДНК рибосомного, теломерного и мтДНК повторов направлен на выявление скрытого патологического процесса в организме беременной женщины.

**Выводы:** при ПЭ выявлено статистически значимое изменение содержания повторяющихся последовательностей генома в составе внеклеточной ДНК в плазме крови беременных, имеющее прогностическое значение.

# УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С СПКЯ В СОЧЕТАНИИ С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ

Адылова М.Н., Негмаджанов Б.Б., Раббимова Г.Т.,  
Хамроева Л.К., Абдуллаева А.Э.

Самаркандский государственный медицинский университет

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) определяет особое состояние репродуктивной системы, проявляющееся расстройством менструации, гиперандрогенией и бесплодием эндокринного генеза. Частота СПКЯ среди подростков колеблется в пределах от 2,2% до 7,5%. С другой стороны 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. 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. Пациентки с аплазией матки и влагалища находятся в группе риска по развитию различных эндокринных нарушений и поэтому требуют более тщательного обследования и преемственности ведения.

**Цель исследования.** Изучить особенности ведения больных с СПКЯ и аплазией влагалища и матки при сигмоидальном кольпопозе у пациенток с синдромом MRKH в сочетании с СПКЯ.

**Материал и методы.** Исследование проводилось в частной клинике «Доктор» с 2010-2020 гг. обследованию подверглись 24 пациентки с аплазией влагалища и матки, которым выполнялся

сигмоидальный кольпопоз. Проведено одномоментное проспективное исследование.

**Основную группу составили** 19 пациенток с синдромом МРКХ в сочетании с СПКЯ в возрасте  $27,7 \pm 4,2$  года, группу сравнения – 15 пациенток с синдромом МРКХ без СПКЯ, средний возраст  $28,6 \pm 2,5$  года. Пациенткам проводили гормональное, ультразвуковое, полное клиничко-лабораторное обследование. Основными критериями постановки диагноза синдрома МРКХ и СПКЯ явились УЗИ-критерии и клинические признаки гиперандрогении. У пациенток основной группы отмечался гирсутизм, инсулинорезистентность, ультразвуковые критерии поликистозных яичников. Таким образом, по результатам проведенного ретроспективного анализа можно сделать выводы, что синдром МРКХ II типа (комплексный тип) отмечался у 30% девушек-подростков с аплазией матки и влагалища, наиболее часто сочетаясь с аномалией мочевой системы. При синдроме МРКХ у каждой 2-й девушки наблюдалось аномально высокое расположение яичников, имеющих вытянутую форму и мелкокалиберную фолликулярную структуру. Эндокринный статус девушек-подростков при синдроме МРКХ характеризовался наличием гиперандрогении при достоверно более низких значениях АМГ по сравнению со здоровыми сверстницами. Пациенткам с СПКЯ проведено хирургическое лечение – сигмоидальный кольпопоз, а также дреллинг яичников электрокатетером; показаниями к операции на яичниках явился СПКЯ в сочетании с метаболическим синдромом. После хирургического лечения СПКЯ и аплазии влагалища через 2 месяца после операции наблюдалось снижение уровня тестостерона, ИМТ приближался к нормальным значениям.

**Заключение.** Интраоперационный дреллинг является хирургическим методом лечения СПКЯ у пациенток с аплазией влагалища и матки, не уменьшает фолликулярный резерв яичников, что повышает шансы женщины сохранить нормальное функционирование яичников, профилактику метаболического синдрома.



# **РОЛЬ ВИТАМИНА Д В РЕГУЛЯЦИИ ПРОЦЕССОВ СТЕРОИДО- И ФОЛЛИКУЛОГЕНЕЗА, В РАЗВИТИИ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭНДОКРИННОМ БЕСПЛОДИИ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ПРИАРАЛЬЯ**

Алимова М.М.<sup>1</sup>, Матризаева Г.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

<sup>2</sup> Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

**Актуальность темы:** Одной из актуальных проблем акушерство и гинекологии является эндокринное бесплодие. Эндокринное бесплодие—распространенное гинекологическое заболевание с частотой встречаемости 6—10% в общей популяции, имеющее в последнее время неуклонную тенденцию к росту. Согласно современным эпидемиологическим исследованиям, дефицит витамина D очень часто сочетается с ЭБ (у 67—85% женщин с ЭБ отмечается разной степени выраженности дефицит витамина D).

**Цель исследования:** оценить роль витамина D в регуляции процессов стероидо- и фолликулогенеза и изучить эффективность применения препаратов витамина D на этапе планирования беременности у женщин с эндокринным бесплодием проживающих в зоне Приаралья.

**Материалы исследования:** для выполнения поставленных задач будут обследованы 80 женщин, проживающих в зоне Приаралья. В группе контроля 20 здоровых женщин обратившихся – для профилактического осмотра. В основную группу включены женщины с гормональным бесплодием (n=60).

**Методы исследования:** Клинико-анамнестическое обследование: сбор анамнеза (время появления первой менструации, характер менструальной функции, регулярность и

длительность циклов, перенесенные гинекологические и экстрагенитальные заболевания, оперативные вмешательства, наличие беременностей и родов). Наружный осмотр (телосложение, характер и выраженность оволосения по шкале Ферримана-Голлвея), расчет ИМТ по следующей формуле: отношение массы тела, выраженной в килограммах, к квадратному значению роста, выраженному в метрах (кг/м<sup>2</sup>). Гормональный анализ крови: ЛГ, ФСГ, ПРЛ, свободный тестостерон, ДГЭА-С, инсулин с последующим расчетом индекса НОМА-IR по формуле для оценки ИР: [инсулин (мкЕд/мл) × глюкоза (ммоль/л)]/22,5. Определение уровня витамина Д в крови. УЗИ органов малого таза будет проводиться на 3-7 день спонтанного или индуцированного гормональными препаратами менструального цикла, а также на 9-11-12-13 и 21-23 день (в течение 3 месяцев максимально) для подтверждения ановуляции или выявления желтого тела.

**Вывод:** при оценке уровня 25(ОН)D отмечено его дефицитное состояние у представительниц 1-й и 2-й групп по сравнению с группой контроля. 1-группе у 9 (34,6%) женщин, 2-группе 6 (30%) и 3-группе 10 (71,4%) женщин уровень витамина D (25(ОН)D) соответствовал в норме. Умеренный дефицит наблюдался 1-группе у 12(46,2%), 2-10(50%) и 3-группе 4(28,6%) женщин. Выраженный дефицит выявлено у 5(19,2%) женщин с СПКЯ, 4(20%) женщин с ГПР и в контрольной группе такое состояние не выявлено. Прием препаратов витамина D в дозировках, соответствующих его статусу, у 88% женщин с бесплодием повышает уровень витамина D до нормальных значений (в среднем на 7,43 нг/мл). Комплексный подход при лечении бесплодия у женщин привело к наступлению беременности у 9(34,6%) пациенток из 1-й группы, у 11(55%) пациенток из 2-й группы и успешность вынашивания беременности. В настоящий момент все наступившие беременности протекают физиологично.

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ COVID-19

Алимова Х.П., Аллаеров Б.К.

Республиканская специализированная инфекционная больница  
Зангиота-1,  
Ташкент, Узбекистан

При инфекции SARS-CoV-2 ранее сообщалось о неблагоприятных перинатальных исходах, таких как повышенный риск преэклампсии, выкидыша, преждевременных родов и мертворождения. Так, по данным ВОЗ частота преждевременных родов в доковидный период составляла 5-18% от всех родов. При этом на долю преждевременных родов с 22 по 28 недель гестации приходится 5-7%; с 29 до 34 недель – 33-42%; с 35 до 37 недель – 50-60%.

**Цель исследования:** определить роль фетоплацентарной недостаточности (ФПН) в перинатальных исходах и преждевременных родах у беременных с инфекцией SARS-CoV-2.

**Методы и методы.** Было отобрано 160 последовательных беременных пациенток, госпитализированных в РСИБ Зангиота-1 в период с июня 2021 г. по сентябрь 2021 г. На втором триместре беременности находились 16 женщин (10,0%). На сроках 28-31 недель находились 15,0% (24 из 160). Значимое большинство (67,5%; 108 из 160) женщин имели 32-36 недель беременности. И всего у 7,5% (12 из 160) беременных роды наступили в срок. Сразу же при их поступлении в стационар после лабораторной диагностики на инфицирование SARS-CoV-2 применялся УЗИ в режиме цветного доплеровского картирования. Применена классификация по А.Н. Стрижакову, согласно которой выделяют три степени тяжести гемодинамических нарушений – 1-А и 1-Б, 2 и 3 степени.

**Результаты и обсуждение.** Доля преждевременных родов при ФПН на фоне COVID-19 составила 92,5% (148 из 160).

Суммарно случаев тяжелого и крайне тяжелого течения COVID-19 было 66 (41,25%). Степень ФПН 1-А была выявлена с большей частотой при сроках гестации до 28 недель, составив 12,5% (2 из 16). ФПН 1-А и 1-Б требовала контрольного наблюдения и проведения консервативных мероприятий, мониторинга КТГ. ФПН 2 степени выявлена всего в 25% (4 из 16) случаев у женщин с COVID-19 на втором триместре беременности, что было меньше, чем среди женщин с гестацией 28-31 неделя (29,2%; 7 из 24), 32-36 недель (29,6%; 32 из 108) и значительно меньше, чем при сроках гестации более 36 недель (41,7%; 5 из 12). В общей сложности в половине (50,6%; 81 из 160) случаев беременностей, протекающих с инфицированием COVID-19 выявилась ФПН 3 степени. При сроках 28-31 неделя, 32-36 недель и более 36 недель ФПН 3 степени диагностировалась у 54,2% (13 из 24), 51,9% (56 из 108) и 50,0% (6 из 12) случаев соответственно. Данный факт указывал на высокую степень прогрессирования ФПН при COVID-19. В случаях среднетяжелого течения COVID-19 у беременных встречались все виды нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотоков с более высокой частотой 3 степени ФПН (35,1%; 33 из 94). При тяжелом течении COVID-19 только 33,3% (18 из 54) приходилось на 2 степень ФПН, а остальных 66,7% (36 из 54) выявлялась 3 степень ФПН, при отсутствии данных за 1-А и 1-Б степень ФПН. Крайне тяжелое течение COVID-19 у беременных сопровождалось только лишь наличие 3 степени ФПН.

**Выводы.** У беременных женщин с ФПН на фоне инфицирования COVID-19 на разных сроках гестации отмечается наглядная картина зависимости тяжести и степени прогрессирования ФПН от тяжести пневмонии COVID-19. Наблюдению и мониторингу, т.е. проведению консервативных терапевтических мероприятий с целью пролонгирования беременности, а также мониторингу КТГ и повторному доплерометрическому исследованию, подлежали в общей сложности 19,4% беременных (случаи с ФПН 1-А и 1-Б степени). У остальных 80,6% имеются показания к экстренному родоразрешению.

# ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ И ПРОЛАБИРОВАНИЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК.

Аллаярова Сурайё Давронбековна

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Ургенч, Узбекистан

**Актуальность:** Состояние шейки матки является ключевым фактором, обеспечивающим нормальное течение беременности и родов. Истмико цервикальной недостаточность в 15-40% случаев является причиной самопроизвольного прерывания беременности.

**Цель исследования:** Оценить эффективность экстренного серкляжа в случаях с расширенной шейкой матки и пролабирование плодных оболочек в группе женщин, которые, согласно их акушерским анамнезам, относятся к группе низкого риска преждевременных родов.

**Материалы и методы:** Все случаи расширения шейки матки и пролабирования плодных оболочек были выявлены с помощью трансвагинального ультразвукового обследования на предмет преждевременных родов в период от 18 до 26 недель в течение 6-летнего периода исследования. Двадцать девять женщин перенесли экстренную операцию по серкляж шейки матки и составили группу по удалению шейки матки, в то время как 17 других отказались и сформировали группу постельного режима. Всем пациентам были назначены антибиотики и профилактический токолиз.

**Результаты и обсуждение:** Среднее продление беременности (8,8 недели) и средний вес при рождении (2101 г) после установки серкляжа значительно отличались от показателей в группе постельного режима (3,1 недели и 739 г соответственно). Двадцать пять из 29 беременностей в группе серкляжа закончились живорождением, по сравнению с 7 из 17 беременностей в группе постельного режима ( $P = 0,001$ )

(относительный риск [ОР] 0,33, 95% доверительный интервал [ДИ] 0,11-0,98). Неонатальная выживаемость составила 96% в группе серкляжа и 57,1% в группе постельного режима ( $P = 0,025$ ) (ОР 0,09, 95% ДИ 0,01-0,76). Частота преждевременных родов менее 32 недель составила 31% и 94,1% в группах серкляжа и постельного режима соответственно ( $P < 0,001$ ) (ОР 0,33, 95% ДИ 0,19-0,57), тогда как госпитализация в отделение интенсивной терапии новорожденных составила 28% и 85,7% во 2 группах, соответственно ( $P = 0,01$ ) (ОР 0,33, 95% ДИ 0,16-0,66).

**Выводы:** Экстренное серкляж шейки матки может быть безопасно выполнено у женщин с расширенной шейкой матки и пролоббированными плодными оболочками. Это может уменьшить преждевременные роды до 32 недель и улучшить выживаемость новорожденных по сравнению с постельным режимом.

## **СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ.**

Амонова З.Д., Камарова А.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт,  
Ташкент, Республика Узбекистан.

**Актуальность:** Шейка матки в силу своих структурно - функциональных особенностей занимает особое место в репродуктивной системе, во многом определяя перспективы полноценного оплодотворения, неосложненного вынашивания беременности и своевременных родов.

Несмотря на современные достижения в диагностике и лечении доброкачественных заболеваний шейки матки, ее патология продолжает оставаться важнейшей проблемой в акушерстве и гинекологии.

**Цель:** Определить частоту заболеваний шейки матки у беременных, а также материнские и перинатальные исходы

после оздоровления шейки матки.

**Материал и методы:** Нами были ретроспективно обследованы 60 беременных женщин общеклиническими, цитологическим, бактериоскопическим и бактериологическим методами; ПЦР-тестом; простой и расширенной кольпоскопией; прицельной биопсией и гистологическим исследованием; материнские и изучены перинатальные исходы. **Результаты.** Установлено, что только у 21,6% беременных женщин шейка матки была здоровой; у (63,8%) доминировал цервицит, затем эктопия (34,0), папиллома (17%), лейкоплакия (11,4%), старый разрыв ШМ (6,3%), эндометриоз (4,2%). Легкая дисплазия наблюдалась у 2,1% пациенток.

Оздоровление шейки матки способствовало существенному улучшению материнских и перинатальных исходов – снизилась доля угрожающего выкидыша, преждевременных родов и других осложнений гестации; отсутствовала смерть в перинатальном периоде, снизилась частота конъюнктивита, омфалита, пузырчатки, задержки внутриутробного роста.

**Выводы:** Частота доброкачественных заболеваний шейки матки у беременных составляет 78,4% и всегда сопровождается воспалительными изменениями. В их структуре преобладают цервицит(63,8%), эктопии (34,0%), папилломы (17%), лейкоплакии 11.4%. Современная диагностика заболеваний и санация шейки матки, особенно выполненные в I триместре и накануне родов, существенно оптимизируют материнский и перинатальный исходы родов, послеродового и пери-неонатального периодов.

# МЕТАБОЛИТЫ ОКСИДА АЗОТА В ПЛАЗМЕ КРОВИ КАК РАННИЙ МАРКЕР ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Ананкина А.А.<sup>1</sup>, Шалина Р.И.<sup>1</sup>, Титов В.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, кафедра акушерства и гинекологии имени академика Г.М. Савельевой педиатрического факультета, Москва, Российская Федерация

**Актуальность:** Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО), произошедший до 37 недель гестации, является одним из основных факторов риска реализации внутриутробной инфекции (ВУИ) у новорожденного. Ведущая роль ВУИ в структуре неблагоприятных перинатальных исходов при преждевременных родах (ПР) обуславливает необходимость поиска достоверных методов ее диагностики. Своевременная диагностика ВУИ затруднена: высокоспецифичные методы (амниоцентез, кордоцентез) требуют инвазивного вмешательства, клиничко-лабораторные методы свидетельствуют об уже развившемся инфекционном процессе и не имеют прогностической ценности. На кафедре общей и медицинской биофизики МБФ РНИМУ (Титовым В.Ю., Осиповым А.Н. и сотр.) предложен метод ранней диагностики воспалительных процессов, основанный на регистрации содержания нитрита ( $\text{NO}_2^-$ ) и нетиолатных нитрозосоединений (RNO) в плазме крови при помощи ранее запатентованного ферментного сенсора (патент РФ №2461831). Эти вещества являются продуктами взаимодействия супероксидного аниона, продуцируемого активированными лейкоцитами, с содержащимся в плазме депонированным оксидом азота.

**Цель:** определить значимость показателя  $\text{NO}_2^- + \text{RNO}$  в прогнозировании и ранней диагностике внутриутробной инфекции при ПРПО и преждевременных родах.



**Материалы и методы:** при поступлении проводили одномоментный забор материала для исследования маркеров воспаления ( $\text{NO}_2^- + \text{RNO}$ , лейкоциты и С-РБ в венозной крови матери, лейкоциты влагалищного содержимого). В дальнейшем проводили ретроспективную оценку исходов беременностей и родов 54 пациенток с угрозой ПР и перинатальные исходы новорожденных. Сформировано 3 группы: I ( $n = 12$ ) – отсутствие ПРПО, II ( $n = 14$ ) – наличие ПРПО без ВУИ, III ( $n = 28$ ) – ПРПО+ВУИ. *Критерии включения:* срок гестации  $22^0 - 36^6$  недель, одноплодная беременность. *Критерии исключения:* хромосомные аномалии у плода, антибактериальная терапия накануне госпитализации ( $\leq 7$  дней), воспалительные заболевания в стадии обострения.

**Результаты:** Значения  $\text{NO}_2^- + \text{RNNO}$  в зависимости от наличия ВУИ ( $3,02 \pm 0,90$  мкМ) были статистически значимо выше при сравнении с группами без ВУИ ( $p < 0,001$ ). Была установлена статистически значимая прямая корреляционная связь реализации ВУИ у новорожденного с уровнем метаболитов оксида азота в венозной крови матери ( $r_s = 0,626$ ;  $p < 0,001$ ). При помощи ROC-анализа установлено, что при значении показателя  $\text{NO}_2^- + \text{RNO} \geq 2,4$  мкМ: чувствительность – 85,2%, специфичность – 93,1%. Показания других маркеров воспаления: количество лейкоцитов (WBC) и уровень С-РБ в венозной крови, лейкоциты в мазке влагалищного содержимого не были информативны ( $p > 0,1$ ). При сравнительной оценке показателей  $\text{NO}_2^- + \text{RNNO}$  ( $3,02 \pm 0,9$  мкМ,  $p_1$ ), WBC ( $10,9 \pm 3,62 \times 10^9$  ЕД/л,  $p_2$ ), С-РБ ( $4,2 \pm 1,74$  мг/л,  $p_3$ ) и лейкоцитов ( $13 \pm 3$  в п/зр.,  $p_4$ ) в мазке влагалищного содержимого в зависимости от наличия ВУИ были получены следующие р-значения:  $p_1 < 0,001$ ,  $p_2 = 0,775$ ,  $p_3 = 0,061$ ,  $p_4 = 0,667$ .

**Выводы:** 1. Исследование показало высокую чувствительность и специфичность метода определения  $\text{NO}_2^- + \text{RNO}$  в плазме крови беременной для прогнозирования и ранней диагностики внутриутробной инфекции; 2. Наличие ВУИ прогнозировалось при значениях  $\text{NO}_2^- + \text{RNNO} \geq 2,4$  мкМ.

# **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОЦЕНКЕ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

Атаходжаева Ф.А., Фозилова У.И.

Ташкентская Медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

## **Актуальность**

Рак шейки матки занимает 4 место по распространенности среди женщин и 7 место среди всех видов рака. Ежегодно около полумиллиона женщин диагностируются раком шейки матки, в половину случаев заболевание заканчивается смертью. Из них 90% случаев смертей наблюдается именно в странах с низким и средним уровнем дохода. В первую очередь, это связано с недостаточными мерами профилактики рака шейки матки, а именно с низким уровнем вакцинации.

## **Цель**

Целью нашего исследования является определение эффективных методов профилактики рака шейки матки для снижения уровня заболеваемости и смертности женщин.

## **Материалы и методы**

Нами были просмотрены статьи, научные исследования, опубликованные начиная с 2008 года и по настоящее время, а также протоколы и рекомендации международных организаций по эффективным методам профилактики, с целью элиминации рака шейки матки в странах с низким и средним уровнем дохода.

## **Результаты:**

Проведенный анализ показал, что на сегодняшний день существуют довольно эффективные методы первичной и вторичной профилактики рака шейки матки.

Вакцина от ВПЧ является наиболее эффективным методом профилактики и предотвращает 90% случаев рака. ВОЗ рекомендует проведение вакцинации у девочек 9-14 лет, т.е. до начала половой жизни. В 2008 году в Шотландии ввели

вакцинацию от ВПЧ в свой национальный календарь прививок и, согласно этой программе были иммунизированы девочки от 12 до 18 лет. При сравнении невакцинированных женщин, рожденных в 1988 году и вакцинированных женщин, рожденных в 1995-1996 годах выявили значительное снижение предраковых заболеваний рака шейки матки(89%). Консультативный комитет по практике иммунизации (ACIP) рекомендует проведение иммунизации от ВПЧ до 26 лет, если вакцинация не была проведена раньше. Хотя девушки старше 18 лет имеют меньший титр антител после получения вакцины, иммунизация может принести пользу тем, кто еще не подвергался воздействию ВПЧ инфекции. В исследовании, проведенном в Таиланде с участием 993 женщин в возрасте от 20 до 45 лет, эффективность вакцины от ВПЧ составила 88%. Однако, ACIP не рекомендует проведение вакцинации для женщин 27-45 лет, т.к. в этом возрасте большинство женщин подвергаются инфекции ВПЧ и проведению вакцины не является целесообразным. В Канаде четырехвалентная вакцина от ВПЧ рекомендована как для девочек, так и для мальчиков. В исследовании, проведенном с участием 506 девочек, 510 мальчиков и 513 молодых женщин в возрасте 16-26 лет титры анти-ВПЧ у девочек и мальчиков были в 1,7-2,7 раза выше, чем у молодых женщин. Вакцинация же 4065 молодых мужчин в возрасте 16-23 лет снизило частоту поражений наружных половых органов, связанных с ВПЧ типов 6, 11, 16 и 18, на 90% по сравнению с плацебо.

### **Заключение**

Вакцинация от ВПЧ девочек в молодом возрасте(9-15 лет) является наиболее эффективным методом профилактики предраковых и раковых заболеваний шейки матки. Дополнительная вакцинация женщин до 26 лет, ранее не получавших вакцину может значительно снизить уровень заболеваемости смертности женщин. Вакцинация мальчиков также показывает высокую эффективность и может снизить частоту возникновения ВПЧ-ассоциированных патологий как у мужчин, так и у женщин.

# ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ ТЯЖЕСТИ

Атхамова Ш.Р.

Кафедра акушерства и гинекологии,  
Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность:** Преэклампсия представляет собой осложнение физиологически протекающей беременности, возникающее после 20 недель гестации или в родах и сохраняющееся несколько дней послеродового периода, проявляющееся выраженной дисфункцией жизненно важных органов и систем. Преэклампсия является одной из самых сложных и нерешенных проблем современного акушерства, ввиду ее широкой распространенности, многофакторности этиологии и патогенеза, недостаточной эффективности лечебно-профилактических мероприятий, высокой частоты материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, снижения здоровья женщин, перенесших это осложнение беременности, больших экономических затрат на проведение интенсивной терапии у пациенток с данной патологией.

**Цель исследования:** Усовершенствовать раннее прогнозирование преэклампсии на основании изучения клинико-анамнестических данных и биохимических маркеров.

**Материалы и методы исследования:** Нами проведены морфологические и ультраструктурные методы исследования плаценты женщин с преэклампсиями и женщин с физиологической доношенной беременностью. Для морфологических исследований из различных участков плаценты брали по 6 кусочков размерами до 1 см<sup>3</sup>. Кусочки фиксировали в 12% нейтральном формалине от 2-х до 24-х часов. Материал обезвоживали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали

гематоксилином и эозином. Для электронно-микроскопических исследований кусочки плаценты фиксировали в 1,25% растворе глютарового альдегида с дофиксацией в 1% растворе OsO<sub>4</sub> на фосфатном буфере (рН-7,3). После обезвоживания в спиртах и абсолютном ацетоне кусочки заливали в смесь эпона и аралдита. Ультратонкие срезы, изготовленные на ультратоме LKB-V (Швеция), после контрастирования в уранилацетате и цитрате свинца, исследовали в электронном микроскопе. Результаты исследования и их обсуждение: Микроскопические исследования плаценты при физиологической беременности, показали достаточно широкую вариабельность структурных компонентов органа. Плодная часть плаценты в основном представлена многочисленными ворсинами различных размеров, разделенными узкими межворсинчатыми пространствами, в которых выявлялись форменные элементы материнской крови.

Анализ структурных изменений плаценты при легкой преэклампсии показал что в материнской части плаценты обнаруживались инфильтрация стенок сосудов с периваскулярной инфильтрацией вокруг некоторых из них, а также скопления крупных деструктивно измененных децидуальных клеток с вакуолизированной цитоплазмой и пикнотически измененными ядрами, соединительнотканная строма отдельных терминальных и промежуточных ворсин богата кровеносными сосудами и множеством синцитиокапиллярных мембран, синцитиальный покров терминальных ворсин с неравномерным распределением ядер.

При тяжелой преэклампсии в децидуальной пластинке выявляются массивные отложения фибриноида и очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация, децидуальные клетки окружены пучками коллагеновых волокон, в просвете некоторых из них определяются тромбы, состоящие из эритроцитов и фибрина. В ряде створчатых ворсин выявляются мелкоочаговые периваскулярные инфильтраты, содержащие единичные

плазматические клетки, часто они лишены синцитиального покрова.

**Выводы:** Таким образом, сравнительный анализ патоморфологических изменений в плаценте беременных с преэклампсиями выявил, что Характерной особенностью плацент при тяжелой ПЭ явилась центральная локализация крупноочаговых (более  $\frac{1}{4}$  площади материнской поверхности плаценты) хронических геморрагических инфарктов и тромбоза межворсинчатого пространства суббазальных зон.

## **БАЧАДОН ЧАНДИҒИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ТУҒРУК ТАҲЛИЛИ**

Магзумова Н. М. Ахмедова Г. Ш.

Тошкент тиббиёт академияси

Йил сайин бачадон чандиғи бўлган аёллар сони ошиб бормокда. Бутун дунё бўйича замонавий акушерликда кесарча кесиш - бу энг кенг тарқалган акушерлик операцияси булиб, она ва ҳомила учун хавф солувчи асоратларда туғруқни тез амалга ошириш мақсадида амалга оширилади. Охирги 10 йилликда бачадонида чандиғи бор кайта тугувчи аёллар сонининг ўсиш тенденцияси кузатилди. Замонавий акушерликда 1та бачадон чандиғи Кесарча кесиш операцияси учун кўрсатма эмас.

**Тадқиқот мақсади:** Кесарча кесиш операцияси бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнларини таҳлил қилиш.

**Материал ва усуллар:** Кесарча кесишдан кейинги бачадон чандиғи бор аёлларда проспектив таҳлил олиб бориш (2022й).

**Натижалар:** Клиник материаллар таҳлили шуни кўрсатдики, текширилган чандиғи бор 85 аёлларнинг 5тасида (5.9%) да туғруқ консерватив кечган, юрак етишмовчилиги 19 (22.3%), қоғаноқ пардасининг туғруқдан олдин ёрилиши ва сохта туғруқ 30 (35.3%), латент фаза чўзилиши ва чаноқ-бош

номутаносиблиги 13 (15.4%), чандиқнинг гистопатик йиртилиш хавфи 3 (3.5%), туғруқ фаолияти сустлиги ва хомила гипоксияси 13 (15.4%) йўлдошнинг олдинда жойлашуви 2 (2.3%) оператив туғруққа сабаб бўлган.

Хомиладорлик муддатига қараб қуйидагича тақсимланди: муддатдаги бачадон чандиғи билан шошилинич олиш -61 (71.7%), муддатидан олдин-10 (11.7%), булардан мустақил туғруқ фаолияти- 45(73.7%) та ҳолатда, улардан 8таси (13.1%) хомиладорлар патологияси булимида даволанганлар. Операция давомида юқорида кўрсатилган ҳолатларда чандиқда ўзгаришлар аниқланмаган. Утеротониклар билан туғруқни стимуллаш амалга оширилмади. Туғруқ давомида хомила юрак уриши ва бачадон қисқариш фаолияти доимий назорат остида амалга ошди. Туғруқ давомийлиги 5 соат 10 минутдан 13 соат 40 минунгача бўлди. Туғруқ давомида хомила юрак уриши ва бачадон қисқариш фаолияти доимий назорат остида амалга ошди. Туғруқ динамикаси партограмма асосида олиб борилди, чандиқ ҳолати клиник баҳоланди, шунингдек туғруқ фаолияти хусусияти ва КТГ маълумотлари таҳлил қилинди. Бачадон чандиғили хомиладорларда физиологик туғруқни баҳолашда туғилган чақалоқнинг ҳолати ҳам катта аҳамиятга эга. Болаларнинг ҳаммаси қониқарли (Апгар шкаласи бўйича ўртача 7.7 балл, Кесар кесиш орқали туғилган чақалоқлар-7.0 балл) ҳолатда (100%). Перинатал йўқотишлар қайд қилинмади.

**Хулоса.** Клиник материалларнинг проспектив текширув натижалари шуни кўрсатдики, танлаб олинган бачадон чандиғи бор аёлларнинг 5.9% ида физиологик туғруқ муваффақиятли амалга ошган. Бачадон бўйни етуклик даражаси чандиқнинг мустаҳкамлигини кўрсатиш эҳтимоли юқори. Хар бир ҳолатда туғруқни бошқарув режаси индивидуал тузилиши керак. Ижобий натижага эришиш учун аёлнинг шифокорга ишончи муҳим ҳисобланади.

Бачадон чандиғи бўлган хомиладор аёлларни оқилона даволаш, туғруқ муддати ва усулини тўғри танлаш акушерлик ва

перинатал патология хавфини камайтириши мумкин. Қайта кесарча кесиш эҳтимолини камайтириш учун антенатал даврда бачадон чандиғили ҳомиладорларда сифатли прегравидар тайёргарлик, эффектив психопрофилактика ишларини олиб бориш физиологик туғруқ кўрсаткичларини ошишига сабаб бўлади.

## **ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Ахмедова М.О.

Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент,  
Узбекистан

**Актуальность.** Цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) обусловлена ее широким распространением в человеческой популяции и тем, что цитомегаловирус (ЦМВ) обладает способностью вызывать неблагоприятные последствия у новорожденных и детей, матери которых перенесли ЦМВИ во время беременности. ЦМВИ протекает, как правило, бессимптомно, но при определенных условиях способна к эпидемическому распространению, может быть причиной невынашивания беременности, эмбрио- и фетопатий, внутриутробной инфекции и бесплодия.

ЦМВ (*Cytomegalovirus hominis*) относится к семейству герпес-вирусов. В мире зарегистрировано три штамма. Согласно последним эпидемиологическим данным 70% людей инфицированы ЦМВ, при этом частота развития инфекции варьирует от 40 до 80%. Среди беременных эта цифра достигает 89–99%. Первичная клиническая ЦМВИ возникает у 0,7–4% всех беременных женщин. Возрастная инфекция (реактивация) может возникнуть у 13,5% инфицированных беременных.

**Цель исследования:** Учитывая изложенное, целью нашего исследования было проведение сравнительной оценки лечебной



эффективности, безопасности и переносимости иммуноглобулина, раствора для внутривенного введения с препаратом Иммуноглобулин человека нормальный, раствор для внутривенного введения в составе комплексной терапии ЦМВИ у беременных во II и III триместрах.

**Материалы и методы.** Исследование проведено в РСНПМЦАГ, в отделе фетальной медицины. Проведено проспективное контролируемое исследование, 17 беременных женщин со сроком гестации 18-35 недель, поступивших на стационарное лечение по поводу многоводие.

**Результаты и обсуждение.** Во время беременности в связи с активацией многих механизмов иммунной, в том числе и противовирусной защиты, наблюдается возрастание концентраций ИЛ-4, 6, 8. По нашим данным, продукция ИЛ-4,6,8 повышена у беременных с вирусной, бактериальной и смешанной инфекцией в 2 раза. Соотношение фракций иммуноглобулинов А, М, G оказался в пределах референтных значений. При анализе состояния новорожденных отмечается высокая частота заболевания среди новорожденных (инфекционными, метаболическими нарушениями, заболеваниями нервной системы, заболеваниями органов дыхания, эндокринных органов).

У всех пациенток при обследовании выявлены цитомегаловирусная инфекция, вирус простого герпеса. Всем пациентам выполнены внутриутробные вмешательства: амниоредукция. При исследовании амниотической жидкости выявлено вирусная инфекция. Влияние вирусной инфекций было выявлено во время ультразвуковой исследований, в виде расширения боковых желудочков от 11-19мм, мелко и крупно дисперсной околоплодной воды. Все пациентки получали иммунотерапию. Препарат вводит внутривенно капельно, с начальной скоростью 0,5 – 1 мл/мин, в течение 15 минут (15 капель/мин), затем 1 мл/мин – 15 минут (20 капель/мин), далее вводит со скоростью 1,2-1,5 мл/мин (25-30 капель/мин). если хорошо переносится, введение осуществляется со скоростью 1,5 мл/мин. (30 капель/мин). Родоразрешения беременных путем

кесарева сечения составило 42,9%, а естественные роды 57,1%. У всех пациенток были преждевременные роды, и все дети родились живыми.

**Выводы:** Таким образом, при подтверждении внутриутробных инфекций во время беременности применение иммунотерапии способствует сохранению беременности и снижению частоты ее осложнений. Исходя из этого, рассмотрим следующие основные методы:

1. Пациенткам группы риска должны проводиться следующие исследования: УЗИ, доплерометрия плода, обследования на инфекции.

2. При любых генитальных инфекциях и гнойно-воспалительных заболеваний во время беременности, антибактериальную терапию целесообразно дополнять иммуномодулирующей терапией, направленной на восстановление иммунного статуса.

## **КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИИ COVID-19 И БЕРЕМЕННОСТЬ.**

Ашурова Д.А., Мирзаабдуллаева Д.И., Староверова З.А.

<sup>1</sup>Городской родильный комплекс №6. Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Одним из наиболее дискуссионных неизученных аспектов проблемы COVID-19 остаются эпидемиология и течение заболевания у беременных женщин.

**Цель исследования:** оценить перинатальные аспекты у беременных женщин, перенесших COVID-19. **Материалы и**

**методы исследования:** Нами обследовано течение беременности и исходы родов у 104 рожениц, перенесших COVID-19 (основная группа). Контрольную группу составило 33 здоровых женщин. Всем обследованным женщинам проведены классические лабораторные исследования – общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, а также коагулограмма.

Инструментальные данные включали – пульсоксиметрия, УЗИ, а также доплерометрия. После родов последы были отправлены на гистоанализ. **Результаты и их обсуждение:** Среди всех обследованных – 45,5 % беременных лечение получали в стационаре, а 54,5% - амбулаторно. Переболели в I триместре - 45 (43,2%), 47(45,2%) - во II триместре, 12 (11,6%) - в III триместре. В основной группе – у 61 (58,6%) женщин роды протекали через естественные родовые пути, у 43 родовая деятельность развивалась спонтанно, чаще роды начинались с излития околоплодных вод 25%. А в 10 случаях проведена индукция родов по поводу пережизвания. У 43 (41,4%) беременных роды завершились путем операции кесарево сечения, в 18 случаях поводом к операции стала ФПН, НМПК Iб-II степени. **Заключение:** Исход беременности у женщин, перенесших коронавирусную инфекцию, зависит от срока гестации. У женщин, перенесших COVID 19 в I триместре, чаще всего отмечалось неразвивающаяся беременность. Новорожденные от матери перенесших коронавирусную инфекции 40,3% родились с внутриутробным инфицированием. Морфология плацентарной ткани тоже показывала выраженных воспалительных изменений.

## **ФАКТОРЫ РИСКА ТЯЖЕЛЫХ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ВСЛЕДСТВИЕ АТОНИИ МАТКИ**

Ашурова У.А.<sup>1</sup>, Матякубова С.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ташкентская медицинская академия

<sup>2</sup> Хорезмский областной перинатальный центр

Послеродовые кровотечения (ПРК) считаются одной из лидирующих причин материнской смертности во всем мире и одним из главных компонентов тяжелой материнской заболеваемости в развивающихся странах. Большинство ПРК

развиваются вследствие атонии матки, то есть нарушения сократительной способности миометрия. Различные характеристики женщин и их родов были выявлены как факторы риска ПРК, но оказывают ли они влияние на степень тяжести ПРК, после выявления кровотечения до сих пор не было изучено.

**Целью** данного исследования явилось идентифицировать факторы риска связанные со степенью тяжести ПРК среди характеристик рожениц и их родов, компонентов оказываемой первой помощи при ПРК, уровня организованности родовспомогательных учреждений у женщин с атонией матки после вагинальных родов.

**Материалы и методы.** Нами были изучены 82 истории родов с зарегистрированными случаями ПРК за 2022 год на базе Хорезмского областного перинатального центра. Были рассмотрены такие параметры как клинические данные пациенток, течение беременности, процесс родов и тактика ведения ПРК. Диагноз ПРК был выставлен при установленном объеме кровопотери после родов более 500 мл или снижения уровня гемоглобина более чем на 2 г/дл в послеродовом периоде. Для сравнительной оценки уровень гемоглобина отслеживался на последних неделях гестации при рутинном антенатальном уходе, а также оценивался наименьший уровень гемоглобина в течение последующих трех дней после родов.

**Результаты исследования.** Среди 82 женщин с установленным ПРК у 20.7% (n=17) были зарегистрированы случаи кровотечения тяжелой степени. После тщательного пересмотра всех индивидуальных потенциальных факторов риска, было выявлено, что риск тяжелой кровопотери у рожениц с ПРК значительно выше у первородящих в 26.2% случаях, повторнородящих с рубцом на матке после операции кесарево сечения в 20.7%, у рожениц с ПРК в анамнезе 20.9%, при индукции родов у 25.7% рожениц, пролонгированные роды в 24.5%, эпизиотомия в 30.1% случаев. Ручное обследование полости матки в 33.2% случаев проводилось запоздало. Интересен тот факт, что в 40,6% случаях тяжелых ПРК лечебные

мероприятия проводились без оповещения или присутствия старшего врача/ответственного дежурного врача и анестезиолога.

При переоценке установленных факторов риска, нами была выявлена следующая тенденция: тяжелые случаи ПРК были зарегистрированы в 1.8 раз чаще у тех женщин, кому ручное обследование полости матки было проведено через 20 минут после постановки диагноза, по сравнению с первыми 10 минутами. Аналогично, в случае с отсроченным вызовом акушерской помощи – тяжелые случаи ПРК развивались в 1,6 раза чаще нежели, когда старший акушер-гинеколог присутствовал или был вызван в течение первых 10 минут. То же самое было связано с отложенным вызовом анестезиолога. Риск тяжелого ПРК наблюдается в 1,5 раза выше в учреждениях 1го – 2го уровня, чем в клиниках 3-го уровня.

**Заключение.** Нами было выявлено, что некоторые характеристики женщины и ее беременности, ранее описанные как факторы риска послеродового кровотечения, также связаны с более высоким риском тяжести течения послеродового кровотечения. Аспекты родов, родоразрешение и тактика ведения, задержка в оказании первой помощи и место родоразрешения являются независимыми факторами риска тяжелой кровопотери у женщин с послеродовым кровотечением, вызванного атонией.

## **ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ**

<sup>1</sup>Муминова Зиёда Аббаровна, <sup>2</sup>Балтабаева Гулноза Шухрат кизи

Ташкентская медицинская академия

Синдром гиперпролактинемии (ГП), в большинстве случаев приводящий к развитию гиперпролактинемического гипогонадизма, также является предметом всестороннего исследования в течение последних 30 лет. С учетом выраженного влияния ГП на репродуктивную систему, приоритетное значение всегда придавалось изучению нарушений генеративной сферы,

что определило малоизученность особенностей развития и патофизиологии остеопенического синдрома при этой патологии. Изучение остеопенического синдрома при ГП осложняется многообразием этиологических факторов, вызывающих патологическую ГП (патология гипоталамуса; патология гипофиза; наличие системных заболеваний; фармакологические влияния).

Одним из осложнений ГП является нарушение минерализации костной ткани (остеопения или остеопороз), которое объясняют дефицитом половых гормонов (эстрогенов у женщин или андрогенов у мужчин) и прямым влиянием пролактина на кость. Нарушения кальций-фосфорного обмена вполне закономерны, т.к. низкий уровень эстрогенов в сыворотке крови самостоятельно снижает реабсорбцию кальция в почках, а также ведет к снижению синтеза витамина D<sub>3</sub> в почках, регулирующего всасывание ионов Са в кишечнике и процесс реабсорбции кальция и фосфора в почках. Представляет интерес оценка уровней витамина D<sub>3</sub> (25(OH)D). Следует отметить, что оценка обеспеченности различных когорт витамином D<sub>3</sub> свидетельствует о широком распространении его дефицита. По данным Соловьевой концентрация витамина D<sub>3</sub> у женщин с ГП, обусловленной наличием пролактинсекретирующей аденомы гипофиза, была ниже нормативных и контрольных значений. При этом уровень витамина D<sub>3</sub> у лиц с функциональной ГП сохранялся в пределах нормальных значений (но был ниже контрольных значений), что, вероятно, связано с более низким уровнем эстрогенов у женщин с пролактиномами.

**Вывод:** Развитие остеопенического синдрома при ГП характеризуется сложными и еще недостаточно изученными особенностями этиопатогенеза и клиническими контрастами течения. Но исследования по данной проблеме продолжаются, что, несомненно, приведет к более глубокому осмыслению механизмов снижения костной плотности при ГП и поможет в обоснованном лечении и профилактике.

# АНТИФОСФОЛИПИД СИНДРОМЛИ ҲОМИЛАДОРЛАРДА ГЕСТАЦИОН ГИПЕРТЕНЗИЯНИ БАШОРАТ ҚИЛИШДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ ЭРТА МАРКЁРЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ.

Мустаққил изланувчи- Бахрамова Ш.У.

Илмий раҳбар – д.м.н.профессор Ихтиярова Г.А.

**Долзарблиги** бутун дунёда бугунги кунга келиб ҳомиладорлик давридаги гипертензив касалликлар ва улардаги қон ивиш системасининг бузилиши натижасида келиб чиққан тромбофилик асоратлар пандемия даврида учрайдиган соматик патологияларнинг 10 % ни эгаллайди. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига кўра, "...ҳомиладорлик давридаги гипертензив касалликлар оналар ўлими сабаблари ичида 2-ўринни эгаллаб, 14% ҳолатда учрайди". Антифосфолипид синдроми(АФС)-замонавий тиббиётнинг долзарб мультидисциплинар муаммолари қаторига кириб, аутоиммун тромботик васкулопатиянинг ноёб нусхаси сифатида текширилади. Антифосфолипид антитаначалар (АФЛ) нинг пайдо булиши генетик мойиллик мавжудлиги ва уларнинг кўп қисми АФС га чалинган беморларнинг қариндошларида аниқланган. Она ва бола соғлиғини сақлаш Ўзбекистон Республикаси сиёсатининг асосий йўналишларидан бири бўлиб ҳисобланади. Гипертензив бузилишларни даволаш ва профилактика қилиш муаммоси ушбу патологик жараённинг нохуш акушерлик ва перинатал асоратларга таъсири ва ёмон асоратларга олиб келиши мумкинлиги туфайли ўта муҳимдир .

**Тадқиқот мақсади.** Гестацион гипертензия ривожланишини башорат қилиш ва тромболитик асоратларни олдини олишда антифосфолипид синдромнинг аҳамиятини генетик баҳолаш.

**Тадқиқотнинг объекти.** 126 аёлдан иборат бўлиб: улардан I-гурух (асосий) 49 таси фосфолипидларга нисбатан аутоантитаначалар аниқланган гестацион гипертензия

кузатилган ҳомиладор аёллар, II-гуруҳ (қиёсий) гестацион гипертензия кузатилган 47 нафар фосфолипидларга нисбатан аутоантитаначалар аниқланмаган аёллар ва III-гуруҳ (назорат) 30 та физиологик ҳомиладорлар 2018-2020 йилларда Бухоро шаҳар туғруқ мажмуасига мурожаат қилганлар.

**Тадқиқот натижалари:** Текширилган ҳомиладорларнинг артериал қон босими I-гуруҳда 155/112 дан 178/125 гача, ўртача  $164,3 \pm 2,1 / 117,5 \pm 1,6$  мм см. устунига тенг бўлиб, 2-гуруҳ ҳомиладорларида артериал қон босими 165/110дан 180/120 гача ўртача  $171,3 \pm 3,1 - 121,6 \pm 2,4$  мм см. устунини ташкил қилди. Суткалик протеинурия ўртача –  $0,3 \pm 0,14$  ни кўрсатди. Артериал қон босимининг назорат гуруҳидаги кўрсаткичи  $110,7 \pm 1,9 / 71,1 \pm 1,3$  мм.сим.уст. ни ташкил қилди.

Юқорида келтирилган рақамлар АФА миқдорининг артериал гипертензия билан бевосита боғлиқлигидан далолат беради (корреляция коэффиценти  $r=0,65$  ни ташкил этади. I-гуруҳ аёлларида кучли боғланиш, 2-гуруҳ аёлларида  $r=0,59$  - ни ташкил этади ва бу гуруҳ аёлларида ҳам ўртача боғланиш борлиги аниқланди). АҚБ назорат гуруҳига солиштирганда, I-гуруҳ аёллари кўрсаткичлари уларга нисбатан 54,5% га ортик эканлиги аниқланди ( $P < 0,001$ ). Туғруқгача бўлган даврда биз гестацион гипертензияси мавжуд аёлларда қоннинг клиник-лаборатор ва биокимёвий кўрсаткичлари текширилди.

**Хулоса:** Антифосфолипид синдромли ҳомиладорда гипертензив бузилишларнинг аниқланиши ҳомиладорликда қатор асоратларга олиб келувчи: муддатдан олдинги туғруқ 20,4%, йўлдошнинг муддатдан олдин кўчиши 12%, антенатал ҳомила ўлими 6,6%, 40% ривожланмаган ҳомиладорлик каби патологиялар туфайли юқори хавф гуруҳига киритилишига сабаб бўлади.



# ОБЗОРНАЯ ПОНЯТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ ПРИ РОДОВЫХ ПРОЦЕССАХ

<sup>1</sup>Бахтиярова А.М., <sup>2</sup>Олимова М.М.

<sup>1</sup>Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

<sup>2</sup>Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Родовые пути женщины во время родов подвергаются значительному растяжению. В результате этого в ряде случаев возникают повреждения тканей влагалища, промежности и шейки матки, в основном носящие характер поверхностных ссадин и трещин, которые бессимптомны и самостоятельно заживают в первые дни послеродового периода. Наиболее распространенными причинами разрывов промежности являются следующие: ригидность тканей у первородящих старше 30 лет, рубцы, оставшиеся после предыдущих родов, а также высокая промежность; – прорезывание головки большим размером при разгибательных предлежаниях: переднеголовном, лобном, лицевом; – оперативное родоразрешение; – анатомически узкий таз, особенно плоскорахитический, при котором происходит быстрое прорезывание головки, и инфантильный, при котором наблюдается узкий лонный угол; – крупный плод; – быстрые и стремительные роды; – неправильное оказание акушерского пособия - преждевременное разгибание и прорезывание головки.

Разрывы промежности выявляются при визуальном осмотре в послеродовом периоде. Признаки угрожающих разрыва выражаются в значительном выпячивании промежности, ее цианозе, отеке, а затем и побледнении. Кожа промежности становится блестящей, на ней появляются незначительные трещины, и происходит разрыв промежности. Гематомы наружных половых органов и влагалища возникают во время родов вследствие длительного или быстрого периода изгнания плода или при извлечении головки плода с помощью акушерских

щипцов. Под воздействием травмы происходит разрыв сосудов в глубине мягких тканей, поверхность которых остается неповрежденной. Изливающаяся кровь скапливается в тканях и рыхлой клетчатке, образуется гематома, по размерам нередко превышающая головку новорожденного.

**Вывод.** Клиническая картина характеризуется появлением сине-багровой опухоли в области наружных половых органов или влагалища, вход во влагалище расположен эксцентрично. Гематомы вызывают ощущение дискомфорта, резкую боль. При больших или прогрессирующих гематомах развивается картина геморрагического шока. Гематомы способны распространяться вверх на около влагалищную и около маточную клетчатку малого таза.

## **PREMATURE BIRTH IN THE BACKGROUND OF INFECTION OF THE URINARY SYSTEM**

Bozorov A.G.<sup>1</sup>, Ikhtiyarova G.A.<sup>2</sup>, Tosheva I.I.<sup>3</sup>

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

<sup>1</sup>Obstetrician-gynecologist of the Bukhara city maternity complex

<sup>2</sup>Head of Department of Obstetrics and Gynecology №1 Bukhara State Medical Institute, DSc, Professor

<sup>3</sup>Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology №1 Bukhara State Medical Institute, PhD

**Summary.** The article presents the results of studying the risk factors for urinary tract infection and its impact on the development of preterm labor. A prospective analysis was carried out. To solve the tasks set in the work, 128 women (Group I - 65 women with IUSs and the threat of PL and II 63 women with PL group without infections) and 25 women in the control group were conditionally healthy pregnant women who underwent enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), metalloproteinase level 12 (ADAM 12), cystatin C, RBP4 in

blood serum. In the venous blood, the indicators of the hemostasis system were studied, the microbiocenoses of the vagina and the general analysis of urine in women with a threat were studied.

**Key words:** urinary tract infections, asymptomatic bacteriuria, pregnancy, preterm birth.

In recent years, the frequency of preterm birth in Uzbekistan remains within 9-15%, in Europe - 5-9%, and in the USA it even increased to 9-12%. Perinatal mortality in preterm infants is observed more than 33 times more often than in full-term infants. In addition, about 70% of early neonatal deaths are due to prematurity. To date, the solution to this problem lies in the timely diagnosis and subsequent prevention of the threat of PL. Despite the presence of a large number of clinical and laboratory methods for diagnosing threatening preterm, the issue of predicting the outcome of pregnancy and methods of treatment for the mother and fetus cannot be considered definitively resolved.

**Purpose of the study:** To achieve early diagnosis of the threat of preterm labor against the background of urinary tract infection, taking into account the study of biochemical markers and to develop a scale for predicting the risk of developing a threat to childbirth.

**Materials and methods:** To solve the tasks set in the work, 128 women (Group I - 65 women with USGs and the threat of PL and II - 63 women with PL without infections) and 25 control women are conditionally healthy pregnant women who will undergo enzyme immunoassay (ELISA). Level of metalloproteinase 12 (ADAM 12), cystatin C, RBP4 in blood serum. In venous blood, indicators of the hemostasis system will be studied. The microbiocenoses of the vagina and urine in women with the threat of PL will be studied.

**Results:** To solve the set tasks, a prospective analysis of the data was studied. The selection criteria for patients was the selection of high-risk pregnant groups, with various obstetric and somatic pathologies, with a gestation period of 22-36  $\geq$  weeks. When collecting an anamnesis, we took into account the place of residence of the patients, since this could depend on the period for pregnant

women to see a doctor and receive asymptomatic bacteriuria during treatment and early diagnosis. It turned out that among the patients there were more women living in urban areas, while among the women of the control group there were more women living in the village. We also took into account the structure of employment of patients. Among the contingent of those examined with a physiologically proceeding pregnancy, there were more women working (32%), and among the patients in the main group there were more of those who were housewives (/60.3%). Among patients with PR, the group without infections was also dominated by female employees (69,5%).

**Conclusion.** The results of the analysis showed that the risk factors for acute gestational pyelonephritis should include: nulliparous women (73,8%) in the second half of pregnancy, with a burdened obstetric and gynecological history (72,1%) and the presence of extragenital diseases with a prevalence of foci of chronic infection. The occurrence of gestational pyelonephritis increases the risk of developing placental insufficiency up to 47.5%, amniotic fluid pathology - up to 29,5%, fetal growth retardation - up to 27.9%, gestational arterial hypertension - up to 40,9%, and severe preeclampsia - up to 11,5%. In addition, after acute gestational pyelonephritis, the probability of preterm birth increases to 14,8% and the frequency of operative delivery increases to 32.8%. Thus, the above markers are a prognostic marker of urogenital infections at the risk of developing preterm labor, which is the main informative markers for the prevention of infectious diseases and septic complications at the risk of developing PL and perinatal lesions.

# **МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКА ДО И ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ АДНЕКСЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Гашимова А.И.<sup>1</sup>, Соломатина А.А.<sup>1</sup>, Тюменцева М.Ю.<sup>1</sup>,  
Братчикова О.В.<sup>1</sup>, Тумасян Е.А.<sup>1</sup>, Халиефаева З.З.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация.

**Актуальность:** в настоящее время отмечено увеличение частоты 25,4 – 31,2 % выполнения оргоаноуносящих операций в репродуктивном возрасте, что диктует необходимость дальнейших клинических исследований. Полемичным остается вопрос о возникновении компенсаторных механизмов и степени влияния односторонней аднексэктомии по поводу доброкачественных опухолей яичников (ДОЯ) на репродуктивный потенциал женщины.

**Цель исследования:** изучить морфо-функциональное состояние коллатерального яичника, определить персонифицированный подход к ведению пациенток репродуктивного возраста до и после односторонней аднексэктомии по поводу ДОЯ.

**Материалы и методы исследования:** в проспективное клиническое исследование включено 113 обследуемых с ДОЯ, с учетом патогистологической принадлежности распределены на 2 группы: в I группу вошли 62 пациентки с эпителиальными опухолями яичников (ЭОЯ), во II - 51 со зрелыми тератомами (ЗТ). Возраст  $31,2 \pm 7,6$  лет. Длительность персистенции опухолей в группе с ЭОЯ составило  $3,9 \pm 1,3$  года, в группе со ЗТ- $2,8 \pm 1,1$  года. Величина опухоли у наблюдаемых с ЭОЯ составила  $9,78 \pm 2,09$  см, у пациенток с ЗТ  $5,23 \pm 0,76$  см. До и спустя

6-12 месяцев после аднексэктомии осуществлялась сонографическая оценка морфо- функционального состояния яичника (аппарат Logiq E9 (General Electrics, США), 8-13 МГц): изучали объем неизменной ткани яичника ( $V$ ,  $\text{см}^3$ ), количество антральных фолликулов (КАФ), уровень антимюллера гормона (АМГ, нг/мл). В качестве референсных значений АМГ опирались на критерии Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (ESHRE), для сниженного ОР: КАФ менее 5-7, объем яичника менее  $6,0 \text{ см}^3$ , АМГ менее 1,0-1,2 нг/мл. К неизменному ОР относится: КАФ более 5-7, объем яичника от  $6,0 \text{ см}^3$ , АМГ 1,2-2,5 нг/мл.

**Результаты и обсуждение:** до оперативного вмешательства в I группе:  $V=6,31\pm 3,41 \text{ см}^3$ ,  $\text{КАФ}=4,73\pm 2,63$ ,  $\text{АМГ}=1,89\pm 0,6 \text{ нг/мл}$ . Во II группе:  $V=7,24\pm 2,30 \text{ см}^3$ ,  $\text{КАФ}=5,86\pm 1,35$ ,  $\text{АМГ}=2,34\pm 0,8 \text{ нг/мл}$ . Спустя полгода после операции в когорте ЭОЯ у 20 (32,3%) наблюдаемых отмечено компенсаторное увеличение коллатерального яичника в 1,8 раза ( $11,35\pm 1,98 \text{ см}^3$ ), за счет формирования ретенционных кист, что свидетельствовало о высокой степени истощения фолликулярного пула. У 42 (67,7%) значимого увеличения объема ткани яичника отмечено не было ( $7,98\pm 2,13 \text{ см}^3$ ). У исследуемых с ретенционными образованиями обнаружено снижение секреторной активности гранулезных клеток, что сопряжено со снижением АМГ в 2,0 раза ( $0,92\pm 0,4 \text{ нг/мл}$ ), у остальных концентрация не отличалась от предоперационных значений ( $1,72\pm 0,45 \text{ нг/мл}$ ). В группе ЗТ полученные изменения были статистически не значимы:  $V=8,54\pm 1,75 \text{ см}^3$ ,  $\text{КАФ}=6,34\pm 1,47$ ,  $\text{АМГ}=2,02\pm 0,6 \text{ нг/мл}$ . Через год динамического наблюдения у пациенток с ретенционными кистами в группе ЭОЯ отмечено снижение объема овариальной ткани ( $8,20\pm 2,64 \text{ см}^3$ ) в следствие регресса функциональных образований и нивелирования признаков викарной гипертрофии; содержание АМГ не претерпевало значимых изменений ( $1,24\pm 0,9 \text{ нг/мл}$ ). Среди обследуемых со ЗТ ультразвуковые и биохимический

параметры сохранялись статичными:  $V=7,45\pm 3,39$  см<sup>3</sup>,  $КАФ=7,20\pm 1,77$ ,  $АМГ=2,43\pm 1,1$  нг/мл.

**Выводы:** до оперативного вмешательства у обследуемых с ЭОЯ зафиксировано исходное снижение ОР, что, вероятно, обусловлено патоморфологической принадлежностью, длительностью заболевания и величиной опухоли. К году послеоперационного периода при ЭОЯ установлена тенденция улучшению морфо-функционального состояния яичника, тогда как у пациенток со ЗТ достоверных изменений в процессе динамического наблюдения не было.

## **RM-IV И RM-V ПРИ ДООПЕРАЦИОННОМ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ХАРАКТЕРА ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У БЕРЕМЕННЫХ**

Герасимова А.А.<sup>1</sup>, Шевченко Ю.В.<sup>1</sup>, Клименко П.А.<sup>1</sup>,  
Ашрафян Л.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup>Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В. И. Кулакова, Москва, Российская Федерация

**Актуальность:** известно, что правильно выбранная тактика особенно важна у беременных и зависит от характера образования яичника, установленного в результате применения специальных методов исследования. В акушерской практике у пациенток с опухолями яичников недопустимы ошибки как первого рода (ложноположительная ошибка — определить болезнь, когда ее нет), так и второго (ложноотрицательная ошибка — неопознанная болезнь). Ошибки первого рода могут привести к необоснованному хирургическому лечению опухолей

в период раннего эмбриогенеза и плацентации и, возможно, к потери желанной беременности, второго рода — без лечения вызвать резкое прогрессирование заболевания. Считается, что оценка RMI наиболее информативна в дифференциально-диагностическом поиске.

**Цель исследования:** определение RMI-IV и RMI-V при дооперационном неинвазивном прогнозировании характера опухолей яичников у беременных.

**Материалы и методы:** были отобраны ретро- и проспективные данные клиничко-лабораторного обследования 114 беременных в возрасте 20-38 лет (медиана - 31,3 года), из которых 15 пациенток со злокачественными опухолями яичников (ЗОЯ), 28 пациенток с пограничными опухолями яичников (ПОЯ) и 71 пациентка с доброкачественными новообразованиями яичников (ДОЯ). УЗИ проводили на аппарате Voluson E8 (GE; США) с использованием трансабдоминальной и трансвагинальной цветовой доплерографии и импульсноволновой доплерометрии. Концентрацию СА-125 исследовали с помощью иммуноферментного анализа с использованием тест-системы производителя (Siemens; Германия). Для оценки риска рака яичников (РЯ) использовали комбинированные оценки показателей риска РЯ (Risk of malignancy index, RMI) в модификации IV, V.

**Результаты и обсуждение:** проведенные исследования показали, что по сравнению с группой беременных с ДОЯ, пациентки с ПОЯ и ЗОЯ демонстрировали повышенный уровень RMI-IV и RMI-V. Индивидуальный анализ показал, что в группе беременных с ДОЯ наибольшие значения RMI-IV (540-2888) и RMI-V (200-1444) были зарегистрированы у пациенток с двухсторонним глубоким эндометриозом яичников. При остальных ДОЯ уровни RMI-IV и RMI-V варьировали между указанными значениями. При пограничных серозных опухолях наблюдались как небольшие, так и высокие значения RMI-IV (8,9-1776) и RMI-V (15-888). Следовательно, по изучаемым



индексам малигнизации дифференцировать ДОЯ и ПОЯ не удалось. При ЗОЯ уровень RMI-IV колебался от 123,2 до 5631, RMI-V - от 61,6 до 2815,6, в каждом третьем наблюдении превышая показатели пациенток с ДОЯ. Статистически значимые различия были выявлены у больных ЗОЯ в IIIС стадии опухолевого процесса: при опухоли желточного мешка уровень RMI-IV составил 1016, RMI-V - 508, при серозной аденокарциноме RMI-IV достигал значения 5631,2, RMI-V - 2815,6. Высокие показатели диагностических алгоритмов обнаружены также у пациенток с дисгерминомами IA стадии: RMI-IV - от 1152 до 2168, RMI-V - от 567 до 1084. При распределении частоты наблюдений по десятичной логарифмической шкале RMI-IV и RMI-V определены интервалы значений индексов, в которых перекрещиваются результаты всех трех групп. Для RMI-IV эти значения составили 100 и 1200, для RMI-V - 70 и 1200. В этих интервалах с помощью индексов RMI невозможно было определить, к какой группе относится та или иная опухоль у беременной, поэтому пациенток со значениями RMI от 70 до 1200 следует подвергать дополнительным методам обследования.

**Вывод:** для дооперационного прогнозирования характера опухолей яичников у беременных требуется комплексное клиническое обследование с использованием визуализационных методов, а также применение моделей прогнозирования, учитывающих большое количество описательных «морфологических» характеристик опухолей.

# ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

*Гозиева Ш.С.*

Ассистент кафедры 1-Акушерство и гинекологии Андижанского государственного института.

**Аннотация.** Высокая значимость гипертензивных расстройств прежде всего обусловлена его широкой распространенностью и тем что артериальная гипертензия является важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых заболеваний, часто ассоциируемые со беременностью и его осложнениями. Проблемы гипертензивных расстройств у женщин и, в том числе, у беременных частности, колоссальный и требуются их решать особенно с акцентом на отправную точку начала заболевания.

**Цель работы:** изучить распространенность гипертензивных расстройств, региональных аспектов формирования факторов риска, особенностей течения, лечения и возможных путей профилактики этих состояний в популяции женщин беременных Ферганской долины.

**Задачи исследования:** Изучить и оценить распространённость гипертензивных расстройств популяции беременных с использованием Европейских и Американских новых диагностических критериев. Разработать персонализированный подход к профилактике гипертензивных расстройств, их факторов риска и осложнений в популяции женщин-беременных, проживающих в условиях Ферганской долины Узбекистана.

**Материалы и методы исследования.** В рамках данного исследование сформирована стратифицированная многоступенчатая случайная выборка из 1500 беременных женщин. Используются общеклиническое исследование (антропометрический, общий анализ крови, мочи, биохимический

анализ крови с исследованием показателей липидного спектра (холестерин, триглицериды), исследование гликозированного гемоглобина, сывороточного железа, сахара в крови, электролитов в крови ( $\text{Na}^{++}$ ,  $\text{K}^{++}$ ,  $\text{Mg}^{++}$ , Цинка и др.), опросных и инструментальных (ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ внутренних органов), а также специальных акушерских исследований.

**Результаты исследования:** Показана роль эпидемиологических исследований в раннем выявлении и профилактировании артериальной гипертонии, её факторов риска и осложнений в популяции беременных женщин. Получены новые данные о распространенности факторов риска артериальной гипертонии и особенностях их формирования у беременных в условиях Ферганской долины Узбекистана.

## **ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ.**

Гозиева Ш.С.

Ассистент кафедры 1-Акушерство и гинекологии Андижанского государственного института

**Аннотация.** Во всем мире, во всех специальностях в том числе в акушерстве - гинекологии особенно у женщин - беременных артериальная гипертония (АГ) остаётся одной из самых актуальных медико - социальных проблем. Высокая значимость гипертензивных расстройств (ГР) прежде всего обусловлена его широкой распространенностью и тем что АГ является важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых заболеваний, часто ассоциируемые со беременностью и его осложнениями.

**Цель работы:** изучить распространенность гипертензивных расстройств, региональных аспектов формирования факторов риска, особенностей течения, лечения и возможных путей профилактики этих состояний в популяции женщин беременных Ферганской долины.

**Задачи исследования:**

1. Изучить и оценить распространённость гипертензивных расстройств популяции беременных с использованием Европейских и Американских новых диагностических критериев.

2. Оценить идеологические особенности выявляемой факторов риска артериальной гипертензии в популяции беременных женщин ( на примере Андижанского региона Ферганской долины).

**Материалы и методы исследования.**

Для исследования будут включено репрезентативная выборка популяции женщин беременных, сформированная по спискам беременных женщин, состоящих на учёте в поликлиниках и проходивших стационарное лечение в отделениях Перинатальном центре и комплексов г Андижана. В рамках данного исследование будет сформирована стратифицированная многоступенчатая случайная выборка из 1500 беременных женщин.

**Результаты работы.**

Продемонстрированы характерные особенности поражения органов мишеней в популяции беременных женщин с гипертензивными расстройствами. Проведён фармакоэпидемиологический анализ согласно рекомендациям РКО(2018) и АСС/АНА по лечению артериальной гипертензии от 2017 г. с оценкой в популяции беременных потребности в назначении антигипертензивной терапии и предложением в акушерскую практику инновационных методов фармакоэпидемиологического мониторинга и профилактики.

# ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ЛЁГКОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Давлетова Д.М.

Ташкентская медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии №2, Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Оставаясь одной из ведущих причин материнской и младенческой патологии и смертности, преэклампсия даже в конце второй декады XXI века является одной из самых малоизученных акушерских патологий. Этиология преэклампсии и её роль в развитии плацентарной дисфункции остается предметом широких дискуссий.

**Цель исследования:** оценить эффективность препарата L аргинин в коррекции маточно – плодово - плацентарной дисфункции у беременных с легкой формой преэклампсии.

**Материалы и методы исследований.** Все женщины были разделены на две группы, I группа (n=40) составили беременные, которых вели по общепринятой методике согласно национальному руководству; во II (n=60) к лечению добавляли инфузионный раствор Тивортин (L аргинин) 4,2% - 100 мл 1 раз в день в течение 7–10 дней. Дозировки выбраны согласно патогенетическому подходу к оценке тяжести состояния и инструкции для медицинского применения лекарственного средства. В исследование были включены пациентки с нарушением маточно плацентарно плодового кровотока (МППК) – 1Б степени.

**Результаты исследований.** На I м этапе исследования, при доплерометрическом исследовании кровотока в маточно-плацентарно-плодовом комплексе в исследуемых группах исходные параметры КСК (ИР), соответствовали субкомпенсированной форме хронической плацентарной недостаточности (ХПН) - нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока – МППК – 1Б степени. После проведенной

терапии на 7 сутки (II этап), в I группе в левой и правой маточной артерии по прежнему отмечали значительное снижение кровотока по сравнению с исходными данными. В то время как во II группе, наблюдали достоверное улучшение исследуемых показателей относительно исходных величин. Так ИР в левой маточной артерии был достоверно ниже исхода на 20%, а в правой на 5,9%. Сравнительная оценка ИР в левой и правой маточной артерии в I группе относительно II, показало достоверное их увеличение. В фетоплацентарном комплексе (ФПК), по-прежнему сохранялось значительное усиление кровотока в артерии пуповины в I группе и следует расценивать как централизацию гемодинамики плода, в то время как во II, он был на 20,6% ниже исходных величин, что указывает на улучшение кровотока и уменьшение централизации кровообращения. Сравнительная оценка ИР в артерии пуповины показала, что во II группе он был значительно ниже на 20,6% ( $P < 0,05$ ) по сравнению с I, что указывало на значительное улучшение кровотока в ФПК.

**Выводы.** Эффективность коррекции плацентарной дисфункции заключается в следующем: улучшение маточно-плацентарно-плодового кровотока; снижение числа перехода легкой степени преэклампсии в тяжелую степень.

## ПРОБЛЕМА ВИЗИТОВ К ВРАЧУ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Данияров А.А.<sup>1</sup>, Умаров А.А.<sup>2</sup>, Гадоева Д.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Республика  
Узбекистан

<sup>2</sup>Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Республика  
Узбекистан

<sup>3</sup>Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент Республика  
Узбекистан

**Актуальность:** В Узбекистане с 16 марта 2020 года Специальной комиссией был введен карантин по всей Республике с целью снижения распространения коронавирусной инфекции. В связи с этим во время пандемии коронавирусной инфекции женщины боялись находиться в общественных местах, а именно в медицинских учреждениях где имела высокая вероятность риска заражения коронавирусной инфекцией, во вторых боязнь и не доступность данного метода приводило к тому что нежелательная беременность прогрессировала и приходилось прерывать беременность в более поздние сроки которое чревато высоким процентом прерывание беременности хирургическим путем. как было изложено выше. Чем раньше прерывается нежеланная беременность тем меньше осложнений и меньше риска для неудачных результатов. С другой стороны во время карантина было остановлено передвижения общественного транспорта вплоть до прекращения передвижения частного транспортного средства. В связи с этим женщины которым проводилось медикаментозное прерывание беременности откладывали визит к врачу и теряли драгоценное время при повторных визитах во время пандемии COVID-19.

Медикаментозный аборт широко применяется на практике благодаря высокой эффективности, так как в этом методе не используются анестезиологические методы, психологические

травмы наблюдаемые у женщин немногочисленны. Значительно снижается осложнения наблюдаемых при хирургическом аборте.

**Цель:** «Изучить проблемы визитов и оценка качества дистанционного аборта у женщин во время пандемии COVID-19».

**Материалы и методы.** Во 2-клинике Ташкентской Медицинской Академии при проведении исследовательской научной работы 50 женщинам у которых имелась проблема с визитами к врачу выдан инструмент анкета вопросник и низко чувствительный тест на беременность для медикаментозного прерывание беременности в домашних условиях.

**Результаты:** Эффективность дистанционного медикаментозного аборта составила 96% .

Анализ показал что у 72% женщин имелась проблема с визитами тогда как у 28% женщин проблема с визитами отсутствовала.

При анализе данных основными факторами трудностей визитов у 42% было отсутствие транспорта у 38% женщин были семейные проблемы и 54% женщин боялись выходить на улицу и заразится короновирусной инфекцией.

**Обсуждение:** Исследование доказывает что во время пандемии COVID-19 в в основном страдали визиты к врачу так как у большинства исследуемых имелись проблемы с передвижениями на улице и боязнь короновирусной инфекции, но оптимизация медикаментозного аборта доказала свою эффективность и не уступала от стандартных методов.

**Выводы:** В связи с вышеизложенным дистанционное консультирование и анкетирование с использованием низкочувствительного теста на беременность по медикаментозному прерыванию беременности имеющих проблемы с визитами во время пандемии COVID-19 может положительно повлиять на качество и доступность медикаментозного прерывания беременности у женщин которым пандемия COVID-19 создает неудобства и для которых некоторые аспекты данного метода остаются не понятными и вызывают чувство страха.



# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭНДОМЕТРИОЗА В ГИНЕКОЛОГИИ

Джумаева С.Т<sup>1</sup>, Муминова Н.Х<sup>2</sup>.

1. Центр развития повышения квалификации медицинских  
работников

Филиал Навои, Узбекистан

2. Центр развития повышения квалификации медицинских  
работников

Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Качество жизни женщин репродуктивного периода имеет ряд своих особенностей и гинекологические заболевания имеют немаловажную роль в его становлении.

*Женщины репродуктивного возраста с эндометриозом (ЭН) часто обращаются в специалисту по поводу тазовой боли (34%), бесплодия (37%) и с нарушением менструального цикла и эта патология является частой причиной бесплодия.*

**Целью настоящего** исследования явилось анализ анамнестических данных и диагностических тестов пациенток репродуктивного периода с ЭН.

**Материал и методы исследования** 38 женщин репродуктивного возраста с эндометриозом различного генеза, у которых возраст колебался от 19 до 39 лет, составляя, в среднем,  $26,6 \pm 1,6$  года. Из них 22 (57,9%) служащими, 16 (42,1%) – домохозяйками.

Менархе у больных: 10-12 лет – 5 (13,1%), 13-15 лет – 11 (23,7%), 16-18 лет – 22 (57,9%). Нормопонирующий цикл у 9 (23,7%), антепонирующий – у 12 (31,6%), постпонирующий – у 17 (44,7%) пациенток. Менструальный цикл был циклическим у 9, ациклическим у 29. Нарушения менструального цикла по типу олигоопсоменореи 6, гиперполименорея- 19, нормальные кровопотеря во время цикла у 13.

На первичное бесплодие в анамнезе указывали 22 беременных с продолжительностью, в среднем, от 1 до 3,5 лет, на вторичное 8.

Характерной особенностью анамнеза больных с ЭН были спонтанное прерывание более 2/3 всех беременностей в первом триместре (67,8%), половина из них – до 8 недель беременности. Второй пик увеличения частоты самопроизвольных выкидышей был 13-20 недель, неразвивающаяся беременность (10,5%).

Диагноз ЭН выставляли по данным УЗИ (38), МРТ (13) и на основании жалоб и клиники (тазовая боль, диспаренуния, нарушения цикла).

Из методов исследования всем 38 пациенткам включали определение содержания в сыворотке крови ФСГ, ЛГ, эстрадиола (Е), прогестерона(Рg), АМГ, ингибин\_В методом ИХЛА на 5-8-й день менструального цикла, при ациклическом в любой день

**Результаты исследования.** Из инструментальных исследований для диагностики проводили УЗИ органов малого таза: в яичниках были обнаружены узелковые включения в 3 х случаях с одной стороны, в двух -с обеих сторон размерами 2х3-3,5см, часто округлое образование появлялся сбоку от матки или позади нее, а также структура яичников и окружающих тканей была неоднородной

В остальных 29 случаях при аденомиозе: в 19 случаях утолщение и ассиметричность матки с нечеткой границей эндометрия и различного размера образований узелкового типа, в 10 -в маточных стенках были образования размерами от 1,5-5мм, с нечеткими контурами эндометрия.

Из гормонов: особых различий в показателях ФСГ и ЛГ ( $6,2 \pm 0,3$  и  $8,4 \pm 0,5$  mIU/ml )не было, а вот Е и Рg ( $55,29 \pm 2,3^*$  и  $172,5 \pm 10,4^*$  пг/мл ) был не достоверно низким, в сравнении с группой контроля.

Показатели ингибин-В и АМГ также особо не отличались от данных здоовых женщин.

**Обсуждения результатов.** Анализируя данные обследованных женщин с ЭН мы хотели перечислить методы исследования по мере их значимости и необходимости для постановки точного диагноза: сбор анамнеза, с выяснением наследственных заболеваний, характерные жалобы пациентки,

объективный осмотр, УЗИ, исследования гормонов в крови и для точной верификации или дифдиагностики ЭН рекомендуем МРТ.

Показатели гормонов свидетельствуют в основном о органическом поражении матки и других органов женской половой сферы и ни всегда дают изменения в гормональном статусе.

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

Джумаева С.Т<sup>1</sup>.

Центр развития повышения квалификации медицинских  
работников  
Филиал Навои ,Узбекистан

**Актуальность.** Эндометриоз встречается у 6–10% женщин репродуктивного возраста. Циклические кровотечения из эктопических эндометриальных очагов приводят к развитию воспаления, рубцеванию и спаечному процессу, что сопровождается такими клиническими симптомами, как хроническая тазовая боль, дисменорея, диспареуния, дизурия.

**Целью настоящего** исследования явилось определить значимость диагностических критериев по мере их применения при эндометриозе.

**Материал и методы исследования** Были организованы 2 группы-основная- 38 женщин репродуктивного возраста с эндометриозом (ЭН) и из них с сочетанной с поликистозом яичников (ПКЯ ) были 5 -всем проанализировали течение болезни, с сравнением анализов и диагностических исследований с данными здоровых 30 женщин контрольной группы..

Возраст пациенток составил в среднем  $26,6 \pm 1,6$  года.

Для установления значимости диагностических . параметров при ЭН мы проводили УЗИ, исследование гормонального статуса

и при сочетании ЭН с другими опухолевидными заболеваниями яичников и матки проверяли на онкомаркер - СА-125.

**Результаты собственных исследований УЗИ** проведенное на 25-28 -е дни цикла: увеличение переднезаднего отдела матки с гиперэхогенностью миометрия, шейка матки у 19 была деформирована, также размытость между эндометрием и миометрием были у 20 пациенток и во всех случаях (28) диагностированы анэхогенные образования округлого размера от 6 до 11мм в диаметре..

УЗИ эндометриоза яичников был представлен образованиями чаще односторонними размерами -4-8 мм с мелкодисперсным содержимым, с плотной капсулой.

При спорных случаях мы проводили МРТ для возможности отличить эндометриодную кисту от других новообразований, таких у нас было из 28 у 1 пациентки с ЭН.

Показатели ЛГ , эстрадиола и свободного тестостерона были достоверно высокими: 10,6 mIU/ml, 132,2± 9,5 пг/мл и 2,3±0,2 пг/мл , тогда как ФСГ 5,3 mIU/ml и Pg -56,3±1,3 пг/мл.

Показатель СА-125 у 5 пациенток варьировал в пределах 11-21 Ед/мл. что означало отсутствие опухолей яичников другого генеза.

**Обсуждение.** При диагностики ЭН самый надежный и доступным методом диагностики является УЗИ, с помощью коорого мы во всех случаях визуализировали эндометриодные очаги в матке и в яичниках.

Изменения в гормональном статусе свидетельствует о том, что ЭН относится к опухолевидным состояниям с изменениями в гормональном статусе .

**Выводы.** Для диагностики эндометриоза как в матке, так и в яичниках предпочтительным методом диагностики является ультразвуковой метод, который считается неинвазивным и доступным, при сочетанных патологиях ЭН и ПКЯ рекомендуем для дифференциальной диагностики МРТ.

Данные гормонального статуса пациенток с ЭН позволяет учитывать при назначении гормональной коррекции как с целью

лечения, так и с целью улучшения качества жизни женщин репродуктивного периода .

А также для дифференциальной диагностики рекомендуем гормональный профиль пациенток с ЭН, которые не достоверно отличаются от данных здоровых женщин.

При эндометризе яичников, кроме УЗИ и гормонального статуса рекомендуем в спорных случаях проверить СА-125, для исключения новообразований в яичниках.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ**

*Джумамуратова Зумрад Азатбай кизи*

*Курбанов Баходир Бобирович*

*Ташкентский Педиатрический Медицинский института*

**Аннотация:** В статье рассматривается профилактика опущения культи влагалища и стрессового недержания мочи. Использование синтетических лент показано при генитальном пролапсе пациенткам с экстрагенитальной патологией, пожилым женщинам, больным с ожирением, ранее оперированным пациенткам.

**Ключевые слова:** стрессовое недержание мочи, синтетическое ленты, пролапса гениталий, культи влагалища, слинговые операции.

Существующие методы операции стрессового недержания мочи не всегда радикально устраняют патологию, в связи с чем возникает необходимость разработки новых методов операции с использованием синтетических материалов для укрепления связочного аппарата матки и подвешивание культи влагалища.

Использование синтетической ленты и TVT-0 во время операции – высокоэффективный метод с относительно низкой частотой послеоперационных осложнений и отсутствии рецидивов опущения культи влагалища. Эти операции в связи с их сложностью должны выполняться хирургами-гинекологами

высокой квалификации, имеющими достаточный опыт тазовой хирургии. Исследование проведено 65 пациенткам, которым были проведены операции по поводу коррекции пролапса гениталий обратившихся в ГРК №6. Все обследуемые были разделены на две группы, в зависимости от способа проведенного хирургического вмешательства. В первую группу включены 35 пациенток, которым были проведены операции экстирпации матки влагалищным доступом по новой технологии с укреплением связочного аппарата и фиксацией культи влагалища с использованием синтетической проленовой ленты и TVT-0. Во вторую группу включены 30 пациенток, которым были проведены операции традиционная влагалищная гистерэктомия в сочетании с передней и задней кольпоррафией. Были проведены у 35 женщин операции экстирпации матки влагалищным доступом по новой технологии с укреплением связочного аппарата и фиксацией культи влагалища с использованием синтетической проленовой ленты, из них у 27 пациенток со стрессорным недержанием мочи дополнительно проведены slingовые операции (9 – TVT и 18 – TVT-0). Во всех случаях был достигнут требуемый результат – недержание мочи было устранено. Интраоперационных осложнений не было. В одном наблюдении в послеоперационном периоде диагностировано затрудненное мочеиспускание, которое легко устранилось натяжением ленты через уретру. Нами выполнено 30 операций по обтураторному методу. Интраоперационных осложнений не выявлено. Эрозий влагалища отмечено не было. В послеоперационном периоде все пациентки отметили полную нормализацию функции мочеиспускания. По нашему мнению метод обтураторного проведения слинга имеет преимущества перед позадилонным.

Использование синтетических лент показано при генитальном пролапсе пациенткам с экстрагенитальной патологией, пожилым женщинам, больным с ожирением, ранее оперированным пациенткам. Сочетание новой методики с операцией TVT способствует ликвидации рецидива пролапса и недержания мочи.

# KORONAVIRUS INFEKTSIYASI BILAN KASALLANGAN ONALARDAN TUG'ILGAN CHAQALOQLAR HOLATIGA COVID-19 TA'SIRI

<sup>1</sup>Djumaniyozova Gulsara Mayliyevna, <sup>2</sup>Yo'ldoshev Baxrom Sobirjanovich

Toshken tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

21-asrda koronavirus infeksiyasi “atipik” kechishga ega bo‘lgan jamiyat tomonidan orttirilgan pnevmoniyaning qo‘zg‘atuvchisi sifatida dolzarb bo‘lib qoldi. So‘nggi 20 yil ichida odamlarga ta‘sir qiluvchi yangi koronaviruslarning paydo bo‘lishi bilan bog‘liq 3 ta kasallik epidemiyasi kuzatildi. Shunday qilib, 2002 yilda koronavirus aniqlangan SARS-CoV SARS qo‘zg‘atuvchisi bo‘lib, odamlarda og‘ir o‘tkir respirator sindromga olib keldi (SARS, Og‘ir O‘tkir Nafas olish Sindrom -SARS) (Xantoushzadeh S., Shamshirsaz AA, Aleyasin A., Seferovich M. \_ D., Aski S. \_ K., Arian S. \_ E., Pooransari P., Ghotbizadeh F., Alipur S., Sulaymoniy Z., ... va Aagaard K. 2020).

**Tadqiqot maqsadi:** Koronavirus infeksiyasi holatida yo‘ldoshning patomorfologik xususiyatlarini o‘rganish va Xorazm viloyatida yashovchi COVID-19 infeksiyasi bilan kasallangan onalardan tug‘ilgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning holatini baholash.

Hozirgi vaqtda juda oz sonli kuzatishlar mavjud bo‘lib, ular yakuniy xulosalar chiqarishga imkon bermaydi. COVID-19 va homiladorlikning infeksiya bilan kechishi bo‘yicha eng so‘nggi epidemiologik ma‘lumotlarga asoslanib, ona yoki homila uchun xavf ortishi haqida dalillar kam. Bundan tashqari, so‘nggi ma‘lumotlar onadan homilaga infeksiyaning vertikal uzatilishi haqida hech qanday assotsiatsiya yo‘qligini ko‘rsatadi; bu infeksiya bilan bog‘liq homila malformatsiyasi haqida hech qanday dalil ham yo‘q. Shubhasiz, homilador bemorlarni boshqarish akusherlik ko‘rsatkichlari va ona va homilaning holatiga qarab individuallashtirilishi kerak (A.L. Karpova, M.A. Kovaleva, N.Yu. Karpov, A.V. Mostovoy I.M. Chelnokova , S. .Yu. Kirryanov 2022). Shuni hisobga olish kerakki, hozirgi COVID-19 pandemiyasi homilador ayollarda psixologik stress va xavotirni

keltirib chiqarmoqda, bu homiladorlikning borishiga salbiy ta'sir ko'rsatishi va asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Shuning uchun biz tanlagan "Koronavirus infeksiyasida yo'ldoshning patologik xususiyatlari va Covid-19 ning yangi tug'ilgan chaqaloqlar holatiga ta'siri" mavzusi juda dolzarb bo'lib, tahlil amaliy sog'liqni saqlashga homiladorlarga tibbiy yordam ko'rsatishda to'g'ri yondashuvlarni topishga yordam beradi. ayollar, tug'ruqdagi ayollar va OVID bilan yangi tug'ilgan chaqaloqlar -19.

**Xulosa:** Xorazm viloyatida yashovchi koronavirus infeksiyasiga chalingan ayollarning perinatal natijalarini aniqlandi. Ish perinatal patologiyaning platsenta patologiyasi bilan bog'liqligini ochib berdi. Shuningdek, yo'ldoshning immunogistokimyoviy xususiyatlariga ko'ra, onadan homilaga koronavirus infeksiyasining yuqish yo'llari aniqlandi. COVID-19 bilan kasallangan onalardan tug'ilgan chaqaloqlar o'limining bashoratli mezonlari ishlab chiqildi.

## **ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.**

Нажмутдинова Д.К., Джураева Г.Т., Атаходжаева Ф.А.,  
Камилова И.А

Ташкентская медицинская академия, Ташкент. Республика  
Узбекистан.

### **Актуальность.**

Концепция развития здравоохранения и медицинской науки Узбекистана определила приоритетные направления развития отрасли. В нашей Республике из года в год регистрируется высокая рождаемость. Так по данным Госкомстата рождаемость в 2021 году увеличилась на 25,1% по сравнению с 1991 годом. Частые беременности и роды приводят к так называемому "синдрому материнского истощения", который характеризуется тем, что женщина неполноценно питается, анемична и в целом ослаблена биологическими нагрузками многочисленных беременностей и родов.



**Цель:** Изучить факторы, влияющие на количество родов, а также оценить методы работы учреждений первичной медико-санитарной помощи по профилактике нежелательной беременности и родов.

**Материалы и методы исследования:** Для проведения углубленного исследования по определению факторов, влияющих на количество беременностей и родов была составлена комплексная программа и план исследования. Исследования проводились многоступенчатым методом на базе семейных поликлиник Ташкентской и Сурхандарьинской областей была проведена перепись 3563 женщин репродуктивного возраста.

**Результаты исследования:** В результате анализа ответов респондентов определены основные факторы, влияющие на количество беременностей и родов: Фактор 1. Не использование средств контрацепции: По данным исследования 24% женщин репродуктивного возраста не используют средства контрацепции, причинами явились: страх за своё здоровье – 45,1%, не выдают в поликлинике – около 15,4%, нет информации по СК - 12%. Немаловажную роль играет доступность к контрацепции. Больше 55,1% женщин указывают на то, что контрацептивные средства получают в поликлиниках, и затрудняются в приобретении если государство не предоставляет их. Фактор 2. Репродуктивное право: Как показывает опросник, основными лицами, с кем советовались женщины о рождении детей, выступали мужа-64,3%, свекровь – 18,7%, мама – 17%. Фактор 3. Недостаточная информированность: не информированность и нерациональное использование методов контрацепции: 45,5% респондентов отметили страх за своё здоровье. 43,2% беременных женщин отметили, что данная беременность, не была запланированной. Фактор 4. Консультирование: На вопрос к кому удобно и надежно обратиться с вопросами по РЗ и ПС почти 74,2% женщин с вопросами по РЗ предпочли бы к акушер-гинекологу в поликлинике, так как им больше доверяют решение данных вопросов. Основным источником информации о средствах контрацепции служат патронажные медсестры - 44% уровень знаний по методам контрацепции по результатам теста составил – 61%.

**Выводы:** Путь к использованию методов контрацепции включает в себя следующие шаги: знания, отношение и практику. В вопросах репродуктивного здоровья и прав необходимо включить партнеров, так как их роль в вопросах рождения детей достаточна велика. Население, нуждается в обеспечении контрацептивными средствами со стороны государства и необходимо обязательное включение, наиболее используемых средств контрацепции в обязательный пакет. Просветительская работа среди женщин репродуктивного возраста по методам контрацепции, возложена в основном на семейного врача и патронажных мед. сестер, но с другой стороны знания данных специалистов в сфере планировании семьи недостаточны. От предоставленной качественной информации, а также доступности всех видов контрацепции можно было избежать такого большого количества незапланированных родов, а отсюда и их осложнений. Результаты проведенного исследования позволили подготовить научно-обоснованные предложения по улучшению проблем в сфере репродуктивного здоровья женщин.

## **ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Ходжаева Азиза Сагдуллаевна

Джураева Дилфуза Лутпуллаевна

Кафедра Акушерства и гинекологии

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

### **Актуальность.**

Проблема репродуктивного здоровья в современном мире остается одной из самых актуальных, междисциплинарных, поскольку продолжает оставаться неблагоприятной медико-демографическая ситуация и ухудшается здоровье женщин фертильного возраста.

Становление репродуктивной системы представляет собой сложный и длительный процесс развития, начинающийся в раннем перинатальном периоде и завершающийся достижением параметров взрослого организма в конце пубертатного периода. Течение полового созревания зависит как от соматического, так и от психо-эмоциональных изменений, сопровождающих этот возрастной этап. Наиболее неблагоприятным является подростковый возраст (15-17 лет), где частота хронических заболеваний и различных морфофункциональных отклонений не имеет тенденции к снижению. Известно, что социальная значимость репродуктивного потенциала девочек оценивается по распространенности общесоматической заболеваемости, уровню физического и полового развития, гинекологической заболеваемости, психосоциальной готовности к половому партнерству и материнству, а также комплексу факторов, определяющих состояние репродуктивного здоровья

Приоритетными задачами здравоохранения Республики Узбекистан являются охрана материнства и детства, укрепление репродуктивного здоровья населения. Врач общей практики, работая в системе первичного звена здравоохранения, осуществляет профилактику заболеваний на индивидуальном и семейном уровне, проводит анализ социальных и биологических факторов риска, влияющих на здоровье семьи.

Совершенствованием репродуктивного здоровья населения, профилактики материнской заболеваемости и смертности в республике стало расширение мероприятий по планированию семьи, оздоровлению беременных, послеродовой реабилитации, профилактике обострений хронических соматических заболеваний, предупреждению осложнений беременности, сохранение и улучшение репродуктивного здоровья населения на уровне оказания первичной медицинской помощи в условиях первичного амбулаторного звена.

**Материалы и методы исследования.** Основным материалом исследования явились результаты анкетирования,

проводимые среди сотрудников первичного звена медицинского персонала и пациенток Чиназкого района, для определения роли врача общей практики и акушер – гинекологов, а также подростковых врачей в области внедрения программы по охране репродуктивного здоровья женщин, основных методов профилактики, применяемые в службах первичный медико-санитарный помощи.

**Результаты исследования.** Результаты проводимого исследования показали, что знания врачей общей практики о том, в чем заключается просветительская, консультативная и агитационная помощь женщины фертильного возраста в программе по охране репродуктивного здоровья не достаточны. Основными трудностями, с которыми приходится сталкиваться врачам в ведении патронажа среди женщин фертильного возраста в первую очередь являлась нехватка времени, нежелание и недоверие со стороны пациентов. Характеристики данных, полученных в ходе патронажа, были неполными. Как показывают результаты исследования, население заинтересовано в получении знаний о репродуктивном здоровье. Однако среди основных источников информации, касающихся репродуктивного здоровья, врачами первичного звена женщины фертильного возраста отмечены не были. Что косвенно может указывать, насколько неэффективно проводится патронаж и консультативная работа среди женщины фертильного возраста по охране репродуктивного здоровья врачами общей практики служб первичной медико-санитарной помощи.

## СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Ходжаева Азиза Сагдуллаевна.

Джураева Дилфуза Лутпуллаевна

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Ташкент, Узбекистан

**Цель:** изучение синдрома поликистозных яичников у девочек-подростков. Проведена оценка течения пубертатного и юношеского периода у пациенток с этой патологией.

**Методы:** обследованы 86 девочек-подростков в возрасте от 12 до 19 лет с синдромом поликистозных яичников. Проводились: осмотр (с оценкой индекса массы тела и гирсутного числа), УЗИ органов малого таза, а также определение уровня гонадотропных и стероидных гормонов в крови.

**Результаты:** Анамнестически у всех пациентов был выявлен высокий инфекционный индекс (ОРЗ, хронический тонзиллит, детские инфекции) в течении пубертатного периода. Возраст появления менархе не отличался от популяционного (11 – 13 лет), но у всех обследованных имело место олигоменорея. Гирсутное число было увеличено 1,5 – 2 раза, выявлено наличие акне на коже. Отмечено прогрессирование гирсутизма после менархе. В яичниковой ткани выявлены изменения: множество мелкокистозных включений, увеличение размеров яичников. В крови выявлено повышение уровней лютеинизирующего гормона, тестостерона. Лечение было направлено на создание рационального режима учебы и отдыха, включало прием растительных седативных препаратов, нормализацию массы тела, циклическую витаминотерапию. У 12 пациенток в возрасте 16-17 лет (более 5 лет с момента менархе), потребовалось назначение гормональной терапии (Ципротерон ацетат) прерывистыми курсами.

**Выводы:** у девочек-подростков с яичниковой гиперандрогенией вследствие поликистозных яичников отмечается осложненное течение пубертатного и юношеского периодов. Лечение должно включать рациональную диету, негормональную терапию. При длительности заболевания более 5 лет показано рациональное назначение гормональных препаратов.

## **ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЩЕЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Дустова Нигора Кахрамоновна,  
Гайбуллаева Нигина Фахриддиновна

Бухарский государственный медицинский институт

**Введение.** По эпидемиологическим исследованиям было выявлено, что риском заражения подвержены люди любого возраста, однако степень тяжести заболевания связана с возрастом и сопутствующими заболеваниями. Больные раком, инфицированные SARS-CoV-2, показали более высокий риск тяжелых осложнений и уровень смертности по сравнению с пациентами без таких заболеваний. Беременные существующими гипертензивными состояниями и сахарном диабетом, перенесли новую коронавирусную инфекцию с большим количеством осложнений. Более высокая уязвимость этих пациентов, возможно было связано снижением иммунной системой из-за основных заболеваний или побочных эффектов лечения, включая роды и хирургические вмешательства. Несмотря на то, что продолжается информирование о данной заболевании, информация о беременности и послеродового периода остается еще ограниченной.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в течение 26 дней, начиная с первого случая полимеразной цепной реакции (ПЦР) - подтвержденного случая COVID-19 в нашем учреждении с 9 сентября 2020 года. Было оценено клиническая

характеристика, тяжесть заболевания и продолжительность пребывания в больнице.

**Результаты исследования:** В исследование были включены 27 беременных женщин с COVID-19, которые имели положительные результаты полимеразной цепной реакции обратной транскрипции (ОТ-ПЦР) из респираторных образцов. Возраст пациенток был от 21 до 36 лет, средний возраст составлял  $28,5 \pm 1,5$  лет. В течение 2-недельного периода исследования 9 из 27 женщин (67,4%), поступивших в стационар, сообщили о симптомах, соответствующих COVID-19, которые имели положительный результат ПЦР-теста. Среди них 6 (69%) сообщили о симптомах COVID-19 в качестве основных жалоб кашель и высокую температуру  $< 38,4$  °C, а 3 (31%) заявили о первичных акушерских жалобах, но при рутинном скрининге были определены как симптомы. Наиболее частым симптомом при поступлении был сухой кашель ( $n = 7$ , 65,6%), отсутствие обаяние и вкуса ( $n = 7$ , 65,6%) за которым следовали лихорадка ( $n = 9$ , 48,3%) и миалгии ( $n = 3$ , 37,9%). *Исследование лабораторных данных в динамике беременности у пациенток с COVID-19, показали, что уровни концентрации гемоглобина и количества эритроцитов были достоверно выше и являлись компенсаторно-приспособительной реакцией организма матери. У всех обследованных пациенток имело место анемия:  $Hb - 84,2 \pm 1,3\%$  при пониженных значениях  $Hb$  на 7,7%. Отмечена склонность к тромбоцитопении, ускорение СОЭ на 33,1%, лейкоцитозу. Учитывая высокую значимость COVID-19 как возникновения фактора риска ТЭО, у этих женщин была изучена система свертывания крови, с наличием Д-димеров, ферритина, ФНГ и АЧТВ. Увеличение фибриногена и снижение АЧТВ имело очень важное клиническое значение при выборе доз антикоагулянтных препаратов. Уровень D-димера значительно повышался в тяжелых случаях, что являлся одним их потенциальным фактором риска и основанием для плохого прогноза.*

**Выводы:** по тяжести COVID-19 у беременных женщин отмечалась - 86% легкая, 9,3% - тяжелая. Стратегия универсального тестирования выявила бессимптомных женщин с COVID-19, у многих из которых впоследствии развилось повышение температуры или симптомы болезни. Изменение в системе гемостаза приводили к нарушению не только материнским осложнениям но и нарушение фетоплацентарной системе, и это свидетельствовала о необходимости дальнейших исследований среди беременных женщин и родильниц.

## **PROSPECTIVE FOLLOW-UP OF PRIMIGRAVIDA WITH PREGNANCY HYPERTENSION**

Juraeva Zulfizar Utkirovna,  
Khotamova Matluba Tilavovna

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino,  
Bukhara, Republic of Uzbekistan;

**Purpose of the study**– prospective observation of primigravida with pregnancy hypertension

**Materials and research methods:**prospective controlled 5-year follow-up of primigravida with pregnancy hypertension.

A group of 49 primigravidas with gestational hypertension and an age-matched control group of 49 primigravidas with normal BP were prospectively studied. The 1st group included only those women in whom hypertension was first detected during pregnancy. The group did not include women with hypertension, which was present only during childbirth or in the postpartum period. Monitoring with the determination of blood pressure continued regularly for 5-6 years. At the end of the follow-up period, 21 out of 49 women in group 1 had hypertension requiring treatment (7 women) or borderline hypertension (14 women). Borderline hypertension developed only in 2 women in the control group. The most significant predictor of



subsequent high blood pressure after 5–6 years was the gestational age at which hypertension was first detected.

**Output:** thus, the prognostic factors were the value of the first measurement of diastolic pressure during the observation period, hypertension in the family history, smoking and the age of women.

## **МАКРОСОМИЯ ПЛОДА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ.**

Закирова Н.И., Закирова Ф.И., Абдуллаева Н.Э.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет,  
Самарканд, Республика Узбекистан.

**Актуальность.** В последние годы в мире наблюдается увеличение числа новорожденных с высокой массой тела (макросомией) — «крупных плодов». Социальная значимость проблемы макросомии определяется высокой частотой осложнений при беременности и в родах. Имеющиеся в литературе сведения о внедрении новых акушерских технологий и противоречивость данных диктуют необходимость изучения проблемы на современном уровне.

**Цель.** Выявить клинические аспекты макросомии в современных условиях.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ клинико-anamнестических данных, особенностей течения беременности, родов, состояния новорожденных у 400 беременных, родоразрешившихся в многопрофильной клинике СамГМУ в 2022 году.

**Результаты и их обсуждение.** По данным анализа работы акушерско отделения многопрофильной клиники СамГМУ за 2022 год отмечена тенденция к увеличению частоты рождения новорожденных с макросомией с 10% до 12%. Возраст пациенток колебался от 18 до 35 лет и в среднем составил  $27 \pm 0,5$  лет. При

анализе соматического анамнеза пациенток выявлено, что, чаще новорожденные с макросомией рождались у женщин с ожирением. Анализ паритета родов показал, что число первородящих и повторнородящих среди обследованных составил 38% и 62% соответственно. Среди беременных, родивших крупных детей, в 2 раза больше домохозяек, что связано, по видимому с малоподвижным образом жизни. Наблюдалась высокая общая прибавка массы тела у беременных крупным плодом, которая в определенной степени зависела от питания. Прибавка массы 15 кг и более при беременности наблюдалась у 19,0% женщин с плодом более 4000 г, а прибавка 20 кг и более зарегистрирована у 6,75% женщин. В родах: слабость родовой деятельности наблюдалась у 12 женщин, ДРПО – у 32 женщин, переносимость- у 4 женщин. У 372 (93%) женщин роды велись консервативно, через естественные родового пути, в 28 случаях (7%) произведена операция кесарева сечения. При этом в родах диспропорция головки к размерам таза наблюдалось у 12 женщин, причинами чего явились: наличие неправильного биомеханизма родов, аномалии размеров таза (общеравномерносуженного таза -1,75% и плоского таза- 3%); частота послеродовые кровотечения составил 12%. С крупной массой родилось достоверно больше мальчиков – 13 (3,25%), чем девочек- 11 (2,75%). В перинатальном периоде кефалогематома выявлена у 35 новорожденных, с низкой оценкой по шкале Апгар родилось 40 детей, внутричерепные кровоизлияния отмечены у 2, дистоция плечиков – у 1.

**Вывод:**

1) Частота рождения новорожденных с макросомией составляет, по данным клиники СамГМУ 12%, что согласуется с данными ВОЗ.

2) Установлена зависимость развития крупного плода от конституциональных особенностей матери, паритета родов, социального положения женщин.

3) В большинстве случаев (93%) при макросомии роды возможны через естественные родовые пути.

4) При макросомии отмечен рост родового травматизма, перинатальной заболеваемости и смертности среди детей, родившихся с массой 4000,0 и более.

5) С крупной массой рождаются достоверно больше мальчиков, чем девочек.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ**

Закирходжаева Д.А.<sup>1</sup>, Мирзаева Н.Б.<sup>1</sup>, Таджиева М.А.  
<sup>1</sup>, Арипова Ф.С.<sup>1</sup>

Ташкентский педиатрический медицинский институт  
кафедра акушерство и гинекология, детская гинекология.<sup>1</sup>

Микоплазма - патогенный микроорганизм, способный вызывать уретрит у лиц обоего пола, цервицит и воспалительные заболевания органов малого таза у женщин. Урогенитальный микоплазмоз распространен среди взрослых и передается половым путем. Микоплазма встречается в виде носительства среди сексуально активного населения с частотой от 40% до 50%. Степень вирулентности микоплазм как условно-патогенных микроорганизмов весьма незначительна и зависит от их концентрации. Микоплазма не вызывает острых воспалительных процессов. Обычно при наличии цервицитов или вагинитов ее выделяют совместно с другими микроорганизмами (трихомонадами, гонококками, хламидиями или гарднереллами). Микоплазма может появляться и исчезать спонтанно в различные фазы менструального цикла. Отмечена повышенная частота выявления микоплазм в первом триместре беременности, что, очевидно, связано с изменением гормонального состояния

женщины. Поэтому при постановке диагноза у беременных необходимо динамическое наблюдение за развитием инфекционного процесса и обязательное количественное определение возбудителя.

Целью нашего исследования явился сравнительный анализ распространенности микоплазменной инфекции у женщин с различной патологией, 90 женщин фертильного возраста, разделенные на 3 группы стали объектом исследования. Первую группу составили (30) женщин не предъявляющие каких-либо жалоб со стороны мочеполовых органов. Во 2 группу вошли женщины (35), находившиеся на амбулаторном и стационарном лечении в Республиканском центре репродуктивного здоровья населения в связи с жалобами в течение 3 и более месяцев на дизурию, вагинальные выделения, зуд и\или жжение в области наружных половых органов, нарушение менструального цикла и отсутствие беременности в течение определенного времени. 3 группу составили беременные (25) с различным сроком, находящиеся на учете в пригородном комплексе. Из этого количества у 6 женщин имелись жалобы на тянущие боли внизу живота, 5-предъявляли жалобы на выделения и зуд наружных половых органов. Для диагностики микоплазменной инфекции использовали ПЦР и ИФА-методы.

Материалом для исследований служили соскобы эпителиальных клеток из шейки матки, влагалища, уретры. В первой группе *M. genitalium* не была обнаружена ни в одном случае. У женщин 2 группы обследование показало наличие микоплазменной инфекции у 20 женщин. У женщин 3 группы обследование соскобов и сывороток беременных женщин показало наличие микоплазменной инфекции у 18 женщин.

Таким образом, полученные результаты исследований показали отсутствие четкой корреляции между наличием микоплазменной инфекции и клиническими проявлениями воспалительных процессов мочевых и половых органов. У

беременных женщин, при нарушениях репродуктивной функции, воспалительных заболеваниях мочеполовых органов наблюдается увеличение регистрации микоплазменной инфекции в сравнении с нормой в 1,1-2,5раз.

## **POLYCYSTIC OVARIES- THE RELEVANS OF THE PROBLEM IN THE REPRODUCTIVE PERIOD**

Zakhidova K.Sh. <sup>1</sup>

Raximova G.N. <sup>2</sup>

1, 2. Tashkent institute for advanced training of doctors  
Tashkent, Republic of Uzbekistan

**Annotation.** As medical practice shows, over a long period of time of research and study of the polycystic ovary syndrome, a sharp increase in the number of patients was revealed, which seriously affects the health of not only women, but also the development of this disease in the next generation. The problem with polyendocrine syndrome lies in its complications, such as anovulation, multiple metabolic disorders, irregular menstrual cycle, which together lead to infertility. Many authors believe that women with polycystic ovary disease have a high risk of impairment to glucose susceptibility and the development of type II diabetes. This is due to an increase in the hormone testosterone, which is the main male hormone, and as we know, in healthy women of reproductive age, its concentration is a small amount of 0.13 - 3.09 pg / ml.

**Key words:** hyperandrogenism, reproductive age, ovarian sclerocystic disease, type 2 diabetes mellitus

**Research objective.** To establish a connection between hyperandrogenism of various origins and other endocrinopathies

**Material and methods.** We conducted a survey of patients who applied to the Republican Reproductive Center for the period 2019-2020. about awareness of polycystic ovary syndrome. It was found

that 80% of women and girls are informed about this syndrome. 50% are familiar with the factors that affect the development of the syndrome, out of 50% - 20% indicated a violation of the hormonal background of women, 30% of the respondents indicated heredity. We can also say that most of the respondents are aware of the ultrasound method - 80%. The interviewed girls know that with polycystic ovary syndrome, fertility is impaired during reproductive age, and that one of the characteristic features is the absence of the menstrual cycle (100%). Also, the results of the questionnaire showed that the main methods of prevention are to visit a doctor - gynecologist (60%), the rest - endocrinologist (40%).

**Conclusions.** Thus, polycystic ovary syndrome refers to a hormonal pathological process that occurs due to a violation of the hypothalamic regulation of ovarian function. This is expressed in the form of the emergence of multiple neoplasms in the form of cysts on the gonads of the female body. With the development of a pathological process on the surface of the ovaries, multifollicularity occurs, characterized by the appearance of follicles, which contain fluid and immature eggs. This change leads to infertility. However, with proper treatment, a woman can fully conceive, bear and give birth to a healthy child. You also need to know that polycystic ovary disease is not a disease, but appears as a clinical syndrome that occurs for various reasons. Thus, PCOS syndrome refers to a hormonal pathological process that occurs due to a violation of the hypothalamic regulation of ovarian function. This is expressed in the form of the emergence of multiple neoplasms in the form of cysts on the gonads of the female body. With the development of a pathological process on the surface of the ovaries, multifollicularity occurs, characterized by the appearance of follicles, which contain fluid and immature eggs. This change leads to infertility. However, with proper treatment, a woman can fully conceive, bear and give birth to a healthy child. You also need to know that polycystic ovary disease is not a disease, but appears as a clinical syndrome that occurs for various reasons.

# POLYCYCTIC OVARIES- THE RELEVANS OF THE PROBLEM IN THE REPRODUCTIVE PERIOD

Zakhidova K.Sh. <sup>1</sup>

Raximova G.N. <sup>2</sup>

Applicant for the Department of Endocrinology

1. Tashkent institute for advanced training of doctors

2. Tashkent institute for advanced training of doctors

Tashkent, Republic of Uzbekistan

**Annotation.** As medical practice shows, over a long period of time of research and study of the polycystic ovary syndrome, a sharp increase in the number of patients was revealed, which seriously affects the health of not only women, but also the development of this disease in the next generation. The problem with polyendocrine syndrome lies in its complications, such as anovulation, multiple metabolic disorders, irregular menstrual cycle, which together lead to infertility. Many authors believe that women with polycystic ovary disease have a high risk of impairment to glucose susceptibility and the development of type II diabetes. This is due to an increase in the hormone testosterone, which is the main male hormone, and as we know, in healthy women of reproductive age, its concentration is a small amount of 0.13 - 3.09 pg / ml.

**Key words:** hyperandrogenism, reproductive age, ovarian sclerocystic disease, type 2 diabetes mellitus

**Research objective.** To establish a connection between hyperandrogenism of various origins and other endocrinopathies

**Material and methods.** We conducted a survey of patients who applied to the Republican Reproductive Center for the period 2019-2020. about awareness of polycystic ovary syndrome. It was found that 80% of women and girls are informed about this syndrome. 50% are familiar with the factors that affect the development of the syndrome, out of 50% - 20% indicated a violation of the hormonal background of women, 30% of the respondents indicated heredity. We can also say that most of the respondents are aware of the ultrasound

method - 80%. The interviewed girls know that with polycystic ovary syndrome, fertility is impaired during reproductive age, and that one of the characteristic features is the absence of the menstrual cycle (100%). Also, the results of the questionnaire showed that the main methods of prevention are to visit a doctor - gynecologist (60%), the rest - endocrinologist (40%).

**Conclusions.** Thus, polycystic ovary syndrome refers to a hormonal pathological process that occurs due to a violation of the hypothalamic regulation of ovarian function. This is expressed in the form of the emergence of multiple neoplasms in the form of cysts on the gonads of the female body. With the development of a pathological process on the surface of the ovaries, multifollicularity occurs, characterized by the appearance of follicles, which contain fluid and immature eggs. This change leads to infertility. However, with proper treatment, a woman can fully conceive, bear and give birth to a healthy child. You also need to know that polycystic ovary disease is not a disease, but appears as a clinical syndrome that occurs for various reasons. Thus, PCOS syndrome refers to a hormonal pathological process that occurs due to a violation of the hypothalamic regulation of ovarian function. This is expressed in the form of the emergence of multiple neoplasms in the form of cysts on the gonads of the female body. With the development of a pathological process on the surface of the ovaries, multifollicularity occurs, characterized by the appearance of follicles, which contain fluid and immature eggs. This change leads to infertility. However, with proper treatment, a woman can fully conceive, bear and give birth to a healthy child. You also need to know that polycystic ovary disease is not a disease, but appears as a clinical syndrome that occurs for various reasons.



# ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ

Захидова К.Ш. <sup>1</sup>

Центр развития повышения квалификации медицинских работников

Ташкент, Республика Узбекистан

**Аннотация.** Синдром склерокистозных яичников (СПКЯ) в популяционной выборке варьируют от 6–10 до 15 % и оказывает существенное влияние на различные аспекты здоровья и качество жизни женщин репродуктивного возраста. Ряд исследований предполагают, что эндометрий у женщин с СПКЯ отличается от нормального эндометрия морфологически и функционально, с чем связаны проблемы бесплодия у этих пациенток и более высокая частота самопроизвольных выкидышей, хотя имеющиеся данные противоречивы. РЭ у женщин с СПКЯ занимает у данной группы пациенток 1-е место в структуре всех гинекологических злокачественных новообразований, хотя степень риска гиперплазии (ГПЭ) или рака эндометрия и его клинические особенности у женщин с СПКЯ до сих пор дискутируются.

**Целью нашего исследования** явилось выявить связь гиперплазией сложного типа и гиперандрогенией, для профилактики атипических изменений в будущем.

**Материал и методы.** В связи с чем были обследованы 36 больные с ациклическими кровотечениями, бесплодием и лабораторно доказанной гиперандрогенией.

Из них с первичным бесплодием – 13, остальные 23 с вторичным бесплодием, в анамнезе у которых были эпизоды АМК.

**Результаты исследования и обсуждение.** Всем больным были произведено УЗИ, где имело место картины СПКЯ (увеличенные яичники с мультифолликулярным

изменениями, с плотной капсулой), повышенные концентрации свободного тестостерона (в среднем 4,78 нмоль/л и выше, ДГЭА (580 мкг/л и выше), которые были определены иммуноферментным методом. ДГАЭ метаболизируется до андрост-5-ен-3 $\beta$ ,17 $\beta$ диола (андростендиол). Именно высокие концентрации ДГЭА и андростендиола подвержены более высокому риску развития ГПЭ. Увеличение синтеза андростендиола в эндометрии женщин с СПКЯ одновременно приводит к увеличению пролиферации клеток. ДГЭА, главный предшественник андростендиола, циркулирует в основном в сульфатированной форме (ДЭА-С), и для его попадания внутрь эндометриальных клеток требуются транспортные системы, которые принадлежат к семейству органических анионовых транспортных полипептидов и органических анионовых транспортёров .

**Выводы.** Таким образом, доказано, что в эндометрии у женщин с СПКЯ наблюдался более высокий уровень ДГЭА, чем в неизменённой эндометрии в группе контроля и подтверждает, что стероиды могут изменять экспрессию и активность транспортёров в клетках эндометрия и что уровень активности отдельных транспортёров выше в группе женщин с СПКЯ, что указывает на их потенциальную роль в патогенезе гиперплазии эндометрия у этих пациенток.

# **ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ.**

*Зухурова Н. К. , Негмаджанов Б.Б.*

Самаркандский государственный медицинский университет.

Самарканд. Узбекистан.

Заболевания гестационный сахарный диабет (ГСД) - характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям манифестного диабета (ГСД). На сегодняшний день согласно протоколу по гестационному сахарному диабету от 60 количество беременных с ГСД достигает до 20%. Повышается частота осложненных беременностей на фоне ГСД. Особенностью ГСД, в связи с физиологической гипергликемией во время беременности, являются трудности его диагностики и поздняя выявляемость.

**Цель исследования:** – оценить качество диагностики гестационного сахарного диабета и исходы беременностей у женщин с ГСД.

**Материалы и методы обследования:** Выполнен ретроспективный анализ историй 100 родов беременных с ГСД за 2017-2021год ОАЭ, Фужейра, Аль Шарк госпитал - многопрофильная больница, в отделение акушерства. Согласно протоколу обязательными методами являются определение глюкозы плазмы крови натощак, тест толерантности к глюкозе (ПГТТ), гликированный гемоглобин, УЗИ плода и консультирование врачом эндокринологом.

**Результаты.** Средний возраст составил 28 лет. Отягощенный акушерский и гинекологический анамнез: по абортam у 28%, крупный плод в анамнезе – 4%, рубец на матке – 30%, хронические воспалительные заболевания органов малого

таза у 14%. Соматическая патология: гипертоническая болезнь у 28%, анемия у 24%, хронический пиелонефрит у 25%. В срок были родоразрешены 90%, преждевременные роды были у 10%. Крупный плод был у 19% родильниц. Повышенный уровень глюкозы плазмы крови был выявлен у 36% женщин (у остальных диагноз ГСД был выставлен по анализам до госпитализации или были нормальные показатели уровни глюкозы в ПКПЦ), гликемический профиль был проведен у 5 женщин, обследование на гликированный гемоглобин было проведено лишь у 4 пациенток, ПГТТ был проведен у 1 пациентки. На УЗИ плода выявлены: диабетическая фетопатия у 1%, крупный плод у 14%, синдром задержки роста плода у 4%. Консультация эндокринолога была проведена у 21% беременных. Исследуя исходы беременностей, в 15% новорожденных была диагностирована диабетическая фетопатия. У 6 из 15 новорожденных диабетическая фетопатия была выявлена антенатально. Согласно клиническому протоколу по ГСД от 2020 г. всего 4 женщины были полностью обследованы для подтверждения диагноза ГСД. Исходы беременностей и родов в 15% составила диабетическая фетопатия у новорожденных, что требует полного выполнения необходимых обследований для подтверждения диагноза ГСД. Только в 21% женщины были обследованы и консультированы эндокринологом, что ставит под сомнение диагноз ГСД у большинства пациенток. Согласно нашим данным, во многих случаях ГСД не имеют полного обследования согласно федеральным клиническим рекомендациям и отсутствовала консультация эндокринолога.

# ДИАГНОСТИКА НЕОНАТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ И ХОРИОАМНИОНИТА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД (ПРПО).

Ибрагимова Н.Ш., Юсупова М.А.

Ургенчский филиал ТМА

**Актуальность.** Большая часть беременностей, осложнившихся ПРПО, заканчиваются преждевременными родами в течение одной недели с момента разрыва плодных оболочек. Длительность латентного периода обратно коррелирует с гестационным возрастом, на котором произошел разрыв оболочек. Среди наиболее значимых факторов риска ПРПО выделяют: цервикагинальные инфекции, угрозу прерывания в I триместре беременности, ПРПО при предыдущей беременности. У беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек значительно чаще выявляются патогенные микроорганизмы в амниотической жидкости, выше процент гистологически верифицированного хориоамнионита, чем у женщин с преждевременными родами без ПРПО. Внутриматочная инфекция осложняет 36% дородового излития околоплодных вод при недоношенной беременности, при этом в большинстве случаев инфекция развивается субклинически. Точное прогнозирование инфекции, включая хориоамнионит и неонатальную инфекцию с ранним началом, остается серьезной проблемой в случаях преждевременного разрыва плодных оболочек и может повлиять на акушерскую тактику ведения родов.

**Цель** нашего исследования заключалась в изучении прогностической ценности материнских биологических маркеров для ранней неонатальной инфекции и материнского гистологического и клинического хориоамнионита при рутинном использовании на 34-й неделе беременности или позже у женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек.

**Методы исследования:** мы провели проспективное исследование 116 женщин, поступивших по поводу преждевременного разрыва плодных оболочек на сроке беременности 34 – 37 недели. Показатели С-реактивного белка, количества лейкоцитов, бактериологических результатов вагинального образца при поступлении для ранней неонатальной инфекции и хориоамнионита была проанализирована путем сравнения их специфичности.

**Результаты исследования:** По данным микроскопического и микробиологического исследования нормоценоз был выявлен только у 11,38% беременных. В структуре цервиковагинальных инфекций цервицит (как изолированный, так и в сочетании с инфекционной патологией влагалища (вагинитом, бактериальным вагинозом, дисбиозом)) составил 43,6%, вагинит – 20,5%, бактериальный вагиноз – 15,4%, дисбиоз влагалища – 20,5%. Таким образом, самой частой формой генитальной инфекции у беременных обследуемой группы был цервицит, который в свою очередь может являться одним из маркеров внутриматочной инфекции. У 4,3% новорожденных была выявлена неонатальная инфекция, у 5,3% женщин — хориоамнионит. Гистологически хориоамнионит выявлен в 10,8% из 297 исследованных плацент. Количество лейкоцитов и концентрация С-реактивного белка были в значительной степени связаны с ранним началом неонатальной инфекции.

**Выводы.** Концентрация С-реактивного белка при поступлении по поводу преждевременного разрыва плодных оболочек является наиболее точным инфекционным маркером для прогнозирования ранней неонатальной инфекции при рутинном применении с чувствительностью > 90%.

# **GORMONAL BEPUSHTLIGI BOR AYOLLARNI DAVOLASHDA KOMBINIRLANGAN TEROPIYADA MELATONINNI QO‘LLASH SAMARADORLIGI**

<sup>1</sup>Ikramova X.S., <sup>2</sup>Matrizayeva G.D.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Xorazm sh.

Gormonal bepushtlikning yuqori tarqalishini va melatoninning follikulogenezdagi roli haqidagi yangi ma‘lumotlarni hisobga olgan holda, ushbu gormonning ayollarning reproduktiv funksiyasidagi rolini baholash zarurati tug‘ildi. Olingan natijalar gormonal bepushtlik bilan og‘rigan bemorlarni davolash samaradorligini oshiradi va yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalanmasdan konservativ terapiya usullaridan foydalangan holda homilador bo‘lishni amalga oshirishga yordam beradi. Melatonin bugungi kunda oksidlovchi muvozanatning eng faol regulyatorlaridan biri hisoblanadi. Biroq, ekzogen melatoninning ta‘siri in vitro yoki laboratoriya hayvonlariga kiritilganda o‘rganilgan (Berezova D.T. 2015). Epifiz gormonining butun inson tanasi sharoitida oksidlanish va qaytarilish jarayonlariga ta‘sirini o‘rgangan ilmiy ishlar cheklangan miqdordagina mavjud.

**Tadqiqot maqsadi.** Gormonal bepushtlik bilan og‘rigan bemorlarda hayot sifatini va somnologik buzilishlarni o‘rganish barobarida ayol hayot sifat ko‘rsatkichlarini aniqlash usulini va gormonal bepushtlikni davolashda melatoninni qo‘llash rejimlarini ishlab chiqish.

Rejalashtirilgan tadqiqotlarni bajarish uchun jami 136 nafar fertil yoshdagi (18-42 yosh) ayollar jalb qilindi. Tekshirilgan kontingent 2 ta guruhga taqsimlandi: 1-guruh – gormonal bepushtlik kuzatilgan ayollar guruhi - 96 nafar ayol; 2-guruh - sog‘lom ayollar guruhi - 40 nafar ayol.

Respondentlarga anketalarni to‘ldirish jarayonida ulardan ohirgi oy ichida uyqusining o‘zgarishlari, psixoemotsional holati va kichik

chanoq sohasidagi ogʻriqlari xarakterini baholovchi anketa davolanishdan oldin va keyin toʻldirilishi soʻraldi.

Bepushtlik (42,2%) bilan ogʻrigan bemorlarda somnologik buzilishlarning chastotasi nazorat guruhidagi ayollardan (10%) oshib ketdi. Bemorlarni fenotipga qarab taqsimlashda klassik va ovulyatsiya variantlarining kichik guruhlarida statistik jihatdan muhim ogʻishlar aniqlangan va birinchi kichik guruhda oʻzgarishlar eng aniq boʻlgan. Anketaga koʻra, 1-va 2-guruh ayollari, bepushtlik turidan qatʻi nazar, nazorat guruhiga nisbatan yomonroq somnologik profilga ega edi. Tuxumdonlar polikistozi va endometrioz bor bemorlarda i ayollardagi xavotir va / yoki depressiya darajasida statistik jihatdan sezilarli farqlar yoʻq edi. Uyqu buzilishi bemorlarning metabolik profilini buzadigan qoʻshimcha omil sifatida ishlaydi: somnologik profilning yomonlashishi tuxumdonlar polikistozi sindromi bilan ogʻrigan bemorlarda insulin qarshiligining oshishi bilan bogʻliq.

**Xulosa:** Gormonal bepushtlikda anovulyatsiya rivojlanishiga qonda aniqlangan melatonin va tuxumdon melatoninini oʻrtasidagi munosabatlarning buzilishi, shuningdek, giperandrogenizm va AMH darajasining oshishiga (qondagi melatonin darajasi bilan bogʻliq) taʻsir qiladi. Gormonal bepushtlikning kombinatsiyalangan terapiyasida melatoninning sintetik analogi konservativ terapiya samaradorligini 2,7 baravar oshirishga imkon berdi va ovulyatsiyani stimulyatsiya qilish davrlarida klomifenga rezistentlikni kamaytirdi.



# РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА

Ильясов А.Б.

Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр Акушерства и Гинекологии, Ташкент,  
Республика Узбекистан

**Резюме.** На основе количественного измерения Ил-1 $\beta$ , Ил-10 и ФНО в трех биологических жидкостях, таких как сыворотки венозной и пуповинной крови, а также околоплодные воды, у женщин высокого инфекционного риска с реализацией инфекции у новорожденных без ее реализации, а также условно здоровых женщин установлена высокая диагностическая ценность про- и противовоспалительных цитокинов. Наиболее статистически значимым признаком внутриутробного инфицирования (ВУИ) у плода является концентрация Ил-1 $\beta$ .

**Ключевые слова:** внутриутробное инфицирование плода, диагностика, цитокины.

## BACHADON ICHI XOMILA INFEKTSIYA TASHXISLASHDA SITOKINLARNING O'RNI

**Rezyume.** Ил-1  $\beta$ , Ил-10 va FNO ni uchta biologik suyuqlikda, masalan, venoz va xomila kindik qon zardobida, shuningdek, amniotik suyuqlikda, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda infektsiyani amalga oshirmasdan infektsiyani amalga oshirish bilan yuqori yuqumli xavfga ega bo'lgan ayollarda miqdoriy o'lchoviga asoslanib, shuningdek, shartli sog'lom ayollarda pro- va yallig'lanishga qarshi sitokinlarning yuqori diagnostik qiymati. Homilada bachadon ichi infektsiyaning statistik jihatdan eng muhim belgisi Ил-1  $\beta$  kontsentratsiyasidir.

**Kalit so'zlar:** bachadon ichi xomila infektsiya, sitokinlar, tashxislash.

## THE ROLE OF CYTOKINES IN THE DIAGNOSIS OF INTRAUTERINE INFECTION OF THE FETUS

**Summary.** Based on the quantitative measurements of  $\text{IL-1}\beta$ ,  $\text{IL-10}$  and tumor necrosis factor in three biological fluid samples, such as venous blood and umbilical blood sera, as well as amniotic fluid, taken from women of high risk vertical infection transmission, from women of transmission-free cases, as well as from quasi-healthy women, a high diagnostic value of pro-and anti-inflammation cytokines has been identified. The most statistically significant feature of intrauterine infection in the fetus has been found to be high concentration of  $\text{IL-1}\beta$ .

**Key words:** intrauterine infection of fetus, diagnosis, cytokines.

**Актуальность.** Внутриутробное инфицирование (ВУИ) плода является актуальной проблемой в акушерской практике. Учитывая тот факт, что реализация инфекционного процесса определяется патогенностью возбудителей инфекции и эффективностью защитных сил организма, особое значение придается оценке изменений показателей клеточного и гуморального иммунитета. В последнее время большое внимание во взаимодействии клеток специфического и неспецифического иммунитета, а также гемостаза уделяется цитокинам.

Из множества про- (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-15, ФНО и др.) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ13, трансформирующий фактор роста и др.) цитокинов основными маркерами воспалительного процесса в тканях и органах человека являются ИЛ – 1, 6, 10, ФНО.

**Цель.** Сравнительная оценка уровня цитокинов ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-10 и ФНО- $\alpha$  у пациенток группы высокого инфекционного риска при реализации внутриутробной инфекции у плода и новорожденного и без ее проявления.

**Материал и методы.** В работе представлены результаты комплексного клинико-лабораторного исследования,

проведенного в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре Акушерства и Гинекологии, г. Ташкент в период 2021-2022 гг. Обследовано 315 беременных женщин на всех сроках беременности, входящих в группу высокого инфекционного риска. Критерием исключения были женщины с тяжелыми экстрагенитальными, аутоиммунными, эндокринными заболеваниями, гестозом средней и тяжелой степени, которые сами по себе могут приводить к акушерской патологии. Проспективно было обследовано 90 беременных, из которых 76 составили группу высокого инфекционного риска. В зависимости от реализации ВУИ у новорожденных в раннем неонатальном периоде были выделены следующие группы: I (основная) – 35 пациенток высокого инфекционного риска с реализацией ВУИ; II (основная) – 41 беременная высокого инфекционного риска без реализации ВУИ у новорожденных; III (контрольная) – 14 условно здоровых женщин, родивших здоровых детей. Всем беременным было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование с использованием молекулярно-биологических методов определения возбудителей инфекции. Уровень цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа с помощью набора реагентов ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск). В качестве исследуемых образцов использовались сыворотки венозной крови матери, пуповинной крови и околоплодные воды.

**Результаты и обсуждение.** Все беременные были сопоставимы по исходной клинической характеристике. Средний возраст пациенток в I (основной) группе составил  $25,6 \pm 0,5$  года, во II (основной) –  $24,7 \pm 0,5$  года, в III контрольной –  $24,8 \pm 0,5$  года. Средний возраст менархе у женщин I группы составил  $13,5 \pm 0,2$  года, II группы  $13,8 \pm 0,1$ , контрольной –  $13,4 \pm 0,1$  года. Среди первородящих отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (медицинские аборты, самопроизвольные и несостоявшиеся выкидыши) имел место у 51,4%(18) женщин – в I группе, у 61,2%(52) во II и у 16,7%(3) женщин в контрольной

группе. У повторнородящих акушерский анамнез был отягощен у 58,2%(32) в I группе, у 24%(24) во II группе и – в 41%(9) женщин в контрольной группе. Среди заболеваний, отягощающих гинекологический анамнез у обследованных женщин, первое место по частоте занимали хронические воспалительные заболевания матки и придатков: в I группе – у 22 (24,4%) беременных, во II – у 43 (23,2%). Выявлено статистически достоверное очень сильное влияние хронических воспалительных генитальных заболеваний ( $p=0,00000$ ), а также меньшее влияние хронических воспалительных экстрагенитальных заболеваний ( $p=0,00405$ ) на развитие внутриутробного инфицирования плода. ОРВИ в реализации ВУИ было статистически не значимо. При оценке возбудителей, выделенных из вены беременных, установлено следующее: в группе без реализации ВУИ микоплазмы, хламидии и уреоплазмы составили 8%(2), цитомегаловирус 20%(5), вирус простого герпеса 36%(9), кандиды 3%(12), ассоциации 60%(15). Анализ группы с реализацией ВУИ выделил такие наиболее частые возбудители, как микоплазмы, хламидии и вирус простого герпеса, составившие по 50% (10) соответственно, цитомегаловирусная инфекция встречалась в 45% (9) случаев, реже встречались уреоплазмы – в 20%(4) и кандиды в 15%(3) случаев. Исходя из данных исследования отмечена статистически достоверная сильная связь микробных ассоциаций, выделенных из вены беременных с развитием внутриутробного инфицирования плода ( $p=0,01232$ ). Причем наиболее сильное влияние в равном количестве пришлось на хламидии и микоплазмы ( $p=0,00226$ ). В результате изучения спектра возбудителей TORCH-комплекса в околоплодных водах в группе с реализацией ВУИ выделены только вирус простого герпеса у 3(15%) беременных и цитомегаловирус у 11(55%). При анализе полученных данных ПЦР-исследования околоплодных вод отмечено статистически достоверно сильное влияние вирусов на развитие внутриутробного инфицирования плода ( $p=0,00240$ ), причем

наибольшее повреждающее действие оказывает цитомегаловирус ( $p=0,00015$ ). Проведен сравнительный анализ цитокинов в сыворотке пуповинной крови, околоплодных водах и венозной крови матери.

Уровень ИЛ-1 $\beta$ , полученный из сыворотки пуповинной крови от пациенток II (основной) группы, статистически значимо ниже по сравнению с группой с реализацией ВУИ, но существенно не отличается от группы условно здоровых женщин. При оценке уровня ИЛ-10 статистически значимых различий не выявлено. Анализируя концентрации ФНО, было отмечено, что показатели I и II групп достоверно не отличались, но зато уровень III группы был статистически значимо ниже по сравнению с I (основной) группой ( $p=0,042$ ).

Оценивая соотношение ИЛ-1 $\beta$ /ИЛ-10, нами установлено, что показатели в группе условно здоровых женщин были также ниже по сравнению с пациентками, родившими детей с признаками ВУИ ( $p=0,0041$ ). При проведении множественного рангового сравнения цитокинов в сыворотке венозной крови уровень ИЛ-1 $\beta$  в группе с реализацией ВУИ оказался статистически достоверно выше, чем в группе без реализации ВУИ ( $p=0,006$ ) и в группе условно здоровых женщин, родивших здоровых детей ( $p=0,033$ ).

Уровень ИЛ-10 сыворотки венозной крови в группе с реализацией ВУИ статистически значимо ниже, чем в группе без реализации ВУИ ( $p=0,000865$ ) и в группе условно здоровых женщин ( $p=0,00009$ ). Уровень ФНО сыворотки венозной крови в группе с реализацией ВУИ оказался выше, чем в группе без реализации ВУИ ( $p=0,000003$ ) и в контрольной группе ( $p=0,025654$ ). Соотношение ИЛ-1 $\beta$ /ИЛ-10 у пациенток I группы было достоверно выше по сравнению с пациентками II ( $p=0,000061$ ) и контрольной ( $p=0,000069$ ) групп. При анализе показателей цитокинов в околоплодных водах у пациенток трех сравниваемых групп было установлено, что в группе с реализацией ВУИ уровень ИЛ-1 $\beta$  оказался статистически значимо

выше, чем в группе без реализации ВУИ( $p=0,002678$ ) и в контрольной группе условно здоровых женщин ( $p=0,000549$ ). Уровень ИЛ-10 околоплодных вод между группами статистически значимо не различался. Уровень ФНО околоплодных вод в группе с реализацией ВУИ статистически достоверно выше, чем в контрольной группе ( $p=0,025654$ ), и не отличался от группы высокого риска без реализации ВУИ. Оценивая соотношение ИЛ-1 $\beta$ /ИЛ-10, нами получено, что показатели в I группе достоверно превышали его показатели у пациенток II ( $p=0,000061$ ) и контрольной групп ( $p=0,000069$ ).

**Выводы.** В результате проведенного исследования установлено, что повышенный уровень провоспалительных цитокинов, в частности ИЛ-1 $\beta$ , является диагностическим критерием наличия внутриутробной инфекции. Достоверное повышение коэффициента соотношения провоспалительных и противовоспалительных цитокинов во всех трех исследуемых биологических средах указывает на наличие ВУИ с последующей реализацией у плода и новорожденного. Достоверно низкий уровень противовоспалительного ИЛ-10 в плазме венозной крови беременной является неблагоприятным признаком, указывающим на наличие внутриутробной инфекции и высокой степени ее реализации у плода и новорожденного.

# ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ И ЕЁ РЕАЛИЗАЦИИ У ПЛОДА

Ильясов А.Б., Абдукадырова М.И.

Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский  
центр Акушерства и Гинекологии, Ташкент, Республика  
Узбекистан

**Актуальность.** Одним из сложных совместных вопросов для акушеров и неонатологов является точное прогнозирование перехода внутриутробного инфицирования в перинатальные инфекционно-воспалительные заболевания (пневмонию, везикулопустулез, конъюнктивит, сепсис), на долю которых приходится 25—35%, а перинатальная смертность достигает 15%.

До сих пор отсутствуют четкие корреляции между выраженностью проявлений внутриутробной инфекции во время беременности и степенью реализации внутриутробного инфицирования плода и новорожденного.

**Цель.** Определение факторов риска реализации внутриутробного инфицирования у новорожденного.

**Материалы и методы.** Проведен сравнительный анализ клинико-anamnestических данных, ультразвуковых, иммунологических и гистологических характеристик 78 женщин и их новорожденных. Исследование проведено в период 2020—2022 гг. на базе РСНПМЦ АиГ, г. Ташкент.

Все пациентки были разделены на 2 группы исследования.

**I группа:** женщины в возрасте  $25,79 \pm 3,18$  лет ( $n = 33$ ) с признаками внутриутробного инфицирования и их новорожденные с клиническими признаками реализации внутриутробной инфекции в инфекционно-воспалительные заболевания, из которых 27,3% недоношенные со сроком гестации 28—36 недель, средним весом  $2132 \pm 108,56$  г; 12,1%

имели задержку внутриутробного развития (ЗВУР); оценка по шкале Апгар 7 и менее баллов — у 60,6%.

**II группа:** женщины в возрасте  $28,33 \pm 2,71$  лет ( $n = 45$ ) с признаками внутриутробного инфицирования во время беременности, но без реализации инфицирования в инфекцию новорожденных (новорожденный условно здоров).

**Результаты и обсуждение.** В I группе воспалительные заболевания органов малого таза встречались на 30,7% чаще, чем во II группе ( $p \pm 0,05$ ); аборты и самопроизвольные выкидыши — 13,46% (I группа), 4,45% (II группа); замершая беременность (5,77%) зарегистрирована только в I группе.

Частота оппортунистических инфекций распределилась следующим образом: кандидозный кольпит, не поддающийся лечению, выявлен у каждой третьей беременной I группы, что в 1,7 раза чаще, чем во II группе; во II группе баквагиноз встречался на 16,2% реже, чем в I группе; Ig M и низкоavidные Ig G к вирусу простого герпеса — в 41,8%, к уреоплазме и микоплазме — в 26,4%, что в 4,3 раза чаще, чем во II группе ( $p \pm 0,05$ ).

Особенности течения беременности в исследованных группах. В I триместре беременность протекала у 47,43% (37 беременных) без особенностей; у оставшихся течение беременности сопровождалось анемией легкой и тяжелой степени (19,5%), угрозой прерывания беременности, хронической фетоплацентарной недостаточностью (ХФПН).

Во II триместре у 14,28% беременных I группы — фетоплацентарная недостаточность (ФПН) с синдромом задержки развития плода (СЗРП). Преэклампсия (ПЭ) тяжелой степени и СЗРП с нарушением плодово-плацентарного кровотока (ППК) по данным доплерометрии только у беременных в I группе (6,03%).

В III триместре преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложнила беременность у каждой 4-й пациентки I группы, чаще чем во II группе (в 2 раза).



27,3% преждевременных родов в I группе, во II группе — 4,5%; преждевременное излитие околоплодных вод и аномалии родовой деятельности только в I группе 52% и 43%, соответственно; частота оперативного родоразрешения в I группе составила 84,8%, а во II группе — 2,2%.

У новорожденных I группы: пневмония — у 69,7%; язвенно-некротический энтероколит — у 9%; геморрагический синдром — у 15,1%; синдром системного воспалительного ответа (ССВО) — у 15,1%; гипоксически-ишемические поражения центральной нервной системы у 24,2%.

Гистологическое строение последов у пациенток I группы представлено воспалительными изменениями: интервиллузитом, виллузитом, базальным децидуитом, серозным и гнойным париетальным хориоамнионитом, выявлены в 39,4%. Дегенеративные изменения в виде диссоциированного развития ворсинчатого хориона, незрелости ворсин, наличия афункциональных зон, встречаются в 27,3%, только в I группе. В 18% выявлен фуникулит, отсутствующий во II группе. Всего выявлено в двух группах — 43,7% последов с нормальной гистоструктурой.

Фуникулит может служить объективным критерием генерализации инфекции от матери к плоду.

Выявлено, что воспалительные и дегенеративные изменения в плаценте, в основном встречаются у пациенток с перенесенными острыми воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей во время беременности, либо при выявлении Ig M к вирусу простого герпеса и цитомегаловирусу. Это, вероятно, связано с беспрепятственным проникновением вируса через плацентарный барьер к плоду. При этом проявлениями инфекции у новорожденного были геморрагический синдром и ССВО.

**Выводы.** На основании проведенного исследования следует отметить, что по клинической характеристике течения беременности компенсированная ФПН без СЗРП и нарушений ППК по данным доплерометрии относится к низкому риску

реализации инфекции у новорожденного, а наличие ФПН с СЗРП и нарушениями ППК по данным доплерометрии, ПЭ тяжелой степени, рецидивирующей угрозы прерывания беременности с резистентностью к проводимой терапии, рецидивирующая отслойка хориона/плаценты относится к высокому риску реализации инфекции у новорожденного.

Выявление 3-х и менее ультразвуковых маркеров инфицирования плода следует отнести к низкому риску реализации инфекции у новорожденного, и наоборот – обнаружение более 3-х ультразвуковых маркеров инфицирования плода должно насторожить о высоком риске реализации инфекции у плода.

Гистологические результаты также дифференцируются соответствующими критериями на маркеры низкого и высокого риска внутриутробного инфицирования.

По данным лабораторного исследования лейкоцитоз крови, повышенный уровень С-реактивного белка, нарушение гемостаза, цитокинового статуса (повышение уровня провоспалительных цитокинов, снижение уровня ИФН- $\gamma$  в сыворотке крови). Выявление Ig M и низкоавидных Ig G к возбудителям ИППП и TORCH несомненно важно учесть, как показатели высокого риска внутриутробного инфицирования плода.

# ВОЗДЕЙСТВИЕ КАРАНТИННЫХ МЕР COVID-19 НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ДИСТРЕСС В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Иноятов Амрилло Шодиевич, Ихтиярова Гулчехра Акмаловна,  
Насриддинова Шахноза Ибрагимовна

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара,  
Узбекистан.

**Введение.** Рождение - одно из важнейших событий в природе. В послеродовом периоде матери испытывают физиологические и психические изменения, от небольших изменений до видимых психозов. Нарушения психического здоровья иногда в послеродовом периоде у женщин включают тревогу, страх, депрессию и психоз.

Послеродовая депрессия – является серьезной медицинской и социальной проблемой, которая влияет на здоровье многих матерей, усложняет систему здравоохранения с расходами и приводит к семейным конфликтам. Симптомы материнской депрессии часто негативно влияют на потомство, когда наблюдаются когнитивные, эмоциональные и поведенческие расстройства.

Несколько исследований документально подтвердили психоэмоциональную уязвимость матери во время катастрофических событий. Травмы, террористические атаки, стихийные бедствия и антропогенные катастрофы (например, землетрясения, цунами и Чернобыль) были предикторами симптомов послеродовой депрессии у матерей в целом]. После вспышки тяжелого острого респираторного синдрома (SARS COVID - 19) в (2019-2020) годах, как медицинские работники и люди, которые являются самостоятельными, помещенные на карантин выставлены симптомы посттравматического стрессового длительного депрессивного расстройства. Следовательно, нельзя игнорировать влияние

стресса, вызванного COVID - 19, на беременных, рожениц и родильниц.

**Цель:** Выяснить воздействие карантинных мер в больницах у женщин, рожавших в зоне с повышенной опасностью COVID-19 на психоэмоциональный дистресс в ближайшем послеродовом периоде в г.Бухаре и Каганском районе.

**Методы:** Мы разработали исследование случай-контроль матерей, родивших в период карантина COVID-19 с 3 апреля по 11 июня 2020 г. (группа исследования COVID-19 перенесшие), с предшествующей группой сопоставимых послеродовых женщин (контрольная группа), которые родили в тот же период в 2020 году. Участники заполнили Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии (ЭШПД) на второй день после родов.

**Результаты:** Возраст женщин в исследуемых группах был от 18 до 39 лет, средний возраст составил  $32,73 \pm 4,11$  и  $33,18 \pm 4,17$  соответственно, который не имел достоверных различий. Также не было значительных различий по срокам гестации и клинических особенностях, все данные были сопоставимы между группами. Основная группа исследования COVID-19 ( $n = 61$ ) имела значительно более высокие средние баллы ЭШПД по сравнению с контрольной группой ( $n = 71$ ) ( $8,5 \pm 4,6$  против  $6,34 \pm 4,1$ ;  $P < 0,001$ ). Кроме того, 28,6% женщин в группе COVID-19 имели общий балл EPDS выше 12. Анализ трех под шкал ЭШПД показал значительно более высокие баллы в группе COVID-19 по сравнению с контрольной группой для ангедонии ( $0,60 \pm 0,61$  против  $0,19 \pm 0,36$ ). ;  $P < 0,001$ ) и депрессия ( $0,58 \pm 0,54$  против  $0,35 \pm 0,45$ ;  $P = 0,001$ ).

**Выводы:** опасения по поводу риска заражения COVID-19 в сочетании с карантинными мерами, принятыми во время пандемии COVID-19, негативно повлияли на мысли и эмоции молодых матерей, усугубив их депрессивные симптомы.

# ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО

Исмамова Н. Т., Мензатова Л.Р., Жалолова И.Б.

Городской родильной комплекс №6 , Ташкент, Узбекистан

## Резюме

Четвертый год весь мир охватила пандемия COVID-19. Многие вопросы до настоящего времени еще не изучены. Надо сказать, что возникает вопросов еще больше. **Целью** данного исследования явилась оценка состояния новорожденного и течение раннего неонатального периода после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 во время беременности. **Материалы и методы:** Под нашим наблюдением находились 77 новорожденных детей, родившиеся от матерей с подтвержденным COVID-19. Они составили основную группу. Контрольную группу составили 10 новорожденных без признаков инфекции, имевших аналогичные сроки гестации и массу тела при рождении. **Результаты.** Все новорожденные основной группы были обследованы к концу первых суток жизни методом ПЦР на РНК вируса SARS-CoV-2 (мазок со слизистой оболочки носоглотки или ротоглотки). По срокам гестации новорожденные основной группы были разделены следующим образом: 49 (63,6%) недоношенных и 28 (36,4%) доношенных детей. У 32 (41,5%) родоразрешение произведено естественным путем, у 45 (58,5 %) — путем операции кесарева сечения. Изучая содержание прокальцитонина, Д-димера и иммуноглобулинов IgM, и IgG, установлено уровень прокальцитонина, Д-димера, СРБ в крови у новорожденных в 2-4 раза выше, чем в контрольной группе. **Выводы.** В крови новорожденных от матерей после коронавирусной инфекции COVID-19 определяется IgG до 16,97 AU/ml. Повышение уровня Д-димера и прокальцитонина в крови у новорожденных с

COVID-19 свидетельствует о выраженном воспалительном процессе в фетоплацентарном комплексе.

**Ключевые слова:** коронавирусная инфекция, ранний неонатальный период, D-димер, прокальцитонин.

## **ГОРМОНАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ВРТ**

Ихтиярова Г.А., Музаффарова М.Х., Курбанова З.Ш.  
Иргашев Д.С.

*Бухарский государственный медицинский институт*

В различных европейских исследованиях распространенность СПКЯ составляет 6,5–8%. Особенно часто заболевание встречается у пациенток с ановуляторным бесплодием, гиперандрогенией и связанными с ней дерматопатиями. Следует отметить, что в последнее десятилетие происходит увеличение числа больных, не имеющих типичных проявлений СПКЯ.

Это чаще всего связано с дисфункцией эндокринной системы, лишним весом, стрессовыми ситуациями, нервными перенапряжениями, длительными приемами гормональных средств, перестройкой гормонального фона, особенно лютеинизирующего гормона и прогестерона.

**Цель исследования:** Изучение особенностей гормонального фона у пациенток с синдромом поликистозных яичек при подготовке современных методов вспомогательных репродуктивных технологий.

**Материал и методы исследования:** было проведено изучение особенностей клинико-лабораторных данных 151 пациенток, которые проходили обследование и лечение, а также подготовку к проведению современных методов ВРТ в многопрофильной клинике Doctor D в период с 2017-2022 года.

Обследованные пациентки с синдромом поликистозных яичников были разделены на две группы – I группа, в которую вошли 107 пациенток с первичным бесплодием, а II группа включала в себя 44 пациенток с вторичным бесплодием.

Были изучены особенности клинико-лабораторного данных 151 пациенток, которые проходили обследование и лечение, а также подготовку к проведению современных методов ВРТ в многопрофильной клинике Doctor D в период с 2017-2022 года. Результаты исследования показали, что у пациенток с СПКЯ при первичном бесплодии наблюдается дисбаланс всего гормонального фона и даже несмотря на 1-степень ожирения приводит к появлению и развитию бесплодия, что обуславливает неспособность забеременеть с самого раннего периода жизни, в то время как при вторичном бесплодии наблюдается нарушение уровня некоторых гормонов как ФСГ и тестостерон. Из результатов данных проведенного лабораторного анализа, мы выявили что средние значения уровня ФСГ  $4,5 \pm 0,4$ , тестостерона  $3,4 \pm 0,4$  и ТТГ  $5,8 \pm 0,5$  у больных 1-й группы превышает значения 2-й группы  $3,9 \pm 0,3$ ,  $3,0 \pm 0,3$  и  $5,1 \pm 0,4$  почти в 1.15 раз. Средние значения уровня ЛГ  $15,7 \pm 0,8$  и пролактина  $480,2 \pm 30,5$  у 1-й группы превышает значения 2-й группы  $12,1 \pm 0,7$  и  $385,7 \pm 25,8$  в 1.25 раза. Показатели АМГ  $15,1 \pm 0,9$  и прогестерона  $15,1 \pm 0,6$  1-й группы по сравнению со 2-й группой  $9,1 \pm 0,6$  и  $6,8 \pm 0,5$  превышают в 1,65 раз и 2,2 раза соответственно.

**Таким образом,** исследование показало, что у пациенток с СПКЯ при первичном бесплодии наблюдается дисбаланс всего гормонального фона и даже несмотря на 1-степень ожирения приводит к появлению и развитию бесплодия, что обуславливает неспособность забеременеть с самого раннего периода жизни, в то время как при вторичном бесплодии наблюдается нарушение уровня некоторых гормонов как ФСГ и тестостерон. Ожирения 2-й степени у данных групп лиц является ключевым фактором в развитии вторичного бесплодия. Следовательно, можно считать появление ожирения предиктором развития бесплодия у женщин фертильного возраста, особенно при СПКЯ.

# РОЛЬ ВИТАМИНА D<sub>3</sub> В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Ихтиярова Г.А.<sup>1</sup>, Розикова Д.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Бухарский государственный медицинский институт, Бухара,  
Республика Узбекистан

<sup>2</sup>Бухарский государственный медицинский институт, Бухара,  
Республика Узбекистан

**Актуальность.** В последнее время значительное внимание уделяется изучению распространенности недостаточности и дефицита витамина D<sub>3</sub> в популяции. Витамин D<sub>3</sub> играет важную биологическую роль в репродуктивном здоровье женщин. Витамин D<sub>3</sub> влияет на стероидогенез эстрадиола и прогестерона, синтез антимюллерова гормона, снижает гиперандрогению и гиперпролиферацию эндометрия. Наличие рецепторов к витамину D<sub>3</sub> (vitamin D receptor, VDR) в органах, относящихся к репродуктивной системе, таких как матка, яичники, гипофиз, а также плацента, подтверждает особое влияние витамина на фертильность женщины. Исследователями доказано влияние витамина D<sub>3</sub> на регуляцию менструального цикла, а именно его участие в созревании фолликулов, овуляции и формировании желтого тела.

**Цель исследования.** Оценить роль витамина D<sub>3</sub> у женщин, страдающих эндокринными формами бесплодия.

**Материалы и методы.** Методом иммуноферментного анализа определен уровень 25 (ОН)D в сыворотке крови.

**Задачи исследования.** Определить концентрацию витамина D<sub>3</sub> у инфертильных женщин и предложить оптимальную дозировку данного витамина

**Результаты и обсуждение.** Нами были исследованы 60 женщин с эндокринными формами бесплодия, которые были разделены на 2 подгруппы: основную и контрольную. В ходе исследования выявилось, что у женщин основной группы показатели уровня витамина D<sub>3</sub> были далеки от нормы, а именно



у 28 (62.2%)- дефицит витамина и у 17 (37.8%)- умеренный дефицит витамина D<sub>3</sub>. Что касается контрольной группы: у 10 (67%) женщин уровень витамина был в пределах нормы, у 3 (20%) был выявлен риск гиперкальциурии, у 2 (13%)- токсический.

**Вывод.** 1. С целью достижения эффективного лечения необходимо установить концентрацию витамина D<sub>3</sub> в организме женщины и восполнить его недостаток.

2. Женщинам с эндокринным бесплодием рекомендуется включение в алгоритм терапии препаратов витамина D<sub>3</sub> и коррекция его дефицита до достижения уровней 25(OH)D более 30 нг/мл.

3. Рекомендуется следующий режим применения витамина D<sub>3</sub>: первые 2–3 месяцев терапии показан прием холекальциферола в дозах 6000–8000 МЕ/сут. (12-14 капель), после чего используется поддерживающая доза в 3000–6000 МЕ/сут (6-12 капель) под контролем 25(OH)D в сыворотке крови.

## **УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНИКИ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВОЙ ОВАРИАЛЬНЫЙ ТКАНИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ.**

Калегин А. В.<sup>1</sup>, Калегина В. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 4 городская клиническая больница ГУЗ г. Ташкент, МЗ РУз

<sup>2</sup> Центр поддержки здорового образа жизни и физической активности населения МЗ РУз г. Ташкент

Актуальность: эндометриоз продолжает оставаться одной из самой распространенной болезнью гениталий женщин, не имеющих тенденции к снижению частоты. Одним из вариантов лечения эндометриоза является хирургический. Подходы хирургического лечения эндометриоз различаются. Оптимальный метод с позиции доказательной медицины не определен, остается предметом современных исследований.

Цель исследования: продемонстрировать свой подход в хирургическом лечении эндометриоза яичников и сравнить его с общепринятыми методами.

Материалы и методы: в проспективное исследование были включены 183 женщины, которые подверглись лапароскопическому лечению эндометриоза. Предварительный диагноз выставлялся на основании клинических данных и методов дополнительного обследования — МРТ, УЗИ, серологических анализов онкомаркеров. Окончательный на основании гистологического подтверждения операционного материала. Оперативное лечение проводилось лапароскопическим путем на оборудовании компании Mindray. лапароскопическая стойка включала в себя HD камеру, медицинский монитор, диодный источник света НВ 300L, инфулятор HS-50F, комплекс многоцветных лапароскопических инструментов вместе с жестким эндоскопом.

Наш подход к лечению эндометриом яичника заключался в вылушивание капсулы опухоли, сохранение здоровой ткани яичника без применения тепловых энергетических методов и в некоторых случаях наложение эндолигатур на рану яичника. Применение нашего подхода к вылушиванию капсулы эндометриомы позволяло сохранить здоровую ткань яичника с более высоким овариальным резервом, что соответствует данным литературы. гемостатические агенты также не применялись. статистический анализ проводился с использованием пакета статистических программ IBM PSS Statistics 22.

Результаты исследования: из 183 женщин, которые подверглись оперативному лечению эндометриоза яичника, 124 были с сопутствующим бесплодием. беременность наступила у 29 % случаев в случаях оперативного лечения эндометриом яичников у женщин с бесплодием. Частота рецидивов эндометриом яичников после хирургического при реабилитации и без наступила через 2-4 года и составляла соответственно 1,6 и 3,6% среди пациенток, которым проводится хирургическое

лечение эндометриом яичника. Хирургическое лечение эндометриом продемонстрировало эффективность в отношении симптомов болезни – хроническая тазовая боль, диспареуния, дисменорея прекращались в 95% случаев.

## **ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ МЕТОДОМ ФИКСАЦИИ КРЕСТЦОВО-МАТОЧНЫХ СВЯЗОК К СТЕНКЕ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ.**

Калегина В. А.<sup>1</sup>, Калегин А. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Центр поддержки здорового образа жизни и физической активности населения МЗ РУз г. Ташкент

<sup>2</sup> 4 городская клиническая больница ГУЗ г. Ташкент, МЗ РУз

Актуальность: опущение и выпадение внутренних половых органов (ВПО) остается актуальной проблемой для современных женщин. По данным литературы риск быть оперированной в период своей жизни у женщины по поводу пролапса гениталий или стрессового недержания мочи составляет около 20%. Кумулятивный риск рецидива у женщин с этими заболеваниями после оперативного лечения составляет 5-18%.

Цель исследования анализ исходов модифицированной техники при операции влагалищной экстирпации матки (ВЭМ) для нормализации нормальной анатомии гениталий, физического и сексуального здоровья женщин.

Материалы и методы: в проспективном исследовании были включены 103 женщины, которые подверглись оперативному лечению по поводу ВПО в виде традиционной операции ВЭМ, но с добавлением этапа операции -- фиксации крестцово-маточных связок (КМС) к культе влагалища по методике McCall. Диагноз пролапса гениталий выставлялся на основании клинических данных и методов дополнительного обследования —

вагинометрии, кашлевой пробы, Q-теста. В некоторых случаях проводилась лапароскопическая ассистенция операции на оборудовании компании Mindray, пластика уретры или установка синтетической ленты TVT-O.

Результаты исследования: из 103 женщин, которые подверглись оперативному лечению пролапса гинеталий оказались доступны до повторного исследования были лишь 75 (72%). У всех 75 обследуемых после операции через 2-5 лет по методике стадирования ВПО POP-Q не было опущения стенок влагалища при натуживании, дистальная точка ВПО была не ниже 1 см от гименальной плоскости у 51 женщины (68%). Лишь у 23 женщин (30%) дистальная точка была меньше чем на 1 см от гименальной плоскости. Только у 1 пациента (1,5%) из обследованных после операции женщин дистальная точка ВПО была ниже гименальной плоскости.

Хирургическое лечение выпадения стенок влагалища явилось эффективным в отношении симптомов болезни — хронической тазовой боли, появления инородного тела в области входа во влагалище, затрудненного мочеиспускания. Эти симптомы ВПО прекращались в 96% случаев. В группе обследованных после операции пациентов купол влагалища находился на расстоянии 7-11 см выше уровня гименальной плоскости. Средняя длина влагалища была  $8,7 \pm 1,4$  см. Рецидив ВПО установлен в 1,5% случаев, при этом дистальная позиция пролапса влагалища у этой женщины была незначительно за пределами гименальной плоскости. Согласно данным литературы, частота рецидивов ВПО, развивающихся преимущественно в течение первого года после традиционных хирургических техник с применением вагинального доступа, составляет 30-40%. Применяемый нами способ оптимизирует технику апикальной реконструкции влагалища, значительно снижает частоту развития рецидивов, не приводит к осложнениям, сокращает затраты шовного материала и позволяет достичь удовлетворительных функциональных результатов.

# ЭНДОМЕТРИОЗ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН

Караманян А.А.<sup>1</sup>, Пахомова Ж.Е.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Медицинский госпиталь ООО «Medio-Hospital», Ташкент,  
Республика Узбекистан

<sup>2</sup>Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Республика  
Узбекистан

**Актуальность.** В публикациях последних лет появилась информация, основанная на доказательствах, о роли эндометриоза в патогенезе развития таких заболеваний, как рак яичников, ишемическая болезнь сердца, аутоиммунные заболевания, а также различных осложнений беременности. Бесплодие является ведущим симптомом эндометриоза. Применение ВРТ обеспечивает возможность увеличить шансы зачатия.

**Цель.** Оценить репродуктивный потенциал женщин с эндометриозом для определения основных проблем репродукции.

**Материал и методы.** Нами был проведен медико-статистический анализ 286 историй болезней пациенток с эндометриозом, которым выполнялась процедура ВРТ (IVF/ICSI). Группу сравнения составили 150 женщин, которым проводили IVF/ICSI в связи с бесплодием воспалительного генеза, не имеющих тяжелой сопутствующей соматической патологии.

**Результаты.** Средний возраст женщин составил  $31,3 \pm 4,5$  года. Частота бесплодия среди пациенток с эндометриозом составила 27-39%, в зависимости от локализации эндометриоидных гетеротопий. Самостоятельно беременность наступила в среднем у 19% женщин. После проведенного комплексного лечения удалось добиться зачатия у 47% пациенток. Беременность наступила с применением различных программ ВРТ у 26,7% женщин. Наступление беременности при эндометриозе не означает, что беременность завершится рождением ребенка. Самопроизвольные выкидыши имели место у 43% женщин, преждевременные роды – у 33%, антенатальная

гибель плода была установлена у 14%. Таким образом, невынашивание беременности имело место у 66% женщин, страдающих эндометриозом. Течение беременности осложнилось гипертензивными состояниями у 39%, кровотечением во II половине беременности - у 17% пациенток.

**Выводы.** Оценивая репродуктивный потенциал женщин, страдающих эндометриозом, можно определить основные проблемы — это бесплодие и неблагоприятные исходы беременности у этого контингента пациенток. Так эндометриоз приводит к снижению репродуктивной функции женщин, и самостоятельная беременность наступает лишь в 19% случаях. Невынашивание беременности отмечалось у 66% женщин с эндометриозом.

## **ЗНАЧЕНИЕ ЭХОДОПЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Каримов А.Х., Ахмедова Б.Т.

Ташкентская медицинская академия, кафедра Акушерства и гинекологии семейной медицины. Бухарская городская больница экстренной медицинской помощи.

**Актуальность.** В последние годы отмечается неуклонный рост частоты встречаемости внематочной беременности (ВБ), остро текущего заболевания имеющего полиэтиологическую природу. Ультразвуковое исследование органов малого таза является наиболее часто применяемым неинвазивным методом исследования для диагностики внематочной беременности, однако единого мнения об информативности эходоплерографических признаков до сих пор нет.

**Цель исследования.** Определить значение эходоплерографии в диагностике внематочной беременности.  
**Материалы и методы.** Проспективно изучены

эходопплерографические и доплерометрические состояния сосудов матки и яичников у 50 поступивших женщин репродуктивного возраста в Бухарский филиал РНПЦЭМП и в отделении экстренной медицинской помощи Бухарской городской больницы в 2020 – 2022гг. Контрольная группа – 30 здоровых женщин. Определены и сопоставлены эхографические в 2D, 3D изображении и эходопплерографические, эластографические диагностические критерии с внематочной беременностью у женщин репродуктивного возраста.

**Результаты и обсуждение.** Эходопплерографически определен признак «дополнительного мелкого округлого солидного образования придатков», который определяется на ранних сроках ВБ. Появление этого признака можно объяснить локальным утолщением стенки трубы за счет разрастания трофобласта. Обычно наблюдаемое образование имеет небольшие размеры (часто не более 10-15 мм). Характерное цветное кольцо по периферии ЭБ, соответствующее васкуляризации хориона. PS 3,65cm/s. RI 0,32. С низкоскоростным, низкорезистентным потоком. В результате динамического наблюдения в течение 5-7 дней появляются другие прямые признаки ВБ, в первую очередь «эхогенного трубного кольца» в англоязычной литературе для него также относительно часто используются термины «bagel sign» или «donut sign» - признак «бублика» или признак «пончика с дыркой». Признак эхогенного трубного кольца вокруг эконегативного содержимого. Диаметр колеблется в пределах 1-3 см. Признак высоконадежен. Эхогенность трубного кольца может быть различной – высокой, средней, низкой. Прогностическая ценность 95%. Также определен признак дополнительного некистозного «сложного» образования придатков. Наблюдаемая эхокартина напоминает признак «шарика». размеры которого 4 см. При цветной эходопплерографии напоминает симптом «огненного кольца». Прогностическая ценность составила 90%. Признак развивающейся ВБ. Вне матки визуализируется плодное яйцо с живым эмбрионом. Специфичность и положительная

прогностическая ценность признака приближаются к 100%. При развивающейся ВБ - регистрируется множество локусов кровотока, отражающих интенсивное кровоснабжение эмбриона и эктопического хориона.

**Выводы.** Определенные эходопплерографические методы диагностики и прогноза позволяют ранней диагностике и снизить осложнения у женщин репродуктивного возраста с внематочной беременностью, возвращению их к полноценной жизни, в том числе репродуктивного здоровья.

## **ДИАГНОСТИКА ВУЛЬВОВАГИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

Каримов А.Х., Каюмова Д.Т., Рузибоева Н.Ч.

Ташкентская медицинская академия

## **DIAGNOSIS OF VULVOVAGINITIS IN PREGNANT WOMEN**

Karimov A.H., Kayumova D.T., Ro'ziboyeva N.Ch.

Tashkent Medical Academy

Актуальность. Инфекции нижних отделов половых путей часто встречаются у пациентов всех возрастных групп, но в первую очередь поражают пациенток репродуктивного возраста. Клиническая картина варьирует от бессимптомных инфекций до значительных местных и системных поражений. Основными этиологическими агентами являются *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans* и *Trichomonas*. Во время беременности эти инфекции поражают фетоплацентарную единицу, приводя к таким осложнениям, как преждевременный разрыв плодных оболочек, хориоамнионит, преждевременные роды и рождение детей с низкой массой тела, а также послеродовая инфекция.

Ключевые слова: Вульвовагинит, Бак посев, бактериальный вагиноз, кандидоз, аминный тест.



Relevance. Infections of the lower genital tract are common in patients of all age groups, but primarily affect patients of reproductive age. The clinical picture varies from asymptomatic infections to significant local and systemic lesions. The main etiological agents are *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans* and *Trichomonas*. During pregnancy, these infections affect the fetoplacental unit, leading to complications such as premature rupture of the fetal membranes, chorioamnionitis, premature birth and the birth of children with low body weight, as well as postpartum infection.

Keywords: Vulvovaginitis, Bac seeding, bacterial vaginosis, candidiasis, amine test.

Цель: определить клинические, микробиологические и эпидемиологические характеристики вульвовагинита у беременных.

Материал и методы: Исследование проводилось у 36 беременных, обратившихся в Центр Здоровья Женщин ТМА, в период с сентября 2021 г по октябрь 2022 г. Женщины были обследованы в разные триместры беременности, у них был взят мазок и посев из влагалища, тест на чувствительность к антибиотикам, аминный тест, идентификация по шкале Ньюджента с определением ключевых клеток.

Результаты: При физикальном осмотре было обнаружено, что у 62.5% беременных вагинальные выделения были скудными, а у 37.5% - обильными. При оценке запаха вагинальных выделений было установлено, что 75% беременных не имели неприятного запаха вагинальных выделений, а у 25% - имелся неприятный запах. Что касается цвета выделений: беловатый цвет был у 81,25%, желтый - 18,75%. Во время клинического осмотра для оценки зуда: 68,75% сообщили об его отсутствии, а у 31,25% пациенток был зуд. Микробиологический и микроскопический анализы выявили дрожжевые грибы вида *Candida albicans* - у 12,5%. Тест Ньюджента был положительным также у 12,5% пациенток. В % случаев была

выявлена условно-патогенная микрофлора, которая клинически сопровождалась скудными вагинальными выделениями.

**Выводы.** Беременные женщины подвержены вагинальным инфекциям с преобладанием *Candida albicans* и *Gardnerella vaginalis*. Это доказывает, что необходимо делать хотя бы один посев вагинальных мазков во время беременности каждой женщине.

Частота осложнений у беременных с вульвовагинальной инфекцией клиническое проявление инфекцией, таких как бактериальной вагиноз, аеробный вагинит, кандидоз зависит от нарушений микрофлоры влагалища. Наше исследование показало, что беременные женщины сильно подвержены вагинальным инфекциям с преобладанием *Candida albicans* и *Gardnerella vaginalis*. Это показывает, что необходимо делать хотя бы один посев вагинальных мазков во время беременности каждой женщине.

## **ПУТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИХ СРОКАХ И ЕЁ ОЦЕНКА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Саломова И.С.<sup>1</sup>, Каримова Н.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Бухарский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи

<sup>2</sup>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 тенденции 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-anamнестическим параметрам. Возраст больных колебался от 20 лет до 41 года при среднем значении  $29,5 \pm 5,73$  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  $2,5 \pm 1,74$  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.

## **НОВЫЕ ПОДХОДЫ ТЕРАПИИ САЛЬПИНГООФАРИТОВ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ**

Каримова Н.Н.<sup>1</sup>, Махмудова Ш. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Бухарский государственный медицинский институт

<sup>2</sup> 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 сальпингофаритов, 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.

# КОРРЕКЦИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В АКУШЕРСТВЕ

Муминова Н.Х.<sup>1</sup>., Каримова Ф.Д.<sup>2</sup>

1,2. Центр развития повышения квалификации медицинских работников

Ташкент, Узбекистан

Гнойно-септические состояния (ГСС) в акушерстве развиваются при острых массивных кровопотерях, тяжёлых гипертензиях, гнойно-септических осложнениях сопровождаются тяжёлой эндогенной интоксикацией, полиорганной недостаточностью и вторичным иммунодефицитом. Одними из основных направлений в лечении данных критических состояний является иммунокоррекция.

**Целью настоящей** работы явилось изучение Т-клеточного звена иммунитета и оценка клинической эффективности иммунотерапии у тяжелых больных с гнойно-септическими состояниями.

**Материалы и методы.** Обследовано 49 реанимационных больных с ССВО (34), с сепсисом (5) и с тяжелым сепсисом (11). В контрольной группе обследованы 25 пациентки. Иммунный статус больных оценивали по показателям относительного и абсолютного содержания Т-лимфоцитов (CD3+), показателя иммунорегуляторного индекса (CD4+/CD8+), пролиферативной активности клеток, фагоцитарной активности моноцитов и содержания DR-моноцитов. Относительное количество апоптотических лимфоцитов определяли в популяции свежесыведенных мононуклеарных клеток (МНК).

С целью иммунокоррекции мы использовали препарат Галавит по 200мг 1-2 раза в сутки парентерально. Препарат способствует стимуляции фагоцитоза и ускорению хемотаксиса полиморфно-ядерных лейкоцитов в очаге инфекции, повышает



гуморальный иммунный ответ, повышает неспецифическую резистентность организма к инфекциям.

**Результаты и обсуждение.** Клинико-лабораторный анализ показал, что в группе реанимационных больных в 79% случаев регистрировалась глубокая лимфопения, снижение процентного содержания CD3+ Т-лимфоцитов и их субпопуляций (CD4+ и CD8+), функциональной активности Т-клеток и значительное снижение DR-моноцитов (ниже 30%). Содержание апоптотических клеток среди свежесыведенных лимфоцитов было в 6 раз выше, чем в контрольной группе ( $31,5 \pm 3,5\%$ ,  $4,9 \pm 0,9\%$ ). Больные основной группы также отличались высоким уровнем индуцированного апоптоза. Максимальные значения апоптоза были отмечены у больных в случае развития полиорганной недостаточности которая наблюдалось у 8 больных.

Проведение эффективной иммунной терапии с использованием Галавита у реанимационных больных сопровождалось возрастанием ФНО-а, абсолютного количества Т-клеток, иммунорегуляторного индекса и продукции ИЛ-2. Также иммунокорректирующие эффекты Галавита с комплексной терапией способствовали регрессу клинических признаков критического состояния в течение 3-7 суток.

# РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА

Каримова Д.Ф.<sup>1</sup>

Муминова Н.Х.<sup>2</sup> ,

1,2. Центр развития повышения квалификации медицинских  
работников

Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Цитокинам отводится ведущая роль в развертывании медиаторного механизма сепсиса. У большинства больных сепсисом в начальных стадиях выявляется устойчивое повышение в крови ИЛ-6 ИЛ-8 и ФНО- $\alpha$  цитокинов. Они обладают широким спектром биологического действия, По мере снижения микробной нагрузки макрофаги начинают синтезировать данные цитокины, действие которых направлено на подавление генерализованной синдрома системного воспалительного ответа (ССВО)

**Целью исследования** явилось изучение роли цитокинового статуса в развитии ССВО при обнаружение инфекции во время беременности.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 167 пациенток с гнойно-септическими состояниями (ГСС) различной степени и генерализации в 3-м триместре беременности. В сыворотке крови у 45 больных определили содержания интерлейкинов ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО- $\alpha$  с помощью иммуноферментного анализа. Контрольную группу составили 18 здоровых беременных.

**Результаты и обсуждения.** У обследованных беременных с ГСС уровень в крови ИЛ-6 возрастал по сравнению с показателями группы контроля в среднем в 5-7раз ( $p < 0,01$ ). В то же время ИЛ-8 у больных данной группы незначительно снижался, но по сравнению с аналогичными показателями у

женщин с физиологическим течением беременности оставался в пределах нормы ( $p < 0,05$ ).

Очевидна патогенетическая значимость снижения уровня IL-8 в крови пациенток с бактериальной инфекцией по сравнению с таковым показателем в группе контроля, в соответствии с которой важная роль в обострении вирусной инфекции при беременности должна быть отведена недостаточности моноцитарно-макрофагальной реакции, играющей доминирующую роль в продукции указанного цитокина и в индукции иммунного ответа.

В то же время увеличение содержания IL-6 в крови пациенток с ГСС с достаточно высокой долей вероятности свидетельствует о положительной роли этого цитокина в развитии локальной воспалительной реакции и ССВО, поскольку в данной ситуации IL-6 усиливает экспрессию эндотелиально-лейкоцитарных адгезивных молекул, а также процессы эмиграции лейкоцитов в зону воспаления.

По мере снижения микробной нагрузки макрофаги начинают синтезировать растворимые рецепторы TNF. Их действие направлено на подавление генерализованной воспалительной реакции.

**Выводы.** Цитокиновая дезрегуляция с констатацией возможной гетерогенности тенденций преобладания цитокинов у акушерских больных с ГСС более обосновано для характеристики расстройств цитокиновой регуляции при тяжелых формах сепсиса, чем применение термина «цитокиновая-буря».

# АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Каттаходжаева М.Х., Ихтиярова Г.А., Кудратова Д.Ш.

Ташкенский Государственный Стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

На сегодняшний день актуальной проблемой в современной перинатологии остаются внутриутробных аномалий развития плода (ВУАП), которые занимают второе место в структуре перинатальной смертности. Пренатальная диагностика аномалий развития, вносящий существенный вклад в младенческую и детскую смертность, в инвалидность и заболеваемость, является важной задачей современного здравоохранения.

**Материалы и методы.** Для изучения частоты и структуры ВУАП и хромосомных аномалий плода, выявленных с помощью пренатальных технологий, исследуемая группа (n=80) была сформирована путем случайной выборки («каждый третий») из всех случаев обследования беременных, с использованием методов пренатальной диагностики. Возраст женщин колебался от 19 до 40 лет. С целью выявления факторов риска (предикторов) наличия наиболее часто встречающихся ВУАП и хромосомных аномалий у плода и определения возможности их математического прогнозирования исследуемая группа была подразделена на основную группу и группу сравнения. Основную группу составили беременные с ВУАП, диагностированными у плода во время беременности или после рождения ребенка (n=45). Группу сравнения составили пациентки, которые, согласно общепринятым критериям, имели во время беременности риск рождения ребенка с ВУАП. Контрольная группа была сформирована из обратившихся в скрининг центр Бухарской области женщин, не имевших риска рождения ребенка с врожденными аномалиями, обследованных по собственному

желанию и родивших впоследствии здоровых детей (n=35). Достоверность различий оценивали с использованием критериев Стьюдента, Фишера. Различие между сравниваемыми величинами признавалось достоверным при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и обсуждение.** В ходе проведенного исследования установлено преобладание в основной группе женщин в возрасте 20-24 лет (50,8%). Доля женщин юного и молодого возраста (18-24 лет) оказалась в 2 раза выше, чем в группе сравнения (48,6% против 24,7%,  $p < 0,01$ ), в то время как удельный вес женщин возраста 35 лет и старше – в 4 раза ниже (7,9% против 32,5%,  $p < 0,01$ ). При анализе социально-географических условий проживания установлено, что подавляющее большинство беременных проживало на территории с измененным (9,8%) и сильно измененным (86,3%) типом условий проживания ( $p < 0,01$ ), однако достоверных различий между основной группой и группой сравнения по фактору типа условий проживания не выявлено. Женщины основной группы и группы сравнения преимущественно являлись жительницами городов (83%), в том числе в 49% – города Бухары, соответственно сельские жительницы составили всего 17% ( $p < 0,01$ ). Следует отметить, что в основной группе жительниц городов края были больше, чем в группе сравнения (39,8% против 28,3%,  $p < 0,05$ ), тогда как в группе сравнения преобладали женщины из г. Бухары (55,4% и 39,1%,  $p < 0,01$ ).

**Заключение:** Подводя итог проведенному нами исследованию, можно заключить, что в структуре ВУАП, выявленных перинатально, преобладают ВУАП нервной системы (20,3%), множественные пороки развития (18,2%) и ВУАП системы кровообращения (17,9%). При ВУАП нервной системы наибольшей чувствительностью и специфичностью обладает повышение АФП, а также УЗИ-маркеры, выявленные в 1-м триместре; при множественных ВУАП – снижение РАРР и УЗИ-маркеры во 2-м триместре, при ВУАП системы кровообращения – УЗИ-маркеры, выявленные во 2-3-м триместрах, при

хромосомных аномалиях – изменение уровня ХГЧ и УЗИ-маркеры во 2-3-м триместрах. Предикторами наличия у беременной ВУАП плода являются ВУАП у ребенка в анамнезе, отклонения по данным УЗИ в 1-м и 2-м триместре, изменения РАРР, возраст женщин 16-24 года.

## **ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ РИСКИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ ИНДУКЦИИ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С СОРП И НЕГОТОВНОСТЬЮ РОДОВЫХ ПУТЕЙ К РОДАМ.**

Климашкин А.А., Расуль-Заде Ю.Г, Т.М. Нуруллаев.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

**Актуальность.** Синдром ограничения роста плода (СОРП) связан с высоким риском перинатальной заболеваемости и смертности, а у детей, перенесших это состояние - с высокой вероятностью нарушения нервно-психического развития. Женщины, у которых диагностирован СОРП должны находиться под постоянным тщательным мониторингом, родоразрешение по показаниям со стороны плода в некоторых случаях проводят уже при достижении гестационных сроков 34 недели. Процедура индукции родовой деятельности при СОРП у женщин с низкой готовностью шейки матки и ассоциируется со значительным риском развития внутриутробного ацидоза плода нарушением его сердечного ритма, и соответственно - проведения кесарева сечения.

**Цель** проведения исследования заключалась в определении прогностических факторов риска проведения кесарева сечения после индукции у плодов в группе беременных с СОРП на сроках гестации более 36 недель при недостаточной зрелости шейки матки.

**Материалы и методы.** Мы провели когортное проспективное исследование, участницами которого стали женщины СОРП и показаниями к индукции родовой

деятельности. В исследование включались женщины с одноплодной беременностью и плодом в головном предлежании. Диагноз СОРП выставлялся во втором/третьем триместре беременности. Одним из критериев включения в исследования была также неготовность шейки матки к родам (оценка по шкале Bishop менее 6 баллов). Определение прогностических факторов проведения кесарева сечения проводилось методом многофакторной логистической регрессии с использованием статистического пакета STATA 16.0

**Результаты.** Из 46 включенных женщин у 18 (37,5 %) было проведено кесарево сечение. Результаты анализа показали, что факторами, значимо связанными с риском проведения кесарева сечения, являются возраст матери более 35 лет (ОШ = 2,73 [95% ДИ 1,1–14,2], первые роды (ОШ = 2,49 [95% ДИ 1,1–9,8]), а также нарушение кровотока в пупочной артерии (ОШ = 3,15 [95% ДИ 1,2-9,5]). При этом, удалось обнаружить, что риск неблагоприятных исходов для новорожденных не отличался между женщинами, родившими через естественные родовые пути и родившими путем хирургического вмешательства (4,3 % и 7,3 % соответственно,  $p < 0,05$ ).

**Вывод:** у женщин с СОРП на сроках более 36 недели гестации индукция родов является приемлемой опцией завершения беременности, даже при условии неготовности шейки матки, поскольку риск проведения кесарева сечения увеличивается в приемлемых пределах, а исходы родов для новорождённых статистически не различаются при обоих способах завершения беременности.

# ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Кодирова М.М

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

## Резюме

**Актуальность:** Преэклампсия по-прежнему является актуальной проблемой современного акушерства и занимает ведущее место в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. **Цель исследования:** Подробно изучить особенности акушерско-гинекологического, а также соматического анамнеза у беременных женщин с Преэклампсией.

**Материалы и методы исследования:** Мы проанализировали особенности соматического здоровья у 95 обследованных нами женщин, страдающих преэклампсией (основная группа) в сравнении с 30 женщинами, с физиологическим течением беременности (контрольная группа). Средний возраст женщин с преэклампсией составил  $22,5 \pm 0,21$  год, в контрольной группе –  $22,3 \pm 0,40$  года.

**Результаты исследования:** Изучение соматического здоровья обследованных беременных с преэклампсией установило, что практически каждая вторая из них страдала той или иной хронической экстрагенитальной патологией ( $63,2 \pm 2,2\%$ ). Обращает на себя внимание высокая частота перенесенных ранее заболеваний воспалительно-инфекционного характера, но чаще они встречались у беременных с преэклампсией. Средний возраст наступления менструации составил  $13,8 \pm 0,33$  лет в обеих группах женщин (80,0%). Особенностью гинекологического анамнеза у исследуемых женщин явилось позднее наступление menarche – в 20,0% случаях, нарушения менструальной функции – 10,0%. В группе сравнения эти нарушения встречались в единичных случаях и составили 6,6%. Воспалительные процессы гениталий различной



локализации отмечены в основной группе у 85,0% пациенток и достоверно превышали показатели женщин контрольной группы – 43,3% (табл. 2). Из них основную квоту составили кольпиты – 58 (62,1%), превышающие частоту в контрольной группе в 1,7 раз (36,7% соответственно,  $P < 0,05$ ). В 5,7 раз чаще диагностировался эндометрит – 37,9% ( $P < 0,001$ ), в 2,8 раза чаще - эрозия шейки матки и эндоцервициты – 28,4% ( $P < 0,05$ ), в 1,8 раза чаще - хронические воспалительные заболевания придатков – 24,2%. TORCH-инфекция встречалась с одинаковой частотой в обеих группах женщин – 9,5 и 10,0% ( $P > 0,05$ ). Установлено, что у 41 (43,2%) обследованных в анамнезе были искусственные аборты, из которых в 9 (22,0%) случаях наблюдались осложнения (табл. 3).

**Выводы:** В патогенезе преэклампсии помимо отягощенного акушерского анамнеза, возраста и паритета сопутствующих экстрагенитальных заболеваний.

## **ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ И ОЦЕНКА ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА**

Комилова М.С., Пахомова Ж.Е.

Ташкентский государственный стоматологический институт,  
Городской родильный комплекс №6, г. Ташкент, Узбекистан.

Ташкентская медицинская академия, городской родильный  
комплекс №6 г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить состояние цитокинового статуса у матери и плода при ПОНРП **Материал и методы.** Под наблюдением находилось 90 беременных и их новорожденные. Из них 1-ю группу составили 60 беременных с ПОНРП и их новорожденные; 2-ю группу (контрольная) - 30 здоровых беременных и их новорожденные с физиологическим течением беременности. В крови исследовали уровень интерлейкинов: интерлейкин-1 (IL-

1β), интерлейкин-6 (IL-6), фактор некроза опухоли (TNF-α), интерлейкин-10 (IL-10) . **Результаты.** В 1-й группе беременных воспалительные заболевания половых органов имели место у 22 (36,7%). ИППП ( хламидии, вирус простого герпеса, цитомегаловирус, уреаплазма встречались у 47 (78,3%). Течение 1-й половины беременности осложнилась угрозой I половины у 26 (43,3%), 2-й половины – у 24 (40,0%). Кроме того, ОРИ на фоне беременности была у 20 (33,3%) женщин, фетоплацентарная недостаточность - у 25 (41,7%). При обследовании уровня интерлейкинов в крови в 1-й группе пациенток установлено повышение содержания IL-6 до  $58,2 \pm 3,37$  пг/мл, TNF-α – до  $69,7 \pm 4,12$  пг/мл, IL-1β до  $80,4 \pm 4,57$  пг/мл по сравнению с контрольной группой беременных. Тогда как, уровень IL-10 был пг/мл ниже у беременных с ПОНРП, по сравнению с контрольной группой. В пуповинной крови в группе с ПОНРП установлено достоверное повышение всех показателей: IL-1β -  $68,6 \pm 4,36$  пг/мл; IL-6 -  $49,6 \pm 3,30$  пг/мл ; TNFα –  $84,5 \pm 5,17$  пг/мл по сравнению с группой контроля:  $23,4 \pm 1,75$ ,  $3,5 \pm 0,34$  и  $28,9 \pm 2,76$  пг/мл соответственно. Также, отмечено увеличение IL-10 в пуповинной крови в 1й группе:  $13,9 \pm 0,88$  пг/мл по сравнению с контрольной группой  $5,6 \pm 0,40$  пг/мл. **Выводы.** Клиническая картина ПОНРП развивается вследствие нарушения баланса про- и противовоспалительных цитокинов. Так, происходит увеличение IL-6 в 8 раз, IL-1β в 3,0 раз, TNF-α 2,6 раза и снижение IL-10 в 1,5 раза. Маркером прогноза развития ПОНРП является IL-6  $58,2 \pm 3,37$  пг/мл и выше.

**Ключевые слова:** отслойка плаценты, фетоплацентарный комплекс, интерлейкины.

## **ВЛИЯНИЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН**

Кочиева А.М., Нигматова Г.М.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Вопросы отдаленных последствий хирургической менопаузы остаются малоизученными и актуальными, так как в отдаленные сроки после оперативного вмешательства в большинстве случаев у женщин развивается своеобразный патологический симптомокомплекс, приводящий к существенному снижению качества их жизни. В последние годы во всем мире отмечается постоянное увеличение числа женщин с данной патологией, причем в основном за счет лиц репродуктивного и трудоспособного возраста.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 50 пациенток с ампутацией матки, деленные на две группы: 25 женщин после ампутации матки с придатками, 25 женщин – после ампутации матки без придатков. По нашим данным, клинические признаки ПГС выражено наблюдаются через три года после операции, изменения психоэмоциональной сферы и нарушения вегето-сосудистой системы наблюдаются больше, от 20 до 71%, а урогенитальные проявления реже – от 7 до 43%.

Клинические признаки патологических синдромов нейроэндокринного происхождения, как депрессивные расстройства, сексуальные нарушения, урогенитальная атрофия, атрофический вагинит, рецидивирующий цистоуретрит являются частыми проявлениями ПГС. Мы проводили наши исследования по определению изменения качества жизни женщин, перенесших гистерэктомию, по шкале MRS по оценке симптомов менопаузы, которая включает в себя определение наличия изменений вегетативной нервной системы.

Результаты исследования. Состояние значительного нервного напряжения наблюдалось у обеих группах, так как эти

результаты в исследуемых группах составило  $2,23 \pm 0,5$  и  $2,57 \pm 0,5$  балла соответственно. У пациентов группы с удаленными яичниками раздражительность нередко трансформировалось в состояние депрессии до такой степени, несмотря на все усилия ничто не могло взбодрить пациентку: показатели данного параметра были следующие ( $3,26 \pm 0,5$  и  $2,05 \pm 0,32$ ,  $p < 0,05$ ) соответственно. Женщины с удаленными яичниками по сравнению с группой пациенток с сохраненными яичниками чувствовали себя упавшими духом и печальными (балльная оценка составила соответственно  $2,96 \pm 0,32$  и  $1,71 \pm 0,3$ ,  $p < 0,05$ ). Показатели счастья у респондентов обеих групп были сходными ( $1,1 \pm 0,41$  балла,  $p > 0,05$ ). Гистерэктомия явилась также причиной отказа от сексуальной жизни. Значимым был показатель, отражающий потерю интереса к сексуальной жизни, который составил  $0,57$  балла среди женщин с удалением яичников против  $0,46$  баллов для сравнительной группы и  $0,30$  баллов для здоровой группы ( $p < 0,05$ ). Выраженность психологического дискомфорта у женщин с гистерэктомией и удалением яичников была максимальной и составила  $0,54$  балла, при среднем показателе  $0,47$  балла и у здоровых женщин показателе  $0,32$  балла. Анализ полученных результатов показал, что у женщин гистерэктомия оказывает существенное влияния на состояние памяти или возможность сконцентрироваться. Результаты показателей среди женщин с удалением органа составил  $0,66$  утверждает о том, что дисфункциональные расстройства в этой группе более значимы, чем у пациенток с сохраненным органом ( $0,47$ ), у здоровых пациенток ( $0,27$ ,  $P < 0,05$ ). Анализируя полученные результаты физического здоровья пациенток можно уверенно предположить, что удаление органа оказывают отрицательное влияние в первую очередь не на физическое, а на психологическое время болезни. Гистерэктомия способствует значительному снижению всех показателей качества жизни путём развития глубоких психоэмоциональных нарушений, атрофических изменений тканей генитального тракта,

вегетоневротических и гормональных расстройств. Частота выполненных операций очень высока, а система реабилитации таких пациентов находится на крайне недостаточном уровне, несмотря на наличие разработанных комплексных подходов восстановления с подключением психологов, специалистов по физиотерапии и лечебной физкультуре.

## **ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ**

Бабаджанова Ш.

Среди многочисленных проблем в акушерстве и гинекологии сочетание миомы матки и беременности занимает особое место и рассматривается как серьезная акушерская патология, при которой поражается орган, выполняющий функцию вынашивания и изгнания плода. Несомненно, что при сочетании двух процессов: патологического (миома матки) и физиологического (беременность и роды) происходит отрицательное влияние их друг на друга.

**Цель исследования:** определение функциональных особенностей фетоплацентарной системы у беременных женщин с миомой матки с использованием современных методов функциональной диагностики.

**Материал и методы:** Для изучения течения беременности и функциональной характеристики внутриутробного плода нами проведено клиничко-лабораторное обследование 58 беременных с миомой матки, в возрасте от 18 до 41 лет во II и III триместрах беременности. Группу контроля составили 34 здоровых женщин с физиологическим течением беременности. Для изучения функциональных показателей фетоплацентарной системы у беременных со структурными изменениями матки нами использованы методы эхографического исследования плаценты, доплерометрия сосудов ФПК.

**Результаты и их обсуждение.** При ультразвуковом исследовании у беременных с миомой матки статистически достоверно отмечено преждевременное созревание плаценты, которое не было ассоциировано с развитием гипотрофии плода, что подтверждает большие компенсаторные возможности этого органа. При проведении фетометрии большинство параметров укладывалось в нормативные показатели срока гестации, на котором проводилось исследование. Так, толщина плаценты, установленная эхоскопически, указывала на ее утолщение в 29 (50,0%) наблюдениях, в 14 (24,1%) случаях соответственно группам выявлено преждевременное «созревание» плаценты. Данные биометрии плода показали, что у 22 пациенток с миомой матки (37,9%) выявлена ассимметричная форма ЗВРП и характеризовалась преимущественно нормальными параметрами бипариетального размера головки плода с одновременным уменьшением размеров живота и грудной клетки, а у 8 (13,8%) женщин – симметричная форма. Маловодие было отмечено у 12 женщин основной группы.

По нашим данным у беременных с миомой матки по данным эхографического исследования в 23,8% наблюдений обнаруживается компенсированная форма ФПН и в 38,1% - субкомпенсированная и декомпенсированная. В группе женщин с миомой матки во втором триместре достоверных отличий показателей периферического сопротивления в МА по сравнению с контрольной группой получено не было. В то же время отмечено, что достоверно чаще встречается латерализация кровотока. Протодиастолическая выемка в конце второго триместра в одной из МА зарегистрирована у 49% беременных в этой группе, однако достоверных отличий от контрольной группы получено не было.

В наших исследованиях у 14,7% беременных с миомой матки отмечено повышение ИР в АП. Причем у данного контингента беременных рост ПИ в АП характеризовался снижением или исчезновением диастолического компонента.

Достоверно не было зарегистрировано роста пиковых систолических скоростей по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, на сегодняшний день совершенно ясно, что организм матери не только не является надежным барьером на пути воздействия альтерирующих факторов, но и в подавляющем большинстве случаев становится причиной формирования нарушений в состоянии здоровья будущего ребенка. Учитывая удельный вес экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, следует подчеркнуть очевидную необходимость их компенсации до беременности или в первой её половине. Это предупредит развитие осложнений беременности, усугубляющих плацентарную дисфункцию. Тогда, развиваясь на этом фоне, плод сумеет реализовать свои компенсаторные механизмы и его повреждения не произойдет.

## **ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ РУБЦОВ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ**

<sup>1</sup>Краснова И.А., <sup>1</sup>Есипова И.А. <sup>1</sup>Хашиева Ф.М., <sup>1</sup>Базалий О.А.

<sup>1</sup>Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.

Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

### **Актуальность**

Оценка состоятельности рубца на матке после миомэктомии является важной проблемой в практике врача акушера-гинеколога. До настоящего времени нет эхографических критериев и алгоритма исследования при трехмерной оценке рубцов у пациенток, перенесших лапароскопическую миомэктомию..

## **Цель исследования**

Повышение качества диагностики состоятельности рубца на матке после лапароскопической миомэктомии (ЛСМЭ) на основании разработанных алгоритмов оценки трехмерной эхографии.

## **Материалы и методы**

Обследованы 97 пациенток с миомой матки во возрасте от 28 до 45 лет, средний 38 лет. Лапароскопических миомэктомий выполнено 65, робот-ассистированных- 32. 3D исследование выполнялось на аппарате Toshiba Aplio MX с использованием режимов мультипланарной реконструкции, Vocal, TUI, получением фронтального среза (с применением функций HI, SRI CRI или различные автоматические варианты Render Mode) на 3, 7 сутки, а также через 1, 6, 12 месяцев.

## **Результаты и обсуждение**

У 86 пациенток (88,6%) на 3 сутки было отмечено неполноценное фрагментированное смыкание ложа, характеризующееся наличием отека и кистозных полостей (гематом) до 7-8 мм, выявленных во фронтальном срезе. Из них у 75(77,3%) к 7 суткам наблюдалось опорожнение гематом и полное смыкание краев раны, подтвержденных при режиме TUI, позволяющим оценить область рубца в объеме с шагом 10 мм. Через 1 месяц у 83 (85,5%) рубец сформирован плотным соприкосновением контрлатеральных краев раны, ранее выявленные мелкие гематомы отсутствовали, что свидетельствовало о полноценной репарации первичным натяжением. Однако у 3(3%)- кистозные полости свыше 15 мм сохранялись на протяжении всего периода наблюдения. На 3 сутки отмечалось выбухание наружного контура и незначительные втяжения шовного материала у 50(51,5%). На 7 сутки наружный контур матки в режиме "TUI" ровный, без инвагинаций и выбуханий у 28(28,8 %). Шовный материал в виде "веретена" или отдельных мышечно-мышечных швов регистрировался на 3-7 сутки у всех пациенток. Через 1 месяц у



85(87,6%) продолжал визуализироваться шовный материал фрагментарно в виде гиперэхогенных участков с акустическим эффектом отражения ультразвукового сигнала. На контрольном УЗИ через 6-12 месяцев у 94 (96,9%) область рубца при 2D-эхографии была изоэхогенной. При 3D-эхографии в режиме “TUI” дополнительных зон не смыкания ни у кого не было выявлено. Шовный материал в виде единичных гиперэхогенных штрихов определялись у 38 пациенток (39,1%).

### **Выводы**

Возможности трехмерной эхографии позволяют производить более полную оценку репаративных процессов миометрия и стадий формирования послеоперационной раны/рубца. Эхографическими признаками полноценного рубца явились изоэхогенный характер при 3D визуализации, отсутствие кистозных полостей в режиме TUI, отсутствие зон втяжения и инвагинации серозного покрова матки у % пациенток, перенесших лапароскопическую миомэктомию.

## **ТРЕХМЕРНЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЁРЫ КАК ПРЕДИКТОР СТЕПЕНИ ОБЛИТЕРАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ**

Краснова И.А. <sup>1</sup>, Есипова И.А. <sup>1</sup>, Тимофеева Е.Г. <sup>1</sup>,  
Кудимова М.А. <sup>1</sup>

*<sup>1</sup> ФГАОУ ВО Российский научный исследовательский институт  
им. Н. И. Пирогова,  
кафедра акушерства и гинекологии педиатрического  
факультета, Москва, Россия*

**Актуальность:** поздняя диагностика внутриматочных синехий (ВМС) в виду отсутствия унифицированного алгоритма приводит к снижению эффективности проводимого лечения и репродуктивным потерям.

**Цель исследования:** повышение качества лечебно-диагностических манипуляций у пациенток с ВМС и внедрение трехмерной эхографии в диагностический алгоритм.

**Материалы и методы:** в условиях гинекологической клиники ГБУЗ ГKB №31 ДЗМ обследованы 67 пациенток репродуктивного периода с подозрением на ВМС по данным 2D УЗИ. В основную группу вошли 67 обследованных с ВМС (средний возраст  $29.5 \pm 1,7$ ), в группу контроля - 20 здоровых пациенток (средний возраст  $30,1 \pm 0,9$ ). Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту и сопутствующей соматической патологии. Трёхмерное ультразвуковое исследование проводилось по стандартному алгоритму неинвазивного исследования на аппарате Toshiba Aplio 500 с использованием внутриволостного трёхмерного ультразвукового датчика в режимах TUI, Vocal, Omni-view и получением фронтального среза. Функции HI, SRI, CRI, различные автоматические варианты Render Mode и режим поверхностного сканирования с комбинацией минимальной/максимальной интенсивности применялись для улучшения визуализации эхограмм. У пациенток с регулярным менструальным циклом ультразвуковое исследование проводилось на 5-7 и 21-23 день менструального цикла, или вне зависимости от цикла при его отсутствии.

**Результаты и обсуждение:** на основании анализа эхограмм пациенток основной и контрольной групп нами были получены ультразвуковые маркёры ВМС: полигональная форма внутреннего контура матки у 54 обследованных; облитерация одного или обоих устьев маточных труб у 37; наличие гиперэхогенных структур, направленных к контралатеральной стенке матки у 41, дну матки у 23, области перешейка у 19; отсутствие динамических изменений объёма эндометрия, соответствующих фазе менструального цикла у 37; наличие инвагинации миометрия в эндометрий у 67; фрагментарное/тотальное отсутствие эндометрия у 39.

Полученные маркёры были разделены на качественные (полигональная форма полости матки, инвагинация миометрия в эндометрий, фрагментарное/тотальное отсутствие эндометрия, наличие линейных гиперэхогенных структур) и количественные (динамические изменения объёма эндометрия), указывающие на степень облитерации полости матки. У обследованных контрольной группы объём эндометрия в I фазу менструального цикла соответствовал  $2,4 \pm 0,6 \text{ см}^3$ , во II -  $6,7 \pm 1,2 \text{ см}^3$ , у пациенток основной группы при наличии облитерации полости матки I степени -  $2,2 \pm 0,8 \text{ см}^3$  и  $6,2 \pm 1,5 \text{ см}^3$ , при II -  $1,6 \pm 0,7 \text{ см}^3$  и  $4,1 \pm 0,9 \text{ см}^3$ , при III -  $1,2 \pm 1,1 \text{ см}^3$  и  $2,6 \pm 0,9 \text{ см}^3$ , при IV-Va,b  $0,5 \pm 0,1 \text{ см}^3$  и  $0,9 \pm 0,4 \text{ см}^3$  в I и II фазу соответственно. На основании разработанного алгоритма, нами было установлено, что среди пациенток основной группы I степень облитерации у 13, II у 17, сформированный синдромом Ашермана (III-Va,b степень облитерации) у 37. Все полученные данные были подтверждены результатами гистероскопии.

**Выводы:** с учетом использования разработанного нами алгоритма и возможностей трёхмерной эхографии стало возможным диагностировать степень облитерации полости матки, чувствительность и специфичность метода составила 99,9% и 99,3% соответственно.

# **ПРЕДИКТОРЫ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭМБОЛИЗАЦИЮ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ**

Краснова И.А.<sup>1</sup>, Аксенова В.Б.<sup>1</sup>, Базалий О.<sup>1</sup>, Хашиева Ф.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации., Москва.

Кафедра акушерства и гинекологии имени академика Г.М. Савельевой педиатрического факультета

## **Актуальность**

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) у пациентов с миомой матки внедрена в практику более 20 лет назад. Однако до настоящего времени отношение к данному методу лечения среди гинекологов неоднозначное. Нет единых критериев, позволяющих прогнозировать результаты ЭМА, в том числе и в отношении репродуктивной функции.

## **Цель исследования**

Для повышения эффективности органосохраняющего лечения миомы матки изучить предикторы фертильности у пациенток репродуктивного возраста, перенесших ЭМА.

## **Материалы и методы исследования**

В ГБУЗ ГКБ 31 ДЗМ и ГБУЗ ЦПСИР ДЗМ с 2004 года было выполнено более 2000 ЭМА у пациенток с миомой матки. В рамках проблемы репродуктивного здоровья выполнен детальный анализ исходов ЭМА у 215 пациенток. Возраст наблюдаемых варьировался от 26 до 45 лет, в среднем составляя  $33 \pm 5,7$ . ЭМА была выполнена всем как альтернатива гистерэктомии. Выполнялась в рентгеноперационной, бедренным доступом с использованием катетеров 5F и поливинилалкогольных эмболов «Bead Block» диаметром 500–700 мкм.

## **Результаты и обсуждения**

Проведенные нами исследования показали, что при планировании беременности после ЭМА следует учитывать следующие факторы: период восстановления адекватной перфузии в миометрии и эндометрии, окончательное уменьшение объема матки и миоматозных узлов, завершение их миграции. После проведения ЭМА объем матки уменьшается через 6 месяцев на 35–45%, через год на 50–70%. Возможность выполнения второго этапа лечения - миомрезекция и миомэктомия субмукозных миоматозных узлов выполнялась у 12% пациенток через 6–8 месяцев. Менструальная функция была восстановлена до нормоменореи у 87% пациенток. Сразу после ЭМА в бассейне маточных артерий (МА) выявлено снижение  $V(\max)$ : в восходящем стволе МА с  $0,53 \pm 0,04$  уменьшилась до  $0,22 \pm 0,03$  м/сек, через 1 месяц отмечается восстановление кровотока до  $0,25 \pm 0,01$ , а через 6 месяцев до  $0,26 \pm 0,02$ . К году после ЭМА кровотоки сопоставим с нормативными показателями:  $0,35 \pm 0,03$  м/сек.  $V(\max)$  в радиальных артериях сразу после ЭМА уменьшается с  $0,15 \pm 0,01$  до  $0,07 \pm 0,03$ , через 12 месяцев восстанавливается до исходных показателей  $0,15 \pm 0,01$  м/сек.

### **Выводы**

Таким образом, ЭМА позволяет проводить органосохраняющее лечение миомы матки с возможным положительным исходом восстановления фертильности. Оптимальными сроками для зачатия после ЭМА можно считать период полного восстановления кровотока до нормативных показателей в бассейне маточной артерии, завершения миграции узлов, а также максимального уменьшения объема матки, которые происходят через 1 год после ЭМА.

# **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ.**

Краснова И.А.<sup>1</sup>, Аксенова В.Б.<sup>1</sup>, Кудимова М.А.<sup>1</sup>,  
Тимофеева Е.Г.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.

Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации., Москва, Российская Федерация. Кафедра акушерства и гинекологии имени академика Г.М. Савельевой педиатрического факультета.

## **Актуальность**

Значительная роль в бесплодии при миоме отдается изменению функциональных свойств эндометрия, за счет которых могут нарушаться процессы имплантации и плацентации.

## **Цель исследования**

Для оценки прогноза фертильности изучить морфофункциональное состояние эндометрия у пациенток с миомой матки репродуктивного возраста.

## **Материалы и методы**

Обследованы 30 пациенток с миомой матки репродуктивного возраста, планирующих беременность. Проведена пайпель-биопсия эндометрия с гистологическим исследованием: на 8-11 день менструального цикла, на 6-8 день после подтвержденной овуляции. Иммуногистохимическое (ИГХ) исследование включало: провоспалительные маркеры (CD4, CD8, CD20, CD56, CD138) в среднюю фазу пролиферации и экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов (ER-А, PR) в среднюю фазу секреции.

## **Результаты и обсуждение**

При взятии биопсии на 6-8 день после овуляции из 30 пациенток только у 23 (76,67%) ИГХ было информативно.

Совпадение со средней фазой секреции было у 13(43,33%). У 9(39,13%) выявлена ранняя, у 1(2,3%) - поздняя фаза секреции. Количество зрелых пиноподий составило 62,69%±, у 2 - более 50% регрессирующих. У 7(30,43%) пациенток выявлено нарушение рецептивности эндометрия. Среднее число ER-A рецепторов в железах эндометрия составило 87,92 баллов, в строме эндометрия - 84,23 баллов. Среднее число PR в железах эндометрия - 141,69 баллов, в строме эндометрия составило 236,85 баллов. В среднюю фазу пролиферации проведено 30 ИГХ исследований. У 14 пациенток (46,64%) выявлено повышение CD138+: признаки умеренного хронического эндометрита (ХЭ) - 2-3 клетки в поле зрения - у 10 пациенток (30%), у 4(13,33%) - более 5 клеток - признаки выраженного ХЭ. У 13(43,33%) пациенток выявлены признаки нарушения местного иммунитета: у 1(3,33%) - преобладание CD8/CD4, 4(13,3%) - увеличение CD20, у 8(26,67%) - увеличение CD56. У 3(13%) пациенток выявлен железистый полип эндометрия, у 1(2,3%) очаговая железистая гиперплазия эндометрия.

### **Выводы**

Согласно полученным данным нарушение рецептивности эндометрия выявлено в 30,43%, признаки ХЭ - 46,64%, нарушение состояния местного иммунитета - 43,33%. Таким образом, восстановление фертильности пациенток с миомой матки требует комплексного подхода с учетом морфофункционального состояния эндометрия.

## **ШКАЛА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ВНУТРИУТРОБНЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПЛОДА**

Каттаходжаева М.Х., Ихтиярова Г.А., Кудратова Д.Ш.,  
Матисаева Ш.

Ташкентский Государственный Стоматологический институт,  
Ташкент, Узбекистан

На сегодняшний день актуальной проблемой в современной перинатологии остаются внутриутробные аномалии развития плода (ВУАП), которые занимают второе место в структуре перинатальной смертности. Пренатальная диагностика аномалий развития, вносящий существенный вклад в младенческую и детскую смертность, в инвалидность и заболеваемость, является важной задачей современного здравоохранения.

**Цель исследования:** Разработать значимые факторы риска формирования ВУАП и маркеры развития ВУАП.

**Материалы и методы.** Для изучения частоты и структуры ВУАП и хромосомных аномалий плода, выявленных с помощью пренатальных технологий, исследуемая группа (n=80) была сформирована путем случайной выборки («каждый третий») из всех случаев обследования беременных, с использованием методов пренатальной диагностики. Возраст женщин колебался от 19 до 40 лет.

**Результаты исследования и обсуждение.** В ходе проведенного исследования установлено преобладание в основной группе женщин в возрасте 20-24 лет (50,8%). Доля женщин юного и молодого возраста (18-24 лет) оказалась в 2 раза выше, чем в группе сравнения (48,6% против 24,7%,  $p < 0,01$ ), в то время как удельный вес женщин возраста 35 лет и старше – в 4 раза ниже (7,9% против 32,5%,  $p < 0,01$ ).

При анализе социально-географических условий проживания установлено, что подавляющее большинство беременных проживало на территории с измененным (9,8%) и



сильно измененным (86,3%) типом условий проживания ( $p < 0,01$ ), однако достоверных различий между основной группой и группой сравнения по фактору типа условий проживания не выявлено. Женщины основной группы и группы сравнения преимущественно являлись жительницами городов (83%), в том числе в 49% – города Бухары, соответственно сельские жительницы составили всего 17% ( $p < 0,01$ ).

**Вывод;** Подводя итог проведенному нами исследованию, можно заключить, что в структуре ВУАП, выявленных перинатально, преобладают ВУАП нервной системы (34.4%), множественные пороки развития (19.9%) и ВПР системы кровообращения (2.27%). При ВУАП нервной системы наибольшей чувствительностью и специфичностью обладает повышение АФП, а также УЗИ-маркеры, выявленные в 1-м триместре; при множественных ВУАП – снижение РАРР и УЗИ-маркеры во 2-м триместре, при ВУАП системы кровообращения – УЗИ-маркеры, выявленные во 2-3-м триместрах, при хромосомных аномалиях – изменение уровня ХГЧ и УЗИ-маркеры во 2-3-м триместрах.

## **ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК И ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА**

Курбанов Ж.Б., Нигматова Г.М.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Преждевременное дородовое излитие околоплодных вод является грозным осложнением, оказывающим неблагоприятное влияние на течение и исход родов, как для матери, так и для плода. Однако, до настоящего времени нет единой точки зрения на механизм и причины этой патологии.

**Цель исследования:** роль морфологических изменений плодных оболочек и плодовой части плаценты в развитии невынашивания беременности на фоне инфекции.

**Материал и методы исследования.** Обследована 121 беременная с привычным невынашиванием и преждевременными родами сроком от 18 до 34 недель. Сбор материала произведен во время прерывания беременности. Критериями отбора пациенток в настоящее исследование явились наличие в анамнезе 2 и более самопроизвольных прерываний беременности на фоне инфекции. Образцы ткани плодных оболочек и плаценты для световой микроскопии, фиксировались в 10-12% растворе формалина на фосфатном буфере (по Лили). Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

**Результы и их обсуждение.** К патологическим изменениям плодных оболочек и участков плаценты, выявленных при некоторых видах патологии – таких как маловодие, многоводие, часто приводящие к преждевременному излитию околоплодных вод и развитию воспаления, относятся отек компактного слоя амниона. У женщин с признаками многоводия и преждевременным излитием околоплодных вод в виду рыхлой структуры соединительной ткани компактного слоя амниотическая оболочка иногда полностью отслаивалась, образуя в результате этого амниохориональные пространства, содержащие прослойки фибриноида. Наблюдалось увеличение степени вакуолизации клеток цитотрофобласта, и возрастание размеров некоторых из них. Выявлялись участки увеличения выростов амниотической оболочки в околоплодное пространство и гипертрофия амниодитов.

В группе женщин с маловодием основными морфологическими признаками были воспалительные изменения в амнионе и хорионе. У женщин с гематогенным инфицированием в плодных оболочках преобладали явления децидуита, виллuzита с отложением фибриноидных масс, а также участки деструктивных изменений с отторжением амнионального

эпителия, увеличением отеочно-дистрофических явлений в компактном и подлежащем хориальном слое с наличием кровоизлияний.

Отмечалось ухудшение кровоснабжения децидуальной оболочки, массивные отложения фибриноида вокруг групп децидуальных клеток ворсин, прилежащих к ним, возможно способствуя снижению содержания околоплодных вод, т.е. развитию маловодия.

Приведенные нами данные морфологических исследований свидетельствуют о значении воспалительных явлений в формировании изменений в каждом из структурных компонентов плодных оболочек и секретируемых ими околоплодных вод. Формирующиеся структурные изменения оказывают непосредственное влияние на заболеваемость беременных, плода и новорожденных. Однако, порой они носят противоречивый характер и требуют дальнейшего более глубокого изучения с использованием комплекса современных методов исследования.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА**

<sup>1</sup>Мадримова К. К., <sup>2</sup>Матризаева Г. Дж.

<sup>1,2</sup> Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Пузырный занос (ПЗ) — самая частая форма гестационной трофобластической болезни. Распространенность его в странах Европы и Северной Америки составляет 0,5—1,84 на 1000 беременностей, в Латинской Америке, странах Ближнего и Дальнего Востока частота существенно (до 10 раз) выше. Пузырный занос — это рост измененной оплодотворенной яйцеклетки или разрастание ткани плаценты. Пузырный занос характеризуется доброкачественным течением и классифицируется на полный (ППЗ) и частичный (ЧПЗ). Диагностика осуществляется в основном с помощью УЗИ и

анализа на ХГЧ. При полном пузырном заносе хорошо заметна генерализованная гиперплазия. В случае частичного пузырного заноса наиболее специфичными будут фокальные кистозные изменения в плаценте, а также увеличение гестационного мешка в полтора раза (это может свидетельствовать о триплоидии). Сочетание этих двух признаков дает достаточно высокую точность результата (Солопова А.Г., Макацария А.Д., Егорова С., Москвичёва В.С., Митрюк Д.В. 2018г). Следует заметить, что окончательно диагностировать полный или частичный пузырный занос может только патологоанатом после гистологической верификации.

Цитогенетически и гистологически выделяют два типа пузырных заносов — полный и частичный. При полном пузырном заносе (ППЗ) в процесс вовлекаются все ворсины; эмбрион отсутствует. При частичном пузырном заносе (ЧПЗ) обнаруживаются как кистозно-измененные, так и нормальные ворсины; плод есть, но нередко с врожденными пороками развития и/или задержкой внутриутробного роста.

Крайне важно отличать полный пузырный занос от частичного. В неясных случаях может помочь иммуногистохимическое исследование с антителами к p57, который является ингибитором клеточного цикла. Ген p57/K1P2 на хромосомах, полученных от матери, транскрибируется, а на хромосомах, полученных от отца, подвергается сайленсингу (геномному импринтингу). Экспрессия гена p57/K1P2 определяется в материнской децидуальной ткани, а также в цитотрофобласте и стромальных клетках ворсин, когда в продуктах зачатия присутствует материнский генетический материал.

Таким образом, своевременная и правильная диагностика ПЗ, крайне важны для оптимизации планирования лечения. Правильное лечение на раннем этапе позволяет излечить абсолютное большинство больных.

# СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА И КЛОМИФЕН ЦИТРАТА ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОВУЛЯЦИИ

Максудова М.М., Охунова Ш.Б., Ахмедова М.Т.,  
Максудова С.М.

ЭКО Центр “Сиз она бўласиз”

## **Актуальность.**

Сфера экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) год за годом успешно расширяется и направлена на обеспечение безопасных и эффективных услуг для увеличения частоты наступления беременности и живорождения. Введение гонадотропинов для стимуляции яичников значительно улучшило успех ЭКО, но столкнулось с серьезной проблемой в виде преждевременного выброса лютеинизирующего гормона (ЛГ) и последующей лютеинизации до созревания фолликулов яичников, что связано с плохим качеством ооцитов, снижением частоты оплодотворения и имплантации. Гонадотропины уже давно используются для увеличения выхода ооцитов. Аналоги ГнРГ (агонисты и антагонисты) использовались для предотвращения всплеска ЛГ.

Протокол Цитрат кломифена (СС) наиболее широко используется для повышения фертильности в течение 4 десятилетий и является агонистом/антагонистом эстрогена, который блокирует эстрогеновые рецепторы в гипофизе и снижает нормальное снижение выработки фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), резко снижают стоимость, но приводят к такой же частоте наступления беременности, как и при обычном протоколе ЭКО. Протокол микронизированного прогестерона представляет собой новую стратегию стимуляции яичников, используемую в последние

годы, которая также называется протоколом стимуляции яичников с прогестероном (PPOS). Сообщалось, что этот протокол предотвращает спонтанные выбросы лютеинизирующего гормона (ЛГ) и преждевременную овуляцию в программе ЭКО.

В этом исследовании мы попытались сравнить эффективность протоколов с использованием препаратов Кломифен цитрат и микронизированного прогестерона у пациентов, вошедших в протоколы ЭКО/ИКСИ в ЭКО Центре «Сиз она буласиз».

#### **Цель исследования.**

Основная цель этого исследования была направлена на то, чтобы сравнить количество извлеченных ооцитов, ооцитов метафазы II (МII) и жизнеспособных эмбрионов. Вторичной целью было сравнить частоту спонтанного всплеска ЛГ и частоту преждевременной овуляции.

#### **Материалы и методы.**

В исследовании принимали участие 99 пациентов, которые проходили обследование и подготовку к экстракорпоральному оплодотворению в ЭКО Центре с ноября 2021 год по декабрь 2022 г. Выбранные пациенты были разделены на две группы: основная группа состояла из 73 пациентов, с применением **микронизированного прогестерона**; группа сравнения состояла из 26 пациентов, с применением **кломифена**. Между двумя группами не наблюдалось существенных различий в исходных характеристиках, показаниях к ЭКО, предшествующих неудачах ЭКО и базовом гормональном профиле. Уровень АМГ в группах исследования были одинаковыми  $1,5 \pm 0,5$ . Критериями исключения были: (1) возраст  $< 18$  или  $> 40$  лет; (2) базовый уровень ФСГ в сыворотке  $> 10$  МЕ/л; (3) СПКЯ; (4) тяжелый эндометриоз; или (5) аномальная полость матки. В группе сравнения КЦ 100 мг/день КК начинали с гонадотропинов на 2-3-й день цикла каждый день для стимуляции позднего развития фолликулов до триггерного дня. Одновременно

проводили трансвагинальное УЗИ. В основной группе ежедневно со 2-3-го дня цикла вводили микронизированный прогестерон (утрожестан) 200 мг с размера фолликулов 14 мм и гонадотропины. Через 5 дней проводили трансвагинальное УЗИ через день. Завершающую стадию созревания ооцита в обеих группах стимулировали трипторелином (0,1 мг) или хорионическим гонадотропином человека. Забор ооцитов проводили через 35-36 часов после выявления одного и более фолликулов средним диаметром 18 мм в обеих группах. Группы сравнивались по количеству извлеченных ооцитов, ооцитов метафазы II (МII) и жизнеспособных эмбрионов.

Статистический анализ был проведен в программе RStudio. Для сравнения средних значений зависимых переменных был применен t-критерий Стюдента. Уровнем значимости был принят  $\alpha=0.05$ .

### **Результаты и обсуждение.**

В средних значениях возраста, а также в конституциональных характеристиках пациентов основной и сравнительной групп статистически значимых различий не наблюдалось: средние возрасты их  $28.9 \pm 5.3$  и  $30.5 \pm 4.9$ ; индексы массы тела  $23.8 \pm 3.8$  и  $23.2 \pm 4.3$  соответственно). Среднее количество ооцитов извлеченных у пациентов основной группы ( $14.1 \pm 9.5$ ) значительно превышало аналогичное значение ( $7.4 \pm 3.6$ ) группы сравнения ( $p < 0.01$ ). Средние значения количества ооцитов в метафазе II также были больше в основной группе  $10.2 \pm 6.7$  против  $5.1 \pm 2.8$  ( $p < 0.01$ ). Количество извлеченных жизнеспособных эмбрионов в группе микронизированного прогестерона также было больше чем в группе кломифена, со средними значениями  $5.96 \pm 3.3$  против  $3.85 \pm 1.7$  ( $p < 0.01$ ).

**Выводы.** По результатам нашего исследования, микронизированный прогестерон превосходит кломифен цитрат по эффективности в получении большего количества качественных ооцитов и эмбрионов.

## ПАРАМЕТРЫ ГОРМОНАЛЬНОГО И ЛИПИДНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ.

*Ахмедова Н.М., Марозикова М.И.*

*Узбекистан, Андижан.*

**Актуальность.** Одним из важных факторов увеличения заболеваемости миомой матки у женщин в позднем репродуктивном и перименопаузальном 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.

**Цель исследования.** Изучить уровень биогенных аминов и основные показатели липидного и гормонального обменов.

**Материал и методы исследования.** Для изучения нарушений липидного и гормонального обменов и их влияния на течение заболевания у больных миомой матки мы, из 1 и 2 групп отобрали по 30 больных. До лечения на стадии обследования этих больных были изучены уровень биогенных аминов и основные показатели липидного и гормонального обменов.

**Результаты исследования.** Биогенные амины, являющиеся продуктами ферментативного декарбоксилирования аминокислот, обладают высокой биологической активностью. Значение показателя АХЭ достоверно возросло в обеих группах одинаково в 2,1 раза. Уровень серотонина достоверно увеличился в 1 группе в 4,8 раз, во 2 группе – 5,1 раза, а гистамин в 1 группе увеличился в 3,7 раза, во 2 группе – в 3,6 раз по сравнению с контролем. Характер нарушений липидного обмена свидетельствует о нарушении процессов эстерификации холестерина и его выведения. Отмечается отчетливая тенденция к нарастанию общих липидов, ХС ЛПНП и холестерина. Содержание общего холестерина возросло в 1 группе в 1,5 раза, а во 2 группе в 1,8 раза. ХС ЛПНП у больных 1 группы повысился



в 2,1 раза, а во 2 группе в 2,5 раза. Повышение ХС ЛПНП у больных миомой матки, функцией которых является транспорт холестерина в клетку, свидетельствует в возможности накопления этих частиц в периферических клетках.

## **ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

<sup>1</sup>Матризаева Гульнара Джуманиязовна

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Хронический эндометрит является клинически значимой нозологической формой с позиции репродуктологии и требует обязательной диагностики и лечения у женщин с патологией репродуктивной функции.

«Золотым стандартом» и окончательным этапом диагностики хронического эндометрита является морфологическое исследование эндометрия. Неопределенная ситуация с выявлением некоторых клеток при простой световой микроскопии срезов эндометрия определяет необходимость использования иммуногистохимического метода с определением экспрессии клеток и факторов роста, что повышает эффективность диагностики и лечения хронического эндометрита у пациенток с привычным невынашиванием беременности.

Известно, что в нормальной эндометрии в зависимости от фазы менструального цикла изменяются субпопуляционный состав лейкоцитов, экспрессия стероидных гормонов, факторов роста в клетках желез и стромы эндометрия. Наиболее значительные циклические изменения выявлены в ядрах эпителиальных клеток по сравнению со стромальными клетками. Максимальная чувствительность эпителия желез эндометрия к

эстрогенам в результате выраженной экспрессии Э2 (эстрогеновых рецепторов) отмечена в среднюю и позднюю фазы пролиферации. Высокая чувствительность железистого эпителия к прогестерону выявлена в среднюю, позднюю фазы пролиферации и раннюю стадию фазы секреции. Динамика экспрессии рецепторов к Э2 опережают экспрессию к П (рецепторы прогестерона) как в эпителии желез, так и в стромальных клетках на одну стадию в каждой фазе менструального цикла.

При хроническом эндометрите отмечено усиление более чем в 2 раза экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону в ядрах клеток железистого эпителия по сравнению с нормальным эндометрием. В количественном выражении экспрессия рецепторов к прогестерону обнаруживалась в среднем в большем числе клеток, чем экспрессия рецепторов к эстрогенам. Соотношение стероидных рецепторов Э2/П в эпителии при хроническом эндометрите составляет 0,97, что значительно отличается от значений в нормальной эндометрии - 1,42. Соотношение Э2/П в клетках стромы - 0,41 и 0,58 соответственно. Наличие в эндометрии изменений в соотношении стероидных рецепторов свидетельствует прежде всего о дисфункциональных нарушениях тканевой рецепции на фоне хронического воспаления.

**Вывод:** Таким образом, ранняя диагностика иммуногистохимическим методом локальных нарушений при хроническом эндометрите, а также повреждения рецепторного аппарата эндометрия вследствие воспалительного процесса, помогает в индивидуальном подборе лечения и восстановлении нормальной гравидарной трансформации эндометрия. Адекватное лечение и правильно проведенная предгравидарная подготовка при невынашивании беременности, связанном с ХЭ обеспечат большую результативность по сравнению со стандартными методами.

# СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

<sup>1</sup>Матризаева Г.Д., <sup>2</sup>Ихтиярова Г.А.

<sup>1</sup>Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,  
<sup>2</sup>Бухарский государственный медицинский институт

Неразвивающаяся беременность (НБ) остается одним из наиболее важных вопросов современного акушерства. В структуре репродуктивных потерь доля НБ составляет 10-20%, а среди самопроизвольного прерывания беременности в первом триместре – 45-88% (Подзолкова Н.М., 2013; Салов И.А., 2010).

**Цель исследования:** на основании современных высокоинформативных методов диагностики дать оценку факторов риска в патогенезе НБ, разработать систему персонализированного подхода к комплексной диагностике женщин после перенесенной НБ на ранних сроках гестации.

**Материалы и методы исследования:** В ходе проспективного исследования 120 женщин были разделены на 2 группы: основная группа – 80 женщин с неполным выкидышем, группа контроля – 40 женщин, с прогрессирующей беременностью, желающие сделать медицинский аборт.

Обследование включало: изучение жалоб, анамнеза жизни и заболевания, клинические, биохимические, гемостазиологические, иммунологические, гормональные, ИФА крови, гистологические и иммуногистохимические методы обследования.

**Результаты исследований:** По данным гистологического исследования, была выявлена тенденция к формированию бессосудистых ворсин хориона в 65,3%, в 22,3% - инфекционно-воспалительные изменения, в 12,3% – не содержащий ворсины цитотрофобласта хорион. Полученные результаты навели нас на мысль о необходимости более подробного изучения эндометрия

и маркеров ангиогенеза, в частности, васкуло - эндотелиального фактора роста. Поэтому следующим этапом работы стало проспективное исследование. После лечебно-диагностического выскабливания, материал из полости матки направлялся на гистологическое исследование. Нами был проведен корреляционный анализ между показателями ВЭФР и результатами гистологического исследования хориона.

Согласно полученным результатам, мы выявили обратную среднюю корреляционную связь между содержанием васкуло – эндотелиального фактора роста и наличием инфекционно-воспалительных изменений в хорионе ( $r=-0,51$ ), а также прямую сильную корреляционную связь между снижением концентрации ВЭФР и отсутствием сосудов в ворсинах хориона ( $r+0,83$ ).

**Вывод:** По данным проведенного корреляционного анализа можно заключить, что снижение уровня ВЭФР играет важную роль в формировании анатомически и функционально неполноценного хориона и, как следствие, в развитии первичной плацентарной недостаточности.

## **ВЛИЯНИЕ БЕЛКА SFLT1 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРГНОЗИРОВАНИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ.**

Махмудова У.Д. Курбанов Б.Б

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность:** Гипертензивные состояния по-прежнему является актуальной проблемой современного акушерства. В настоящее время описаны новые звенья патофизиологии эндотелиальной дисфункции при преэклампсии и выделены наиболее яркие маркеры ее развития. Белок sFlt1 был предложен

качестве возможного фактора, повреждающего эндотелий при преэклампсии.

**Цель исследования:** Определить роль белка sFlt1 для прогнозирования исхода гипертензивных состояний у беременных.

**Методы исследования:** Нами было исследовано концентрация sFlt1 у 55 женщин. Все пациентки были разделены на две группы. Первая группа 25 беременных женщин с легкой преэклампсией. Вторая группа 35 беременных женщин с тяжелой преэклампсией. Контрольная группа 20 женщин с физиологической беременностью. Возраст больных от 18-36 лет. Всем пациенткам, поступившим в стационар, проводили общеклинические, биохимические методы исследования а также ультразвуковое исследование с цветным доплером. Белок sFlt1 определяли методом иммуноферментного анализа.

**Результаты исследования:** При физиологической беременности содержание sFlt1 составило  $0,19 \pm 1,3$  нг/мл, при преэклампсии отмечалось достоверное повышение концентрации sFlt1 –  $1,63 \pm 3,7$  нг/мл при легкой преэклампсии,  $8,64 \pm 4,6$  нг/мл при тяжелой преэклампсии. Заметные изменения концентрации фактора ангиогенеза выявлены у беременных с преэклампсиями различной степени тяжести. У беременных с тяжелой преэклампсией параллельно с подъемом А/Д и нарастанием протеинурии увеличивается концентрация sFlt1 белка в крови.

Максимальное повышение концентрации белка sFlt1 наблюдается при тяжелой преэклампсии. При легкой преэклампсии, то есть при незначительном повышении А/Д и протеинурии, концентрация sFlt1 меняется незначительно.

**Выводы:** Результаты проведенного исследования показали, что определение уровня белка sFlt1 при преэклампсии различной степени тяжести имеет важное значение для прогнозирования осложнений беременности.

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ САЛЬПИНГООФАРИТОВ с ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Махмудова Ш. А.<sup>1</sup>, Каримова Н.Н.<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Бухарский государственный медицинский институт, Бухара  
Узбекистан

**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 сальпингоофариитами, с целью предупреждения эндометриальных дисфункций.

**Материалы и методы.** Проведён ретроспективный анализ лечения 79 пациенток с сальпингоофариитами. 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. 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.

## **ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ МИОМЕ МАТКИ**

<sup>1</sup>Миралимова Н.А., <sup>2</sup>Муратова Н.Д., <sup>2</sup>Сулаймонова Н.Ж.

<sup>1</sup>Городская клиническая больница №4

<sup>2</sup>Ташкентский Государственный стоматологический институт

**Актуальность.** В последнее десятилетие увеличилась тенденция наступления беременности у женщин репродуктивного возраста на фоне миомы матки. Течение беременности у таких женщин имеет свою особенность, нередко наличие миомы приводит к осложнениям беременности и родов, часто сопровождается развитием фетоплацентарной недостаточности и угрозой прерывания беременности. В то же время сама беременность оказывает влияние на миому матки, а именно увеличивается размер и количество узлов, также может развиваться нарушение кровоснабжения миоматозных узлов, что сопровождается некрозом узла. Кроме того, рост и развитие миомы зависит от гормонального фона, обеспечивающего нормальное течение беременности. Узлы во время беременности могут увеличиться в размерах, также может увеличиться количество миоматозных узлов.

**Цель данного исследования:** изучить влияние миомы матки на течение беременности и родов у женщин и влияние беременности на состояние миоматозных узлов.

**Материал и методы исследования:** Проведено проспективное исследование у 74 беременных, поступавших на стационарное лечение вовремя гестации и на роды, которые после обследования были разделены на 3 группы: 1-группа 18 пациенток первобеременные, 2-группа – 13 повторобеременные



вторая беременность, 3-группа- 43 повторнобеременные третья и более беременности. Возраст обследованных колебался от 22 до 42 лет и средний составил  $34,19 \pm 0,8$  лет.

За беременными с этой целью были проведены ультразвуковые исследования с доплерометрией кровотока в сосудах миоматозных узлов.

**Результаты исследования.** При изучении анамнеза было выяснено, что всего у 56 повторно беременных женщин в анамнезе было 216 беременностей. По паритету первобеременные женщины составляли около одной пятой обследованных (18-24,3%). Остальные пациентки были повторнобеременными, из них вторая беременность была у 13 (17,5%), а третья и более беременность была - у 43 (58,1%) женщин.

У 80% беременных миома матки была выявлена до беременности, у остальных – во время данной беременности. В среднем количество беременностей на 1 женщину составило 3,8. т.е. практически как в контрольной группе (3,7). Предыдущие беременности завершались искусственными абортами в 46 (21,3%) случаях. Самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность, внематочная беременность и преждевременные роды в анамнезе составляли 21 (9,7%), 15 (6,9%), 3 (1,4%) и 8 (3,7%) соответственно, и в 2-х случаях медицинский аборт по поводу ВПР плода, что реже ( $p < 0,05$ ), чем у пациенток контрольной группы (искусственные аборты 24 (18,8%), самопроизвольные выкидыши – 4 (3,1%), внематочная – 2 (1,5%), а неразвивающейся беременности и преждевременных родов – не было. У 11 (14,8%) из них в анамнезе было бесплодие, по поводу которого они неоднократно получали гормональное лечение, стимулирующую терапию. Следовательно, отягощенный репродуктивный и гинекологический анамнез может быть фактором риска на развитие миомы у обследованных пациенток.

Интерес представляли исходы беременности и родов у 74 обследованных пациенток. Так в 14 (18,9%) случаях

беременность прерывалась на сроках от 6 до 12 недель беременности чаще у женщин 2 и 3й-группы. Срочными оперативными родами завершились 55, преждевременными – 5 родов. Все 60 беременных были родоразрешены путем операции кесарево сечение. Плановые операции были проведены в 43 (71,7%) случаях. Показаниями к плановым операциям были первые роды в возрасте старше 35 лет на фоне множественной миомы матки, предлежание плаценты, аномалии развития матки, поперечное положение плода, морфофункциональная несостоятельность матки – истончение рубца на матке, тазовое предлежание плода, миопия высокой степени. Показаниями к экстренной операции кесарево сечение были: отслойка плаценты, клинически узкий таз – пельвио-краниальная диспропорция, нарушение питания и инфицирование миоматозного узла, показания со стороны плода – дистресс плода; всего 17 (28,3%) случаев. У 6 (10,0%) женщин ввиду возникшего во время операции осложнения – гипотонии матки произведена операция ампутация матки без придатков.

**Выводы.** Миома матки чаще встречается у женщин репродуктивного возраста с тенденцией к омоложению этой патологии (31% обследованных женщин были моложе 30 лет.)

Отмечается высокий процент фетоплацентарной недостаточности и угрозой прерывания беременности, невынашивания беременности, поздних гестозов, аномалий родовой деятельности у женщин с миомой матки в анамнезе.

В 72% случаев родоразрешение женщин с миомой матки осуществляется оперативным путём в плановом порядке.

## **ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.**

Мирзаева Н.Б.<sup>1</sup>, Закирходжаева Д.А.<sup>1</sup>, Мухамедханова Ш.Т.,  
Юлдашева Д.С.<sup>1</sup>.

Ташкентский педиатрический медицинский институт  
кафедра акушерство и гинекология, детская гинекология.<sup>1</sup>

В наши дни хламидиоз считается наиболее распространенной из всех инфекций, передающихся половым путем. По данным ВОЗ, ежегодно во всем мире регистрируется более 100 млн. новых случаев заболевания, Хламидийная инфекция – это заболевание преимущественно поражающее мочеполовую систему человека. Также хламидии поражают различные органы и системы человека, включая опорно-двигательный аппарат, сердечно-сосудистую, дыхательную системы. Хламидийная инфекция имеет отдаленные последствия для сексуального и репродуктивного здоровья, вызывает серьезные осложнения (трубное бесплодие, внематочная беременность).

Целью исследования являлось разработка и оценка эффективности нового макролида в лечении урогенитального хламидиоза,

Комплексное клинико-микробиологическое обследование проведено 80 женщинам в возрасте от 18 до 45 лет, обратившихся в кабинет профилактики инфекций, передаваемых половым путем.

Диагноз устанавливали на основании данных анамнеза, субъективных и объективных клинических признаков, результатов лабораторного исследования. Для диагностики урогенитального хламидиоза были использованы следующие методы диагностики: определение антител классов А, G, М к антигенам хламидий методом иммуноферментного анализа (ИФА), выделение хламидий в соскобе из цервикального канала и

уретры методом прямой реакции иммунофлюорисценции (ПИФ). В случае положительного результата ИФА (ИФА и ПИФ), материал больных исследовался методом полимеразной цепной реакции.

Лечение хламидийной инфекции должно быть комплексным и включает в себя как этиотропные, так и патогенетические средства. Наибольшее значение в этиотропной терапии урогенитального хламидиоза имеют антибиотики тетрациклинового ряда, макроиды, фторхинолоны. Нами было проведено клиническое испытание препаратом Фромилид в лечении неосложненной урогенитальной хламидийной инфекции. Под наблюдением находилось 35 больных. Средний возраст больных равнялся 30,5 лет. Давность заболевания варьировала в пределах 2-6 месяцев. Все больные тщательно обследованы клиническими и лабораторными методами. У женщин клинически хламидоз проявлялся в виде подострого кольпита, эндоцервита. Все наблюдаемые пациентки предъявляли жалобы на скудные слизисто-гнойные выделения из половых путей. Диагностику проводили методами ПЦР, ИФА и цитологически. Материал для лабораторных исследований забирался из уретры и цервикального канала. Фромилид назначался по 500мг 2 раза в сутки в течение 7-14 дней. Контроль излеченности проводили через 7, 14 и 30 дня окончания приема антибиотика. С третьего дня от начала лечения все пациенты отмечали исчезновение выделений из половых путей и явления дизурии. Уменьшение количество лейкоцитов из отделяемого очагов поражения до 5-6 в поле зрения на 9-10 сутки от начала лечения. Таким образом, проведенные нами исследования показали высокую эффективность Фромилида в лечении урогенетального хламидиоза

# ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАТУРАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Мирзаева Н.М. ., <sup>1</sup>, Муминова Н.Х. <sup>2</sup>

*1. Наманганский перинатальный центр, Наманган,  
Узбекистан*

*2. Центр развития повышения квалификации медицинских  
работников, Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** Микронизация прогестерона с заключением его в носители липосферы увеличивает степень абсорбции и решает проблему биодоступности прогестерона. Примером препарата микронизированного прогестерона является препарат Лютеина- натуральный прогестерон для сублингвального и вагинального применения. Как утверждают ведущие специалисты в области акушерство и гинекологии натуральный прогестерон обладает с высокой степенью биодоступности и множеством преимуществ по сравнению с другими формами гестагенов.

**Целью нашего исследования** было определить эффективность сублингвального натурального прогестерона при купировании угрозы самопроизвольного выкидыша, обусловленные различными причинами.

**Материал и методы.** Нами было назначено 96 беременным в сроках от 4 недель до 11 недель идентичный аналог натурального прогестерона Лютеина (Адамед, Польша), сублингвально в дозах 100мг в сутки. Возраст беременных составил в среднем-  $24,5 \pm 0,7$  лет.

**Результаты исследования и обсуждения.** Для мониторинга эффективности Лютеина нами был исследован такой маркер как НК-лимфоциты с фенотипом CD56+., который относится к группе натуральных киллеров (НК-клетки) – популяция больших гранулярных лимфоцитов. Они способны лизировать клетки-

мишени, инфицированные вирусами и другими внутриклеточными антигенами, опухолевые клетки, а также другие клетки аллогенного и ксеногенного происхождения и вырабатывается в децидуальной оболочке специфический блокирующий фактор, индуцируемый прогестероном (PIBF) фактором. Нормальные показатели CD56+ составила от 6,5 до 8,2(в среднем  $7,9 \pm 0,7$  мг%). При нормальных значениях данного маркера мы

Эффективность Лютеина оценивали по клинике(исчезали такие симптомы как боли внизу живота , дискомфорт), а показатель CD56+ оставался в пределах нормы. При начавшихся угрозах выкидыша CD56+ начинал снижаться до на 1,2-15мг.

При присоединении других осложнений( манифестация инфекции ИППП-таких как ЦМВИ И ВПГ( 27 беременные были хроническими носителями) показатель повышался, достигая до  $9,1 \pm 0,5$  мг%.

Рекомендуемые дозы Лютеина благотворно влияли на течение беременности, на рост эмбриона, без побочных действий. Из 96 беременных на фоне лечения, даже с соматической и инфекционной мы смогли купировать Лютеиной повышая дозу ее до 200 мг в сутки, что оказался успешным шагом, и способствовала пролонгированию желанной беременности.

**Выводы.** Таким образом, нами рекомендуемый натуральный прогестерон способствует выработке PIBF и играет важную роль в обеспечении нормального течения беременности и является своеобразным протектором беременности. Лютеина позволяет беременности достигать своих физиологических сроков путем подавления сократительной активности матки

# **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ.**

Мирходжаева С.А., Рахматова Г.К.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Наиболее частым методом оперативного родоразрешения в современном акушерстве является операция кесарево сечение, частота которого составляет от 11% до 50% в различных медицинских учреждениях. Как правило, у женщин, имеющих в анамнезе первое кесарево сечение, при последующих беременностях производят родоразрешение повторно оперативным путем в плановом порядке, до начала родовой деятельности, в сроке 38-39 недель. В связи с этим возникает вопрос, как протекает ранняя адаптация новорожденных, которые родились путем повторного кесарева сечения.

**Целью исследования** явилось изучение особенностей ранней адаптации новорожденных от матерей, имеющих рубец на матке в зависимости от способа родоразрешения.

**Материалы и методы** . Обследовано 19 женщин после родов через естественные родовые пути (первая группа) и 22 после повторной операции кесарево сечение, выполненной в плановом порядке. У всех женщин в анамнезе имелась одна операция кесарево сечение. Пациентки обеих групп по возрасту, перенесенным и сопутствующим экстрагенитальным и гинекологическим заболеваниям, течению данной беременности были сопоставимы.

**Результат и обсуждение.** Роды у подавляющего большинства женщин первой группы наступали в при сроке беременности 40 недель, за исключением двух самостоятельных родов в 37 недель. Во второй группе большинство беременных (86%) родоразрешены путем планового кесарева сечения в 38

недель беременности и только 14% при сроке беременности 39-40 недель.

Продолжительность родов у женщин первой группы в среднем составила 5,5 часов. У каждой третьей женщины роды осложнились первичной слабостью родовой деятельности. Раннее излитие околоплодных вод произошло у 12,5% рожениц первой группы.

Родилось 16 живых доношенных детей, средней массой 3348,0 + 07,0 граммов. Все новорожденные на первой минуте были оценены по шкале Апгар 8,13+ 0,06 баллов, на пятой минуте 93,8% младенцев получили по шкале Апгар 9 баллов.

У женщин родоразрешенных оперативно родилось 22 живых доношенных новорожденных средней массой 3483,2+ 94,1 грамма. Оценка по шкале Апгар у детей этой группы была достоверно ниже на первой минуте ( $R < 0,01$ ) и составила всего 7,8 + 0,08 балла. Оценка по шкале Апгар у каждого 4 ребенка второй группы имела монотонный характер, что подтверждало нарушение самых ранних процессов адаптации младенцев после рождения.

На пятой минуте достоверных различий в оценке по шкале Апгар у новорожденных обеих групп мы не выявили. Однако, дети второй группы, получившие более низкую оценку на первой минуте жизни, в 30% случаев потребовали масочной вентиляции легких, так как родились в состоянии вторичного апноэ.

В удовлетворительном состоянии родилось 81,3% новорожденных первой группы и только 66,6% во второй группе. В состоянии средней тяжести в 2,6 раза больше родилось детей появившихся на свет путем абдоминального кесарева сечения до начала родовой деятельности. Тяжесть состояния этих детей была обусловлена признаками морфологической и функциональной незрелости (45,5%). В первой группе таких детей было всего 6,3%. С синдромом задержки фетальной жидкости родилось во второй группе 6 детей (27,2%), в первой группе таких детей нам не встретилось, за исключением двоих новорожденных, которым



был выставлен диагноз ателектазы легких на фоне функциональной незрелости. Во второй группе таких детей было в три раза больше.

Пастозность лица, мягких тканей головы, стоп и голеней была выявлена у 18,7% новорожденных первой группы и у 72,7% новорожденных второй группы. Отечный синдром носил преходящий, кратковременный характер, ликвидировался самостоятельно на 3-4 сутки раннего неонатального периода. Однако у каждого 4 ребенка второй группы отечный синдром был второй степени, носил более распространенный характер и ликвидировался только к концу раннего неонатального периода.

Неврологические расстройства гипоксического характера были выявлены у 12,5% новорожденных первой группы и у 27,2% детей второй группы. Во второй группе преобладал синдром умеренного угнетения ЦНС, что настораживало в плане сохранения неврологической симптоматики на первом месяце жизни.

Физиологическая желтуха встречалась у новорожденных обеих обследованных групп. Однако в первой группе она диагностирована у 25% новорожденных, в то время как у детей второй группы желтушное окрашивание кожных покровов имело более чем у 50% новорожденных. В два раза чаще во второй группе новорожденных желтушное окрашивание кожных покровов имело более интенсивный характер.

Убыль первоначальной массы тела у детей обеих групп не превышала физиологические пределы и составила 4,58% в первой группе и 4,74% во второй группе. Однако к моменту выписки из родильного дома 31,3% новорожденных первой группы восстановили свой первоначальный вес и только 16,6% детей второй группы выписаны домой с восстановленной массой тела.

**Вывод.** Таким образом, на основании полученных данных можно сделать заключение, что родоразрешение беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути является методом выбора для профилактики дисадаптационного синдрома

у новорожденных. При наличии показаний для оперативного родоразрешения, за исключением экстренных ситуаций, целесообразно проводить операцию при сроке беременности 40 недель или с началом родовой деятельности.

## **БЕРЕМЕННОСТЬ И АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ**

<sup>1</sup>Муминова Зиёда Аббаровна, <sup>2</sup>Балтабаева Гулноза Шухрат кизи

Ташкентская медицинская академия

Среди различных нейроэндокринных нарушений, встречающихся у беременных, большое научное и практическое значение имеет синдром гиперпролактинемии. Частота этой патологии в популяции, по данным W.C. Findling, J.V. Tyrell, составляет 0,5%. Согласно, [наблюдениям ТВ. Овсянниковой (1990), почти у 19% пациенток с бесплодием наблюдается повышенный уровень пролактина (ПРЛ), а среди больных с аменореей гиперпролактинемия имеет место у каждой 4-ой женщины.

**Цель исследования:** изучить особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы у больных с синдромом гиперпролактинемии.

**Материалы и методы исследования:** в соответствии с основной целью исследования для решения поставленных задач было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование по изучению течения беременности, родов, раннего послеродового периода, состояния новорождённых в раннем неонатальном периоде, а также основных показателей функции фетоплацентарной системы у 62 больных репродуктивного возраста с синдромом гиперпролактинемии.

Все 62 пациентки с гиперпролактинемией в зависимости от генеза данной эндокринной патологии были распределены на 2 основные группы:

1 группа (n=33) - больные с гиперпролактинемией, обусловленной наличием пролактиномы гипофиза;

2 группа (n=29) — женщины с идиопатической гиперпролактинемией.

Группу сравнения составили 20 здоровых беременных с нормальным содержанием ПРЛ в сыворотке крови (гормон определяли до возникновения беременности).

**Результаты исследования:** В 1-й группе пациенток почти у всех женщин наблюдалась олигоаменорея (93,9%), тогда как у больных 2-й группы данный тип нарушения менструальной функции отмечался только в 62%.

Следует отметить, что бесплодием страдали 75,8% женщин с пролактиномами и почти половина пациенток с гиперпролактинемией неопухолевого генеза (44,8%).

Необходимо подчеркнуть, что частота невынашивания беременности в анамнезе у больных с синдромом гиперпролактинемии составляла 33,9%.

У всех пациенток с пролактиномами гипофиза был выявлен ановуляторный характер менструального цикла. В группе больных с идиопатической гиперпролактинемией ановуляция отмечалась в 72,4%. У 6,9% женщин была диагностирована недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) менструального цикла, у 17,2% было обнаружено чередование ановуляции и НЛФ, у 3,4% — чередование овуляторных циклов с полноценной лютеиновой фазой и НЛФ.

**Вывод:** синдром гиперпролактинемии органического и неорганического генеза является фактором риска в отношении осложнений беременности и развития плацентарной недостаточности.

# РОЛЬ ДОНАТОРОВ ОКСИДА АЗОТА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ГЕМОДИНАМИКИ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ В РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ

Муминова Н.Х.<sup>1</sup>

Центр развития повышения квалификации медицинских работников  
Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** В последние годы появились сообщения о возможной роли оксида азота в регуляции сосудистого сопротивления и давления крови в маточно-плацентарном комплексе что обеспечивает адекватный плацентарный кровоток, питание и оксигенацию плода. Также известно, что оксид азота(NO) расслабляет гладкую мускулатуру матки, что поддерживает состояние покоя матки во время беременности, действует в качестве иммуносупрессора и участвует в регуляции родов.

По мнению многих авторов, ключевым звеном в патогенезе данного состояния лежит генерализованная дисфункция эндотелия, в результате которой наблюдается дисбаланс между сосудорасширяющими аутокоидами - оксидом азота, простаглицлином, эндотелиальным релаксирующим факторами.

**Целью данного исследования** явилось изучение влияния донаторов NO на гемодинамические изменения в системе мать-плацента-плод, функциональное состояние эндотелия при нарушении плодово-плацентарного кровотока, а также клиническая оценка исходов беременности и родов при НМППК.

**Материалы и методы.** Были обследованы 107 женщин в III триместре беременности и в возрасте  $25,2 \pm 0,5$  лет, с нарушением (ФПК) 1-й и 2-й степени верифицированной методом доплерометрии.

В качестве экзогенного донатора азота нами был применен L- аргинин 500, по 1 капх2 раза в сут, в течении 15 дней.

Помимо этого нами были учтены все причины МППК: вялотекущая инфекция, ИППП, ИМТ, соматическая патология такие как анемия, осложнения беременности-преэклампсии средней степени, которые смогли спровоцировать гиперкоагуляцию в системе гемостаза.

Беременные субъективно ощущали бурное шевеление плода, которое за 12 часов превышало более 20 раз, что также косвенно указывало на внутриутробную гипоксию плода.

**Результаты и обсуждение.** Гемастазиограмма: АЧТВ в среднем составили  $23,9 \pm 0,2$ сек, МНО- $1,05 \pm 0,01$ , фибриноген  $4,2 \pm 0,7$  г/л, свидетельствовали о гиперкоагуляции.

В связи с чем наряду с L-аргинином назначали Курантил по 25 мгх3 раза в сут., антибактериальные препараты общего и местного действия, системную энзимотерапию (Вобензим) и по показателям гемастазиограммы антиагреганты и антикоагулянты (Кардиомагнил по 75мг в сут, Фраксипарин по 0,3 в сут.)

После начало курса терапии, уже к концу 2-х суток беременные отмечали улучшения общего самочувствия, количество шевелений плода уменьшалось, боли тянущего характера, парестезии исчезали.

Лабораторные показатели: показатели АЧТВ в среднем составили  $30,1 \pm 0,6$ сек, МНО- $0,7 \pm 0,01$ , фибриноген  $3,8 \pm 0,5$  г/л.

**Выводы.** Таким образом, L-аргинин является эффективным донатором NO может быть рекомендован как органический вазодилататор и может быть рекомендован в комплексной терапии при нарушениях кровотока в плодово-плацентарном комплексе.

## **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН У БЕРЕМЕННЫХ.**

<sup>1</sup>Муратова Н.Д., <sup>2</sup>Турсунова Н.Б., <sup>1</sup>Хусанова Н.

<sup>1</sup>Ташкентский Государственный стоматологический институт.

<sup>2</sup>Городской родильный комплекс №8. Ташкент

**Актуальность.** Беременность являются важным и специфическим фактором риска развития хронических заболеваний вен нижних конечностей у женщин. Помимо поверхностных вен нижних конечностей трансформация часто затрагивает вены малого таза. В тезисе рассмотрены возможные варианты консервативного лечения женщин с вульварным и промежностным варикозом на фоне беременности.

**Цель исследования** - изучение фетоплацентарной системы у беременных с варикозной болезнью вен нижних конечностей и плацентарной недостаточностью.

**Материал и методы исследования** - основную группу составили 50 беременных с выявленной ВБ различной локализации, в контрольную группу вошли 12 здоровых беременных на аналогичных сроках гестации.

**Результаты исследования.** Допплерометрические исследования маточно-плацентарного кровотока выявили, что чаще всего в 60% случаев выявлено нарушение маточно-плодово-плацентарного кровотока 1б степени в сроках 31-36 недель беременности. Также было выявлено, что рост матки, давление большой беременной матки на сосуды малого таза, чаще развивается после 31 недели беременности. Проведена доплерометрия, при которой устанавливали наличие нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. Частота выявления варикозное расширение вен малого таза составила 51,5%, во 2-группе - 68%. Установлена частота выявления варикозное расширение вен малого таза в зависимости

от срока гестации. Так, у беременных на 26-30 неделе данная патология составила 7,7%, в 31-36 недель - 60%, в 37-41 недели - 63,6%. Для лечения назначали препараты с содержанием диосмина (Флебодия) по 1 таблетке x 1 раз в день в течение 30 дней. Допплерометрия в динамике выявила стабилизацию показателя индекса резистентности в сосудах и фетоплацентарного комплекса.

**Выводы.** Варикозное расширение вен ног у беременных в 2/3 случаев сочетается с варикозное расширение вен малого таза. Наиболее информативным методом диагностики варикозное расширение вен малого таза является доплерометрия кровотока. Давление большой беременной матки на сосуды малого таза, чаще развивается после 31 недели беременности. Назначение Флебодия приводит к вентоническому эффекту и способствует улучшению кровотока, способствует профилактике гипоксии плода.

## **ГИСТЕРОСКОПИК ТАШХИСЛАШ НАТИЖАСИДА ЭНДОМЕТРИЙ ГИПЕРПЛАЗИЯСИНИ ГИСТОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ**

*Мухиддинова Д.Н, Шамсиева М.Ш.*

Самарқанд давлат тиббиёт университети. Самарқанд. Ўзбекистон.

**Мавзу долзарблиги.** Эндометрий гиперплазияси бу бачадон шиллиқ каватидан ўсадиган патологик ҳолат ҳисобланади. Бу ҳавфли ҳисобланиб дастлабки босқичида ҳеч қандай клиник кўринишларсиз давом этиб, келажакда бепуштликка ёки соғлом эндометрий хужайрасини ёмон сифатли хужайраларга айланишига олиб келади.

Амалий гинекологиянинг долзарб вазифаларидан эндометрийнинг гиперпластик жараёнлари бўлган беморларни ўз вақтида ташҳис қўйиш ва олиб бориш тактикасини танлаш ва онкологик касалликларнинг олдини олишдир. Ҳозирги пайтда

гистероскопия бачадон ичи патологиясини аниқлаш учун кенг қўлланилади.

**Мақсад.** Гистероскопия ёрдамида эндометрий гиперпластик жараёнга эга беморларни олиб бориш тактикасини такомиллаштириш

**Текширув материали услублари.** Вилоят Перинатал марказининг эндоскопик гинекология бўлимида эндометрий гиперплазияси билан касалланган 30 нафар беморни ўрганиш.

**Текшириш натижалари.**Текширилган беморлардан гистологик текширув бўйича қўйилган ташхислардан: атипияли эндометрий гиперплазияси 3 нафар (10%), эндометриал полип 4 нафар (13,3%), пролиферация босқичидаги эндометрий 16 нафар (53,3%), эндометрий гиперплазияси 2 нафар (6,7%), бачадон субмукоз миомаси 3 нафар (10%), эндометрий раки 1 нафар (3,3%), цервикал полипи 1 нафар (3,3%) нафарни ташкил қилди. Ташқи жинсий аъзолар ва қинга антисептиклар билан олдиндан ишлов бериш талаб қилинмайди. Гистероскоп қиннинг орқа гумбазига киритилади. Қин деворларини тўғрилаб, унинг деворларини ва бачадон бўйни қин қисмини текширгандан сўнг, гистероскоп бачадон бўйни канали томон ҳаракатланади. Оғриқни минималлаштириш учун овал ва юмалоқ профили гистоскоплардан фойдаланилади. Бу бачадон каналининг реал профили мос 3,5–4,5 мм ҳажми билан ташқи найча овал профили, сезиларли даражада амалиёти пайтида тажрибали ноқулайликларни камайтириш мумкин. Ушбу босқичда офис гистероскопининг оғриғини камайтириш учун секин ва силлиқ ҳаракат қилиш муҳимдир. Ички бўғиздан ўтгандан кейин гистероскоп 90<sup>0</sup> орқага қайта айлантирилади. Физиологик эритма жўнатилиши билан бачадон бушлиги кенгая боради. Бачадон бўшлиғи кенгайгандан сўнг, умумий гистероскопия амалга оширилади: бачадон бўшлиғининг орқа, олд ва латерал деворларини, бачадон найчаларининг оғзини, истмус қисмини текшириш, полипларнинг локализацияси, хусусиятлари ва ўлчамларини ҳисобга олган ҳолда, синейхиялар, миома ёки



бошқа патология аниқланади. Гистероскопия «Karl Storz»(Германия) нинг эндоскопик аппаратлари ёрдамида амалга оширилди. Оптик тизим ва асбобларни киритиш учун каналли найчадан ва суюқликни юбориш ва аспирация қилиш каналидан иборат қаттиқ гистероскоп ишлатилган. Бачадон бўшлиғининг кенгайиши ва эндометрийни кўриш имконияти учун стерил физиологик эритма ишлатилган. Тадқиқот охирида эндометрий ва эндоцервикс қисмларидан биопсия материаллари олинди, шундан сўнг назорат гистероскопияси ўтказилди. Гистероскопиядан кейинги даврда беморларнинг аҳволи қуйидаги мезонларга мувофиқ баҳоланди: оғриқ синдроми, ҳарорат реакцияси, беморнинг ҳолати, умумий қон текширувида лейкоцит реакцияси, қиндан ажралмаларнинг бор ёки йўқлигига (қонли, шиллиқли).

**Хулоса** Барча 30 беморлар тегишли тайёргарликдан сўнг гистероскопия ўтказилди. Беморларга гистероскопик текширувлардан олдин 400мг мизопростол тил остига буюрилди ва 12 соатдан сўнг гистероскопия текшируви ўтказилди. Офис ёки амбулатория гистероскопия текшируви амбулатория шароитида диагностика ва жарроҳлик операциялари ўтказилиши мумкин бўлган шароитни яратади. Унинг тузилиши бўйича офис гистероскопияси миниатюра стационар гистероскопияси билан деярли бир хил терапевтик имкониятларга эга, анестезия талаб қилмайди. Бу беморлар учун минимал ноҳушлик яхши имкониятларга эгаллиги билан ажралиб туради, бу бачадоннинг мукамал визуализациясини таъминлайди.

## **КАМСУВЛИЛИК КУЗАТИЛГАН ҲОМИЛАДОРЛИКДА КТГ КЎРСАТКИЧЛАРИ ТАҲЛИЛИ**

Жумаева Д. Х.

Самарқанд давлат тиббиёт университети 2-сон акушерлик ва гинекология кафедраси 3- курс магистратура резиденти,  
Самарқанд, Ўзбекистон

## **АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КТГ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ С НАБЛЮДАЕМОЙ МАЛОВОДИИ**

Жумаева Д. Х.

Самарқандский государственный медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии №2, резидент магистратуры 3  
курса, Самарқанд, Узбекистан

## **ANALYSIS OF CTI INDICATORS DURING PREGNANCY WITH OBSERVED oligohydramnios**

Samarkand State Medical University, Department of Obstetrics and  
Gynecology No. 2, Resident of the 3rd year master's program,  
Samarkand, Uzbekistan

Jumaeva D. X.

**Мавзу долзарблиги.** Эндометрий гиперплазияси бу бачадон шиллиқ қаватидан ўсадиган патологик ҳолат ҳисобланади. Амалий гинекологиянинг долзарб вазифаларидан эндометрийнинг гиперпластик жараёнлари бўлган беморларни ўз вақтида ташҳис қўйиш ва олиб бориш тактикасини танлаш ва онкологик касалликларнинг олдини олишдир. Ҳозирги пайтда гистероскопия бачадон ичи патологиясини аниқлаш учун кенг қўлланилади.

**Мақсад.** Гистероскопия ёрдамида эндометрий гиперпластик жараёнга эга беморларни олиб бориш тактикасини такомиллаштириш

**Текширув материали услублари.** Вилоят Перинатал марказининг эндоскопик гинекология бўлимида эндометрий гиперплазияси билан касалланган 30 нафар беморни ўрганиш.

**Текшириш натижалари.** Текширилган беморлардан гистологик текширув бўйича қўйилган ташхислардан: атипияли эндометрий гиперплазияси 3 нафар (10%), эндометриал полип 4 нафар (13,3%), пролиферация босқичидаги эндометрий 16 нафар (53,3%), эндометрий гиперплазияси 2 нафар (6,7%), бачадон субмукоз миомаси 3 нафар (10%), эндометрий раки 1 нафар (3,3%), цервикал полипи 1 нафар (3,3%) нафарни ташкил қилди. Гистероскоп қиннинг орқа гумбазига киритилади. Қин деворларини тўғрилаб, унинг деворларини ва бачадон бўйни қин қисмини текширгандан сўнг, гистероскоп бачадон бўйни канали томон ҳаракатланади. Ушбу босқичда офис гистероскопининг оғриғини камайтириш учун секин ва силлиқ ҳаракат қилиш муҳимдир. Ички бўғиздан ўтгандан кейин гистероскоп 90° орқага қайта айлантирилади. Физиологик эритма жўнатилиши билан бачадон бушлиғи кенгая боради. Бачадон бўшлиғи кенгайгандан сўнг, умумий гистероскопия амалга оширилади: бачадон бўшлиғининг орқа, олд ва латерал деворларини, бачадон найчаларининг оғзини, истмус қисмини текшириш, полипларнинг локализацияси, хусусиятлари ва ўлчамларини ҳисобга олган ҳолда, синейхиялар, миома ёки бошқа патология аниқланади. Гистероскопиядан кейинги даврда беморларнинг аҳволи қуйидаги мезонларга мувофиқ баҳоланди: оғрик синдроми, ҳарорат реакцияси, беморнинг ҳолати, умумий қон текширувида лейкоцит реакцияси, қиндан ажралмаларнинг бор ёки йўқлигига (қонли, шиллиқли).

**Хулоса.** Барча 30 беморлар тегишли тайёргарликдан сўнг гистероскопия ўтказилди. Беморларга гистероскопик текширувлардан олдин 400мг мизопростол тил остига буюрилди ва 12 соатдан сўнг гистероскопия текшируви ўтказилди. Офис ёки амбулатория гистероскопия текшируви амбулатория шароитида диагностика ва жарроҳлик операциялари ўтказилиши

мумкин бўлган шароитни яратади. Унинг тузилиши бўйича офис гистероскопияси миниатюра стационар гистероскопияси билан деярли бир хил терапевтик имкониятларга эга, анестезия талаб қилмайди.

## **ПРЕЭКЛАМПСИЯ: ТАРҚАЛИШИ, ПЕРИНАТАЛ ДАВРДА ОНА ВА БОЛАДА КУЗАТИЛАДИГАН АСОРАТЛАР**

Набиева Р.М., Каюмова Д.Т., Атаходжаева Ф.А.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

**Мавзунинг долзарблиги.** Преэклампсия антенатал, интранатал ва эрта постнатал даврда ҳам онада, ҳам болада асоратлар ривожланиш хавфи билан характерланувчи ҳомиладорлик патологияси ҳисобланади. Етарлича илмий тадқиқот ишлари ўтказилганлигига қарамай, ушбу мавзу Ўзбекистон шароитида ҳамон долзарбдир.

**Текширув мақсади.** Преэклампсия учраш сони, преэклампсия ва она ҳамда болада юзага келувчи асоратлар ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш.

**Текширув материаллари ва усуллари.** Ушбу илмий иш Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси туғруқ комплексинг 2022 йил сентябрь ойидан декабрь ойигача, 4 ой ичида йиғилган иккиламчи маълумотлар асосида кўндаланг текширув (cross-sectional study) усулида ўтказилган. Преэклампсия учраш сони, она ва болада учровчи асоратлар ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш мақсадида жами 1500 туғруқ таҳлил қилинди. Кўп ўзгарувчан логистик регрессия (multivariable logistic regression) анализи асосида бир нечта мустақил ўзгарувчилар ва натижа (преэклампсия) ўртасидаги боғлиқлик ўрганилган.

**Натижалар.** Преэклампсиянинг тарқалиши 1,6% ни ташкил қилди. Преэклампсия билан асоратланган ҳомиладорликларда эрта туғруқ (33,33%), оператив туғруқ (75%), ҳомиланинг ўсишдан ортда қолиш синдроми (12,5%), реанимацияга муҳтож

чақалоқлар (16,67%), нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши оғир даражаси (12,5%), ҳомиланинг номуқобил ҳолати (8,33%) кузатилган. Преэклампсия учраш коэффиенти сезиларли даражада биринчи туғувчи аёлларда [adjusted odd ratio (adj OR) 2.333, 95% CI: 0.8584-6.3428], қишлоқ шароитида яшовчи аёлларда [adj OR 1.658, 95% CI: 1.071-2.566], 2 ёш гуруҳида (18-30 ва 31-44 ёш) ўтказилган текширувда, 18-30 ёш орасида ҳомиладор бўлган аёлларда [adj OR 1.875, 95% CI: 0.5559-6.3238] юқори бўлган. Бироқ, онанинг характеристик ўзгарувчилари орасида ўзаро боғлиқлик ҳам мавжуд. Масалан, қуйидаги ҳолатларда хавфни келтириб чиқаришда ўзгарувчилар комбинациясида сезиларли боғлиқлик мавжуд: гестацион гипертензия ва анемия биргаликда преэклампсияга сабабчи бўлиши [OR 26.344, 95% CI: 9.775-70.993,  $p < 0.002$ ] ва гестацион гипертензия анемиясиз преэклампсияга олиб келиши [OR 3.084, 95% CI: 2.240-4.245,  $p < 0.001$ ]. Шу билан бир вақтда сурункали гипертензия ва нисбатан ёшроқ ёш чегарасида (18-30 ёш), [(OR 14.490, 95% CI: 9.988-21.021,  $p < 0.001$ ), ва сурункали гипертензия мавжуд катта ёшдаги (31-44 ёш) ҳомиладор аёлларда [OR 5.174, 95% CI: 3.267-8.195,  $p < 0.001$ ] преэклампсия келиб чиқишида ўзаро боғлиқлик аниқланди. Иккала ҳолат ҳам преэклампсия юзага келишини турли даражада оширади. Умуман олганда, ўзгарувчиларнинг комбинацияси шуни кўрсатадики, гестацион гипертензия ва сурункали гипертензия онанинг ёши ва анемия ҳолатига қараб ҳар хил даражада преэклампсияга сабаб бўлади.

**Хулоса.** Биринчи туғруқ, қишлоқ шароити, 30 ёшгача бўлган ҳомиладорлик преэклампсия келиб чиқишига юқори хавф сифатида баҳоланди. Сурункали гипертензия, камқонлик ва она ёши каби турли хил омилларнинг мавжудлиги кўриб чиқиляётган тадқиқотда преэклампсия ривожланиш хавфини юқори белгилайди. Бундай натижаларни тасдиқлаш учун албатта каттароқ намуналар талаб этилади.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ АВО- ИММУНИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ**

Нажмутдинова Д.К<sup>1</sup>., Чориева Г.З<sup>1</sup>., Юлдашева Д.Ю.<sup>1</sup>,  
Садуллаева У.А.<sup>1</sup>, Ахмедова Г.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине,  
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан.

Проблема ГБ плода и новорожденных по АВО системе остается актуальной в мире, так как отсутствует программа обязательной профилактики АВО-изоиммунизации женщин репродуктивного возраста. Доля ГБ в перинатальной смертности составляет от 2% до 6-7%. В последние годы широко изучается патогенетическая роль синдрома эндогенной интоксикации при патологии беременности. Определение молекул средней массы в сыворотке крови позволяет оценки степени и тяжести ЭИ при нарушенных метаболических процессах. Определение уровня маркеров эндогенной интоксикации – ТПП, ТЗП, МСМ и цитохром С в крови беременных женщин является непредвзятой оценкой функционального состояния ФПС и критерием риска развития ПД.

Целью нашего исследования явилась оптимизация методов диагностики плацентарной дисфункции при иммунизации по АВО системе.

Клинико-статистическому анализу подвергнуто результаты обследования 95 беременных с АВО-иммунизацией со сроком беременности от 16 до 38 недель и 87 их новорожденных, нами были оценены особенности течения гестации на фоне АВО-иммунизации, а также показатели эндогенной интоксикации в крови, моче беременных, в плаценте и пуповинной крови биохимическими методами.

У беременных с АВО-иммунизацией отмечается высокая частота угрозы прерывания беременности – в 70,4% случаях, ПОНРП, как наиболее тяжелое акушерское осложнение, при

АВО-иммунизации отмечалось почти у половины рожениц (48,1%), возможно связанное с высокой частотой плацентарной дисфункции (77,8%), развившейся на фоне внутриматочного инфицирования (ВМИ) (63%). 63,0% беременных с АВО иммунизацией имели многоводие, что совпадает с данными литературы. Патологические параметры КТГ были незначительно снижены, но в 10 раз превышали таковые показатели в группе контроля, у 65,4% выявили нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод.

В сыворотке крови беременных с АВО иммунизацией содержание ТЗП было в 2,6 раза, ТРП – в 1,6 раза, МСМ<sub>254</sub> и МСМ<sub>280</sub> – в 1,4 раза выше соответственно, а содержание цитохрома С – в 1,2 раза ниже чем в контрольной группе. При изучении цитохрома С и процессов протеолиза в пуповинной крови, выявлена тоже тенденция и направленность как и в предыдущих исследованиях. Уровень ТРП – в 5,4, МСМ<sub>254</sub> и МСМ<sub>280</sub> – в 3,3 и 1,5 раза соответственно было значительно выше показателей контроля, в показателях цитохрома С значительных различий не наблюдались. Аналогичные по направленности данные нами получены при изучении показателей протеолиза в моче у матерей с АВО иммунизацией. В основном значительные различия были в показателях МСМ<sub>254</sub> и МСМ<sub>280</sub> – в 2,1 и 1,5 раза выше чем в контрольной группе.

Таким образом, у беременных с АВО иммунизацией отмечается осложненное течение беременности и родов, при этом наблюдается эндотоксемия, с последующим развитием плацентарной дисфункции. При АВО-иммунизации реализация иммуноконфликтной ситуации сопровождается мембранной патологией, активизацией процессов протеолиза и развитием эндогенной интоксикации (ЭИ) в системе мать–плацента-плод, и обусловлен повышенным содержанием маркеров ЭИ в сыворотке крови (32%), в моче беременных (29,4%), в плаценте (34%) и в пуповинной крови (40%). Это позволяет использовать показатели протеолиза в качестве доклинических критериев оценки

состояния фетоплацентарного комплекса. Дополнительными диагностическими критериями АВО иммунизации являются развитие плацентарной дисфункции (НМПК) и гипоксии плода (БФПП).

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОТЕРЬ РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ**

Нажмутдинова Д.К.<sup>1</sup>, Ахмаджонова Г.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Республика  
Узбекистан

<sup>2</sup>Андижанский медицинский институт, Андижан, Республика  
Узбекистан

### **Актуальность**

Несмотря на известные успехи, достигнутые в перинатологии, частота самопроизвольных аборт не имеет существенной тенденции к снижению и составляет по данным различных авторов 5-12%.

При антифосфолипидном синдроме участие ультразвукового исследования и диагностические показатели процесса гестации до конца не изучены. Изучая процесс эмбриогенеза отмечается, что основной морфоструктурой гестации является так называемый желточный мешок, который должен быть обнаружен как внеамниотическая структура округлой формы. Зачастую желточный мешок является важным показателем при диагностике угрозы прерывания беременности. Но надо отметить является ли таковым и при патологии беременности, вызванной антифосфолипидным синдромом.

**Целью исследования:** изучение данных ультразвукового исследования желточного мешка у женщин с выявленным антифосфолипидным синдромом на ранних сроках фертильности.



## **Материал и методы**

Исследование проводилось у 61 беременной женщины на сроках до 8 недель беременности. Пациенты были осмотрены на базе 2-го родильного комплекса города Андижан совместно с кафедрой акушерства и гинекологии №2. В исследование входили 15 практически здоровых беременных (контрольная группа) и 46 беременных с выявленным антифосфолипидным синдромом (основная группа). Это исследование было одобрено комитетом охраны материнства и детства Андижанского государственного медицинского института.

## **Результат исследования**

Нами было выполнено двумерное абдоминальное ультразвуковое исследование пациентов последовательной беременности на сроке от 5 до 8 недель гестации в рамках обычного обследования или другого показания к ультразвуковому исследованию. Оценивали размер желточного мешка (внутреннего диаметра), форму, эхогенность края и центра мешка, количество желточного мешка и дегенеративные изменения, такие как кальцификация.

## **Обсуждение результатов**

Что касается аномальных характеристик желточного мешка, у 29% основной группы желточные мешки превышали 6,5 мм; самый большой из них был 7,4 мм у пациентки, перенесшей четыре повторных выкидыша. Из числа исследуемых 18,2% имели искаженную форму желточного мешка, в результате которого произошёл самопроизвольный аборт у 9,9%, которые были в сроках от 6 до 8 недель беременности. Однако 2 других продолжили беременность доношенной, нормальными живорождениями.

В контрольной группе прерывание беременности не наблюдалось и все беременности закончились срочными родами. Что касается характеристик желточного мешка контрольной группы, диаметры мешков варьировали от 3 до 4,3 мм и все они имели круглую форму.

Выводы. Таким образом, предполагается, что среди характеристик желточного мешка, при антифосфолипидном синдроме, крупный размер и искаженная форма являются наиболее важными факторами для самопроизвольного прерывания беременности уже начиная с ранних сроков гестации.

## **ЖИНСИЙ ОРГАНЛАР ПРОЛАПСИ БИЛАН ОПЕРАЦИЯ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ.**

*Назаров Б.Б.<sup>1</sup>, Ниязметов Р.Э.<sup>2</sup>*

1. Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон.

2. Тиббий ходимларни касбий малакасини ошириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон.

**Долзарблиги:** Жинсий органлар пролапси- ҳозирги кунда нафақат климактерик ёшдаги аёллар, балки репродуктив ёшдаги аёллар учун ҳам долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Жинсий органлар пролапси кенг тарқалиши ва аёлларда яшаш сифатини ўзгартираётгани учун, охириги йилларда гинекология соҳасининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Жинсий органлар пролапси касалликларини хирургик давоси ва ундан кейинги даврни оптималлаштириш, шифохонага бўлиш даврини камайтириш каби муаммолар, акушер-гинекологик съезд, конгресс ва конференцияларнинг асосий баҳз мунозаралардан биридир. Юқорида кўрсаткичларни яхшилашда чаноқ соҳасида трофик ва регенаратив жараёнларнинг кучайтириш, бу ўз навбатида эпителизациянинг тўлиқ бўлишига ва касалликнинг қайталаниши каби асоратларга камайишига олиб келади. Биз операциядан сўнг комбинирланган даво чораси:

маҳаллий фемистрон (конъюгированный эстроген) гель ва метостил қин суппозиторийси ишлатилди.

**Мақсади:** Жинсий органлар пролапси билан операция бўлган беморларда операциядан кейинги даврда тўқималар битишини тезлаштириш.

**Клиник текширувлар натижаси ва таҳлили:** Операциядан кейинги даврда қўлланилган даво усулларига қараб, беморлар 3 гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳга операциядан кейинги даврда қиндаги чоклар кунига 1 маҳал антисептик восита билан ювилган 32 (31,3%) та бемор киритилди. Иккинчи гуруҳга 7 кун давомида операциядан сўнг қинга метостил суппозиторийси 1 маҳал кўйилган 36 (35,2%) та бемор киритилди. Учинчи гуруҳга 7 кун давомида операциядан сўнг қинга фемистрон гель ва метостил суппозиторийси 1 маҳал кўйилган 34 (33,3%) та бемор кўлланилди.

Даво муолажаларининг самарадорлиги: беморнинг шифохонада бўлиш кунлари давомийлиги, қинда операциядан кейинги чокларнинг битиш тезлиги, қинда қичиш, қизариш, куйишиш, каби субъектив ва объектив шикоятлар асосида белгиланди.

Таҳлиллар асосида шуни айтиш жоизки, операция соҳасидаги оғриқлар барча гуруҳларда биринчи 2 кунда сақланган бўлиб, куйишиш ва қичиш безовта қилмаган. Гинекологик кўрувда асосида операцион соҳасидаги тўқималарнинг регенерацияси жадаллиги, шишлар ва қизаришларнинг бўлмаслиги III гуруҳда яққол кўринган.

Барча беморларда операцион жароҳат бирламчи битган. Шифохонада даволаниши биринчи гуруҳда  $7,21 \pm 0,27$  кунни, иккинчи гуруҳда -  $6,23 \pm 0,18$  кун ташкил этган бўлса, учинчи гуруҳда эса  $-5,02 \pm 0,17$  кунни ташкил қилган.

**Хулоса:** Кузатувлар натижасида олинган маълумотларга таянган ҳолда шуни айтиш мумкинки, жинсий органлар пролапси даволашда қин орқали қилинадиган операциялардан сўнг фемистрон гель ва метостил ишлатилиши, қин тўқималар

регенерациясини тезлаштирган ҳолда, оператив давонинг эффективлигини оширади. Бу ўз навбатида беморларнинг даволаниш кунини  $1,6 \pm 0,18$  гача қисқаришига олиб келади.

## **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ III - IV СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

Назаров Б.Б. Ниязметов Р.Э.

1. Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, г. Бухара, Узбекистан.
2. Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Согласно данным ВОЗ до 40-50% женщин в постменопаузе страдают пролапсом гениталий. Данное состояние сопровождается рядом анатомических и функциональных расстройств: ИМП – инфекцией мочеполовой системы или недержанием мочи, гиперактивностью мочевого пузыря, нарушением дефекации, половой дисфункцией, а также постоянным чувством дискомфорта и тяжести в области промежности.

**Целью исследования** стала оценка результатов хирургической коррекции пролапса гениталий с использованием дифференцированных подходов к тактике лечения с помощью современных методов морфологической оценки фиксирующего аппарата матки.

**Материалы и методы.** В тезисе представлены результаты исследования 137 пациенток с пролапсом гениталий III-IV стадий, которые были разделены на 2 группы: в первую вошли 46 пациенток репродуктивного возраста от 30 до 45 лет, вторую группу составили 91 пациенток в возрасте от 46 до 70 лет, которым были выполнены реконструкция тазового дна,

влагалищная гистерэктомия с использованием эндоскопических технологий в сочетании с уретропексией сетчатым материалом, саковагинопексия с использованием титанового металлофиксатора. Также с целью обоснования хирургической коррекции пациенткам второй группы проводился гистологический анализ круглой маточной связки, кардинальных связок матки и крестцово-маточных связок. Пациентки осматривались через 12 и 24 месяцев после комплексного лечения.

**Результаты исследования.** Было выяснено, что для пациенток репродуктивного возраста с нереализованной детородной функцией вид оперативного лечения рассматривается только в сочетании с уретропексией сетчатым или коллагеновым материалом.

**Вывод.** Для снижения риска постгистерэктомиического пролапса в предоперационном периоде необходима комплексная диагностика анатомо-функциональных нарушений органов малого таза и тазовой диафрагмы, которая будет определять доступ и объем хирургического вмешательства и позволит свести к минимуму как операционные, так и послеоперационные осложнения.

## **СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Назирова М. У.

Ташкентский Государственный Стоматологический институт

**Ключевые слова:** гемостаз, фибринолитическая активность, ДВС синдром,

**Актуальность.** Неразвивающаяся беременность занимает особое место в проблеме невынашивания беременности. Длительная задержка мертвого плодного яйца в матке вызывает целый ряд осложнений, одним из которых является кровотечение. Актуальность и необходимость изучения

функционирования системы гемостаза и ее адаптации при неразвивающейся беременности обусловлены все большим признанием роли нарушений в системе гемостаза при патологии гестационного процесса.

**Цель исследования-**Изучения изменения отдельных звеньев системы гемостаза при неразвивающейся беременности для прогнозирования тромбогеморрагических осложнений..

**Материал и методы.** Проведено исследование у 34 женщин с неразвивающейся беременностью в 1 и 2 триместрах гестации; из них 10 женщин с неразвивающейся беременностью при прерывании плодного яйца в матке менее 2-х недель, 8 женщин с пребыванием мертвого плода в течении 2-4 недель, 8 женщин с внутриутробной задержкой погибшего плода свыше 6 недель, а также 16 беременных женщин в 1 и 2 триместре с физиологическим течением гестации. Возраст обследованных в среднем составило  $26 \pm 1,8$  года. Из обследованных 18 первородящих и 16 повторнородящих женщин .Общеклиническое исследование включало изучение анамнеза, особенностей соматического акушерско-гинекологического статуса, результатов клинико-лабораторных исследований, а также все параметры гемостаза.

**Результаты и обсуждение.** Основными симптомами неразвивающейся беременности является уменьшение размеров матки соответственно сроку беременности, подтверждаемое УЗИ исследованием. Исчезновением субъективных симптомов беременности, иногда симптомы угрозы выкидыша. При наличии факторов, как гипоксия, вирусы, токсины, циркулирующие иммунные комплексы, гемодинамические факторы, цитокины, сопровождающийся дисбалансом протромбогенных и антитромбогенных сосудистых При исследовании уровня фактора Виллебранда крови отмечено, что наибольшее его повышение имеют место у 82,5% женщин с неразвивающейся беременностью сроком 6 недель и составило  $121,5 \pm 0,14\%$  по сравнению  $73,2 \pm 0,3\%$  факторов, может способствовать развитию

неконтролируемой коагуляции крови. Это свидетельствует, что гибель эндотелиоцитов при неразвивающейся беременности является пусковым моментом активации сосудисто-тромбицитарного звена системы гемостаза. Анализ суммарной активности факторов внешнего и внутреннего звена системы свертывания крови по данным АВР и АТВ показал, что у женщин с неразвивающейся беременностью отмечено достоверное повышение суммарной активности факторов, особенно у беременных с задержкой более 6 недель. Количество тромбоцитов у всех обследуемых достоверно снижалось и составило  $148,0 \pm 9,8 \cdot 10^9$  л против  $264,2 \pm 11,4 \cdot 10^9$  л.

**Выводы.** Таким образом с пребыванием мертвого плода в течении 6 недель и более, гиперкоагуляционный синдром может перейти в гиперкоагуляционную фазу острого ДВС синдрома, а иногда может перейти в гипокоагуляционную фазу острого ДВС синдрома, . .

## **ДИНАМИКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА**

Каттаходжаева М.Х, Назирова М.У. Хамдамова Н. И.

Ташкентский Государственный Стоматологический институт

Ключевые слова; остеопения, остеопороз, перименопауза,  
минеральная плотность костей.

**Актуальность.** Остеопороз одно из наиболее распространенных заболеваний, которое занимает ведущее место в структуре переломов и вывихов, влияющих на качество жизни женщин. Перименопаузальная форма остеопороза относится к первичному остеопорозу, поэтому тяжесть ее проявления тесно связана с образом жизни. Алиментарный фактор является основной причиной - употребление однообразной и малокалорийной пищи с недостатком содержания кальция.

**Цель исследования.** Изучение состояния минеральной плотности костей в зависимости от возраста и периода перименопаузы.

**Материал и методы.** Проведено исследование у 68 женщин перименопаузального возраста, изучалось состояние минеральной плотности костной ткани на уровне дистального отдела лучевой кости методом ультразвуковой денситометрии с применением аппарата соноденситометра MSLBDO 1 (Китай) путем применения ультразвукового линейного датчика. Женщины были разделены на 2 группы в зависимости от возраста. Первая группа- женщины в возрасте от 45-56 лет и вторая группа- от 56-65 лет

**Результаты и обсуждение.** У обследованных женщин были следующие клинические проявления: боли в спине у 44,1% женщин, судороги и боли в нижних конечностях у 11,8% перелом локтевой кости у 4,4%. 81% обследованных женщин страдают анемией 1- 2 степени, хронический аднексит имелся у 20,6% , хронический пиелонефрит у 17,6%, нарушения менструальной функции были у 32,4%. Среднее число родов в анамнезе у исследованных составляло от 4 до 6.

Полученные данные интерпретированы согласно классификации ВОЗ по T- критерию и скорости проведения ультразвука (SOS). Согласно рекомендациям группы экспертов ВОЗ (WHO) величина стандартных отклонений T-и Z -score выше -1,0 SD как норма. От -1до -2,5 интерпретируется, как остеопения , от-2,5 и ниже-остеопороз. В наших исследованиях норма была определена лишь у 2 женщин. Снижение минеральной плотности от -1-2,5 ( остеопения) было выявлено у 47,3% из первой группы и у 26% - второй. Остеопороз- у 42,1% первой и 74%- второй. При исследовании больных обнаружено, что, чем старше возраст и давность заболевания, тем ниже показатели минеральной плотности костной ткани. В показателях ультразвуковой денситометрии отмечаются аналогичная корреляция в возрастном аспекте и давности заболевания с



денситометрическим риском перелома, который уже имелся в анамнезе 3 женщин..

**Выводы.** Таким образом, с увеличением возраста больных и давности заболевания отмечается снижение плотности костной ткани. Развитие остеопении начинается, возможно, в репродуктивном возрасте и усугубляется в динамике перименопаузы. Факторами риска являются большое число беременностей и родов, хроническая анемия, гинекологические хронические заболевания и несбалансированное питание.

## **СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ.**

Назирова М.У. Каттаходжаева М.Х. Хамдамова Н. И.

Ташкентский Государственный Стоматологический институт

**Актуальность.** .Взаимоотношение матери и плода представляются сложной и многокомпонентной системой. От качества этих взаимоотношений зависит течение беременности, состояние внутриутробного плода и дальнейшее развитие ребенка. Возникновение неразвивающейся беременности сопряжены с определенными изменениями показателей клеточного и гуморального иммунитета

**Цель исследования.** Изучение состояния иммунной системы при неразвивающейся беременности.

**Материал и методы.** Проведено исследование у 48 женщин с неразвивающейся беременностью сроком от 5-8 недель. Задержка развития составляет от 2 до 4 недель беременности. Возраст женщин колебался от 26-34 лет, у 12 женщин первая беременность, у 24 женщин вторая беременность и у 2 третья беременность. Всем женщинам проведено исследование иммунной системы.

**Результаты и обсуждение.** У обследованных женщин были следующие клинические проявления: боли внизу живота, некоторые отмечали коричневые выделения из половых путей в

течении 3-4 дней. Из анамнеза 14 женщин во время беременности перенесли ОРВИ, цистит - 11 беременных. Физиологическая беременность обычно протекает на фоне иммунологической толерантности организма матери к элементам фетоплацентарного комплекса, а возникновение неразвивающейся беременности сопряжены с определенными изменениями показателей клеточного и гуморального иммунитета. Результаты проведенных исследований показали, что при неразвивающейся беременности наблюдается выраженная лейко-и лимфопения –  $5100 \pm 12$  в 1 мкл и  $22,8 \pm 1,1\%$ , тогда как в периферической крови женщин с физиологической протекающей беременностью эти показатели составили в среднем  $6700 \pm 196$  в 1 мкл и  $27,5 \pm 1,5\%$ , соответственно ( $P < 0,001$ ). Количественное изучение содержания Т-лимфоцитов показало снижение как относительного числа СД3 клеток у женщин с неразвивающейся беременностью, которое в среднем составило  $44,3 \pm 1,9\%$ , так и абсолютного значения  $515 \pm 29$  в 1 мкл. по сравнению с таковыми в периферической крови женщин с физиологически протекающей беременностью  $54,1 \pm 1,8\%$ ,  $997 \pm 47$  в 1 мкл, соответственно ( $P < 0,01$ ). Учитывая выявленное снижение как процентного, так и абсолютного содержания Т-клеток, можно полагать, что клеточный иммунитет при неразвивающейся беременности значительно угнетен. Т-хелперы относятся к регуляторным клеткам. Без них невозможна трансформация В-лимфоцитов в плазматические клетки, образующие антитела. Они также способны усиливать клеточные реакции иммунной системы. В сохранении беременности большое значение приобретает регуляция иммунных реакций. При этом важная роль в сохранении физиологических пределов аллоиммунного процесса принадлежит Т-супрессорам-цитотоксическим лимфоцитам. **Выводы.** Таким образом, с увеличением срока задержки развития неразвивающейся беременности происходят глубокие изменения как в клеточном, также в гуморальном иммунитете

# БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗАПАСА У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ

<sup>1</sup>Найимова Н. С.

<sup>1</sup>Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

**Актуальность.** Частота ПНЯ в популяции составляет 1%, по мере взросления данный показатель возрастает и у женщин 40 лет выявляется в 1:100 населения. В других исследованиях показана, что частота встречаемости данной патологии в женской популяции составляет 1–3%, достигая 10% в структуре аменорей.

**Цель исследования.** Определить инновационные ранние маркёры репродуктивного запаса и некоторые механизмы формирования преждевременной недостаточности яичников.

**Методы исследования.** В настоящее время активность общей ароматазы в различных тканях определяют радиометрическим методом, основанным на превращении меченного тритием андростендиона в «тяжелую воду» и меченного тритием андростендиона в эстрон.

**Результаты.** В соответствии с целью и задачами настоящего исследования нами изучены пациентки с преждевременной недостаточностью яичников. Как указывалось выше, пациентки основной группы (n=112) были разделены на две группы: в первую группу (n=59) вошли пациентки с ПНЯ, перенесшие хирургическое вмешательство со снижением овариального резерва; во вторую группу (n=53) вошли пациентки с ПНЯ, без операции, но с уменьшением овариального резерва. В первой группе у 65% пациенток с помощью хирургического вмешательства был удален один яичник; остальные пациентки также перенесли операцию, но без удаления яичников. У 22% пациенток были выполнены различные резекционные операции одного яичника. У 8,7% пациенток выполнены хирургические вмешательства обоих яичников (2 раза) и у 4,34% из них

произведена ампутация матки. Кроме этого, в контрольной группе мы собрали 30 практически здоровых женщин.

Проведенные исследования показали, что активность овариальной ароматазы, рассчитанной математическим путем, статистически значимо снижена в 1,71 и 1,84 раза, соответственно у пациенток первой и второй группы, по сравнению с показателями контрольной группой (см. табл. 2). В то же время содержание ароматазы, определяемой ИФА, был резко снижен: в 11,8 и 17,4 раза, соответственно вышеперечисленным группам, относительно значений контрольной группе.

**Заключение.** Мы обнаружили статистически достоверную разницу в результатах овариальной ароматазы, ингибина В, АМГ, ФСГ и эстрадиола в обеих группах, страдающих ПНЯ, по сравнению с контрольной группой. Но что касается результатов надпочечниковой ароматазы, то в них не было достоверной статистической разницы. Корреляционный анализ показал, что между ароматазой яичников и маркером АМГ была положительная умеренная корреляция; овариальная ароматаза и ФСГ имели положительную умеренную корреляцию; овариальная ароматаза с эстрадиолом также показала положительную умеренную корреляцию; ароматаза яичников с ароматазой надпочечников показала умеренную отрицательную корреляцию. Диагностическая точность в прогнозировании ПНЯ у женщин с точки зрения овариальной ароматазы, ингибина В, и ФСГ была превосходной, а АМГ был очень хорошим.

# ОТВЕТНАЯ ИММУННАЯ РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА ЖЕНЩИНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НА СОЧЕТАННЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Арипов О.А., <sup>1</sup>Наркузиева Г.Б.<sup>2</sup>

*1. Центр развития повышения квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан*

*2. Джизакский перинатальный центр, Джизак, Узбекистан*

**Актуальность.** *В настоящее время проблема касающаяся вирусной инфекции, ее роль в развитии иммунных нарушений различной степени с развитием ряда осложнений в репродуктивной системе как вне беременности так и при ней остается весьма актуальной проблемой*

**Целью исследования** *явилось анализ ответной иммунной реакции женщин на сочетанные вирусные инфекции*

**Материал и методы** *В связи с чем нами была организована группа, для которой пациентов для обследования подбирали учитывая следующие критерии: информированное согласие на исследование и лечения, подтвержденный анализ ПЦР на ВПЧ и ИФА на ВПГ -2, возраст репродуктивный, менструальный цикл условно нормальный, в анамнезе несколько эпизодов обострение вирусной инфекции и давность предшествующей противовирусной и/или иммуномодулирующей терапии более четырех месяцев*

*Были взяты на обследование 67 больные репродуктивного периода в возрасте 19-37 лет,  $\pm 1,3$  лет, у которых менструальный цикл был по типу нормопонирующего, в умеренном количестве и с различной интенсивности болей.*

*Нами было изучено иммунный статус как клеточного звена  $\alpha$  CD4+, CD8+, CD 25 CD 56+Тклеток , так и гуморального пациенток с вирусными инфекциями классов CD4+, CD8+, CD b CD 56+Тклеток, так и гуморального звена  $\alpha$  IgG и ЦИК*

**Результаты и обсуждения.** В ходе исследования проведено изучение особенностей иммунного статуса пациентов с герпесвирусной инфекцией в сочетании с ВПЧ инфекцией. Установлено, что для больных ВПГ/ВПЧ-инфекцией наиболее характерны следующие изменения иммунного статуса: значительно увеличено содержание НК-клеток и изменен их фенотип в пользу CD16-56+ НК клеток; умеренно увеличено содержание CD8+ Т-клеток с существенным возрастанием их активационного состояния, что проявляется усиленной экспрессией молекул HLA-DR, альфа-цепи рецептора ИЛ-2 (CD25) и появлением клеток несущих одновременно молекулы CD45RA и CD45RO; снижено относительное содержание CD4+ Т-клеток (вследствие гиперплазии НК клеток) со сдвигом в пользу клеток "памяти" CD4+CD45RA-/RO+ и регуляторных CD4+25+ клеток; умеренный моноцитоз и повышение содержания палочкоядерных нейтрофилов; умеренное повышение уровня IgG и ЦИК. Данные изменения иммунного статуса свидетельствуют о хронической активной реакции иммунной системы на вирусную инфекцию, а также о начавшейся декомпенсации некоторых звеньев противоинфекционной защиты.

**Выводы.** При сочетанных вирусных атаках превалирует система хелперов над киллерами, которая проявляется усиленной экспрессией молекул HLA-DR которая формирует защиту в будущем от « цитокиновой бури».

# **THE ROLE OF THE DEVELOPMENT OF THROMBOCYTOPATHIES IN PREGNANT WOMEN WITH PRE-ECLAMPSIA.**

*Asrankulova D.B., Nasritdinova D.*

Andijan State Medical Institute

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1

## **Annotation.**

In the structure of maternal mortality in the Republic of Uzbekistan, one of the first places is occupied by obstetric bleeding, the second is preeclampsia, and the third is extragenital diseases. At the same time, it should be taken into account that in almost 80% of cases, bleeding is a consequence of preeclampsia (PE) and from a scientific point of view, it can be reasonably argued that I and II places should rightfully be for PE, therefore, this pathology is an urgent problem both scientifically and and practical obstetrics.

**Purpose of the study:** To study the platelet link of the hemostasis system and determine their role in the development of thrombohemorrhagic complications in preeclampsia and their prevention.

**Research methods:** To assess the condition of women, the following will be carried out: a thorough collection and analysis of anamnestic data, a general blood test, a general urinalysis, a Nechiporenko urinalysis, a general examination, a gynecological and obstetric examination, blood biochemical parameters: total protein, bilirubin, urea, creatinine , enzymes (ALT), indicators of hemostasis. Dynamic cardiotocographic study (CTG). Study of the state of the platelet, procoagulant and fibrinolytic components of the hemostasis system.

**Conclusion:** We used a new approach to prevent obstetric bleeding against the background of preeclampsia using low molecular weight heparin Clexane, which contributes to the normalization of platelet function, the elimination of thrombophilic conditions, and

heparin resistance. As a result of the implementation of the principles developed by us for managing women with PE, the frequency of obstetric bleeding will be reduced, which will reduce maternal morbidity and mortality in women, as well as reduce their disability as a result of preserving the main reproductive organ - the uterus.

## **НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН**

Нассилоева Б., Нигматова Г.М.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Проблема лечения урогенитального хламидиоза обусловлена не только неуклонным ростом инфекции в человеческой популяции, но и высоким процентом рецидивов среди больных, получивших курс антибиотикотерапии в соответствии с существующими инструкциями и схемами лечения

**Цель исследования:** поиск эффективных методов лечения урогенитального хламидиоза с учетом иммунологического статуса

**Материал и методы:** обследовано 60 пациенток с УГХ, из них основную группу составили 50 женщин с УГХ, леченных кларитромицином, группу контроля 10 здоровых женщин, не имевшие в анамнезе ИППП. Подавляющую часть пациенток составили молодые женщины в наиболее активном репродуктивном возрасте – от 21 до 30 лет. Внутриматочная контрацепция использовалась у 47 (68,0%) женщин 1 группы, у 5 (50,0%) в группе контроля.

Метод световой микроскопии использовался для выявления интенсивности воспалительного процесса и исключения других ИППП. Диагностика хламидийной инфекций проводилась с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Содержание в периферической крови лейкоцитов определялось путем подсчета



форменных элементов в счетной камере Горяева. Иммунологические показатели оценивали в крови и в смывах из влагалища. Исследования включали определение уровня цитокинов – интерлейкина-6 (IL-6) и фактора некроза опухоли (TNF $\alpha$ ). Для стандартизации условий иммунологических исследований забор материала (кровь и вагинальный смыв) проводили до овуляции.

**Результаты и их обсуждение.** Из 50 больных, получавших комплексное лечение с комбинированным введением циклоферона, у 47 (94%) женщин было констатировано этиологическое выздоровление. У 3 (6%) женщин, несмотря на клиническое улучшение, при контрольном анализе была выявлена *S. Trachomatis*.

Эффективность лечения больных хроническим УГХ из основной группы, получавших Вольфуран и комбинированное введение циклоферона, оказалась высокой. При этом со стороны общей иммунологической реактивности у больных основной группы наблюдалась нормализация значений относительного содержания Т-лимфоцитов, Т-хелперов, В-лимфоцитов и абсолютных показателей Т-лимфоцитов и Т-хелперов. Фагоцитарное звено иммунитета характеризовалось изменением показателей процента фагоцитоза, фагоцитарного индекса, фагоцитарного числа и НСТ-теста. В результате проведенного лечения достоверно увеличилось содержание IgA и IgM. Исследование локального иммунитета выявило повышение содержания INF-у, иммуноглобулинов классов A и G, а также подклассов IgG1 и IgG3. Кроме того, отмечалась нормализация количества лейкоцитов в мазке из ЦК.

Таким образом, проведенное исследование наглядно продемонстрировало взаимосвязь между эффективностью лечения и иммунологической реактивностью организма больных хроническим УГХ.

## ПУТИ УСТРАНЕНИЯ ОШИБОК ПРИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ

*Негмаджанов Б.Б., Давронова Л.С., Хамроева Л.К.*

Самаркандский Государственный медицинский Университет г. Самарканд. Узбекистан.

**Актуальность.** Рост уровня заболеваний репродуктивной системы среди молодежи является не только медицинской, но и социальной проблемой. Проблемы современного общества диктуют необходимость более углубленного внимания к состоянию подростков «сейчас» для укрепления репродуктивного потенциала в будущем. Аплазия матки и влагалища относятся к числу часто встречающихся аномалий развития женских половых органов, характеризующихся высоким процентом диагностических и лечебных ошибок на догоспитальном уровне. Не угрожая жизни, эти поражения не позволяют женщине реализовать свою половую функцию и становятся источником тяжелых переживаний. Ранняя хирургическая коррекция пороков развития половых органов является одним из основных условий правильного воспитания, становления психического статуса и последующей оптимальной половой и социальной адаптации индивидуума.

**Цель нашего исследования:** Усовершенствование диагностики и ведения больных с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера на догоспитальном этапе.

**Материалы и методы исследования:** Нами проведен клинко-лабораторный анализ 38 больных, обратившихся в гинекологическое отделение род.комплекса №1, №3 г. Самарканда. У всех исследуемых пациенток и их родителей тщательно собран анамнез.

**Результаты:** Полная аплазия влагалища и матки наблюдалась у всех 38 больных. В наших исследованиях возрастной диапазон исследуемых пациентов

составил от 15 до 30 лет. Больные чаще обращались с жалобами на отсутствие менархе, что наблюдалось у всех 38 больных, а также на циклические боли внизу живота и в пояснице у 27 больных (71%), невозможность полового коитуса у 29 больных (76,3%), затрудненность полового контакта у 8 больных (21%), недержание кала и стула у 8 больных (21%). При зондировании влагалища : вход во влагалище оценивался как слепо заканчивающаяся ямка глубиной 0,5-3,0 см у 28 (73,6%) больных ; у 10 (26,4%) – отсутствовал вход во влагалище. 23 больным (60,5%) не диагностировав аплазию матки и влагалища получали «амбулаторное лечение» на разных звеньях. В основном больные получали гормональную терапию при функционирующих яичниках, что привело у 21 больных (55,2%) к нарушениям обменных процессов и к ожирению различной степени. 17 больных получали гормональную терапию фемостоном 1/5-1/10. По советам врачей «выйдешь замуж и все пройдет», больные выходили замуж, не зная о своей болезни и после начала половой жизни появлялись различного вида осложнения. В результате, после начала половой жизни больные обращались после появления осложнений : травмы прямой кишки ,что наблюдалось у 12 больных (31,5%), ректо-вагинальные свищи у 3 больных (7,7%), разрывы промежности различной степени у 5 больных (13,1%), разрывы уретры и мочевого пузыря у 1 больной (2,6%).

**Таким образом,** Поздняя диагностика, нерациональное ведение больных и назначение гормональной терапии ведет к психоэмоциональной и физической травме пациенток, нарушениям обменных процессов. Поздние операции, особенно после брака, ухудшают качество жизни пациенток.

## ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ У ДЕВОЧЕК И ПОДРОСТКОВ.

Б.Б.Негмаджанов.,<sup>1</sup> Л.С.Давронова.,<sup>2</sup> Л.К.Хамроева.,<sup>3</sup>  
З.Ш.Ахмедов<sup>4</sup>

<sup>1</sup> д.м.н. профессор, зав. Каф. «Акушерство и гинекологии №2» Самаркандского медицинского Университета.

<sup>2</sup> соискатель кафедры «Акушерство и гинекологии №2» Самаркандского медицинского Университета.

<sup>3</sup> доц. кафедры, соискатель кафедры «Акушерство и гинекологии №2» Самаркандского медицинского Университета.

<sup>4</sup> соискатель кафедры «Акушерство и гинекологии №2» Самаркандского медицинского Университета.

Самаркандский Государственный медицинский Университет г. Самарканд. Узбекистан.

**Актуальность.** Рост уровня заболеваний репродуктивной системы среди молодежи является не только медицинской, но и социальной проблемой. Проблемы современного общества диктуют необходимость более углубленного внимания к состоянию подростков «сейчас» для укрепления репродуктивного потенциала в будущем. Аплазия матки и влагалища относятся к числу часто встречающихся аномалий развития женских половых органов, характеризующихся высоким процентом диагностических и лечебных ошибок на догоспитальном уровне. Не угрожая жизни, эти поражения не позволяют женщине реализовать свою половую функцию и становятся источником тяжелых переживаний. Ранняя хирургическая коррекция пороков развития половых органов является одним из основных условий правильного воспитания, становления психического

статуса и последующей оптимальной половой и социальной адаптации индивидуума.

**Цель нашего исследования:** Усовершенствование диагностики и ведения больных с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера на догоспитальном этапе.

**Материалы и методы исследования:** Нами проведен клинико-лабораторный анализ 38 больных, обратившихся в гинекологическое отделение род.комплекса №3 г.Самарканда, областного перинатального центра Самаркандской области и в ООА «Доктор Шифо-бахт» за 2021г. У всех исследуемых пациенток и их родителей тщательно собран анамнез.

**Результаты:** Полная аплазия влагалища и матки наблюдалась у всех 38 больных. В наших исследованиях возрастной диапазон исследуемых пациентов составил от 15 до 20 лет. Больные чаще обращались с жалобами на отсутствие менархе, что наблюдалось у всех 38 больных, а также на циклические боли внизу живота и в пояснице у 27 больных (71%), невозможность полового коитуса у 29 больных (76,3%), затрудненность полового контакта у 8 больных (21%), недержание кала и стула у 8 больных(21%). При зондировании влагалища : вход во влагалище оценивался как слепо заканчивающаяся ямка глубиной 0,5-3,0 см у 28 (73,6%) больных ; у 10 (26,4%) – отсутствовал вход во влагалище. 23 больным (60,5%) не диагностировав аплазию матки и влагалища получали «амбулаторное лечение» вместо направления в стационар для оперативного лечения. В основном больные получали гормональную терапию при функционирующих яичниках, что привело у 21 больных (55,2%) к нарушениям обменных процессов и к ожирению различной степени. 17 больных получали гормональную терапию фемостеном 1/5-1/10. По советам врачей «выйдешь замуж и все пройдет», больные выходили замуж, не зная о своей болезни и после начала половой жизни появлялись различного вида осложнения. В результате, после начала половой жизни больные обращались после появления осложнений : травмы

прямой кишки ,что наблюдалось у 12 больных (31,5%), ректо-вагинальные свищи у 3 больных (7,7%), разрывы промежности различной степени у 5 больных (13,1%),разрывы уретры и мочевого пузыря у 1 больной (2,6%).  
**Таким образом,** Поздняя диагностика, нерациональное ведение больных и назначение гормональной терапии ведут к психоэмоциональной и физической травме пациенток, нарушениям обменных процессов. Поздние операции, особенно после брака, ухудшают сексуальную и социальную адаптацию пациенток.

## **ПУТИ УСТРАНЕНИЯ ОШИБОК ПРИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ.**

Негмаджанов Б.Б<sup>1</sup>., Давронова Л.С<sup>2</sup>., Хамроева Л.К.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> д.м.н. профессор, зав. Каф. «Акушерство и гинекологии №2» педиатрического факультета Самаркандского медицинского Университета.

<sup>2</sup> врач акушер-гинеколог родильного комплекса №1 г. Самарканда.

<sup>3</sup> гл. врач областного перинатального центра г. Самарканда. Самаркандский Государственный медицинский Университет г. Самарканд. Узбекистан.

**Актуальность.** Рост уровня заболеваний репродуктивной системы среди молодежи является не только медицинской, но и социальной проблемой. Проблемы современного общества диктуют необходимость более углубленного внимания к состоянию подростков «сейчас» для укрепления репродуктивного потенциала в будущем. Аплазия матки и влагалища относятся к числу часто встречающихся аномалий развития женских половых органов, характеризующихся высоким процентом

диагностических и лечебных ошибок на догоспитальном уровне. Не угрожая жизни, эти поражения не позволяют женщине реализовать свою половую функцию и становятся источником тяжелейших переживаний. Ранняя хирургическая коррекция пороков развития половых органов является одним из основных условий правильного воспитания, становления психического статуса и последующей оптимальной половой и социальной адаптации индивидуума.

**Цель нашего исследования :** Усовершенствование диагностики и ведения больных с синдромом Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера на догоспитальном этапе.

**Материалы и методы исследования:** Нами проведен клинико-лабораторный анализ 38 больных, обратившихся в гинекологическое отделение род.комплекса №1,№3 г. Самарканда. У всех исследуемых пациенток и их родителей тщательно собран анамнез.

**Результаты:** Полная аплазия влагалища и матки наблюдалась у всех 38 больных. В наших исследованиях возрастной диапазон исследуемых пациентов составил от 15 до 30 лет. Больные чаще обращались с жалобами на отсутствие менархе, что наблюдалось у всех 38 больных, а также на циклические боли внизу живота и в пояснице у 27 больных (71%), невозможность полового коитуса у 29 больных (76,3%), затрудненность полового контакта у 8 больных (21%), недержание кала и стула у 8 больных(21%). При зондировании влагалища : вход во влагалище оценивался как слепо заканчивающаяся ямка глубиной 0,5-3,0 см у 28 (73,6%) больных ; у 10 (26,4%) – отсутствовал вход во влагалище. 23 больным (60,5%) не диагностировав аплазию матки и влагалища получали «амбулаторное лечение» на разных звеньях. В основном больные получали гормональную терапию при функционирующих яичниках, что привело у 21 больных (55,2%) к нарушениям обменных процессов и к ожирению различной степени. 17 больных получали гормональную терапию фемостоном 1/5-1/10. По советам врачей «выйдешь замуж и все

пройдет», больные выходили замуж, не зная о своей болезни и после начала половой жизни появлялись различного вида осложнения. В результате, после начала половой жизни больные обращались после появления осложнений : травмы прямой кишки ,что наблюдалось у 12 больных (31,5%), ректо-вагинальные свищи у 3 больных (7,7%), разрывы промежности различной степени у 5 больных (13,1%),разрывы уретры и мочевого пузыря у 1 больной (2,6%). **Таким образом,** Поздняя диагностика, нерациональное ведение больных и назначение гормональной терапии ведет к психоэмоциональной и физической травме пациенток, нарушениям обменных процессов. Поздние операции, особенно после брака, ухудшают качество жизни пациенток.

## **ВОЗРАСТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ТИРЕОТРОПИНА И АНТИТИРЕОИДНЫХ АНТИТЕЛ В ПОПУЛЯЦИИ США: ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА**

Негматуллаева М.Н., Тешаева Ш.К.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара,  
Узбекистан.

**Актуальность.** Субклинический гипотиреоз (СКГ) определяется как нормальный уровень свободных гормонов щитовидной железы в сыворотке, сосуществующий с повышенными уровнями тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке. Его диагноз должен основываться на понимании географических и демографических различий биохимических критериев по сравнению с глобальным референсным диапазоном для ТТГ, который основан на 95% доверительном интервале здорового населения. Во время дифференциальной диагностики важно помнить, что значительная часть случаев носит



временный и обратимый характер. Явный гипотиреоз во время беременности следует рассматривать как опасное состояние как для матери, так и для плода. СКГ во время беременности также ассоциируется с множественными неблагоприятными исходами для матери и новорожденного. Почти все исследования продемонстрировали повышенный риск специфических для беременности осложнений (например, прерывания беременности, преждевременных родов и отслойки плаценты), связанных с повышенными концентрациями ТТГ у матери.

**Цель исследования:** мы определили, является ли увеличение центилей на 50 и 97,5 с возрастом результатом увеличения количества беременных с СКГ в популяциях с нормальным распределением ТТГ, или возрастные сдвиги населения в сторону более высокого уровня ТТГ в сыворотке могут быть причиной этих результатов.

**Материалы и методы исследования:** измерения для всех возрастных групп определили верхний предел референсного диапазона ТТГ в Национальном обследовании здоровья и питания III. Медиана ТТГ, 97,5 центиля и распространенность субклинического гипотиреоза (СКГ), нормальный уровень Т4 в сыворотке и ТТГ выше 4,5 мМЕ / л, прогрессивно увеличивались с возрастом. Референсные диапазоны с поправкой на возраст могут включать многих людей с ТТГ выше 4,5 мМЕ / л. Мы проанализировали кривые распределения ТТГ, антитиреоидных антител и частотного распределения ТТГ для определенных возрастных децилей в популяциях без заболеваний щитовидной железы, с антитиреоидными антителами или без них.

**Результаты исследования.** Без заболевания щитовидной железы 10,6% людей в возрасте от 20 до 29 лет имели ТТГ более 2,5 мМЕ / л, увеличиваясь до 40% в группе 30+, 14,5% из которых имели ТТГ более 4,5 мМЕ / л. Когда ТТГ был выше 4,5 мМЕ / л, процент антител составлял 67,4% (возраст 30-39 лет). Кривые частотного распределения ТТГ в группе 30+ с антителами или без них были смещены в сторону более высоких ТТГ, включая ТТГ с

максимальной частотой. 97,5 центили для групп 20–29 и 30+ составили 3,56 и 7,49 мМЕ / л соответственно. Семьдесят процентов беременных с ТТГ выше 4,5 мМЕ / л находились в пределах своего возрастного референсного диапазона.

**Заключение.** Распределение ТТГ с возрастом постепенно смещается в сторону более высоких концентраций. Распространенность СКГ может быть значительно переоценена, если не используется возрастной диапазон значений ТТГ.

## **ЗНАЧЕНИЕ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ**

Нигматова Г.М.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Известно, что рак шейки матки (РШМ) стоит на третьем месте по распространенности среди женщин после рака молочной железы и колоректального рака. На его долю приходится 10% всех случаев рака у женщин в мире. Ежегодно в странах Евросоюза диагностируют 25.000 случаев РШМ, из них 12.000 умирают. По данным Узбекистана в 2017 году РШМ выявлен у 5000 женщин, из них в 20% случаев в запущенном состоянии. Ежедневно от РШМ умирают 6 женщин.

На его долю приходится 10% всех случаев рака у женщин в мире. В данное время методами исследования шейки матки являются клиничко-визуальный метод, ПЦР на онкогенные типы ВПЧ, расширенная кольпоскопия, цитология мазков (ПАП-тест), гистологическое исследование.

**Цель исследования.** Доклиническая диагностика заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста путём экспресс-теста и кольпоскопического исследования

**Материал и методы исследования.** За период от 2019 до 2021 года нами в Поликлинике Акушерского комплекса №9 города

Ташкента обследовано 125 женщин, обратившихся на консультацию с различными гинекологическими заболеваниями в возрасте от 18 до 46 лет. Всем пациенткам проведено комплексное профилактическое обследование с использованием экспресс теста Цин-Диаг<sup>®</sup>(CIN-DIAG<sup>®</sup>) и метода классической и расширенной кольпоскопии на портативном аппарате DigitalVideoColposcope 1293, производство компании PromisMedical (Australia).

Результаты и обсуждение. В результате проведенных комплексных клинико-эндоскопических исследований практически здоровыми оказались 40 (32,0%) женщин. При 1 и 2 методе у 85 (68%) женщин выявлены те или иные заболевания, в том числе: экзоцервициты у 33 (26,4%), эндометриоз шейки матки у 6 (4,8%), псевдоэрозии и эрозии шейки матки 27 (21,6%), полип шейки матки у 5 (4%), простая и частично перекрытая эктопия у 15 (12,0%), старые разрывы и рубцы шейки матки у 4 (3,2%), папиллома шейки матки у 4 (3,2%), цервициты, вызванные герпетической и грибковой инфекцией у 29 (23,2%), лейкоплакия у 4 (3,2%), у 12 (9,6%) ВПЧ и 6 (4,8%) ВПЧ у беременных женщин. По нашим данным исследований, совпадений при постановке диагноза и соответствия различных методов диагностики ВПЧ составил почти 80%. Рак шейки матки считается предотвратимым заболеванием. Вакцинация от вируса папилломы человека, скрининг и обследование тест-позитивных женщин с использованием экспресс-теста Цин Диаг<sup>®</sup>(CIN-DIAG<sup>®</sup>) и кольпоскопии, ранняя диагностика и лечение предраковых состояний шейки матки с применением современных органосохраняющих методов являются сохраняющими жизнь технологиями. Кольпоскопия является лучшим диагностическим методом для раннего выявления предраковых состояний шейки матки и определения последующего менеджмента выявленных поражений. Ранее выявление предраковых изменений шейки матки, это профилактика рака шейки матки, поэтому обоснованием является старт скрининга с 30 летнего возраста! В

настоящее время ДНК-тест на онкогенные типы вируса папилломы человека и визуальная проба с уксусной кислотой могут быть перспективными скрининговыми тестами для выявления из общей массы населения женщин, подозрительных на наличие предраковых состояний шейки матки.

Понимание эпидемиологии цервикального рака совершенствуется с каждым днем. Чтобы приостановить эпидемию РШМ по всему миру, представители органов здравоохранения должны быть лучше осведомлены о наличии эффективных профилактических программ. Их внедрение в практику в недалеком будущем станет новой задачей для органов здравоохранения во всем мире.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПЛАЦЕНТЫ НА ФОНЕ ПИЕЛОНЕФРИТА**

Нигматова Г.М., Шукуров Ф.И.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Цель исследования: поиск новых методов терапии нарушений в фетоплацентарном комплексе у беременных с острым пиелонефритом

Задача исследования: оценить эффективность «Тивортина» в комплексной терапии нарушений в фетоплацентарном комплексе у беременных с острым пиелонефритом.

Материал и методы исследования: 40 беременным с развившейся дисфункцией плаценты (ДП) на фоне инфекции, наряду с патогенетическим лечением вводили препарат «Тивортин» в дозе 100 мл внутривенно капельно 1 раз в день 5 дней. Состояние внутриутробного плода исследовали при помощи аускультации, ультразвуковой биометрии плода и плаценты (УЗИ), кардиотокографии (КТГ) и эходоплерометрии. После проведенного курса лечения наблюдались случаи клинических изменений: уменьшение бурных шевелений плода,

купирование признаков ранних родов, исчезновение отеков, резкое увеличение объема живота беременной. При этом женщины указывали на значительное улучшение общего самочувствия, исчезновение болей внизу живота. Данные функциональных методов исследования свидетельствовали о значительном улучшении состояния фетоплацентарного комплекса. Так, на КТГ нами обнаружены признаки значительного улучшения состояния внутриутробного плода, характеризующегося стабилизацией частоты сердечных сокращений, базального ритма и числа акцелераций за 40 мин с их нормальной амплитудой, а также единичными децелерациями. У 12 (46,2%) женщин состояние оценено «5» баллами, учитывая значительное улучшение состояния сердечно-сосудистой системы по сравнению со второй группой. «4» баллами оценены 13,6%, что показывает резкое уменьшение по сравнению со второй группой. Имеется единичный случай оценки в «2» балла, что составляет 7,7%. Данные УЗИ свидетельствуют о нормализации мышечного тонуса матки, двигательной активности плода и его дыхательных движений в соответствии со сроками гестации, нормализации количества объема амниотической жидкости, оптимизации структуры и размеров плаценты. В результате проводимой терапии отмечена динамика снижения показателей ИСС обследуемых сосудов в исследуемой группе. У беременных, получавших в комплексной терапии ДП «Тивортин», происходит динамическое снижение средних значений индексов сосудистой сопротивляемости (ИСС) сосудов маточно-плацентарно-плодового кровообращения (МППК). Снижение кровотока наблюдалось у 2% больных. При этом на фоне лечения в группе сравнения у 10% регистрировался критический нулевой кровоток в артерии пуповины, в основной группе критический кровоток не наблюдался. Под влияние включения в терапию ДП «Тивортина» улучшение показателей МППК наступило у 82,5% беременных. Макроскопическое исследование плаценты показало следующее: средняя масса

плаценты составила  $382 \pm 8,7$  г, наибольший диаметр плаценты равнялась  $17,3 \pm 0,3$  см, наименьший –  $15,3 \pm 0,5$  см. При этом толщина плаценты в центральной ее части была равна  $2,8 \pm 0,05$  см, в краевой части –  $1,4 \pm 0,04$  см. У 26 женщин, получавших «Тивортин», роды произошли через естественные родовые пути. В 40 недель родились 18 (60%) детей, в 37-38 недель – 8 (30,7%) детей. У 22 (84%) новорожденных при рождении состояние по шкале Апгар было оценено в 8 баллов, у 4 (15,4%) – в 7 баллов. Средняя масса новорожденных, родившихся от матерей после курсов лечения «Тивортином», составляла  $3300 \pm 115,2$  г, что на 46% выше показателей группы, получавшей традиционную терапию. Это различие оказалось статистически достоверным ( $P < 0,05$ ). Таким образом, включение «Тивортина» в комплексную терапию оказывало благоприятное влияние на состояние показателей новорожденных, существенно уменьшая степень их гипотрофии.

## **ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ**

Тян Т.В.1, Нишанов Д.А.2

1. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Республика Узбекистан
2. Республиканский специализированный научно-практический центр онкологии, Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Морфологический субстрат маточных кровотечений представляет практический интерес с точки зрения возможности развития рака эндометрия, маточные кровотечения в этот период жизни обладает низкой предикторной ценностью в

отношении гиперплазии эндометрия и зачастую свидетельствует о наличии рака эндометрия.

**Цель исследования:** изучить особенности морфологической картины эндометрия у женщин с маточными кровотечениями в постменопаузе.

**Результаты исследования:** изучена информация, представленная в историях болезни 221 пациентки, получившей лечение в клинике РСНПМЦ АиГ с января 2009 по декабрь 2019г. Из 221 пациентки 169 больных обратились с маточным кровотечением, остальные 52 больные - с ноющими болями внизу живота и УЗ-признаками утолщения эндометрия. Железистая гиперплазия эндометрия отмечена у 83 обследованных: из них у 15 в сочетании с железистым полипом, у одной с железисто-фиброзным полипом, у 2 - с железисто-стромальным полипом, у 3 пациенток на фоне ЖГЭ была субмикозная миома матки, с фиброзом стромы – 1 пациентка. Так, железисто-кистозная гиперплазия эндометрия диагностирована у 29 пациенток, из них в сочетании с железисто-фиброзным полипом у 4, в сочетании с железистым полипом у 6 пациенток. У 23 пациенток верифицированы изолированные полипы: железистый - у 11, стромальный полип - у 2, железисто-стромальный полип - у 4, фиброзный - у 3, железисто-фиброзный - у 2. У одной пациентки верифицирован железисто-кистозный полип. Гистологически диагностированы железистый полипоз эндометрия - у 9 пациенток. Фиброз стромы диагностирован у одной пациентки. У 5-х железисто-стромальная гиперплазия эндометрия, из них у одной с фиброзным полипом. У 5 пациенток с кровотечением диагностирован эндометрий гипопластического типа. Атрофия эндометрия обнаружена у 11 пациенток, данная картина свидетельствует предшествующему гиперпластическому процессу эндометрия в прошлом, из них у одной в сочетании с железистым полипом, у второй с фиброзным полипом, еще у одной - с железисто-стромальным полипом. Железисто-кистозная атрофия эндометрия верифицирована у 3 пациенток, из

них по одной пациентки в сочетании с железисто-фиброзным полипом и субмукозной миомой матки. Следует отметить, что у подавляющего большинства пациенток у 16(80,0%) в соскобах верифицирован хронический эндометрит. К сожалению, у остальной части обследованных – у 52(23,5%) из 221 пациентки, то есть у каждой четвертой пациентки с патологией эндометрия в постменопаузе выявлена различная злокачественная патология эндометрия, а в двух наблюдениях - в сочетании с раком шейки матки.

**Вывод:** Анализ показал, что по результатам гистологического исследования в постменопаузе преобладают доброкачественные процессы эндометрия - полипы эндометрия, гиперплазия эндометрия - у 169 (76,5%) пациенток. Настораживает то, что злокачественные процессы эндометрия диагностированы в 52(23,5%) наблюдений, то есть у каждой четвертой пациентки. Следует отметить, что гиперпластические процессы эндометрия как доброкачественные, так и злокачественные клинически могут проявляться кровянистыми выделениями из половых путей, но нередко протекают бессимптомно. Именно поэтому женщины в период постменопаузы даже при отсутствии маточного кровотечения должны раз в год проходить УЗИ, а при наличии гипертрофии эндометрия с проведением аспирационной биопсии эндометрия.



# СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ГЕНИТОУРИНАРНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Норбобоев Р., Нигматова Г.М.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Установлено, что у определенной части женщин после удаления матки появляются те или иные клинические проявления, напоминающие менопаузальные. Это вносит определенный дискомфорт качества жизни женщины и увеличивает время ее социальной реабилитации. В связи с этим мы считаем целесообразным гормональную коррекцию после операции.

Цель нашего исследования: поиск методов терапии генитоуринарных расстройств у женщин, перенесших ампутацию матки в репродуктивном возрасте. Нами обследовано 50 пациенток репродуктивного возраста, перенесших ампутацию матки по поводу опухолевых образований. Состояние женщин оценивали по анамнестическим и клиническим данным. Для изучения состояния вагинального микроценоза проводили микроскопическое исследование вагинального, цервикального и уретрального отделяемого. Важной проблемой урологических нарушений является атрофический цистоуретрит (АЦУ), проявляющийся в виде ночной и дневной поллакиурии, цисталгии (жжение, рези, боль при мочеиспускании), которые часто сочетаются с клиникой атрофического вагинита (АВ), что связано с очень сходными морфологическими характеристиками эпителия влагалища и уротелия. Наиболее частыми симптомами атрофического вагинита являются сухость, зуд и жжение во влагалище, а также диспареуния. Частота встречаемости АЦУ и АВ составляет от 40 до 65%. К сожалению, довольно часто течение АЦУ и АВ осложняется присоединением инфекции, и больные, помимо всего прочего, начинают страдать рецидивирующими воспалительными заболеваниями

урогенитального тракта. Диспареуния в сочетании со снижением или утратой либидо ведут к сексуальной дисгармонии, а в некоторых случаях к невозможности половой жизни, диагностированная картина характерна для бактериального вагиноза (БВ). Первые признаки ЦУ появлялись у оперированных женщин уже через 1 год после хирургического вмешательства. С увеличением длительности послеоперационного периода происходило прогрессирование эстрогензависимого атрофического процесса, что сопровождалось усилением проявления ЦУ, присоединением стрессового и императивного недержания мочи. При анализе полученных результатов было выявлено, что достоверное увеличение частоты возникновения урологических проблем у оперированных пациенток происходит через  $3,8 \pm 0,7$  года после ГЭ. У 2 пациенток (6,7%) выявлено увеличение числа лейкоцитов до 25–30 в поле зрения, преобладал морфотип грамположительных кокков. Культуральное исследование выявило рост стрептококка группы В (106 КОЕ/мл). Качественная оценка микрофлоры влагалища включала характеристику большинства встречающихся морфотипов бактерий: грамположительные кокки, бактероиды, лактоморфотип, фузобактерии, морфотип гарднереллы. Принимая во внимание тот факт, что ведущим фактором в патогенезе синдрома яичниковой недостаточности после операции на органах малого таза является возникновение дефицита яичниковых гормонов, с целью коррекции возникающего синдрома использовалась гормонозаместительная терапия. Женщинам после ампутации матки мы назначали трансдермальный эстрогенсодержащий препарат по одному распылению в непрерывном режиме. Эффективность гормонотерапии при гиперактивном мочевом пузыре составила 53,3%, при императивном недержании 70%, при стрессовом недержании мочи 33,3% после ГЭ. Благоприятно влияла ЗГТ и на рН влагалищного содержимого. Так, достоверное снижение

показателя наблюдалось через 3 мес. лечения. У 12 больных, имевших высокие показатели рН (среднее среди них  $5,2\pm 0,2$ ), через 3 мес. терапии последние нормализовались и составили в среднем  $4,3\pm 0,1$ . Изменение микробиоценоза влагалища происходило в направлении повышения титра лактобацилл и уменьшения или элиминации условно-патогенной микрофлоры. Назначение ЗГТ сразу после операции способствует плавной адаптации организма женщины при этом замедляются процессы старения кожи, уменьшаются или исчезают аффективные расстройства, поддерживается половое влечение, улучшается качество жизни.

## **ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ**

Жуманиязов К.А., Отажанова С.Х.  
Кафедра акушерства и гинекологии.

Ташкентская медицинская академия Ургенчский филиал, Ургенч  
Республика Узбекистан

**Актуальность:** Частота бесплодного брака, по данным отечественных и зарубежных авторов, составляет 8–18 %. Одним из факторов женского бесплодия является миома матки, часто сочетающаяся с патологией эндометрия. В структуре гинекологической заболеваемости миома матки занимает второе место после воспалительных заболеваний органов малого таза, а частота её встречаемости составляет от 20 до 77%. Бесплодие, как первичное, так и вторичное - нередкое явление при данном заболевании. Эта проблема приобретает все большую актуальность в связи с омоложением больных миомой, с одной стороны, и поздним планированием беременности с другой. Пациенткам с бесплодием широко применяют органосохраняющие операции для сохранения детородной и менструальной функции при миоме матки, а для уменьшения

развития спаечного процесса все шире применяется лапароскопия.

**Цель работы:** Определить частоту встречаемости миомы матки в структуре бесплодия среди женщин, обращенных в клинику «SARVINOZ MEDSERVIS» Хорезмской области.

**Материалы и методы:** нами было проведено ретроспективный анализ историй болезней 713 женщин, госпитализированных для оперативного лечения по поводу бесплодия за период с января 2020г. по декабрь 2021г. Из них у 60 женщин с бесплодием была выявлена миома матки, 43 женщинам из которых была проведена консервативная миомэктомия. На каждую пациентку заполнялась карта обследования, которая позволяла учитывать данные анамнеза, объективного исследования, дополнительных методов исследования, протоколы операций.

**Результаты:** Пациентки были разделены на 3 групп в зависимости от вида оперативного вмешательства: I группа- 19(44,1%) женщинам была проведена лапаротомическая консервативная миомэктомия, II группа – 18(41,8%) женщинам была проведена лапароскопическая консервативная миомэктомия, III группа – 6 (13,9%) женщинам гистероскопическая консервативная миомэктомия.

*Возраст женщин обратившихся по поводу бесплодия составляет от 23 до 45 лет. При анализе времени возникновения патологии было выявлено, что длительность существования как бесплодия, так и миомы у этих пациенток на момент операции колебалась от 1 года до 15 лет. У 21(35%) из 60 больных было первичное бесплодие, а у 39(65%) пациенток – вторичное бесплодие. А у 26(43,3%) женщин из 60 была выявлена миома матки в сочетании с наружным генитальным эндометриозом, у 11(18,3%) сочетание трубно-перитонеальным бесплодием, у 14(23,3%) с бесплодием смешанного генеза.*

**Выводы:** Исследование структуры бесплодия среди 713 обследованных инфертильных женщин показывает, что частота

встречаемости миомы матки в структуре бесплодия женщин, обращенных в клинику «SARVINOZ MEDSERVIS» Хорезмской области составляет 8,4 %. При анализе факторов риска развития бесплодия только один фактор – миома матки – присутствовал у 9 (15%) пациенток. Во всех остальных случаях миома сочеталась как минимум еще с одним фактором. А доля консервативной миомэктомии среди женщин с бесплодием составляет 71,6%

## **TUXUMDONLAR POLIKISTOZI SINDROMINI DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV**

Rajabova Gulzoda Oybekovna, Ikramova Xolidajon saxibovna

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Tuxumdonlar polikistozi sindromi (TPKS) ginekologik endokrinologiya va reproduktiv tibbiyotning eng dolzarb va o'rganilayotgan muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Yevropa mezonlariga ko'ra, TPKS tarqalishi taxminan 15% ni tashkil qiladi. Endokrin bepushtlik bilan og'rigan bemorlar orasida TPKS bilan og'rigan bemorlar 73% ni tashkil qiladi [I.B.Manuxin, M.A.Gevorkyan, 2004].

**Tadqiqot maqsadi:** Shteyn-Levental sindromi tufayli bepushtlik kuzatilgan ayollarda terapevtik tayyorgarlikdan so'ng davolovchi - diagnostik laparoskopiyaning ahamiyatini tahlil qilish.

**Tadqiqot materiallari:** tadqiqotni olib borish uchun bemorlar 2-guruhga ajratildi: 1 –guruh- 70 nafar ayol bepushtlikka shikoyat qilgan TPKS bo'lgan bemorlar. 2- guruh- 20 nafar amaliy sog'lom ayollar. Nazorat guruhi reproduktiv yoshdagi, muntazam ovulyasiya sikli bo'lgan 20 nafar ayoldan iborat edi. Shundan asosiy guruhga kiruvchi ayollar davolash usullariga ko'ra 3 kichik guruhlariga bo'lindi.

Birinchi guruh- (n-25) KOK qo'llash usuli bilan antiandrogen ta'sir ko'rsatish kamida 3 oy muddatida va medikamentoz

preparatlarini ko'llash natijasida follikulogenezni ta'minlash. Ikkinchi guruh - (n-20) KOK 3-6 oy qo'llangandan keyin tuxumdonlarga laporoskapiya usulida tuxumdonlar dekortikatsiyasi, rezeksiyasi yoki kauterizatsiyasi jarroxlik aralashuvini o'tkazish. Uchinchi guruh - (n-25) tayyorgarliksiz jarroxlik amaliyotini o'tkazganlar.

**Tadqiqot natijalari:** TPKSi bor ayollarda ijtimoiy xavflardan noratsional ovqatlanish 48,6%, surunkali stress 57,1%, gipodinamiya 11,4% da uchradi. Klinik belgilaridan girsutizm 85,7%, libido pasayishi 85,7%, akne 82,9%, ozishning qiyinligi 51,4%, nostabil arterial qon bosimi 64,3% boshqa simptomlarga qaraganda ko'proq kuzatildi. Hayz sikli bo'yicha menarxe o'rtacha 13,8 yoshni, hayz sikli davomiyligi 32,4kunni, hayz qoni kelish davomiyligi 4,8 kunni tashkil qilib, normal hayz 30%, amenoreya 24,3%, oligomenoreya 45,7% hollarda aniqlandi. TPKS borlarda tana vazni o'rtacha  $70,9 \pm 4,5$  kg, o'rtacha bo'yi  $163,61 \pm 1,83$  sm, TVI o'rtacha  $26,3 \pm 0,4$  ni tashkil etdi. Glyukoza darajasi 42 nafar (60%) da ko'pligi va GTT 56 nafar (80%) ayolda kuzatildi va o'rtacha  $6,22 \pm 0,2$  mmol / lni tashkil qildi. TPKS bor ayollarda LG  $16,4 \pm 1,3$  XB/l, FSG esa  $5,1$  XB/l bo'lib, LG/ FSG nisbati  $3,2 \pm 0,2$  bo'ldi. Asosiy guruhda tuxumdonlar o'rtacha hajmi  $37,64 \pm 3,049$  sm<sup>3</sup>, minimal hajm  $34,5$  sm<sup>3</sup> va maksimal  $38,8$  sm<sup>3</sup> bo'lganligi aniqlandi.

**Xulosa:** bepushtlik davomiyligiga ko'ra davolash taktikasini tanlanish samarali bo'ldi. TPKSni konservativ va undan keyin jarrohlik yo'li bilan davolash faqatgina jarrohlik yo'li bilan davolashdan ko'ra fertillikni uzoqroq vaqtda tikladi.

# ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У НЕЛЕЧЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Раззакова Н.С., Нигматова Г.М.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Пиелонефрит – самое частое заболевание почек у беременных, встречается приблизительно в 6 - 10% случаев, чаще при первой беременности, как правило, во второй её половине (в большинстве случаев на 20-26-й неделе). Возникновению пиелонефрита способствуют гормональные изменения, свойственные беременности, сдавление мочеточников растущей маткой, наличие очагов инфекции в организме (ангина, кариозные зубы, фурункулез и др.). Беременная может болеть хроническим пиелонефритом до беременности, в этих случаях обострение заболевания встречается почти у половины беременных. Пиелонефрит неблагоприятно влияет на течение беременности и состояние плода. Так, почечная гипертензия наблюдается у 20%, преэклампсия – у 40% беременных с пиелонефритом, невынашивание беременности за счет преждевременных родов - у 30%. Перинатальная смертность составляет 25-50%.

**Цель.** Изучить частоту осложнений беременности и исход родов у женщин, страдающих пиелонефритом, проживающих в зоне экологического неблагополучия Приаралья.

**Материал и методы исследования.** Нами проведен ретроспективный анализ 22 родов у женщин, страдавших ХП и не получавших лечение основного заболевания.

**Результаты.** Беременные были преимущественно в возрасте 20-29 лет – 17 (77,3%) и 30 лет и старше – 5 (22,7%). Первородящих было -12 (54,6%) и повторнородящих – 10 (45,5%). У повторнородящих акушерский анамнез был отягощен преждевременными родами у 1, кесаревым сечением по поводу тяжелой преэклампсии – у 2, абортами – у 4. Данная

беременность у всех беременных протекала на фоне анемии средней тяжести (НВ ниже 90 до 72 г/л). В родах у всех женщин отмечались симптомы преэклампсии легкой степени. Роды осложнились дородвым разрывом оболочек у 8 (36,4%), СЗРП – у 6 (27,3%), рубцом на матке после кесарева сечения у 4 (18,2%), ПОНРП – у 2 (9,1%), гипотоническим кровотечением – у 2 (9,1%), крупным плодом – у 1 (4,6%), разрывом промежности – у 1(4,6%) и дефектом последа – у 1(4,6%). В родах произведена родостимуляция у 6 (27,3%), кесарево сечение – у 6 (27,3%), акушерские щипцы наложены у 1 (4,6%), РОПМ-у 2 (9,1%), эпизиотомия- у 2(9,1%), экстирпация матки – у 1 (4,6%). Дети родились массой тела до 2500г 4 (18,2%), 2500-3999г -15 (68,2%) и 4000 и более -3 (13,6%), мальчиков -13 (59,1%), девочек – 9 (40,9%).В асфиксии тяжелой степени родилось 3, мертвым -1. умерли в первые 7 суток жизни - 4. Перинатальные потери составили 22,73%, переведен в ОПН на второй этап выхаживания 1 новорожденный.

Выводы. 1.У нелеченных женщин, страдающих ХП, беременность осложняется, как правило, анемией средней тяжести и преэклампсией легкой степени.

2.У беременных, страдающих ХП грозным для жизни осложнением являются акушерские кровотечения (18,2%), обусловленные ПОНРП в 50% случаев и кровотечением после родоразрешения в 50%, что влечет за собой высокий процент оперативных вмешательств.

3. ХП отрицательно влияет на плод: СЗРП развивается в 27,3%, антенатальная смертность – в 4,6%, ранняя неонатальная смертность – в 18,2%. Показатель перинатальной смертности у нелеченных больных ХП женщин высок и составил 22,73%.



## **АДЕНАМИОЗ И БЕСПЛОДИЕ.**

Рахимова З.А. Муминова З.А.

Ташкентская медицинская академия

Эндометриоз - одна из наиболее острых проблем современной гинекологии после воспалительных процессов органов малого таза и миома матки слизистой тела матки. Эндометриоз гинекологическое заболевание характеризующееся наличием гетеротопий, идентичных по структура и функции эндометрию пределами границ нормальной слизистой тела матки. Частота эндометриоза варьируется в широких пределах по данным разных автором от 12 до 50% есть указания на сочетание энлометриоз 60% с другими гинекологический заболеваниями (миома матки, полип эндометрия кистами и кистома яичников ). Несмотря на значительное число исследований, до сих пор этиология и патогенез различных форм эндометриоза не установлены, что обуславливает различные подходы к диагностике и лечению этою заболевания.

**С целью настоящего исследования** явилась оценка клинической эффективности лечения бесплодия женщин с аденомиозом.

### **Материал и методы исследования**

Наблюдательное когортное исследование трех групп пациентов, проходящих первый цикл лечения ЭКО с нормальным овариальным резервом; (А) 32 пациентки с аденомиозом в супердлинном протоколе с агонистами ГнРГ; (В) 12 пациенток с аденомиозом в длинном протоколе с агонистами I нРГ; (С) 20 пациентка с трубным бесплодием. которым проводилась программа ЭКО .

### **Результаты и их обсуждение**

Как следует из данных метаанализа трех рандомизированных контролируемых исследований, использование у женщин с эндометриозом II—IV стадии т

агонист ГнРГ в течение 3-6 месяцев перед ВРТ значительно увеличивало частоту наступления доения беременности. Также у этих женщин процент живорождения оказался выше. Не было показано увеличения дозы гонадотропин в цикле стимуляции по сравнению с группой контроля, однако эти данные были статистически разнородными .

В были изучены роль и значение агониста ГнРГ для лечения аденомиоза у женщин с бесплодием. Авторы описали эффективность в уменьшении размера матки, увеличении восприимчивости матки или эндометрия для эмбрионов и способности матки поддерживать беременность. Показано, что при аденомиозах и бесплодии лечение агонистами ГнРГ имело хирургического удаления поражений, находящихся глубоко в миометрии, является приоритетным, т.к. может предотвратить разрыв матки при наступлении беременности. При бесплодии лечение агонистами ГнРГ перед лапароскопической операцией значительно снижает хирургические трудности и в некоторых случаях - кровопотерю.

Казалось бы, представленные данные однозначно указывают на положительные эффекты агонистов ГнРГ у женщин с аденомиозом и бесплодием как в качестве предварительного лечения, так и в программах ЭКО. Но в этих работах, как и в большинстве других, речь идет о тяжелых формах аденомиоза, требующих лечения по медицинским показаниям, и не затрагиваются ситуации бессимптомного аденомиоза начальных стадий.

**Вывод.** Резюмируя, следуют сказать, что проблемы аденомиоза крайне актуальны . Не до конца выяснены многие аспекты патогенеза заболевания и его влияния на репродуктивную функцию. Не решен вопрос и о роли различных методов лечения и реабилитации в восстановлении генеративной функции и повышении эффективности программ ЭКО, что обуславливает необходимость дальнейших исследований.

# ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ И ПРИЧИН МЕРТВОРОЖДЕНИЙ В НЕСКОЛЬКИХ РЕГИОНАХ УЗБЕКИСТАНА С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛАССИФИКАЦИИ WIGGLESWORTH

Расуль-Заде Ю.Г, Клиماشкин А.А. , Киличева В. А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

**Актуальность.** В настоящее время в Узбекистане не принята какая-либо универсальная классификация мертворождений. Случаи мертворождений систематизируются либо по причинам, связанным с клинической картиной, либо по причинам, выявленным в ходе проведения патологоанатомического вскрытия, то есть используются подходы, которые были широко распространены в практике еще в 70-80 годах прошлого столетия. Популярная до недавнего времени в мире классификация Wigglesworth, некоторым образом, схожа со схемой разделения случаев мертворождения, принятой у нас в стране. Классификация учитывает время смерти и гестационный срок при рождении, проста в использовании и требует рассмотрения только клинических подробностей момента смерти и макроскопического исследования плода.

**Цель исследования:** изучить структуру случаев мертворождений, произошедших в нескольких регионах Узбекистана, и применить к ним классификацию Wigglesworth

**Материалы и методы:** использованы материалы о 285 случаях мертворождения, собранные в течение всего периода пилотного внедрения (2018-2022 гг.) в 24 учреждениях, расположенных в нескольких регионах Узбекистана. Классификация мертворождений по Wigglesworth проводилась с учетом клинических данных и данных аутопсии, включая макроскопические, гистологические и микробиологические исследования.

**Результаты:** проведенный анализ данных позволил распределить все случаи мертворождения в пять основных групп.

В группу 1. «Аntenатальная гибель плода» распределено в общей сложности 149 (51,9%) случаев мертворождений».

Наименьшую по численности группу составила вторая «Врожденные аномалии развития», так как в нее включено лишь 9 (3,2%) случаев. В третью группу «Состояния, связанные с недоношенностью» случаев не набрано. На долю группы 4. «Смерти вследствие интранатальной асфиксии, аноксии, родовой травмы» приходилось 29 (10,2%) смертей. Из этого числа причиной смерти, связанной с асфиксией, составили 69,0 % случаев, а состояния, указывающие на наличие родовой травмы - 10,3%. Важной характеристикой данной группы считалось то, что все случаи интранатальной смерти имели место среди плодов в весовой категории более 1500 гр, а 72,4% - в категории более 2500 гр. В пятую группу «Смерть вследствие причин и особых состояний, не вошедших в другие группы» распределялись случаи групповой несовместимости (n=3), водянки плода без пороков развития (n=5), случаи специфических инфекций (n=8), и случаи с невыясненными/необъясненными причинами гибели (n=83). Масса тела при рождении в данной группе была в диапазоне от 500 до 2499 гр, но, как и в других группах данной классификации, плоды с массой тела при рождении более 2600 гр. составили значимую долю в 43,4%.

**Выводы:** анализ случаев мертворождений по классификации Wigglesworth не позволил установить причину мертворождений в 99/285 (34,7%) случаев. Вместе с тем, распределение случаев мертворождений по данной классификации вполне согласуется с установившейся в нашей стране практикой, когда лидирующие позиции в причинах мертворождений занимают антенатальная гибель, гибель плодов от инфекционных и гипоксических осложнений.

# ВЛИЯНИЕ ФРАКЦИЙ ПЕПТИДОВ СРЕДНЕЙ МОЛЕКУЛЯРНОЙ МАССЫ НА СИСТЕМУ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

*Ахмедова Н.М., Рахимова З.*

Андижанский государственный медицинский институт,

Андижан, Узбекистан.

**Актуальность проблемы.** Наиболее характерными проявлениями активности пептидов средней молекулярной массы 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 исследования:** Изучение и определение роли эндогенных пептидных токсинов в развитии коагулопатий при преэклампсии.

**Результаты:** На состояние системы свертывания крови, если ее оценивать по интегральным показателям тромбоэластограммы (ТЭГ), влияли две пептидные фракции - А-IV и А-VI, выделенные из плазмы крови всех женщин с неразвивающейся беременностью. Как показали наши исследования фракция А-IV уменьшала показатель «r+k» ТЭГ ( $13,7 \pm 0,21$ ), что свидетельствует об уменьшении времени свертывания крови и ускоренном образовании сгустка и расценивается как хронометрическая (зависящая от времени) гиперкоагуляция. Гипокоагуляцию подтверждает уменьшение показателя «та» ТЭГ ( $27,2 \pm 0,13$  мм). Уменьшение же показателя ИТП ТЭГ в 2 раза ( $4,4 \pm 0,28$  усл.ед по сравнению с контрольной группой –  $8,9 \pm 0,26$  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 А-IV вызывала структурную гипокоагуляцию, обусловленную, по-видимому, угнетением агрегационной активности тромбоцитов. Фракция А-VI обладала противоположным эффектом в отношении агрегации тромбоцитов и вызывала хронометрическую гиперкоагуляцию.

## **MODERN APPROACHES TO RESTORING THE VAGINAL MICROBIOTA DURING PREGNANCY IN WOMEN WITH BACTERIAL VAGINOSIS**

Rakhmatullayeva Makhfuza Mubinovna

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

**Introduction.** The urgency of the problem of vaginal infections during pregnancy is determined primarily by their high frequency and complications of pregnancy, such as miscarriage, placental insufficiency, intrauterine fetal infections.

The restoration of the vaginal biotope after antibacterial therapy in the treatment of BV in the first trimester is important for maintaining the anti-infective protection of the lower part of the reproductive tract of a woman throughout pregnancy.

**The purpose of the study:** to study the effectiveness of a differentiated approach to choosing a method for correcting the vaginal microbiota in pregnant women with BV.

**Material and methods of research.** A comprehensive examination of 45 pregnant women at the gestation period of 8-12 weeks was carried out. Bacterial vaginosis was diagnosed based on the presence of at least three of the four Amsel criteria: whitish-gray, thick homogeneous vaginal discharge, pH >4.5, a positive amine test and the presence of "key" cells during microscopy. Evaluation of the

vaginal microflora was carried out by microscopic examination of vaginal smears by Gram.

All pregnant women with BV included in the study were divided into 2 groups. The main group (n=16) included pregnant women who were prescribed drugs to restore vaginal microbiocenosis differentially, taking into account the amount of gram-positive rod vaginal microflora after the use of an antiseptic. The comparison group consisted of pregnant women (n=17), who underwent restoration of the vaginal microbiota without a differentiated approach. 12 pregnant women with vaginal normocenosis made up the control group.

**Results and their discussion.** At the first stage, the antiseptic chlorhexidine was used (1 vaginal tablet per day for 6 days). In order to evaluate the effectiveness of antiseptic therapy, along with a clinical examination, a microscopic examination of the vaginal discharge (Gram staining) was performed, assessing the leukocyte reaction, the number of epithelial cells and the state of the microflora.

The criteria for the effectiveness of therapy were the absence of complaints, pathological secretions during gynecological examination, as well as the absence of a leukocyte reaction, the absence of yeast-like fungi of the genus *Candida*, coccal flora. The effectiveness of BV therapy with chlorhexidine in the first trimester of pregnancy was 90%. In 10% of cases, vegetation of yeast fungi was detected, which was an indication for the appointment of antimycotic drugs before the start of the second stage of treatment. With a moderate number of gram-positive sticks (from 11 to 50 in the field of view) after applying an antiseptic, we decided to use acid-containing drugs, with a small number of gram-positive sticks (single cells in a smear or their absence under microscopy) - probiotics.

After the treatment in the comparison group, where treatment was carried out without a differentiated approach, the recurrence rate was 35.7%, in the main group – 12.5%.

**Conclusion.** New therapeutic strategies include the use of prebiotics and/or probiotics to prevent gestational complications. The

second stage of treatment, aimed at restoring the microbiocenosis of the vagina, should be differentiated depending on the number of lactobacilli.

## **СТРУКТУРА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОВИД 19**

Каттаходжаева М.Х., Кудратова Д.Ш., Ризаева М.А., Кодирова З.Н.

Ташкентский Государственный Стоматологический институт,  
Ташкент, Узбекистан

На современном этапе развития медицинской науки и практики совершенно точно установлено, что слоскоклеточный рак шейки матки может быть полностью предотвратимым заболеванием. Известен возбудитель – вирус папилломы человека (ВПЧ), известна стадийность процесса (этапы ЦИН), известны пути профилактики. Однако, при всем этом в мире в целом, в Узбекистане, в частности, ежегодно продолжают умирать от РШМ сотни и тысячи женщин. Использование скрининговых диагностических методов патологии шейки матки позволяет совершенствовать профилактические и лечебные мероприятия, проводимые в амбулаторно-поликлинических условиях.

**Цель исследования:** Изучить частоту и структуру заболеваний шейки матки в динамике пандемии Ковид 19 и совершенствовать комплексное лечение гинекологических заболеваний в постковидном периоде.

**Материалы и методы.** Ретроспективно нами была проанализирована медицинская документация 455 женщин, обратившихся в отделение гинекологии многопрофильной Клиники ТМА и частной клиники «Family» за период 2019-2021 гг., карты отбирались путем сплошной выборки.

**Результаты и обсуждение.** Анализ особенностей репродуктивного анамнеза проводился по единой методике:



изучена гинекологическая патология, перенесенная женщинами в анамнезе, а также гинекологические заболевания, зарегистрированные на амбулаторном приеме в момент обследования. Возраст обследованных женщин колебался в пределах от 26 до 47 лет. Средний возраст на период обследования составил  $29,8 \pm 5,13$  лет. Анализ показал, что наиболее часто с патологией шейки матки обращаются женщины в возрасте старше 40 лет (48,5%). В 27,5% случаев были женщины средней возрастной группы. В целом, мы наблюдали динамическое увеличение частоты заболеваний ШМ по мере увеличения возраста пациенток. Почти половина из них были домохозяйки (49,5%). В описании анамнеза жизни лишь у 12 женщин из 455 (2,6%) было отмечено курение. Необходимо отметить, что большинство женщин были в активном репродуктивном возрасте. При анализе историй болезни и амбулаторных карт выявлено, что в 66,8% случаев длительность наблюдения пациенток в амбулаторных условиях составляла от 1 до 3-х лет, у 22,0% - от 3 до 5 лет и более 5 лет и пяти лет имели гинекологические заболевания 10,2% исследованных. Основная масса пациенток отметила обращаемость за гинекологической помощью не менее 1-2 раз в год (79%). Наряду с патологией шейки матки сопутствующие гинекологические заболевания имели место у 68,6% пациенток, у них диагностированы такие заболевания, как: воспалительные заболевания матки (12,0%) и придатков матки (9,0%), гиперпластические процессы эндометрия (15,0%), остроконечные кондиломы влагалища и вульвы (23,2%), мультифолликулярные яичники (9,0%), миома матки (5,1%), эндометриоз (5,1%), полипы цервикального канала (22,5%), диффузная мастопатия (66,2%). Среди воспалительных изменений особое место занимают цервициты, частота которых остается высокой в динамике лет – 61,7% в 2019 г., 60,6% - в 2020 г. и 58,7% в 2021 г. соответственно.

**Выводы.** Таким образом, по ретроспективному анализу медицинской документации 455 пациенток из обратившихся в

клинику, имели различную патологию шейки матки и состояния, требующие диагностики, терапии и диспансерного наблюдения. Наши наблюдения показали, что из года в год нарастает количество предраковых заболеваний. Возможно, это связано с улучшением диагностики. В последние годы частота патологии шейки матки увеличилась в 1,5 раза.

## **ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ Д-ДИМЕРА У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ**

Рузимова С.Б.<sup>1</sup> Матякубова С.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Хорезмский областной перинатальный центр, Ургенч,  
Республика Узбекистан

<sup>2</sup>Ташкентская медицинская академия Ургенческий филиал  
Ургенч, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем в акушерской практике как в клиническом аспекте, так и в социальном является неразвивающаяся беременность (НБ). Определение Д-димеров – продуктов деградации поперечно-сшитого фибрина плазмином в этом отношении является исключением. На результаты их исследования практически не влияют вышеперечисленные условия, что и определило значимость оценки данного маркера в клинической практике для диагностики тромбоза. Кроме того, из всех перечисленных маркеров активации гемостаза Д-димеры имеют наиболее длительный период жизни (около 6 ч), что позволяет проводить их определение с наибольшей степенью точности.

**Цель исследования:** оценить уровень Д-димера при неразвивающейся беременности.

**Материалы и методы исследования:** в основу исследования положены данные обследования 72 женщин с неразвивающейся беременностью в первом триместре.

Контрольную группу составили 30 беременных с нормально протекающей беременностью без осложнений в первом триместре. Проведен анализ данных клинико-анамнестического и лабораторно-инструментальных методов обследования женщин с НБ в первом триместре.

**Результаты и обсуждение** на основании оценки клинических симптомов, установлено, что 15 женщин (20,5%) при поступлении в стационар предъявляли жалобы на боли внизу живота, 13 пациенток (17,8%) на кровянистые выделения из половых путей, у 27 (37,0%) женщин отсутствовали жалобы. Анализ менструальной функции показал, что средний возраст менархе составил  $13,6 \pm 0,9$  лет, продолжительность менструального цикла –  $25,9 \pm 1,3$  дней, длительность менструации –  $3,9 \pm 0,06$  дней, которые не отличались с показателями контрольной группы. В анамнезе у 3 женщины (4,1%) основной группы отмечены нарушения менструального цикла. Возраст начала половой жизни составил в среднем  $19,7 \pm 1,8$  лет.

При изучении соматической патологии 82% случаев отмечено анемия средней степени у основной группы и 30% случаев в контрольной группе. Заболевания щитовидной железы диагностированы у 51(70%) в первой группе и 9(30%) женщин во 2-группе, инфекция мочеполовой системы у 28(38,8%) и 4(13%), варикозная болезнь 18(25%) и 2 (6,6%), инфекция верхних дыхательных путей 28 (38,8%) и 5(16,7%) женщин соответственно. Нами установлено, что частота встречаемости неразвивающейся беременности у большинства пациенток (30,3%) имела место в сроке беременности 7-8 недель, что соответствует периоду органогенеза. Установление НБ в среднем отмечалось на  $8,91 \pm 0,09$  гестационной неделе, диссоциация развития плода в среднем составила  $2,83 \pm 0,06$  гестационной недели.

При изучении одного из специфических маркеров хронического ДВС-синдрома - D-димера нами было обнаружено

достоверное различие его усредненных значений в группах обследуемых женщин ( $P > 0,05$ ). Высокие концентрации D-димера –  $1,31 \pm 0,31$  мкг/мл (превышающие нормативные показатели 0-0,55 мкг/мл)) у женщин с НБ, по нашему мнению связаны с активацией фибринолитической активности при НБ. При изучении показателей коагулограммы и развернутого анализа крови отмечено снижение количество тромбоцитов и гемоглобина, повышение количество лейкоцитов у женщин основной группы на фоне повышения концентрации D-димера.

**Выводы:** высокие концентрации D-димера –  $1,31 \pm 0,31$  мкг/мл (превышающие нормативные показатели 0-0,55 мкг/мл)) у женщин с НБ, по нашему мнению, связаны с активацией фибринолитической активности при НБ.

## **СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИНИ РИВОЖЛАНМАГАН ХОМИЛАДОРЛИКНИНГ ЭТИОЛОГИК ОМИЛИ СИФАТИДАГИ ЎРНИ.**

Рузимова С.Б.<sup>1</sup>, Жуманиязов Ж.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Хоразм вилоят перинатал маркази

<sup>2</sup>Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий  
тиббиёт маркази Хоразм филиали

**Долзарблиги.** Экстрагенитал патология бу хомиланинг ривожланиши учун ноқулай шароит булиб, унда организмнинг мослашиш имкониятлари камаяди ёки чекланади ва бу ўз навбатида хомиладорлик, туғиш хамда чилла даврида асоратлар юзага келишига олиб келади. Адабиётларда қайд этилишича, хозирги кунда сийдик йўллари инфекциясини учраш частотаси ошган бўлиб, хусусан пиелонефритнинг барқарор ўсиши кузатилмоқда. Ушбу муаммо замонавий акушерлик нуқтаи назаридан долзарб бўлиб, мазкур патология хомиладорлик

пайтида ўзини намоён қилиши ёки уни илк бора кузатилиши хомиладорликни мураккаб кечишига олиб келади. Пиелонефритнинг энг кўп учрайдиган асоратлари орасида хомилани эрта муддатларда тушиши, ривожланмаган хомиладорлик, преэклампсия, плацентар етишмовчилик, хомилани сурункали гипоксияси, хомиладорлик, туғруқ жараёни ва чилла даврини асоратли кечишига олиб келади.

**Текширув мақсади:** хомиладорликда сийдик йўллари инфекциясини хомилани ривожланмай қолишидаги ўрнини баҳолаш.

**Тадқиқот материаллари ва усуллари:** тадқиқот хомиладорликнинг биринчи триместрида ривожланмаган хомиладорлик бўлган 72 аёлнинг сўров маълумотларига асосланган. Назорат гуруҳида 30 нафар хомиладорлиги нормал физиологик кечаётган хомиладор аёллар ташкил қилади. Хомиладор аёлларни клиник анамнестик ва лаборатор инструментал текширув усуллари маълумотларини тахлил қилинди.

**Маълумот ва муҳокама.** Клиник симптомларни баҳолаш асосида 15 нафар (20,5%) хомиладор касалхонага ётқизилганда қориннинг пастки қисмидаги оғриққа, 13 нафар (17,8%) жинсий йўллардан қонли ажралма келишига, 27 (37,0%) нафар аёл инструментал текширув хулосасига асосан мурожаат қилгани, клиник шикоятни бўлмагани аниқланди. Фақат 1та аёл жинсий йўллардан қон кетишига шикоят қилиб келган. 20 та хомиладорда қорин пасти ва белдаги оғриқлар билан биргаликда қиндан қончил суркалма келиши барабар кузатилган.

Ҳайз кўриш функцияси тахлил қилинганда менархе  $13,6 \pm 0,9$  ёш, хайз цикли давомийлиги  $25,9 \pm 1,3$  кун, хайз кўриш давомийлиги  $3,9 \pm 0,06$  кунни ташкил қилиб, иккала гуруҳда сезиларли фарқлар аниқланмади. Жинсий ҳаётни бошланиши ўртача  $19,7 \pm 1,8$  ёшни ташкил қилади.

Соматик патологияни ўрганишда асосий гуруҳда темир танқислик камқонлиги 82%, назорат гуруҳида 30% ҳолатда

аниқланди. Қалқонсимон без касаликлари асосий гуруҳда 51 (70%) ва назорат гуруҳда 9 (30%) аёлларда, сийдик йўллари инфекцияси 28 (38,8%) ва 4 (13%), 18 (25%) ва 2 (6,6%) варикоз касаллиги, юқори нафас йўллари инфекцияси мос равишда 28 (38,8%) ва 5 (16,7%) аёлларда кузатилди.

Хомила ривожланишдан тўхташи 30% ҳолатда хомиладорликнинг 7-8 ҳафталик муддатига тўғри келганлиги аниқланди. Ҳомидорлик муддатидаги диссоциация ўртача  $2,83 \pm 0,06$  ҳафтани ташкил этган.

Хомиладорликда сийдик йўллари инфекцияси таҳлил қилинганда 60% ҳолатда симптомсиз кечгани, қон ёйма таҳлилида лейкоцитоз, тромбоцитопения, умумий сийдик таҳлилида лейкоцитурия, симптомсиз бактериурияга олинган таҳлилда бактерия миқдори  $10^3$  КОЕ/мл дан ошгани аниқланди.

**Натижалар** шуни кўрсатадики, хомиладорликда организмдаги инфекцион касалликлар, хусусан сийдик йўллари инфекцияси хомиладорликни ривожланмай қолиши каби асоратлар частотасини оширади. Бундан хулоса қилиб айтиш мумкинки, ривожланмаган хомиладорликни олдини олишда предгравидар босқичда сийдик йўллари инфекцион скрининги ўтказиш ва уни тўлақонли даволаш ривожланмаган хомиладорликни профилактика қилишнинг муҳим устуни ҳисобланди.

# СРАВНЕНИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ И НЕКОТОРЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ФЕНОТИПОВ СПКЯ

Садирова С.С.

Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр Акушерства и  
гинекологии, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность:** Проведенные исследование показывают, что синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является актуальной проблемой среди женщин фертильного возраста не только во всем мире, но и в системе здравоохранения республики Узбекистан. Частота СПКЯ по данным различных авторов выявляется у 6-10% женщин репродуктивного возраста, при этом наблюдается тенденция к увеличению распространенности заболевания. Основными жалобами женщин репродуктивного возраста с СПКЯ являются нерегулярные менструации, гирсутизм, акне, ожирение и бесплодие.

**Цель исследования:** Сравнить фенотипы СПКЯ по антропометрическим и некоторым гормональным показателям в соответствии с Роттердамскими критериями.

**Материал и методы исследования:** Была обследована 30 женщин активного репродуктивного возраста с различными фенотипами СПКЯ. Возраст больных от 19 до 35 лет (средний возраст больных  $26,1 \pm 2,3$  года). Возраст менархе колебался от 12 до 17 лет и в среднем составил  $13,7 \pm 3,3$  года. Индекс массы тела варьировал от  $18,3 \text{ кг/м}^2$  до  $32 \text{ кг/м}^2$  и в среднем составил  $23,98 \pm 8,02 \text{ кг/м}^2$ . Избыточная масса тела выявлено у 7 больных, из них ожирение I степеней отмечено у 3 больных, дефицит массы тела было определено у 2 больных. У всех больных СПКЯ было отмечено нарушение менструального цикла: опсоменорея у 7 больных, вторичная аменорея у 1 больной, олигоменорея у 2 больных. I бесплодия наблюдалась у 12 больных, II бесплодия у 3 больных. У 1 больного в анамнези была интранатальная гибель

плода. Гирсутизм оценивали по шкале Ферримана–Голвея в 11 областях тела. Гирсутное число у больных СПКЯ в среднем составило  $11,8 \pm 2,3$  и колебалось от 5,0 до 19,0.

**Результаты и их обсуждение:** Критерии диагностики СПКЯ и его фенотипов проводилось согласно рекомендации Роттердамского консенсуса (2003). С учетом фенотипов СПКЯ обследованные женщины были разделены на четыре группы. I- группа фенотип А (гиперандрогенемия, АНО, ПКЯ по УЗИ) составило 6 больных (20%), II-группа фенотип В (ГА и олиго-/АНО) составил 6 больных (20%), III- группа фенотип С составило 7 больных (ГА и ПКЯ по данным УЗИ) 23.3%, IV группа фенотип D составило 11 больных (олиго-/АНО и ПКЯ по данным УЗИ) 36,6%. У 23.3% пациенток с фенотипом А была выявлена избыточная масса тела. Высокие гирсутные числа наблюдались больше у пациенток с фенотипами А и В. У всех больных с различными фенотипами СПКЯ среднее содержание ФСГ ( $6,18 \pm 0,2$  МЕ/л). Средний уровень ЛГ в крови ( $12,7 \pm 0,6$  МЕ/л). Соотношения ЛГ к ФСГ у больных СПКЯ ( $2,05 \pm 0,1$ ). Различий в содержании пролактина в крови больных СПКЯ ( $270,5 \pm 24,7$  мЕд/л). Содержание в сыворотке крови АМГ колебалось от 2,5 нг/мл до 21,8 нг/мл и в среднем составляло  $12,7 \pm 0,8$  нг/мл. Уровень эстрадиола в крови в среднем составляло ( $110,74 \pm 22,0$  пмоль/л). Содержание свободного тестостерона в крови ( $21,5 \pm 2,3$  пг/мл). Средний уровень ТТГ в крови ( $2,42$  пг/мл). При гормональном обследовании лабораторные признаки ГА были выявлены у пациенток с фенотипами А и В. Доказательный различий в уровнях пролактина, эстрадиола, фолликулостимулирующего, антимюллера гормона у больных с различными фенотипами СПКЯ не выявлено.

#### **Выводы:**

Сравнение антрометрических и некоторых гормональных показателей различных фенотипов СПКЯ дает возможность к дифференциальному подходу к обследованию больных и позволяет персонифицировать терапию данного заболевания.



# ОНАЛАР ЎЛИМИ САБАБЛАРИНИНГ ЭВОЛЮЦИЯСИ

<sup>1</sup>Хаитов Акбар Оқтамбоевич, <sup>2</sup>Садуллаева Дилноза

Тошкент Тиббиёт Академияси Урганч филиали

Ҳомиладорлик пайтида ёки ҳомиладорлик тугаганидан кейин 42 кун ичида ҳомиладорлик билан боғлиқ бўлган ҳар қандай сабабга кўра содир бўлган ўлим- оналар олими дейилади. Аксарият муаллифлар, оналар ўлимини акушерлик муассасалари ишининг сифати ва даражасининг асосий мезонларидан бири деб айтсалар. Бошқалар, оналар ўлими кўрсаткичи иқтисодий, экологик, ижтимоий-гигиеник ва маданий омилларнинг умумий таъсири якуний натижаси бўлиб, акушерлик-гинекологик ёрдам сифатини баҳолашда ишончли мезон бўлаолмайди деб ҳисоблайдилар. (Кулаков В.И., 1999; Гаврилова Л.В., 2000; Дяченко В.Г., 2001; Берман РЕ, 1987).

**Тадқиқотнинг мақсади:** Хоразм вилоятида прогностик жиҳатдан салбий хавф омилларини аниқлаш орқали оналар ўлимини олдини олишнинг реал имкониятларини ўрганиш.

**Тадқиқот материал ва методлари:** 2010-2021 йилларда Хоразм вилоятида вафот этган ҳомиладор ва тукқан аёллар касаллик тарихи, амбулатор картаси, ҳомиладорлик варақалари ва суд тиббиёти эксперт хулосалари таҳлил қилинди. Шунга кўра Оналар ўлими сабаблари эволюцияси ва унинг тузилиши ўрганилди. Тадқиқотни амалга ошириш учун юқорида кўрсатилган ҳужжатлардан лаборатор ва функционал текшириш усуллари асосида ҳомиладор, туғиш ва туғруқдан кейинги даврда бўлган аёлларда ҳар хил касаллик ва патологик синдромларни юзага келтирадиган ва ўта оғир ҳолатларни ривожланишига сабаб бўладиган энг информатив хавф омиллари аниқланди.

**Тадқиқот натижалари:** Ўзбекистон Республикасида 2019 йил 145 нафарни, 2020 йил эса 155 нафарни ташкил қилиб, олдинги йилдан 10 нафарга ошган ва унинг бир қатор

субъектларида, шу жумладан, Хоразм вилоятида ( 2019-йилда 6 та 2020-йилда 5 та 2021 йилда 8 та) юкори ракамлар сақланиб қолмоқда. Ўлим сабаблари таҳлил қилинганда экстрогенитал касалликлар 42,8%, акушерлик эмболияси 11,3%, бачадондан ташқари ҳомиладорлик натижасидаги қон кетиш 2,6%, гестацион гипертензия ва преэклампсия-7,5%, туғруқда ва туғруқдан кейинги қон кетишлар 4,6%, анестезия асорати 2,1%, сепсис 1,6% ни ташкил қилди.

**Хулоса:** Кузатувлар натижасида шу аниқландики, аёллар туғруқхонага касалликнинг оғир даражаларида ёки асоратланган ҳолатларида кўпроқ олиб келиняптилар, бу аёллар ва уларнинг яқин қариндошларида тиббий маданият шаклланмаганлигидан, ўзларининг соғлиқларига эътиборсизликларидан келиб чиқяпти.

## **INSULIN RESISTANCE AND GESTATIONAL DIABETES MELLITUS**

Saidova Ferangiz Ilkhom kizi

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

**Introduction.** Gestational diabetes mellitus is a pathology accompanied by a violation of carbohydrate and lipid metabolism during pregnancy and complicating the physiological course of pregnancy. Gestational diabetes mellitus is more common in overweight women, in the presence of related diabetes and in women with a burdened obstetric history.

**The purpose of the study:** to study the mechanisms of formation of gestational diabetes mellitus during pregnancy.

**Material and methods of research.** Data from domestic and foreign scientific literature on the problem of insulin resistance and gestational diabetes mellitus.

**Results and their discussion.** As is known, the placenta produces a number of steroid hormones (placental lactogen, estrogens,

progesterone), which have counterinsular activity, which in turn leads to compensatory hyperinsulinemia. Along with this, during pregnancy, the formation of cortisol by the adrenal cortex increases, the synthesis of insulinase by the placenta increases, as well as the increased excretion of insulin by the kidneys, which contributes to the development of insulin resistance during pregnancy. Insulin resistance and insufficient insulin production is accompanied by an increase in the level of glucose, free fatty acids, some amino acids and ketones in the blood. The presence of all these indicators is associated with unfavorable outcomes of pregnancy, childbirth and the early neonatal period.

The intake of high-calorie food, decreased physical activity and pathological weight gain contribute to the aggravation of insulin resistance. The presence of a number of endogenous factors in a pregnant woman, such as hereditary predisposition to diabetes mellitus, obesity, etc., can lead to disruption of the process of compensation for insulin resistance and the appearance of hyperglycemia. Considering that pregnancy is a process that is accompanied by insulin resistance, which at the same time can become a risk factor for the development of pathological hyperglycemia with the transition to gestational diabetes mellitus, there is a need for a thorough study of the mechanisms of formation of these complications.

**Conclusion.** The change in insulin resistance during pregnancy is a physiological process that contributes to maintaining the functional value of FPC. Violation of compensatory mechanisms of insulin resistance may be one of the factors associated with the formation of obstetric pathology and requires a more in-depth study of this issue.

# МЕНОПАУЗАЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Сапарбаева Насиба Рахимбаевна

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Менопаузальный синдром является актуальной проблемой в гинекологии. Перименопауза характеризуется эндокринными, биологическими и клиническими проявлениями и продолжается в течение 2 лет после последней самостоятельной менструации. В 75—80% случаев на фоне возрастного снижения и «выключения» функции яичников в климактерии могут наблюдаться симптомы дефицита женских половых гормонов.

Цель гормонотерапии в менопаузальном периоде состоит не в восстановлении физиологических уровней эстрадиола, характерных для молодых женщин, а в профилактике и терапии менопаузальных симптомов. Для коррекции эстроген-дефицитных состояний, обусловленных возрастным или хирургическим «выключением» яичников, а также аменореей, препараты, содержащие эстрогены, применяют с 40-х гг. прошлого века. Существуют разные точки зрения о показаниях и противопоказаниях к менопаузальной гормональной терапии. Патогенетически обоснованная гормональная терапия препаратами половых гормонов является одним из основных методов лечения женщин в менопаузальном периоде, поскольку позволяет в известной мере восстановить возрастной гормональный гомеостаз и таким образом нормализовать в соответствии с возрастом функции как репродуктивной системы, так и других органов и систем, деятельность которых связана с половыми гормонами.

Существуют следующие основные режимы приема МГТ: монотерапия эстрогенами или прогестагенами; комбинированная терапия (эстрогены с прогестагенами) в циклическом режиме;

монофазная комбинированная терапия (эстрогены с прогестагенами) в непрерывном режиме.

И так, раннее назначение МГТ способствует снижению сердечно-сосудистых заболеваний на 35% , остеопороза и переломов — на 27% , мочеполовых расстройств — на 90%. Один из главных результатов метаанализа 23 исследований с участием 39 049 пациенток свидетельствует о статистически значимом снижении смертности на 30% . Комбинированную МГТ можно применять в течение 5—7 лет, а монотерапию эстрогенами — до 10 лет и более.

## **НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВИЧ**

Абдуллаева Л.М.<sup>1</sup>, Сафарова Л.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

*Высокий рост беременностей и родов у ВИЧ-инфицированных женщин связан с повышением показателей инфицирования у пациенток оптимального фертильного возраста. 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. 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 нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы.*

*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 *свертывающей системы крови у беременных женщин с ВИЧ на фоне применения антиретровирусной терапии*. Контрольную группу составили 35 здоровых беременных женщин, сопоставимых по возрасту.

**Обсуждение полученных результатов:** Средний возраст обследованных женщин составил  $26,1 \pm 2,3$  года с колебаниями от 22 до 36 лет. 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 уведовлена, в 4% случаев имел место интранатальный путь передачи ВИЧ.

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.

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  $155,7 \pm 7,2 \times 10^9/\text{л}$ , в контрольной группе этот показатель составил  $255,4 \pm 28,3 \times 10^9/\text{л}$ . Уровень фибриногена в основной группе составил  $2,4 \pm 0,41 \text{ г/л}$ , к контрольной группе –  $4,2 \pm 0,41 \text{ г/л}$ . В основной группе АЧТВ составило  $35,6 \pm 4,8 \text{ сек}$ , в контрольной –  $25,3 \pm 1,2 \text{ сек}$ .

**Выводы :** Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что прием антиретровирусных препаратов вызывает определенные изменения в свертывающей системе крови, что неблагоприятно влияет на здоровье как матери, так и ребенка.

## **ҚАЙТА ТУҒРУҚДА ОРАЛИҚ ШИКАСТЛАНИШИНИ КУЗАТИЛИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ**

Сидикходжаева М.А., Джумаева Г.Ш.  
Ташкентская медицинская академия

**АКТУАЛЛИГИ** Юмшоқ тўқималарнинг турли даражадаги шикастланиши (бачадон бўйни, бачадон, қин, оралик) табиий туғруқ йўллари орқали туғишда кўп учрайдиган асоратлар қаториги қиради. Кўпинча бу асоратлар биринчи туғувчи аёлларда учрайди. Маълумки, чаноқ туби мушакларининг шикастланиши натижасида кузатиладиган кечки асоратлар энг мухим ва хавфли хисобланади. Чаноқ туби мушаклари ва пудендал нерв шохларининг хаддан ташқари чўзилиши ва йиртилиши кейинчалик генитал аъзоларнинг тушишига сийдик ва нажас тута олмасликка олиб келиши мумкин.

**Мақсад** Қайта туғруқда перинеал шикастланишларни учраш частотасини кўриб чиқиш.

**Материал ва тадқиқот усуллари** Олиб борилган иш Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси туғруқ комплекси биринчи ва иккинчи туғруқ бўлимларида олиб борилган. Ушбу тадқиқотда туғруқхонадаги туғилиш тарихини ретроспектив тахлили 2019 йилдаги қайта туғруқлар сони, перинеал жароҳатланнинг умумий сони ва эпизиотомия, перинеотомия тузилиши кўриб чиқилди.

**Натижалар** Ретроспектив тахлилда 648 туғилиш тарихи ўрганилиб чиқилди, шулардан 48.6% қайта туғувчиларни ташкил этди. Перинеал шикастланишнинг ёшга боғлиқлиги кўрилганда, шикастсиз туғруқ содир бўлган беморларнинг  $25,15 \pm 3,32$  ёшига нисбатан ўртача ёши  $30,46 \pm 4,51$  бўлган беморларда оралик йиртилишлари кўпроқ ташхис қўйилганлаги маълум бўлди.

Қизиғи шундаки, перинеал жароҳатлар қайта туғувчилар орасида умумий сони 4,6% ташкил қилган, бу паст кўрсаткич ҳисобланади. Қайта туғруқларда эпизио- ва перинеотомия 1,2% ни ташкил этди. Сўнгги йилларда, масалан, 2010 йил билан солиштирилганда туғруқнинг 2-даврида эпизио- ва перинеотомия амалиёти частотасини кескин камайганлигини кузатилди, юқоридаги амалиётларнинг тарқалиши 19,8% ни ва умуман перинеал жароҳатлар 20,9% иборат эди. Жароҳатни битишига келсак, перинеал 1-даражали йиртилишларнинг барчаси бирламчи битиш билан яқунланган, 2-даражали йиртилишларнинг 10,5% эса иккиламчи битиш содир бўлган. Туғруқнинг 2-даврида ўтказилган перинеотомиянинг 12,3% ва эпизиотомиянинг 14,1% иккиламчи битиш билан яқунланган.

**Хулоса** Тадқиқотимиз натижалари шуни кўрсатадики, биринчи туғруқ пайтида чаноқ тубининг фасциал тузилмаларини олдини олиш, ўз вақтида ташхислаш ва етарли даражада тиклаш ҳомиладорликдан олдинги тайёргарликнинг муҳим босқичи бўлиб ва кейинги туғруқ пайтида чаноқ туби тузилмаларининг травматизациясини камайтириш бўйича профилактика чоралари эканлиги учун яна бир асосдир. Шундай қилиб, кўрсатмаларсиз перинеал дисексиядан воз кечиш умуман перинеал травма



частотасини сезиларли даражада камайтиради ва келажакда аёллар саломатлиги ва уларнинг меҳнат қобилияти учун жиддий оқибатларнинг олдини олишга ёрдам беради деган хулосага келиш мумкин.

## **УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОК С НЕДОСТАТОЧНЫМ РОСТОМ ПЛОДА**

Сичинава Л.Г.<sup>1</sup>, Шишкина Д.И.<sup>1</sup>, Бреусенко Л.Е.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии имени академика Г.М. Савельевой педиатрического факультета, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова.

**Введение.** Задержка роста плода (ЗРП) осложняет течение каждой десятой беременности и является значимой причиной перинатальной смертности и заболеваемости. В последние годы были достигнуты успехи в ультразвуковой диагностике плодов с недостаточным ростом. Однако, до настоящего времени ведется поиск показателей, которые позволяют с высокой точностью прогнозировать неблагоприятные перинатальные исходы у пациенток данной группы высокого риска.

**Цель исследования:** поиск дополнительных доплерографических критериев для прогнозирования неблагоприятных перинатальных исходов у пациенток с ЗРП и маловесным к гестационному сроку плодом.

**Материалы и методы.** В исследование включены 118 пациенток с одноплодной беременностью и сроком гестации более 34 нед. При УЗИ у 67 из них была диагностирована ЗРП, у 24 - маловесный к гестационному сроку (МГС) плод, у 27 нарушений роста плода не выявлено. УЗИ помимо фетометрии включало доплерографию кровотока с центильной оценкой пульсационного индекса (ПИ) в маточных артериях (МА),

артериях пуповины (АП) и средней мозговой артерии плода (СМА), патологическими считались значения ПИ в АП и МА >95 центиля и ПИ в СМА <5 центиля. Церебро-плацентарное отношение (ЦПО) рассчитывали по формуле ПИ СМА/ПИ АП, значения <5 центиля указывали на нарушение плодового кровотока. Церебро-плацентарно-маточное отношение (ЦПМО) вычисляли по формуле ЦПО/средний ПИ МА. Полученные абсолютные величины доплерографических параметров и ЦПО дополнительно анализировались в МоМ.

**Результаты.** Проведенный анализ доплерографических показателей выявил ассоциацию нарушений кровотока в АП, СМА и МА с неблагоприятными перинатальными исходами. Дети от пациенток с патологическим кровотоком в АП и СМА в 1,7 раз чаще переводились на 2 этап лечения, помимо этого у беременных с аномальным ПИ в СМА был в 3 раза повышен риск острой гипоксии. Значимых ассоциаций нарушений кровотока в АП и СМА с другими неблагоприятными перинатальными исходами выявлено не было. В отличие от АП и СМА, патологический кровоток в МА был связан с бóльшим количеством перинатальных осложнений: досрочное родоразрешение - в 4 раза, асфиксия при рождении - в 1,7 раз, СДР у ребенка - почти в 2,5 раза и перевод новорожденного на 2 этап лечения - в 2,6 раз. Наибольшей прогностической ценностью для определения риска неблагоприятных перинатальных исходов у пациенток с ЗРП и МГС плодом обладал показатель ЦПО: риск острой гипоксии плода выше в 3 раза, досрочного родоразрешения, асфиксии ребенка при рождении и госпитализации в ПИТ - в 1,5 раза, СДР и перевода на 2 этап лечения - в 2 раза выше при отклонении от нормальных значений ЦПО. Самой высокой чувствительностью при прогнозировании риска неблагоприятных перинатальных исходов обладал показатель ЦПМО, патологические значения которого ассоциированы с повышенным в 3 раза риском острой гипоксии

плода, в 4 раза - досрочного родоразрешения, в 2-2,5 раза - асфиксии ребенка при рождении и госпитализации его в ПИТ, в 3 раза - с риском СДР и перевода новорожденного на 2 этап лечения.

**Выводы.** Таким образом, показатель ЦПМО обладает высокой прогностической значимостью в отношении неблагоприятных перинатальных исходов, позволяет оптимизировать тактику ведения беременности и родов у пациенток с низкой ПМП и свидетельствует о целесообразности включения оценки ЦПМО при обследовании пациенток с ЗРП и МГС плодом.

## **СТРУКТУРА ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.**

Солиева У.Х.<sup>1</sup>, Саиджалилова Д.Д.<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Более 75% оперативных вмешательств рано или поздно осложняются образованием спаек, а это каждая вторая женщина, которая перенесла оперативное вмешательство. Более 45% случаев болевого синдрома в животе и нарушений менструального цикла являются последствием образования спаек в малом тазу. Остаётся неясным не только преимущественная причина спайкообразования в малом тазу, но и те зачастую не учитываемые факторы, которые при прочих равных условиях превращают физиологический процесс ограничение брюшиной места патологического воздействия - в патологический процесс тяжёлой спаечной болезни. что требует правильной диагностики и коррекции данного процесса.

**Цель исследования:** определить структуру этиологических факторов развития спаечного процесса органов малого таза у женщин репродуктивного возраста.

**Материал и методы исследования:** обследованы 183 женщины, которым выполнены оперативные вмешательства по поводу различной гинекологической патологии. Из них, основную группу составили 106 пациенток со спаечным процессом органов малого таза, (по классификации R-AFS), группу сравнения – 77 пациенток без спаечного процесса органов малого таза.

**Результаты исследования:** Частота встречаемости спаечного процесса в структуре интраоперационных диагнозов в отделении оперативной гинекологии 9 акушерского комплекса г. Ташкента составила 57,9%. Анализ структуры причин спаечного процесса, показал наличие в анамнезе предшествующих операции на органах брюшной полости и органах малого таза (лапаротомия, лапароскопия), воспалительные заболевания органов малого таза и наружный генитальный эндометриоз. При сочетании причин, приводящих к спаечному процессу, пациенты были выделены в отдельную группу, в которой ведущий фактор установить было невозможно. При наличии в анамнезе только данных о перенесенных оперативных вмешательствах диагностировали послеоперационные спайки, при указании на воспалительные заболевания придатков матки любой этиологии - тазовые перитонеальные спайки (ТПС), при наличии эндометриоза, диагностированного при проведении лапароскопии и отсутствии других причин формирования спаечного процесса - спайки, связанные с эндометриозом. Вышеприведенный анализ причин спайкообразования показывает, что только у 49,1% женщин было возможно установить единственную причину формирования спек в малом тазу, среди которых чаще выявлены ТПС (19,8%). Что касается сочетания причин спайкообразования, то чаще встречались сочетание ТПС и послеоперационных спаек (21,7%), которые достоверно не отличались от показателей частоты сочетания эндометриоза и послеоперационных спаек (18,9%). Тогда как,

сочетания ТПС и спаек, связанных с эндометриозом, встречались в 2 раза реже.

При проведении лапароскопии женщинам со спайкообразованием была проанализирована степень распространенности спаечного процесса. Отмечалось преобладание пациенток с III–IV степенью распространения (согласно классификации R-AFS) - 66 (62,3%), тогда как пациенток с малыми формами распространения спаечного процесса (I–II ст.) было 40 (37,7%), независимо от этиологического фактора ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, нами были выделены экзогенные факторы риска, связанные с хирургической травмой. К ним относятся: лапаротомный доступ ( $r=0,439$ ;  $p<0,01$ ); наличие повторных операций на различных отделах брюшной полости ( $r=0,355$ ;  $p<0,01$ ); экстренность предшествующей операции ( $r=0,219$ ;  $p<0,01$ ); дренирование брюшной полости ( $r=0,324$ ;  $p<0,01$ ).

## **ЗНАЧИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ В ОЦЕНКЕ АДЕНОМИОЗА**

Соломатина А.А.<sup>1</sup>, Братчикова О.В.<sup>1</sup>, Тюменцева М.Ю.<sup>1</sup>, Регул С.В.<sup>1</sup>, Исмаилова П.Д.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

**Актуальность** современное развитие хирургических технологий в оперативном лечении доброкачественных гинекологических заболеваний диктует необходимость анатомо-топографической диагностики аденомиоза. Методы лучевой диагностики, включающие ультразвуковое обследование и магнитнорезонансную томографию (МРТ), наиболее обсуждаемы в настоящее время.

**Цель исследования:** определить значимость диагностических методов изучения миометрия с применением технологии 2D/3D-эхографии, ультразвуковой компрессионной эластографии (УКЭ) и МРТ для дифференциальной диагностики при аденомиозе.

**Материалы и методы:** проведен анализ комплексного обследования 75 пациенток в возрасте от 35 до 51 года с клиническими проявлениями и установленным диагнозом по данным МРТ. Все пациентки были обследованы с применением комплекса ультразвуковых технологий. Предварительный этап включал 2D трансвагинальное УЗИ с определением формы и степени распространения аденомиоза, на основании терминологии и критериев MUSA (Morphological Uteral Sonographic Assessment), 2-й этап - проведения УКЭ, анализ полученных цветовых карт по однородности, характеру окрашивания миометрия в оттенках синего, в оттенках красного и смешанное мозаичное окрашивание, заключительным этапом являлось сканирование в 3D-режиме с последующим дистанционным анализом изображения off-line. Все исследования выполнялись на УЗ-сканнере Voluson S10 (GE, США). Полученные эхографические данные сопоставлены с данными МРТ (GE, США Signa Voyager 1,5 Тесла), как «золотого стандарта» диагностики аденомиоза, по литературным данным.

**Результаты обсуждения:** доступный и относительно недорогой метод, УЗИ является первым вариантом оценки аденомиоза, с использованием единой и стандартизированной системы оценки поражений миометрия MUSA, обладает чувствительностью и специфичностью, 72,0% и 81,3% соответственно. Использование цветового картирования миометрия при УКЭ обследованных больных определялось появлением красного цвета в большинстве наблюдений у 61 из 75, у всех обследованных трактовался неоднородным цветовым паттерном. Неоднородность окрашивания, обусловленная чередованием мягко-тканых фрагментов (эктопический

эндометрий), и вовлечением в фиброз окружающего миометрия является теоретически значимым признаком, но субъективность признаков не позволяет оценивать метод самостоятельно, значимость определяется повышением чувствительности и специфичности 2D-эхографии, что составляет 78,7% и 85,3%, соответственно. 3D-технологии (объемное контрастное усиление VCI-C и ультразвуковая томография TUI) показывают наилучшую дифференцировку тканей миометрия, позволяют идентифицировать вовлеченность переходной зоны эндо- и миометрия, выделить различные подтипы аденомиоза и оценить окружающие структуры, полученные данные соответствовали данным МРТ, чувствительность – 85,3%, специфичность – 90,7%.

**Выводы:** полученные результаты могут быть использованы в клинической практике, выбор методов обследования должен быть обусловлен сформулированными целями и задачами по ведению пациентов с аденомиозом.

## **ЗНАЧИМОСТЬ УЗИ В ОЦЕНКЕ МОРФО- ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ ДО И ПОСЛЕ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ**

Соломатина А.А.<sup>1</sup>, Тюменцева М.Ю.<sup>1</sup>, Тумасян Е.А.<sup>1</sup>, Гашимова  
А.И.<sup>1</sup>, Халифаева З.З.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Российский Национальный исследовательский  
медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская  
Федерация.

**Актуальность.** Доброкачественные опухоли яичников (ДОЯ) в структуре заболеваемости органов репродуктивной системы не теряют своей значимости. Наличие ДОЯ сопровождается снижением овариального резерва еще на

дооперационном этапе, последующая операция с применением коагуляционного гемостаза усугубляет яичниковую дисфункцию и неизбежно отражается на фертильных способностях.

**Цель исследования:** оценить морфо-функциональное состояние яичников у пациенток репродуктивного возраста с ДОЯ до и после органосберегающих операций.

**Материалы и методы.** В исследование включены 145 пациенток репродуктивного возраста с ДОЯ. Средний возраст  $30,6 \pm 3,4$  лет. В зависимости от морфологического строения ДОЯ все наблюдаемые разделены на 2 когорты: I группа — 85 обследуемых с эпителиальными опухолями яичников (ЭОЯ), II — 60 со зрелыми тератомами (ЗТ). До и через 6-12 месяцев после операции проводили УЗИ (аппарат Voluson S10 с трансвагинальным датчиком 8-13 МГц) с определением объема здоровой овариальной ткани ( $V$ ,  $\text{см}^3$ ), количества антральных фолликулов (КАФ), их диаметра, расположения и формы; интраорганного кровотока ( $V_{\max}$ ,  $\text{см/сек}$  и ИР).

**Результаты.** До операции у наблюдаемых с ЭОЯ: КАФ= $4,6 \pm 0,9$ ,  $V=4,8 \pm 1,1 \text{ см}^3$ ,  $V_{\max}=7,5 \pm 0,4 \text{ см/сек}$ , ИР= $0,60 \pm 1,2$ . Визуализировались антральные фолликулы неправильной, деформированной формы с преимущественно периферической локализацией и диаметром  $4,5 \pm 0,7$  мм. При оценке функциональной активности своевременная овуляция в скомпрометированном яичнике отмечена у каждой второй, у каждой третьей зафиксирован СНЛФ. У пациенток со ЗТ: КАФ= $7,4 \pm 1,5$ ,  $V=6,0 \pm 0,4 \text{ см}^3$ ,  $V_{\max}=8,9 \pm 1,1 \text{ см/сек}$ , ИР= $0,55 \pm 0,4$ . В одном ультразвуковом срезе как в строме яичника, так и по периферии определялись округлые анэхогенные включения ( $7,9 \pm 0,5$  мм). При парапортальном расположении ЭОЯ величиной  $4,8 \pm 1,9$  см фолликулы «серповидной» формы ( $5,2 \pm 0,9$ ) лоцировались хаотично ( $4,8 \pm 1,1$  мм). Овуляция в пораженном яичнике обнаружена у большинства 42 (70,0%), у 4 из них желтое тело было с обедненным кровотоком ( $V_{\max}=7,9 \pm 1,1 \text{ см/сек}$ ,



ИР=0,47±0,6). Через 6-12 месяцев в I группе выявлено улучшение морфо-функциональных характеристик овариальной ткани: КАФ увеличилось в 1,2 раза, фолликулы величиной 5,7±0,5 мм имели ровную округлую форму, располагались как в центре яичника, так и по периферии. При ЦДК  $V_{\max}$  и ИР возросли в 1,2 и 1,3 раза соответственно. Во II группе верифицировано выраженное нарушение функциональной деятельности гонады: КАФ уменьшилось в 1,4 раза, фолликулы «полулунной» формы диаметром 4,5±0,7 мм лоцировались преимущественно по периферии. При ЦДК зарегистрировано увеличение  $V_{\max}$  и ИР в 1,3 и 1,4 раза соответственно. Овуляция в оперированном яичнике отмечена у каждой второй с ЭОЯ и каждой четвертой со ЗТ.

**Выводы.** В следствие активных процессов фиброзирования в капсуле опухоли, ЭОЯ приводят к снижению функции овариальной гонады еще до операции, в то время как процессы формирования ЗТ не сопряжены с изменениями качественных и количественных характеристик яичниковой ткани. Четкая визуализация капсулы ЭОЯ интраоперационно способствовала наименьшим потерям фолликулярного аппарата и восстановлению функциональной активности гонады в послеоперационном периоде; при ЗТ непосредственное расположение фолликулов вдоль стенки опухоли ввиду отсутствия капсулы сопровождалось непреднамеренным удалением здоровой ткани яичника и значимым потерям фолликулярного пула.

# **ЗНАЧИМОСТЬ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИФFUЗНОЙ И УЗЛОВОЙ ФОРМ АДЕНОМИОЗА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.**

Соломатина А.А.<sup>1</sup>, Тюменцева М.Ю.<sup>1</sup>, Братчикова О.В.<sup>1</sup>, Хамзин И.З.<sup>1</sup>, Исмаилова П.Д.<sup>1</sup>, Регул С.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Российский Национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация.

**Актуальность.** В современной гинекологии аденомиоз остается одним из наиболее распространенных доброкачественных заболеваний. Одной из важных задач аденомиоза- является своевременная диагностика для успешной реализации репродуктивных планов. В аспекте рассматриваемой проблемы соноэластография (СЭГ) представляет собой метод УЗ-визуализации, который позволяет качественно и количественно оценить физические свойства тканей, их упругость и плотность, однако релевантность его применения в гинекологии требует дальнейшего изучения.

**Цель исследования.** Оценить значимость использования компрессионной эластографии (КЭ) в комплексном ультразвуковом исследовании в диагностике диффузной и узловой форм аденомиоза в репродуктивном возрасте.

**Материалы и методы.** В исследование включены 116 пациентки с аденомиозом, в зависимости от формы обследуемые ранжированы на группы: I (n=64) – диффузная форма аденомиоза; II (n=52) – узловая форма. Выполнено 2D-УЗИ органов малого таза с компрессионной СЭГ с использованием ультразвукового аппарата Voluson S10 (General Electrics, США). Выполняя эхографию опирались на консенсус диагностических критериев аденомиоза MUSA (Morphological Uterus Sonographic

Assessment, 2021). Определяли коэффициент деформации (SR) и тип эластограммы. Диагноз идентифицирован по результатам патоморфологического исследования. Критическое значение уровня значимости принимали равным 5% ( $p \leq 0,05$ ).

**Результаты.** Согласно критериям MUSA, статистически значимо ( $p \leq 0,05$ ) у пациенток I группы чаще встречались: гиперэхогенные островки – 58 (90,6%); субэндометриальные линии – 64 (100,0%). Во II группе визуализировались: асимметричная толщина стенок матки – 52 (100%); прерывистая "переходная зона" – 44 (84,6%). Обнаружено, что жесткость тканей, пораженных аденомиозом, была ниже по сравнению с окружающим нормальным миометрием. Установлена значимая параллель между средними значениями SR среди пациенток двух групп, показатель SR в первой группе составил  $0,5 \pm 0,9$ ; во второй SR –  $0,74 \pm 1,2$ . Выявлена статистически значимая разница в распределении эластотипов. Диффузная форма аденомиоза соответствовала типу эластограммы 2-b имела неоднородное диффузное мозаичное окрашивание с центральной линией красно-желтого цвета, окруженной границей неправильной формы зеленого цвета на фоне неизмененного миометрия синего цвета. Узловая форма аденомиоза соответствовала типу эластограммы 2-a и характеризовалась очаговым мозаичным окрашиванием желто-зеленого цвета на фоне неизмененного миометрия синего цвета.

**Выводы.** Комплексное УЗ-исследование с СЭГ является высокоточным методом в верификации аденомиоза – 0,70 и 0,85 (чувствительность и специфичность, соответственно). КЭ генерирует изображения, основанные на жесткости тканей, может выявить четкие отличительные характеристики измененного миометрия в сравнении с использованием только УЗИ в 2D режиме, что позволяет расширить возможности лучевой диагностики и позволяет определить дифференцированный подход к ведению пациенток с различными формами аденомиоза в репродуктивном возрасте.

# ЗНАЧИМОСТЬ УЗИ В ОЦЕНКЕ МОРФО- ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Соломатина А.А.<sup>1,2</sup>, Тюменцева М.Ю.<sup>1</sup>, Тумасян Е.А.<sup>1</sup>,  
Гашимова А.И.<sup>1</sup>, Халифаева З.З.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии им. Г.М. Савельевой педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация.

<sup>2</sup>Городская клиническая больница №31 Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Российская Федерация.

**Актуальность.** Значение опухолей яичников в структуре заболеваемости органов репродуктивной системы не теряет своей значимости. Наличие доброкачественных опухолей яичников (ДОЯ) сопровождается снижением овариального резерва еще на дооперационном этапе, последующая операция с применением коагуляционного гемостаза усугубляет яичниковую дисфункцию и неизбежно отражается на фертильных способностях.

**Цель исследования:** оценить морфо-функциональное состояние яичников у пациенток репродуктивного возраста с ДОЯ.

**Материалы и методы.** В исследование включены 145 пациенток репродуктивного возраста с ДОЯ. Средний возраст составил  $30,6 \pm 3,4$  лет. В зависимости от морфологического строения новообразования все наблюдаемые были разделены на 2 когорты: I группа — 85 обследуемых с эпителиальными опухолями яичников (ЭОЯ), II группа — 60 со зрелыми тератомами (ЗТ). До и через 6-12 месяцев после операции проводили УЗИ (аппарат Voluson S10 с трансвагинальным датчиком 8-13 МГц) с определением объема здоровой

овариальной ткани ( $V$ ,  $\text{см}^3$ ), количества антральных фолликулов (КАФ), их диаметра, расположения и формы; интраорганного кровотока ( $V_{\text{max}}$ ,  $\text{см/сек}$  и ИР).

**Результаты.** До операции у наблюдаемых с ЭОЯ: КАФ= $4,6\pm 0,9$ ,  $V=4,8\pm 1,1$   $\text{см}^3$ ,  $V_{\text{max}}=7,5\pm 0,4$   $\text{см/сек}$ , ИР= $0,60\pm 1,2$ . Визуализировались антральные фолликулы неправильной, деформированной формы с преимущественно периферической локализацией и диаметром не более  $4,5\pm 0,7$  мм. При оценке функциональной активности своевременная овуляция в скомпрометированном яичнике отмечена у каждой второй, у каждой третьей зафиксирована персистенция фолликула величиной 12-13 мм, цикл был ановуляторным. У пациенток со ЗТ: КАФ= $7,4\pm 1,5$ ,  $V=6,0\pm 0,4$   $\text{см}^3$ ,  $V_{\text{max}}=8,9\pm 1,1$   $\text{см/сек}$ , ИР= $0,55\pm 0,4$ . В одном ультразвуковом срезе как в строме яичника, так и по периферии определялись округлые анэхогенные включения размером от 5 до 10 мм ( $7,9\pm 0,5$  мм). При парапортальном расположении опухоли величиной  $4,8\pm 1,9$  см фолликулы «серповидной» формы ( $5,2\pm 0,9$ ) лоцировались хаотично, диаметр не превышал 6,5 мм ( $4,8\pm 1,1$  мм). Овуляция в пораженном яичнике обнаружена у большинства 42 (70,0%), у 4 из них желтое тело было неполноценным с обедненным кровотоком ( $V_{\text{max}}=7,9\pm 1,1$   $\text{см/сек}$ , ИР= $0,47\pm 0,6$ ). Через 6-12 месяцев в I группе выявлено улучшение морфо-функциональных характеристик овариальной ткани: КАФ увеличилось в 1,2 раза, фолликулы величиной  $5,7\pm 0,5$  мм приобретали ровную округлую форму, располагались как в центре яичника, так и по периферии. При ЦДК  $V_{\text{max}}$  и ИР возросли в 1,2 и 1,3 раза соответственно. Во II группе верифицировано выраженное нарушение функциональной деятельности гонады: КАФ уменьшилось в 1,4 раза, фолликулы «полулунной» формы диаметром  $4,5\pm 0,7$  мм лоцировались преимущественно по периферии. При доплерометрии зарегистрировано увеличение  $V_{\text{max}}$  и ИР в 1,3 и 1,4 раза соответственно. Овуляция в оперированном яичнике отмечена у каждой второй с ЭОЯ и каждой четвертой со ЗТ.

**Выводы.** В следствие активных процессов фиброзирования в капсуле опухоли, ЭОЯ приводят к снижению функции овариальной гонады еще до операции, в то время как низкая способность к инвазивному росту и пассивные процессы формирования ЗТ не сопряжены с изменениями качественных и количественных характеристик яичниковой ткани. Четкая визуализация капсулы ЭОЯ интраоперационно способствовала наименьшим потерям фолликулярного аппарата и восстановлению функциональной активности гонады в послеоперационном периоде; при ЗТ непосредственное расположение фолликулов вдоль стенки опухоли ввиду отсутствия капсулы сопровождалось непреднамеренным удалением здоровой ткани яичника и значимым потерям фолликулярного пула.

## **ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19**

*Тешаев Шухрат Жумаевич, Дустова Нигора Кахрамоновна,  
Ихтиярова Гулчехра Акмаловна, Хайдарова Нигора Баходировна*

*Бухарский государственный медицинский институт (ректор  
проф. Тешаев Ш.Ж.)*

*Кафедра Акушерства и гинекологии №1  
(Зав.кафедры – DSc, профессор Ихтиярова Г.А.)*

**Введение.** Текущая пандемия, вызванная COVID-19 серьезная проблема в области общественного здравоохранения, особенно опасная для уязвимых групп населения. Беременные и новорожденные представляют группу высокого риска во время вспышек инфекционных заболеваний осложняющимися патологиями дыхательных путей и неврологическими (Wang C. et al., 2020; Schwartz D.A., 2020). Во многих статьях обсуждаются вопросы течения инфекции у беременных и оказания медицинской помощи, в том числе организация акушерской

помощи женщинам с данным заболеванием в период беременности, родов и в послеродовом периоде, указания по госпитализации, возможности и указания по этиотропному лечению (Wu Y., Zhang C., Liu H. et al., 2020). Однако по данным ученых воздействие COVID-19 способствует формированию фетоплацентарной недостаточности, что в свою очередь приводит к осложнениям, как преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды и антенатальная гибель плода, плацентарная недостаточность (Юпатов Е.Ю., Холматова Н., 2021). Всемирная организация здравоохранения объявила продолжающуюся вспышку новой коронавирусной пневмонии (COVID-19) глобальной чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения и в 2021 году

**Материалы и методы.** По состоянию на 4-10 сентября 2020 года 19 плацент беременных женщин с диагнозом COVID-19 были собраны из Каганского родильного комплекса и отправлены в патологоанатомическое бюро Бухарской области.

**Результаты исследования.** Все 19 пациентки были госпитализированы в третьем триместре беременности для лечения и наблюдения за состоянием пациенток. У всех пациенток был обнаружен положительный результат теста на нуклеиновую кислоту вируса COVID-19 из мазка из горла, а у одной был подтвержден клинический результат. Возраст пациенток был от 21 до 36 лет, средний возраст составлял  $28,5 \pm 1,5$  лет.

У трех пациентов были легкие симптомы пневмонии COVID-19. 3 случая имели лихорадки со стеснением в груди и одышки, 4 случая послеродовой лихорадки, 3 пациента не имели клинических симптомов, таких как боль в горле, боль в груди, одышка и усталость.

При исследовании морфологических особенностей плаценты выявлено несколько отклонений. При исследовании морфологических особенностей последа выявлено, что масса плаценты у беременных с COVID-19 была несколько больше (от

550,0 до 690,0±0,2 г, в среднем 589,0±0,5 г). Объем плаценты колебался от 420 до 655 см<sup>3</sup> (среднее значение 503 см<sup>3</sup>), серо-зеленоватого цвета. В основном при рождении детей с гипоксическим синдромом в плаценте матерей обнаруживались очаги кровоизлияний и некроза. Также было выявлено, увеличение васкуляризации, обусловленная гиперплазией (расширением) капилляров, что, как известно, является характерным компенсаторным механизмом, обеспечивающим развитие плода. Во всех случаях не было явного хориоамнионита, не было четкого образования телец-включений вируса; никаких аномалий в пуповине и мембранах под микроскопом, никаких тромбозов в кровеносных сосудах пуповины и никаких ясных ядродержащих красных кровяных телец в сосудах ворсинок не выявлено, так как эти беременные получали комплексную антибактериальную и противовирусную терапию.

**Заключение.** Таким образом, в этом исследовании было сообщено о 19 случаях патологии плаценты с инфекцией COVID-19 в третьем триместре беременности. В настоящее время прямых доказательств вертикальной передачи инфекции от матери к плоду в третьем триместре беременности не обнаружено. В то же время текущих данных и информации о материнстве, связанных с COVID-19, все еще очень не хватает, и размер клинической выборки необходимо увеличить для дальнейшего анализа.



# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА ПРИ ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Тешаева Ш.К., Негматуллаева М.Н.

*Бухарский государственный медицинский институт*

**Актуальность.** По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 30 % населения мира имеет риск йод дефицитных заболеваний, в том числе 500 млн людей, проживающие в регионах с тяжелым йодным дефицитом и высокой распространенностью эпидемического зоба. Несмотря на проведенных многих научных исследований эндокринных патологий при беременности их влияния на течение гестационного процесса и тактики ее ведения, вопрос о прогнозировании и лечении субклинического гипотиреоза в ранних сроках беременности до сих пор остается открытым.

**Целью исследования.** Путем прогнозирования снижения адаптационных возможностей функции щитовидной железы с ранних сроков гестации и оптимизации ранней диагностики субклинического гипотиреоза разработать адекватную тактику ведения беременности.

**Материалы и методы исследования:** в соответствии с целями и задачами работы проведено обследование 50 беременных женщин. Программа научного поиска осуществлена на базе Бухарского областного эндокринологического диспансера проведены общепринятые лабораторные клиничко-биохимические методы диагностики-общий анализ крови, липидный спектр крови, креатинин в крови и в моче, концентрация йода в моче, определение тироидных гормонов в сыворотке крови (ТТГ, Т4), гормоны беременности (ХГТ, эстрадиол и прогестерон).

**Результаты исследования:** Исследование продемонстрировало что, по уровню исследуемых гормонов Т3 и Т4 у 31 беременной женщины был обнаружен субклиническое

течение формы гипотериоза, у 9 пациенток по уровню гормонов отличие от референтных норм не обнаружено. У остальных 10 пациенток было определено значение данных гормонов ниже нормы более чем, 1,6 раз. Что соответствует манифестной форме гипотериоза. При общем анализе крови явных различий друг от друга не выявлено. Отличался от референтных значений гемоглобин, СОЭ. Уровень ХГЧ, эстрадиола, прогестерона коррелировал с уровнем Т3 и Т4, значит у пациенток с уровнем ниже нормы данные показатели тоже было низким.

**Заключение.** Следуя из вышеизложенных мыслей, можно сказать, что уровень гормонов щитовидной железы таких как, Т3 и Т4 коррелирует с гормонами женской половой системы и может быть критерием для выявления субклинического гипотериоза у беременных в первом триместре беременности.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВОЧЕК И ИХ ПРОФИЛАКТИКА.**

Тиллашайхова М. Х.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан

**Актуальность проблемы.** Воспалительная патология гениталий у девочек включает в себя комплекс инфекционных и неинфекционных болезней, характерных для разных возрастных этапов развития ребенка. Влияние воспалительных заболеваний гениталий на нозологическую структуру гинекологической патологии детей является значимым, потому эффективность диагностики и лечения имеет стратегическое значение в сохранении репродуктивного потенциала подрастающего поколения. Доступно большое количество литературных источников, посвященных вульвовагиниту у детей, однако сильно различаются данные о частоте и структуре заболевания,

подходы к интерпретации его симптомов, роли молекулярно-биологических методов детекции микроорганизмов. Фактически отсутствуют единые принципы построения лечебного процесса при том, что частота хронизации вульвовагинитов достигает 30-40%.

**Цель исследования:** оптимизировать диагностический, лечебный и профилактические алгоритмы ведения девочек с воспалительными заболеваниями гениталий.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 100 историй пациенток с гинекологическими заболеваниями, находившихся на стационарном лечении в детском гинекологическом отделении в клинике СамПИ. Обследование включало сбор жалоб, анамнеза, гинекологический осмотр, лабораторные методы: общий анализ крови (с лейкоцитарной формулой и подсчетом тромбоцитов) биохимическое исследование крови (общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза), ультразвуковое исследование внутренних половых органов.

Статистические методы: определение среднего арифметического значения выборки, среднего квадратичного отклонения, ошибки репрезентативности. Достоверность различий статистических совокупностей оценивались по критерию Манна-Уитни.

В структуре гинекологических заболеваний самая частая локализация воспалительного процесса у девочек в возрасте от 1–9 лет — вульва и влагалище. У девочек подростков чаще возникает вульвовагинит, вызванный грибами рода Candida, который встречается в 25% случаев, и бактериальный вагиноз — в 12% случаев всех воспалительных заболеваний. Основную группу составляют бактериальные неспецифические вульвовагиниты.

**Результаты исследования.** В результате проведенного исследования выявлено, что все пациентки основной группы при обращении к детскому гинекологу озвучивали жалобы на

выделения из половых путей. Длительность заболевания составляла не более 1 месяца. При подострых и хронических рецидивирующих вульвовагинитов озвучивались жалобы на периодическое покраснение наружных половых органов, дискомфорт в области гениталий. При подостром, длительность заболевания отмечалась до 3 месяцев, а при хроническом - свыше 3 месяцев.

**Выводы.** У часто болеющих девочек на фоне вульвовагинита имеются выраженные нарушения гормонального статуса. Частые простудные заболевания приводят к активации функции коры надпочечников, повышению возрастного уровня кортизола. Имеет место повышение эстрадиола и резкое снижение возрастного уровня эстриола. Данные нарушения яичникового стероидогенеза протекают на фоне мультифолликулярного изменения ткани яичников. В структуре гинекологических заболеваний детского возраста воспалительные поражения гениталий занимают ведущее место. Клиническое значение указанной патологии определяется не только ее частотой, но и тем, что она может явиться причиной серьезных нарушений репродуктивной системы в дальнейшем.

## **РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ**

Умарова Н.М., Нигматова Г.М. , Курбанов Р.Б.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Пренатальный период развития, занимающий важное место в онтогенезе, связан с глубокими, системными гормонально-биохимическими преобразованиями не только в организмах матери и плода, но и в плаценте, осуществляющей тесную взаимосвязь между ними.

**Цель исследования:** Определение клинико-функциональных особенностей фетоплацентарной системы у беременных женщин

со структурными изменениями в миометрии с использованием современных методов функциональной диагностики.

Нами проведено клинико-функциональное обследование 96 беременных, из них 34 беременных с физиологическим течением беременности (контрольная группа); 62 беременных с рубцом на матке (основная группа)

**Материал и методы:** состояние внутриутробного плода исследовали при помощи аускультации, ультразвуковой биометрии плода и плаценты, доплерометрии. Возраст обследованных женщин колебался от 20 до 40 лет.

Анализ течения и исхода предыдущих беременностей показал, что отягощенный акушерский анамнез имели 96 (80,0%) женщин основной и 28 (82,3%) – группы сравнения. В обеих группах акушерский анамнез в наибольшем проценте случаев осложнен токсикозами различной степени тяжести у каждой второй женщины, у каждой четвертой женщины – ЗВРП и у каждой десятой была ПОНРП. Предыдущие роды у обследованных женщин носили патологический характер в 75 (75,0%) и 88 (88,0%) случаях и осложнялись кровотечением, несвоевременным излитием околоплодных вод, аномалией родовой деятельности. При ультразвуковом исследовании (УЗИ), осуществляемом аппаратом «Aloka-500», «Toshiba Sal-35-A». Оценку состояния маточно-плацентарно-плодового кровообращения (МППК) производили методом доплерометрии, с помощью ультразвукового аппарата SIMENS SONOLINE VERSA-PRO, снабженного блоком цветного доплеровского картирования, используя трансабдоминальный датчик с частотой 3,5 мГц.

**Результаты и их обсуждение.** Следует отметить, что структурность плаценты у обследуемых нами беременных достоверно отличалась от контрольной группы. Так, у беременных с рубцом на матке статистически достоверно отмечено преждевременное созревание плаценты, которое не было ассоциировано с развитием гипотрофии плода, что

подтверждает большие компенсаторные возможности этого органа. При проведении фетометрии большинство параметров укладывалось в нормативные показатели срока гестации, на котором проводилось исследование. Так, толщина плаценты, установленная эхоскопически, указывала на ее утолщение в 26 (41,9%) наблюдениях, в 10 (16,1%) случаях соответственно группам выявлено преждевременное «созревание» плаценты. Данные биометрии плода показали, что у 20 с рубцом на матке (32,3%) выявлена ассимметричная форма ЗВРП и характеризовалась преимущественно нормальными параметрами бипариетального размера головки плода с одновременным уменьшением размеров живота и грудной клетки, а у 5 (8,1%) женщин – симметричная форма. Маловодие было отмечено у 12 женщин основной группы.

Отметим особо, что изменения кровотока в МА у беременных основной группы в нашем исследовании достоверно не отличалось от контрольной группы. Важным моментом в нашем исследовании представляется соотношение показателей кровотока в правой и левой МА. В основной группе нами достоверно чаще отмечена выраженная латеризация кровотока. Некоторое повышение сопротивления отмечено в группе с рубцом на матке, хотя эти изменения не сопровождались появлением протодиастолической выемки. Рост показателей обусловлен увеличением пиковых скоростей кровотока. В наших исследованиях отмечено повышение ИР в АП у беременных с рубцом на матке на 25%. Причем у данного контингента беременных рост ПИ в АП характеризовался снижением или исчезновением диастолического компонента.

Таким образом, современные диагностические технологии помогают прямо или косвенно оценить адаптационно-компенсаторные возможности плода. Такие методы, как эхография и доплерометрия, по-прежнему, актуальны и значимы в диагностике внутриутробного страдания плода.

# **ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ПРИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ.**

*Уринова Д.*

*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 исследования**

Изучить 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.

### **Выводы**

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.

## **ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Усинова З.Б., Ниязметов Р.Э.

(Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Ташкент, республика Узбекистан)

**Целью исследования** явилось выявить роль воспалительных заболеваний органов малого таза в возникновении внематочной беременности. **Объектом исследования** явились 105 беременных женщин перенесших операцию внематочной беременности. Сбор клинического материала в проспективной группе проводился с 2018-2020 г.г. в



перинатальном центре в г. Нукусе и 2-родильном комплексе в г. Ташкенте. **Полученные результаты и их обсуждения.** Наиболее частыми причинами внематочной беременности явились перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). Осложнениями ВЗОМТ являются хронический болевой синдром, непроходимость маточных труб, нарушения менструального цикла которые встречались почти у всех женщин. Длительные хронические воспалительные процессы приводят к склеротическим и дистрофическим изменениям органов малого таза, что сопровождается их структурными и функциональными изменениями. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза являются причиной многих нарушений репродуктивной функции у женщин. Согласно статистическим данным, около 60 % женщин, обращающихся за медицинской помощью, имеют данную патологию. В последнее время отмечается изменение характера течения воспалительного процесса. Так, преобладают заболевания с малосимптомным течением и большим количеством объективных данных при обследовании. По данным литературы, в течение 7-10 лет заболеваемость хроническими воспалительными процессами органов малого таза возросла в 2 раза. Из всех больных 70 % составляют женщины в возрасте до 25 лет (то есть детородного возраста), 75 % — нерожавшие женщины, из них у каждой 4-й возникают осложнения, которые в дальнейшем приводят к бесплодию. Общеизвестно, что даже после однократно перенесенного заболевания риск бесплодия возрастает на 5–18 %. Основной причиной является спаечный процесс в полости малого таза. В исследуемой группе ВЗОМТ встречалась у 82% женщин, из них у 56% односторонние хронические сальпингоофариты и у 26% двухсторонние сальпингоофариты. ЦМВ, хламидия и ВПГ обнаружена у 46 (43,8%) беременных исследуемой группы. На фоне воспалительного процесса у 65(68,4%) женщин наступила внематочная беременность по типу трубного аборта и у 30(31,5%)

женщин по типу трубного разрыва. Всем женщинам с внематочной беременностью проведено оперативное лечение и реабилитация с включением препарата дистрептазы в течение трех месяцев после операции. Данный препарат оказывает преимущественно местное рассасывающее действие с созданием максимальных концентраций действующего вещества в очаге воспаления, снижает ранние, отдаленные осложнения и восстанавливает репродуктивную функцию.

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

Усманов Х.У<sup>1</sup>.

Кашкадаринский филиал Центра развития повышения квалификации медицинских работников, г.Карши, Узбекистан

**Актуальность.** Аномальные маточные кровотечения (АМК) ни всегда являются результатом дисгормональных нарушений, среди причин его остаются на сегодняшний день и воспалительные процессы женских половых органов: матки, яичников, а также наличие в организме соматической патологии такие как анемия, метаболический синдром, гипертоническая болезнь и сахарный диабет и инфекции как неспецифические так специфические.

АМК- в популяционной выборке варьируют от 35–40 у женщин фертильного, до 18 % у девочек и оказывает существенное влияние на различные аспекты здоровья и качество жизни женщин репродуктивного возраста. Ряд исследований предполагают, что эндометрий у женщин при АМК отличается от нормального эндометрия морфологически и функционально, с чем связаны проблемы бесплодия у этих пациенток и более высокая частота самопроизвольных выкидышей, хотя имеющиеся данные противоречивы. АМК как фактор риска самого рака

эндометрия (РЭ), не имеет особую роль, но причины его, но особенно структурные изменения матки и высокая частота соматической патологии (ожирения, гипертоническая болезнь, сахарный диабет у данной категории женщин ещё более увеличивает данный риск (Cooper N.A., et al., 2014). Авторы доказали, что ожирение повышает риск развития рака эндометрия в 4,5 раза, а сидячий образ жизни – на 46 %. АМК у женщин с структурными изменениями занимает 1-е место в структуре всех гинекологических обращений в экстренную медицину и поэтому до сих пор в вопросах диагностики, лечения и тактики ведения остается актуальным и спорным.

**Целью** нашего исследования явилось определить показания для выработки правильной тактики ведения женщин с АМК, с учетом профилактики атипических изменений в будущем.

**Материал и методы исследования** В связи с чем были обследованы 89 больные с ациклическими маточными кровотечениями и лабораторно доказанными дисгормональными изменениями.

Из них с первичным обращением в экстренный центр - 59, с повторным – 30, из них женщины с бесплодием составили 13, и возраст больных варьировал в пределах  $25,4 \pm 2,7$  лет, которые также в анамнезе указали на эпизоды АМК.

Всем больным с АМК были произведены УЗИ, где имело место эхокартины гиперплазии - у 71, миома матки с узлами различного размера- 47, аденомиоз - 19, полипы эндометрия-9.

**Результаты исследования** Важным этапом диагностики явилось анализ коагулограммы, где показатели были изменены, в сторону гипокоагуляции: Д-димер и фибриноген были достоверно снижены ( $305 \pm 25,3$  нг/мл и 2,2 мг/л). В показателях АЧТВ, ПТИ заметных изменений не наблюдались, но все же имеются снижение маркеров свертывающей системы, доказательством которых явились результаты нормализации лабораторных показателей после остановки кровотечения, что

означало о правильном выборе тактики и эффективном устранении патологического процесса.

Следующим этапом исследования явилось остановка кровотечения, в связи с чем всем пациенткам произвели биопсия эндометрия под гистероскопическим контролем, взятые соскобы с обязательной верификацией морфологии.

**Выводы.** Таким образом, доказано, что при АМК у женщин с различными структурными изменениями в коагулограмме наблюдался более низкий показатели уровень Д-димера, фибриногена, поэтому риск кровотечения растет параллельно с низкими показателями данных маркеров.

## **ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОК С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ**

*Усманова Н.Ю.*

РНЦЭМП БФ отделение гинекологии

**Аннотация.** Внематочная беременность во всем мире является одной из актуальных проблем, связанных с проблемами репродукции. К сожалению, до сих пор, нарушенная эктопическая беременность в некоторых случаях, приводит к материнской смертности. Подозрение на внематочную беременность требует полного клинико-диагностического обследования и госпитализации пациентки в гинекологическое отделение. В большинстве случаев, эктопическая беременность локализуется в маточной трубе. Чаще всего, по данным литературы, пациентки с внематочной беременностью подвергаются оперативному лечению, что в последующем негативно отражается на репродуктивной функции женщины, поскольку удаление эктопической беременности приводит как к удалению трубы, так и к ее травмированию, что увеличивает риск повторной внематочной беременности. Выбор вида оперативного вмешательства на маточной трубе при внематочной

беременности должен быть персонифицированным и адекватным конкретной клинической ситуации. В данной работе проведен анализ различных видов оперативных вмешательств на маточных трубах при эктопической беременности.

**Цель исследования:** оценить степень необходимости выбора методики оперативного вмешательства для пациенток с внематочной беременностью.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для нашего исследования послужили данные историй болезни 100 пациенток с диагнозом «внематочная беременность» в возрасте от 19 до 44 лет, находящихся на стационарном обследовании и лечении в гинекологическом отделении за период с 2021- 2022 гг. РНЦЭМП БФ отделение гинекологии и пролеченные оперативным путем. Обследование пациенток включало стандартный комплекс клинико-диагностических мероприятий, включая трансвагинальное сканирование органов малого таза (УЗС), исследование сыворотки крови на  $\beta$ -субъединицу хорионического гонадотропина человеческого ( $\beta$ -ХГЧ), диагностическая лапароскопия, лапаротомия.

**Результаты исследования.** Из 100 пациенток были прооперированы лапароскопическим доступом 95 (95%), только 5(5%) подверглись лапаротомии. Все оперативные вмешательства были разделены на 4 группы: лапароскопия сальпингэктомия (ЛС СЭ)-63 случая (63%), лапароскопия сальпинготомия (ЛС СТ)-17 случаев (17%), лапароскопия милкинг (ЛС М)-12 случая (12%), лапаротомия сальпингэктомия (ЛТ СЭ)- 8 случаев (8%). Во всех 4-х группах средний возраст пациенток соответствовал репродуктивному возрастному периоду, согласно критериям ВОЗ (15- 49 лет) и варьировал от 19 до 44 лет. Большая часть прооперированных женщин вошла в возрастной период 20-34 года и составила 81% (n=81). Соматический анамнез был более отягощен в группе ЛТ СЭ, поскольку практически все пациентки, подвергшиеся лапаротомии, имели в анамнезе предыдущие

оперативные вмешательства на органах брюшной полости, и составил 93% (4 человек). Внематочные беременности в анамнезе были у больных во всех группах, максимально в группе ЛС СТ-8 (53,1%) указывая на то, что сальпинготомия не улучшает репродуктивные перспективы по сравнению с сальпингэктомией. Минимальное количество внематочных беременностей в анамнезе выявлено у пациенток из группы ЛТ СЭ-3(50%), в остальных группах этот показатель был примерно на уровне 70-76 %. ИППП отмечают в анамнезе во всех группах. Самый большой процент ИППП выявлен в группе ЛС СТ-26,2%, в группе ЛС СЭ-7,7%, ЛС М-9,8%, в группе ЛТ СЭ-6,7%. Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе встречаются во всех группах, минимальное процентное число-в группе ЛС СТ-16,5%, в других группах-на уровне 40%. Спаечный процесс малого таза выявлен во всех группах оперативных вмешательств и составил 67% (67), что подтверждает тазовые перитонеальные спайки как значимый фактор формирования внематочной беременности. Максимальное число больных со спаечным процессом обнаружено в группе ЛС СЭ-63,6%, минимальное-в группе ЛТ СЭ-46,7%. В остальных группах спаечный процесс выявлен на уровне около 57%. Всем пациенткам в комплексе клинико-диагностических мероприятий проводилось трансвагинальное УЗИ органов малого таза, исследование сыворотки крови на  $\beta$ -ХГЧ. Максимальные значения уровня  $\beta$ -ХГЧ сыворотки крови на этапе предоперационного обследования был в группе ЛС СЭ и составил 34100МЕ\л. Минимальный показатель  $\beta$ -ХГЧ-20 МЕ\л-выявлен в группе ЛС СТ. При консервативных вмешательствах средний уровень  $\beta$ -ХГЧ был на уровне 1318- 1553 МЕ\л в группах ЛС М и ЛС СТ соответственно. Статистически достоверная разница выявлена в показателях  $\beta$ -ХГЧ сыворотки крови между группой ЛС СЭ и группами ЛС СТ, ЛС М. В послеоперационном периоде в случае органосохраняющих вмешательств на маточных трубах, проводилось исследование крови на  $\beta$ -ХГЧ через 48 ч.

Практически во всех случаях отмечалась положительная динамика снижения уровня  $\beta$ -ХГЧ более, чем в 2 раза, что свидетельствовало об эффективности оперативного вмешательства. Так, в группе ЛС СТ снижение уровня  $\beta$ -ХГЧ менее, чем в 2 раза, отмечено в 2-х случаях-1,4%, а в группе ЛС М-в 1 случае-1,2%. В послеоперационном периоде уровень  $\beta$ -ХГЧ статистически отличался между группами ЛС СТ и ЛС М, в группе ЛС М он был достоверно выше. В большинстве случаев, независимо от вида оперативного вмешательства, результаты и заключение УЗИ соответствовало диагнозу «Внематочная беременность» и составляло от 80% до 94,5%. По данным оперативных вмешательств выявлена беременность в 52 (52%) случаях в левой маточной трубе и в 48 (48%) случаях в правой. При этом, локализация внематочной беременности преобладала в ампулярном отделе во всех группах, что соответствует данным литературы. Клинический диагноз «внематочная беременность» не подтвержден только в 4-х случаях (0,7%) в группе ЛС СЭ, что было основано на данных патоморфологического исследования. Максимальное время пребывания в стационаре отмечается в группе ЛТ СЭ-6,9 к/дней. В случае лапароскопического доступа во всех группах средний показатель пребывания в стационаре колебался около 4 к/д, что соответствует данным литературы. Однако, статистически достоверная разница в пребывании в стационаре, была выявлена между группами ЛТ СЭ и ЛС СЭ, ЛС СТ, ЛС М, что вполне закономерно, в связи с особенностями послеоперационного периода после полостных операций. Все пациентки были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Однако, в 2-х случаях при проведении лапаротомических сальпингэктомий были отмечены осложнения: ранение кишки и кровопотеря 1400 мл. После консервативных вмешательств на маточных трубах (сальпинготомия, милкинг) мы контролировали уровень  $\beta$ -ХГЧ через 48 ч. после операции. Средний послеоперационный уровень  $\beta$ -ХГЧ в группе оперативных вмешательств составил 293 МЕ/л. Практически во

всех случаях отмечалась положительная динамика снижения уровня  $\beta$ -ХГЧ более, чем в 2 раза, что свидетельствовало об эффективности оперативного вмешательства. Так, в подгруппе ЛС СТ снижение уровня  $\beta$ -ХГЧ менее, чем в 2 раза, отмечено в 2-х случаях-1,4%, а в подгруппе ЛС М-в 1 случае 1,2%.

**Заключение.** Большую часть оперативных вмешательствах по поводу внематочной беременности составляют лапароскопические сальпингэктомии. Любой вид оперативного вмешательства на маточных трубах несет негативные последствия в виде снижения репродуктивной функции и увеличения потребности в высокотехнологичных репродуктивных технологиях. Есть необходимость в создании алгоритма выбора оптимального метода ведения пациенток с внематочной беременностью с учетом персонифицированного подхода и сохранения детородной функции.

## **МИКРОБИОЦЕНОЗ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ СИГМОИДАЛЬНОГО КОЛЬПОПОЭЗА**

Негмаджанов Б.Б., Раббимова Г.Т., Фаттоева М.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт,  
Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** Пороки развития само по себе одна большая проблема современного общества, а пороки развития половых органов, особенно у лиц женского пола, приобретает еще большую актуальность в современной медицине. По данным современных авторов пороки развития женских половых органов составляют 4-5% от всех врожденных аномалий.

Одной из распространенных аномалий половых органов является синдром Ракитанского - Майера-Хаузера. Для успешного его лечения используется сигмоидальный кольпопоз. В 90% всех наблюдений аплазии влагалища приходится на



синдром Рокитанского Кюстера-Майера-Хаузера и только в 7% случаев наблюдается аплазия влагалища при функционирующей матке. После сигмоидального кольпопоза создается неовлагалище, О рН показателях и о развитии, становлении микробиоценоза которого почти нет данных, это показывает необходимость и актуальность изучения данной области.

**Цель.** Выявить особенности микробиоценоза искусственного влагалища после операции сигмоидального кольпопоза.

**Материал и методы исследования:** Обследованию подлежали 30 пациенток после сигмоидального кольпопоза, наблюдавшихся за период 2010-2020 г.г. в частной клинике «Доктор», которые вошли в основную группу, контрольную группу составили 30 женщин без патологий микрофлоры влагалища. Выполнены общеклинические, микроскопические и бактериологические методы исследования, а также рН метрия неовлагалища.

**Результаты исследования.** После операции пациентки предъявляли жалобы на обильную секрецию из половых путей, незначительны кровянистые выделения после полового акта.

Нормальные показатели рН влагалищной среды у пациенток контрольной группы составили от 3,8 до 4,5. Это кислая среда поддерживает в нормальную микрофлору влагалища, не давая развиваться патогенным бактериям. Создание искусственного влагалища выполняется из ректосигмовидного отдела кишечника, и рН –метрии выявляется как щелочная (8,5–9,0). По данным исследователя Чуркина И.А., кислотность сока толстой кишки составляет 8,5 рНб и возрастает до 9,5 в нижних отделах толстой кишки – в области ректосигмоидального перехода. В проведенном нами исследовании при помощи специальных полосок для рН-метрии показатели равнялись 9,1.

При микроскопическом исследовании содержимого искусственного влагалища у 23 (76,7%) наблюдалась микроскопическая картина воспалительного процесса (III-IV

степень). У 4 (13,3%) пациенток основной группы определен трихомониаз (МКБ 10 – код N 89.8). Обращает на себя внимание количество лейкоцитов (ЛЦ) в поле зрения во влагалищных и цервикальных мазках: у 10 (33,3%) пациенток в неовагинальных образцах значения ЛЦ менее 15 в п/зр., у остальных 13,4% (4) пациенток лейкоциты составили от 20-40 в поле зрения, более 40 в поле зрения выявлено у 53,3% (16) ( $p<0,05$ ) пациенток основной, относительно группы контроля. При микроскопии мазка, окрашенного по Граму, при резком снижении ( $p<0,05$ ) количества лактобактерий были обнаружены грамположительные кокки, грамотрицательная флора, преобладание в неовагинальных мазках смешанной микрофлоры у 40,0%, дрожжеподобные грибы рода *Candida* в мазках отмечалось также были у 12 (40%) пациенток основной группы, «ключевые» клетки обнаружены у 26,7% ( $p<0,05$ ) (табл.1).

Таблица 1

Состояние микрофлоры неовлагалища при микроскопическом исследовании

Микроскопия (по Граму)	Контроль, n=30		Основная группа, n=30	
	абс.	%	абс.	%
ЛЦ <15 в п.з.	27	90,0	10	33,3**
ЛЦ от 20-40 в п.з.	-	-	4	13,4**
ЛЦ >40 в п.з.	-	-	16	53,3**
Плоский эпителий	28	93,3	-	-
<i>Trichom. vaginalis</i>	-	-	4	13,3
«Ключевые клетки»	-	-	8	26,7*
Грибы <i>Candida</i>	6	20,0	12	40,0*
Слизь	-	-	27	90,0**
Лактобактерии	30	100,0	1	3,33**

Примечание: \* – различия относительно данных контрольной группы значимы (\* –  $p<0,05$ , \*\* –  $p<0,01$ ).

При изучении состояния искусственного влагалища установлено развитие бактериального вагиноза, которое сопровождается резким уменьшением концентрации физиологической бактериальной флоры, метаболизирующей гликоген, прежде всего лактобацилл. На этом фоне заметно возрастает уровень популяций облигатно- и факультативно-анаэробных микроорганизмов, среди которых можно выделить *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* spp., и др. При воспалительных заболеваниях искусственного влагалища увеличивается роль условно-патогенной флоры, характеризующаяся ростом резистентности возбудителей болезни к лекарственной терапии, высокой частотой рецидивирования и хронизации, что создает значительные трудности в лечении пациентов, и требует дальнейшего изучения и совершенствования методов лечения.

## **РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ФОРМА ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ**

Ниязметов Рахматулла Эрматович., Хабибуллаев Дилшод  
Маруфбаевич

(Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра акушерства и гинекологии, Узбекистан)

**Введение:** Рецидивирующий холестатический гепатоз беременных (РХГБ) - это транзиторная печеночная дисфункция, возникающая преимущественно в третьем триместре беременности и серьезно нарушающая ее течение. Эта патология на протяжении многих лет является одной из наиболее актуальных проблем научного и практического акушерства и, несмотря на многочисленные научные исследования, далека от своего решения. РХГБ не имеет специфической клинической картины - кроме зуда, поэтому нередко его первые симптомы оцениваются как пищевая аллергия, дерматоз, вирусный гепатит, что затрудняет своевременную диагностику заболевания.

Целью нашей работы явилось, отразить особенности клинического течения и лабораторной диагностики у беременных с рецидивирующим холестатическим гепатозом.

**Материалы и методы:** Обследовано 109 беременных с РХГБ, которые находились в родильном комплексе №2 г.Ташкента за период с 2009-2018гг. Все беременные подвергались комплексному обследованию, включающему традиционные клинико-лабораторные, вирусологические, иммунологические и эхографические.

**Результаты:** Одним из специфических клинических признаков РХГБ, по нашим данным был кожный зуд, который отмечен у всех 109(100%) беременных, из них умеренный - у 27(24,7%), сильный – у 82(75,2%). Диспепсические явления в более тяжелой стадии наблюдались в 1,5 раза чаще. У наших беременных потеря массы тела отмечалась у 30,9% женщин. Появление этого симптома мы связываем с нарушением питания и диспепсическими явлениями со стороны желудочно-кишечного тракта.

Изменения со стороны ЦНС у беременных с РХГБ характеризовались головными болями у 11(10,0%), нарушением сна –у 102(93,5%) при этом сознание было сохранено у всех 100% беременных в отличие от различных гепатитов, которые нередко сопровождаются развитием коматозных состояний. Наиболее тяжёлым клиническим проявлением РХГБ явился ДВС-синдром, признаки которого обнаруживались у 7(6,4%) беременных и наиболее характерными для ДВС-синдрома были кожные петехиальные кровоизлияния различных размеров, которые наблюдались у 2(1,8%) пациенток, кровотечения из матки в послеродовом периоде более 1500,0 мл у 4(3,6%) женщин. В момент установления диагноза РХГБ, средний показатель общего билирубина была  $68,2 \pm 4,2$  мкмоль/л. Характерным для ХГБ было превалирование показателя прямой фракции билирубина.

Показатели АЛТ и АСТ у 69(63,3%) беременных увеличены в 3 раза, у 13 беременных находились на уровне верхней границы нормы. Ферменты АЛТ и АСТ с момента установления диагноза повысились в среднем от нормального значения в 2,1 и 1,6 раза, и составили соответственно  $1,33 \pm 0,04$  ммоль/л и  $0,76 \pm 0,07$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Активность АЛТ и АСТ, как индикаторов синдрома цитолиза, у беременных с РХГБ особо высоких значений не приобретала. Анализ данных показал, что уровень тимоловой пробы был повышенным в 2,4 раза, вследствие диспротеинемии и возможно перенесенного гепатита в анамнезе. **Заключение:** Таким образом, наши исследования показывают, что рост общего билирубина в 3 раза с преобладанием прямой фракции, увеличение АЛТ и АСТ в 2,1 раза, снижение показателей свертывающей системы, гипопропротеинемия, увеличение показателей щелочной фосфатазы, являются основными лабораторными диагностическими критериями, характерными для ХГБ.

## **РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ФЕНОТИПОВ ЖЕНЩИН ПРИ РЕЦЕДИВИРУЮЩЕМ ПОЛИКИСТОЗЕ ЯИЧНИКОВ**

Халимова Э.М.<sup>1</sup>, Каримова Н.Н.<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Бухарский государственный медицинский институт, Бухара  
Узбекистан

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем современной гинекологии является поликистоз яичников, при этом функциональные кисты яичников возникают у 60% женщин репродуктивного возраста и имеет тенденцию к увеличению, возрастая с 6-12% до 25% (Д.А. Волченков и соавт., 2019).

Согласно клиническому протоколу «СПКЯ в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению) (Москва, 2018), выделяют четыре фенотипа синдрома: основной [фенотип А], для которого характерны все три

составляющие синдрома (ановуляция, гиперандрогения, эхографические признаки поликистоза яичников); ановуляторный [фенотип В] (ановуляция, гиперандрогения); овуляторный [фенотип С] (гиперандрогения, эхографические признаки поликистоза яичников) и неандрогенный [фенотип D] (ановуляция, эхографические признаки поликистоза яичников).

**Цель исследования** — изучение распределения пациенток с СПКЯ рецидивирующего характера согласно фенотипам.

**Материалы и методы исследования.** Диагноз СПКЯ устанавливался на основании критериев Американского и Европейского обществ репродукции (Роттердам, 2003). Средний возраст пациенток группы составил  $26,06 \pm 4,39$  года. Индекс массы тела —  $25-29,9$  кг/см<sup>2</sup>. Основной причиной обращения пациенток было бесплодие (первичное — у восьми, вторичное — у 22 женщин). Всем пациенткам проводилось комплексное обследование согласно клиническому протоколу. Забор крови для гормонального анализа осуществлялся на третий день менструального цикла.

**Результаты и их обсуждение.** В результате обследования женщин основной фенотип определён у 16 (53,3%) пациенток; овуляторный — у восьми (26,6%); неандрогенный — у четырёх (13,6%); ановуляторный — у двух (6,6%). Пациентки с основным фенотипом находились в возрасте от 20 до 33 лет (средний возраст  $26,65 \pm 3,88$  года). Овуляторная дисфункция по типу олигоменореи и поликистозная морфология яичников по УЗИ были у восьми женщин. Объём яичника составил от 8,1 до 16,2 см<sup>3</sup>. Уровень общего тестостерона —  $2,19 \pm 0,66$  нмоль/л. Пациентки с овуляторным фенотипом находились в возрасте от 22 до 32 лет (средний возраст  $24,36 \pm 4,97$  года). Нарушение менструальной функции не отмечалось. Поликистозная морфология яичников по УЗИ определена у шести женщин. Объём яичников составил от 10,8 до 17,6 см<sup>3</sup>. Уровень общего тестостерона —  $1,97 \pm 0,61$  нмоль/л. Пациентки с неандрогенным фенотипом находились в возрасте от 20 до 30 лет

(средний возраст  $26,62 \pm 4,66$  года). Менструальный цикл по типу олигоменореи и поликистозная морфология яичников по УЗИ были у четырёх женщин. Объём каждого яичника составил от 11,3 до 16 см<sup>3</sup>. Уровень общего тестостерона —  $1,57 \pm 0,46$  нмоль/л. Пациентки с ановуляторным фенотипом находились в возрасте от 22 до 31 года (средний возраст  $18,6 \pm 2,19$  года). Менструальный цикл по типу олигоменореи и поликистозная морфология яичников по УЗИ были у двух женщин. Объём каждого яичника соответствовал норме и составил от 7,4 до 9,1 см<sup>3</sup>. Уровень общего тестостерона также соответствовал норме и находился в пределах от 1,24 до 2,93 нмоль/л.

**Выводы.** Таким образом, среди обследованных пациентов у 53,3% был выявлен основной фенотип или классическая форма СПКЯ, в остальных случаях определялись неполные фенотипы, которые диагностировались гораздо реже. Проведённое исследование подтверждает важность определения фенотипа у женщин с СПКЯ с обязательным отражением его в диагнозе.

## **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ПРИМЕНЯЮЩИХ ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ**

Хамдамова М.<sup>1</sup>, Нигматова Г.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Бухарский медицинский институт

<sup>2</sup>Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Проблема контрацепции, обеспечивающая эффективную регуляцию рождаемости в последние десятилетия, остается актуальной проблемой гинекологии. Внутриматочные спирали (ВМС) являются одним из наиболее эффективных методов контрацепции, применяемых, в нашем регионе, однако исследования последних лет показывают, что применение ВМС приводит к ряду осложнений воспалительного характера, увеличивают менструального кровопотерю.

Особенностью нашего региона является многодетность, высокая частота экстрагенитальной патологии, которые увеличивают риск развития осложнений при использовании внутриматочных спиралей. Все это указывает о небезопасности применения ВМС и необходимости разработки лечебных и профилактических мероприятий у этого контингента женщин.

**Цель исследования:** Разработка лечебных и профилактических мер предотвращению возможных осложнений у женщин, применяющих ВМС.

**Материал и методы:** Обследованы 75 женщин с внутриматочными спиралями. Средний возраст составлял от 20 до 45 лет. Из 75 женщин первородящие составляли - 27, имеющие в анамнезе 2 родов составили 32 женщин и количество многорожавших было 11.

В зависимости от длительности ношения внутриматочных спиралей обследуемые были распределены на 3 группы. I группу составили 25 женщин длительностью ношения ВМС в течение 1 года. II группу составили 25 женщин, длительность ношения ВМС которых составляла 2 года и III группу составили 25 женщин с длительностью ношения ВМС в течение 3-х лет. У всех женщин были проведены исследования показателей красной крови.

**Результаты и их обсуждение.** Проведенные исследования показали, что у I-ой обследуемой группы женщин у 22 (88 %) выявлена анемия I степени. Исследование красной крови у II группы женщин показало, что у 17 (68%) обследуемых отмечалось анемия I степени, у 5 (20%) женщин наблюдалось анемия II степени. Исследование проведенное у III группы женщин внутриматочные спирали выявило, что у 4 (16%) женщин отмечалось анемия I степени, у 19 (76%) женщин анемия II степени и у 2 (8%) женщин анемия III степени. Динамическое наблюдение женщин с внутриматочными спиралями показало значительное снижение уровня гемоглобина



по мере возрастания длительности их ношения, но не достигающее до критического уровня.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что ВМС при всех их достоинствах, имеют ряд недостатков: увеличение длительности менструальных дней и количества теряемой крови, которые приводят к развитию железодефицитной анемии. Это в свою очередь диктует необходимость своевременного проведения лечения анемии у женщин, применяющих ВМС. Также необходим динамический контроль за показателями красной крови у всех женщин, применяющих ВМС.

## **ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ МОРФО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК ДО И ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ АДНЕКСЭКТОМИИ**

Хамзин И.З.<sup>1</sup>, Соломатина А.А.<sup>1</sup>, Тюменцева М.Ю.<sup>1</sup>, Братчикова О.В.<sup>1</sup>, Гашимова А.И.<sup>1</sup>, Тумасян Е.А.<sup>1</sup>, Халифаева З.З.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Российский Национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация.

**Актуальность.** В настоящее время, все больше внимания уделяется опосредованным изменениям в эндометрии на фоне скомпрометированной овариальной ткани, приводящей к формированию «эндометриопатии». Оценка морфофункционального состояния железистого слоя матки после односторонней аднексэктомии, в доступной литературе отсутствуют.

**Цель исследования.** Оценить морфофункциональное

состояние эндометрия у пациенток репродуктивного возраста до и после односторонней аднексэктомии по данным 3D-УЗИ.

**Материалы и методы.** I группу составили пациентки (n=37) -оперированные по поводу эпителиальных опухолей; длительность заболевания  $3,5\pm 1,2$  лет, величина -  $13,8\pm 1,1$  см. II группу (n=33) - с герминогенными опухолями; длительность заболевания составила  $5,3\pm 1,2$  лет, величина образований  $6,3\pm 0,89$  см. В период «имплантационного окна» оценивали паттерн эндометрия, его толщину и объем, 3D-индексы кровотока: васкуляризации (VI%), потока (FI) и индекс сосудистого потока (VFI). Оценивался овариальный резерв (ОР) согласно критериям консенсуса ESHRE от 2011, 2022гг: Низким ОР признавался при АМГ менее 1,1 нг/мл, неизменным - при АМГ 1,2–2,5 нг/мл.

Толщина и объем эндометрия во I группе до **оперативного лечения** составили  $6,2\pm 0,7$  мм, объем  $1,23\pm 0,2$  см<sup>3</sup>. Визуализировалась неоднородность и асимметрия передней и задней стенок эндометрия. У 4 (10%) выявлены ЭХО-признаки «хронического эндометрита», что по видимому обусловлено внутриматочными вмешательствами в анамнезе. Субэндометриальный кровоток лоцировался у 24 (64,9%). Эндометриальный кровоток у исследуемых не идентифицирован. Индексы объемной гемодинамики для эндометриальной зоны свидетельствовали о сниженной перфузии (VI%= $2,41\pm 1,43$ ; FI= $20,12\pm 7,13$ ; VFI= $0,19\pm 0,21$ . АМГ= $0,92\pm 0,4$  нг/мл, что характеризовало низкий ОР.

Значения толщины и объема эндометрия в **через 6-12** месяцев после операции были снижены в 1,3 раза при сопоставлении с предыдущим исследованием. Выявлена запоздавшая трансформация эндометрия, узор не соответствовал периоду «окна имплантации». Субэндометриальный кровоток лоцировался у 15 (45,4%). Эндометриальный — только у 5 (15,1%). Индексы объемной перфузии свидетельствовали о снижении гемодинамики в терминальных ветвях маточных артерий в 1,5 раза в сравнении с данными до операции.

Зафиксировано снижение ОР в 1,2 раза ( $0,92 \pm 0,4$  нг/мл).

**В II группе до оперативного лечения** эндометрий соответствовал средней фазе секреции, толщина  $8,8 \pm 1,1$  мм, объем  $1,93 \pm 0,1$  см<sup>3</sup>. Субэндометриальный кровоток лоцировался у 29 (87,9%), эндометриальный - у 20 (60,6 %). Количественные значения объемной перфузии составили в эндометриальной зоне: VI%= $6,45 \pm 1,40$ ; FI= $31,62 \pm 11,02$ ; VFI= $0,27 \pm 0,21$ ; субэндометриальной: VI%= $21,82 \pm 3,56$ ; FI= $31,32 \pm 10,66$ ; VFI= $0,25 \pm 0,44$ , концентрация АМГ ( $1,3 \pm 0,5$  нг/мл) достоверно не различались от средних популяционных значений.

**Через 6-12 месяцев** отмечено, увеличение толщины и объема искомого в 1,2 раза при сопоставлении с показателями предыдущего исследования. Эндометриальный кровоток зафиксирован у 35 (94,6%), субэндометриальный – у 10 (27,02%). Отмечено улучшение в показателях маточной гемодинамики: увеличение индексов объемного кровотока в 1,3 раза по сравнению с предыдущим исследованием, тенденция к увеличению сывороточного АМГ ( $1,12 \pm 0,2$  нг/мл).

**Выводы.** У пациенток с герминогенными опухолями к году отмечается компенсаторное восстановление генеративного аппарата яичника, но и опосредованное улучшение рецептивности эндометрия. Противоположная картина отмечена в группе с эпителиальными опухолями, выражающаяся снижением АМГ, и опосредованно изменениями в эндометрии, что по-видимому обусловлено величиной и морфологической структуры опухоли.

# FACTORS AFFECTING THE SUCCESS OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN A GROUP OF PATIENTS WITH LOW OVARIAN RESERVE

Mirzakhmedova N.A.<sup>1</sup>, Atahodjaeva F.A.<sup>2</sup>, Khikmatillaeva N.A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Multiprofile Hospital Doctor D, Tashkent, Uzbekistan

<sup>2,3</sup> Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

**Absrtract.** The onset of clinical pregnancy and the birth of a healthy child in women of older reproductive age with reduced ovarian reserve is an extremely urgent problem in reproductive medicine. Poor ovarian response to controlled ovarian stimulation (COS) is a limiting factor in the effectiveness of in vitro fertilization (IVF) programs, leading to an increase in the frequency of cycle cancellation and a decrease in the frequency of pregnancy and childbirth.

**The purpose** of the study was to determine the effectiveness of adjuvant therapy before controlled ovarian stimulation in women of late reproductive age with low ovarian reserve (POSEIDON group 4).

**Materials and research methods.** A retrospective single-center cohort study of 85 IVF cycles in 72 women of late reproductive age with low ovarian reserve (antral follicle count (AFC)<5, AMH<1.2 ng/ml) was carried out. The patients were comparable in age and the number of antral follicles, and the male factor of impaired fertility was excluded. For the selection of patients in groups, the POSEIDON classification was used, the characteristics corresponded to the 4th group according to the classification. The subjects were divided into two groups. Group 1 consisted of 32 women who were stimulated with gonadotropins (rFSH + hMG at a dose of 225 U + 75 U) according to a short protocol. In group 2, 40 women underwent adjuvant therapy (DHEA, Coenzyme Q10) and PRP therapy with endometrial pipel biopsy during 1 cycle before stimulation. The criteria for evaluating the effectiveness were the number of mature oocytes (MII), the percentage of fertilization and blastocyst formation, and the onset of clinical pregnancy.

**Results and its discussion.** The average number of follicles obtained in the program was 3.6 in the first group, 4.1 in the second, the number of mature oocytes was 2.7 in the first group and 3.2 in the second. The percentage of fertilization and formation of blastocysts in groups 1 and 2 was 80.3% and 82.6%, respectively. The results of the onset of clinical pregnancy in groups 1 and 2 were 77 and 80.7%, in the second group, two women (5%) spontaneously became pregnant after the therapy.

**Conclusion.** In women with poor ovarian reserve, the use of adjuvant therapy before the start of controlled ovarian stimulation significantly increases the effectiveness of the IVF program. An increase in the thickness of the endometrium directly correlates with an increase in AMH and AFC, which leads to an improvement in the quality of oocytes and an increase in the frequency of chemical and clinical pregnancy. It is recommended to use androgen and estrogen priming in women with low ovarian reserve as adjuvant therapy before an ART cycle.

## **РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ГЕНЕЗЕ ДИСМЕНОРЕИ**

Ходжаева А.С., Джураева Д.Л., Тиллабаева Д.М.

Центр развития повышения квалификации медицинских работников, кафедра Акушерства и гинекологии. Ташкент, Узбекистан.

Реферат: Изучены клинико-лабораторные показатели у девочек-подростков с дисменореей воспалительного генеза. Выявлена корреляционная зависимость между отягощенным преморбидным фоном и дисменореей. Показатели цитокинового и гормонального профилей являются патогенетическими звеньями дисменореи, позволяют корректировать и прогнозировать исход заболевания.

Ключевые слова: дисменорея, девочки-подростки, коронавирусная пандемия, воспаление, преморбидный фон, гормональный профиль, цитокины (интерлейкины

Актуальность. Частота дисменореи у девочек-подростков в условиях пандемии COVID-19 растет ( 25-29%%) в результате срыва регуляторных и адаптативных механизмов, нарушения гипоталамо-гипофизарно-яичниково-маточных взаимосвязей. [2,5,7 ].

В связи с чем, **целью** нашего исследования явилось изучение особенностей нарушений менструального цикла у девочек-подростков в условиях коронавирусной пандемии

Материал и методы исследований: Обследованы девочки-подростки (n=80) от 10 до 19 лет ( 14.7 ±4.4г) дисменореей согласно гинекологическим стандартам обследования. Дополнительно определяли уровни половых гормонов и цитокинов ( интерлейкинов) в сыворотке крови методом RANDOX Biochip Хемилюминесцентного анализа согласно протоколам фирм-производителей наборов реагентов. В целях репрезентативности сравнительного анализа из 80ти обследованных тематических пациенток были сформированы две группы: 1 группа – дисменорея возникла на фоне воспаления ( без COVID-19) n=40; 2 группа – дисменорея возникла после перенесенного COVID-19 (n=30). Контрольную группу составили 20 пациенток с нормальным менструальным циклом.

Результаты исследований: Анализ преморбидного фона выявил множественные соматические ( заболевания гепатобиллиарного комплекса 32%, заболевания щитовидной железы 28%, болезни почек 18%, хронические тонзиллиты 29%), анемию – 47%. Гинекологический анамнез осложнен воспалительными заболеваниями органов малого таза: вульвовагиниты- 79%-86%-соответственно; аднекситы -28%-59% соответственно. Налицо отягощение преморбидного фона разносистемными заболеваниями воспалительного генеза. Наслоившаяся коронавирусная инфекция усугубила имеющиеся нарушения. В связи с чем, нами были изучены показатели цитокинов, класс интерлейкинов. У пациенток обеих групп отмечено повышение уровней провоспалительных цитокинов. В первой группе

показатели ИЛ4-  $2.16 \pm 0.84$  pg/ml; ИЛ6-  $4.11 \pm 1.1$  pg/ml; ИЛ8-  $14.19 \pm 1.21$  pg/ml; ИЛ10-  $0.02 \pm 0.03$  pg/ml. Более выраженные изменения у пациенток второй группы – провоспалительные цитокины в 3.5 раза выше (ИЛ6-  $7.83 \pm 1.23$  pg/ml; ИЛ8-  $19.3 \pm 2.43$  pg/ml) ,в то время как уровень противовоспалительных интерлейкинов был снижен ( в 2 раза) у этой же группы пациенток (ИЛ4-  $1.88 \pm 0.51$  pg/ml; ИЛ10-  $0.56 \pm 0.02$  pg/ml). Контроль: ИЛ4-  $0.88-2.63$  pg/ml; ИЛ6-  $0.00-2.113$  pg/ml; ИЛ8-  $0.95-14.11$  pg/ml; ИЛ10-  $0.04-1.05$  pg/ml). Концентрации гонадотропных гормонов ФСГ ( $2.3-3.6$ МЕ/л) и ЛГ (  $2.1-5.3$ МЕ/л) оставались в пределах референсных значений, тогда как величина эстрадиола и прогестерона в сравниваемых группах снизились  $147.6 \pm 11.04$  пм/л и  $129.7 \pm 12.53$  пм/л,  $2.5 \pm 0.9$  нм/л и  $1.9 \pm 0.4$  нм/л соответственно, причем во второй группе более значительно, что указывает на более выраженную яичниковую недостаточность у этих пациенток.

**Обсуждение.** Причинно-следственные взаимосвязи воспаления и дисгормоноза очевидны. Индикаторы воспаления – интерлейкины – являются маркерами, позволяющие выработать наиболее эффективные методы коррекции возникших гормональных нарушений ( дисменореи), мониторировать и прогнозировать исход заболевания

### **Выводы:**

1. Разносистемные заболевания воспалительного генеза негативно влияют на становление менструальной функции у девочек-подростков и выступают в роли триггеров репродуктивных расстройств.

2. Коронавирусная инфекция (пандемия COVID-19) оказывает агрессивное воздействие на формирующуюся репродуктивную систему девочки-подростка, что приводит к нарушению центральных и периферических механизмов регуляции гормонального баланса с вовлечением изменений со стороны цитокинового статуса.

# АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ РАЗРЫВОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ И ГЕСТАЦИОННЫМ ДИАБЕТОМ

Холматова Ш.Ш.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

По данным Всемирной Организации здравоохранения у 20 % беременных женщин развиваются жизнеугрожающие патологии, требующие неотложных вмешательств и высокой квалифицированной медицинской помощи. В многих работах отмечено, разрывы у первородящих встречаются в 4 раза чаще, чем у повторнородящих и составляют 60% случаев. Из наиболее чаще встречающихся родовых травм, несмотря на высокопрофессиональную помощь в защите промежности, является разрыв промежности во втором акте родов. Не менее редко встречающимися являются разрывы шейки матки (32% рожениц), у первородящих более чем в 5 раз встречается чаще – 28%, у повторнородящих – 5% . Разрывы мягких тканей у беременных женщин с сахарным и гестационным диабетом более опасны чем у здоровых роженец, так как процесс заживляемости ран очень длительный и за частую осложняется присоединением гнойных процессов.

С конца 20-ого века в мире стала широко использоваться с целью профилактики глубоких разрывов мягких тканей - эпизиотомия или перенеотомия. Особенностью методов является рассечение промежности, что позволяет увеличить размеры вульварного кольца до 5-6 см, это существенно облегчает процесс и предупреждает разрывы промежности. Такой метод хирургического рассечения имеет ряд достоинств, так, например рана имеет линейный характер и ровные края, что будет способствовать заживлению ткани без разможнения, представляется возможность послойного зашивания раны, восстанавливая единство тканей к первоначальному виду. При



благоприятных условиях заживление раны происходит первичным натяжением. Эффективной профилактикой разрывов является точная техника приема родов для выведения головки плода, плечевого пояса, передней и задней ручек.

Профилактикой разрывов в первую очередь будет подготовка шейки матки к родам, то есть необходимо соблюдение зрелости структур, в особенности важно для женщин первородящих и женщин с расположенностью к перенашиванию плода. С учетом и соблюдением правильной техники принятия родов, наложении акушерских щипцов, при своевременном использовании расслабляющих миометрий матки средств и анальгетиков разрывов шейки матки не наблюдается. В начальном периоде беременности женщинам рекомендована профилактика ущемления шейки матки между головкой плода и лобковым сочленением, которая проводится специалистами, с целью определения группы риска по вероятности разрыва матки. Женщинам, находящимся в группе риска, рекомендуется находиться под наблюдением в стационарах, где индивидуально будет предоставлена консультация, с подробным разбором течения беременности, а в послеродовом периоде специалисты объяснят, как правильно ухаживать за швами и половыми органами во избежание осложнений.

Высокую эффективность показало применение БИОлуч (первые 5 послеродовых дней), который улучшает микроциркуляцию в области швов, промежности. Благодаря данному методу физиотерапевтического лечения наблюдается ускорение заживления и рассасывание швов, также специальные лучи определенного спектра обеспечивают тепловое и другие виды влияния на ткани. Применение БИОлуча снижает боли в области рубца, в свою очередь рубец на промежности становится практически незаметным.

Еще один метод, который показал свою эффективность – это электролечение. Он основывается на эффективном введении фармакологического препарата и воздействии гальванического тока (электрофорез), высокоэффективность заключается в

активации высших нервных центров, опосредовано рефлекторно через возбуждение рецепторов кожи.

Электрофорез имеет достаточно преимуществ в лечении гнойно-воспалительных осложнений и осложнений отдаленного периода после рассечения промежности. Метод также применяется для лучшего рассасывания рубцов. Препараты, введенные методом электрофореза в 10 раз меньше по количеству, но сохраняющие высокую терапевтическую эффективность, по сравнению к обычному способу введения.

Под воздействием постоянного тока ионы проникают в клетки тканей, в коже, где создается депо лекарственного вещества, в котором оно сохраняет свою фармакологическую активность в течении нескольких суток, медленно и равномерно поступает в кровь, разносится по всему организму, оказывая лечебное действие на ткани и клетки, наиболее чувствительные к данному препарату. С помощью электрофореза возможно вводить лекарственные препараты разного рода: анальгетики, антибиотики и тд. Электрофорез показан пациентам с гнойно-воспалительными заболеваниями и для ускорения затягивания рубца. К тому же электрофорез показал свое эффективное воздействие на микроэлементы, благодаря нему происходит хорошая диссоциация элементов в воде (медь, йод, магний и кальций), что позволяет улучшить регуляцию метаболических процессов в организме. Так например ионы кальция принимают участие в регуляции тонуса гладкой мускулатуры, свертывания крови и способствуют восстановительным механизмам организма после кровопотери при родах. Однако данная физиотерапевтическая процедура противопоказана женщинам с рубцово-спаечными процессами малого таза, так как кальций способствует уплотнению спаек. Альтернативой может служить электрофорез с использованием йода, для рассасывания спаек брюшной полости. Электрофорез ихтиола, лидазы и алоэ использует с целью размягчения рубцов и спаек.

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МНОГОВОДИЯ У ОДНОПЛОДНЫХ БЕРЕМЕННЫХ.

Шерлиева Г.У<sup>1</sup>., Матякубова С.А<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Хорезмский областной перинатальный центр, Ургенч,  
Республика Узбекистан.

<sup>2</sup>ТМА Ургенчский филиал, Ургенч, Республика Узбекистан.

**Актуальность:** многоводие (гидрамнион) – акушерская проблема, характеризующиеся чрезмерным накоплением амниотической жидкости (околоплодных вод), где когда индекс амниотической жидкости превышает 24 см. Согласно статистики данная патология встречается примерно у 1–1.5% беременных женщин. При этом важное значение придается исследованиям молекулярно-генетических аспектов развития патологии. [11]. Изучение цитокинового статуса (Интерлейкин-17), особенно в генетических аспектах раскроет основные механизмы развития данной патологии [1,3].

**Целью исследования** явилось оценка выявляемой аллельных вариантов и вариаций гена интерлейкина-17 у лиц в период беременности с наличием большого количества амниотической жидкости.

**Материал и методы исследования.** Процесс молекулярно-генетического анализа гена интерлейкина-17 был произведен у лиц 90 лиц в период беременности в возрастном промежутке от 19 до 38 лет. Среди них у 51 беременных диагностировано многоводие, что составило 56,6%, которые составили основную группу. А у 39 отмечали физиологическое течение беременности, которые составили контрольную группу. Выделение ДНК/РНК из всех биологических образцов крови проводили с помощью набора «Рибо-преп» (Интерлабсервис, Россия). Для выявления полиморфизма генотипа, состоящего из аллелей С/Г гена IL-17, из образцов ДНК были отобраны аллели-специфические праймеры от производителя.

**Результаты исследования.** Итоги исследований молекулярно-генетического характера гена (rs 612242) C/G гена ИЛ-17 показали, что функциональный аллель С в группе беременных с физиологическим течением встречался в 89,7% случаев (70/78), а в основной группе беременных с многоводием аллель С встречался - в 81,4% случаев (83/102), что в 1,1 раз было ниже по сравнению с контрольной группой. ( $\chi^2=2,43$ ;  $p < 0,12$ ; OR=0,5; 95% CI 0,21-1,21). Тогда как мутантный аллель «G» выявлялся у 19 – в группе беременных с многоводием, что составило 18,6% (19/102), а в группе контрольной группы беременных с физиологическим течением мутантный аллель G определялся в 10,3% случаях (8/78). ( $\chi^2=2,43$ ;  $p < 0,12$ ; OR=2,0; 95% CI 0,83 -4,85). Полученные данные свидетельствуют о том, что носительство неблагоприятного аллеля G (rs612242) гена ИЛ-17 может явиться диагностическим маркером предрасположенности к формированию многоводия, повышающей ее риск в 2 раза (OR=2,0). Полученные данные свидетельствуют, что частота ожидаемости явления многоплодия у беременных с гетерозиготными вариантами C/G гена ИЛ-17 повышается в 1,6 раза соответственно. Полученные результаты имеют статистически достоверный характер. ( $P < 0,05$ )

**Выводы:**

1. Анализ полиморфизма генотипов (rs612242) гена ИЛ-17 показал, что функциональный генотип C/C гена ИЛ-17 в контрольной группе выявлялся в 79,5% случаях (31/39), тогда как в основной группе составил – 70,6% случаев (36/51), что в 1,1 раз было ниже по сравнению с контрольной группы. ( $P < 0,05$ ). ( $\chi^2=3,31$ ;  $p < 0,19$ ; OR=0,62; 95% CI 0,23-1,66)

2. Полученные данные свидетельствуют о том, что носительство неблагоприятного аллеля G (rs 612242) C/G гена ИЛ-17 может явиться диагностическим маркером предрасположенности к формированию многоводия, повышающей ее риск в 2 раза (OR=2,0).

Таким образом, аллель G и гетеро/гомозиготные генотипы C/G полиморфизма гена ИЛ-17 являются значимыми маркерами повышенного риска развития многоводия у беременных в узбекской популяции. ( $P < 0.05$ ).

## **ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАМИКРОДОЗИРОВАННЫХ КОК В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Шерматова С.Э.<sup>1</sup>, Иргашева С.У<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Республика Узбекистан

В настоящее время широкое применение гормональных комбинированных оральных контрацептивов (КОК) у девушек подросткового возраста обусловлено их обладанием целым рядом положительных неконтрацептивных свойств. Опыт применения микродозированных эстроген гестагенных препаратов в подростковой гинекологии показал положительный эффект на коррекцию гиперандрогенных состояний, предменструальных синдромов, а также андрогензависимых дермопатий. Неоспоримо снижение нежелательных воздействий и побочных эффектов при снижении дозы эстрогенов в применяемых препаратах.

**Цель исследования.** Изучение влияния ультрамикродозированного КОК на некоторые показатели цитокинового статуса у девушек с олигоменореей, а также переносимость и наличие побочных эффектов в данной возрастной категории пациенток.

**Материалы и методы:** в исследовании участвовали 20 девушек подростков в возрасте 15-18 лет, наблюдавшихся в КСБ ГУ РСНПМЦ АиГ с 2021-2022гг, с олигоменореей неясной этиологии, которые составили основную группу. Контрольную группу составили 12 девушек подростков, того же возраста с

нормальным менструальным циклом, без хронических заболеваний.

Всем девочкам участвующим в исследовании проводилось определение ФСГ, ЛГ, эстрадиола, тестостерона, гормонов ЩЖ, а также исследование цитокинового статуса (ИЛ-1, ИЛ-6 и ФНО).

После получения информированного согласия на лечение и исключения противопоказаний к использованию гормональной терапии всем девочкам назначен комбинированный монофазный ультра микродозированный пероральный контрацептив, содержащий 15 мкг этинилэстрадиола и 60 мкг гестодена. Лечение начиналось с первого дня спонтанного или индуцированного натуральными гестагенами менструального цикла (по 10 мг 2 раза в день). Исследование цитокинового статуса проводилось дважды: до лечения и через 4 мес применения ультрамикродозированного КОК.

**Результаты и обсуждение.** Данные предварительного обследования выявили достоверное повышение исследуемых цитокинов в 2-2,5 раза по сравнению к группе контроля. Основная группа: ИЛ-1  $32,8 \pm 10,7$ , ИЛ-6  $40,4 \pm 15,1$ , ФНО- $\alpha$   $30,9 \pm 10,6$ ; группа контроля ИЛ-1  $18,73 \pm 3,4$ , ИЛ-6  $12,94 \pm 2,5$ , ФНО- $\alpha$   $17 \pm 4$  ( $p < 0.05$ ). После проведенной терапии КОК, была повторно исследована кровь у пациенток основной группы. Данные цитокинового статуса показывали достоверное снижение провоспалительных цитокинов в сыворотке крови: ИЛ-1  $22,76 \pm 2,4$ , ИЛ-6  $20,5 \pm 2,9$ , ФНО- $\alpha$   $21,6 \pm 3,4$  ( $p < 0.05$  по отношению к исходным данным). За период проводимого лечения, не отмечалось непереносимости и побочных эффектов, характерных для данной группы препаратов.

**Выводы.** Данные проведенного исследования показывают эффективность и безопасность применения ультрамикродозированных КОК у подростков, а также снижение содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови у пациенток с идиопатической формой олигоменореи.

# УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Шишкина Т.Ю.<sup>2</sup>, Краснова И.А.<sup>1</sup>, Аксенова В.Б.<sup>1</sup>

1 ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия  
2 ООО «Клиника Здоровья», Москва, Россия

**Актуальность:** внематочная беременность по-прежнему является одним из самых частых заболеваний ургентной гинекологии, ее частота не имеет тенденции к снижению, а точность диагностики не равна 100%. В связи с этим целью исследования явилось изучение возможностей ультразвуковой эластографии в диагностике внематочной беременности.

**Материал и методы.** Компрессионная эластография и трехмерная эхография выполнены на аппарате Logiq E9 (GE, США) с использованием трансвагинального датчика. При оценке качественных характеристик нами учитывались стабильные участки различной жесткости. При количественном анализе рассчитывался индекс эластичности (ИЭ). Данные представлены в виде медианы, 25-го и 75-го квартиля. Статистический анализ проводился с помощью критерия Краскела–Уоллиса, Вилкоксона ( $\alpha = 0,05$ ), U-теста Манна–Уитни ( $\alpha = 0,0033$ ) в пакетах компьютерных программ Statistica 7.0 и Microsoft Excel 2016. Эластография выполнена у 31 пациентки с внематочной беременностью (трубная – 29, яичниковая – 1, интерстициальный отдел трубы – 1), у 9 пациенток с нарушенной маточной беременностью и у 8 – с аномальными маточными кровотечениями репродуктивного периода. **Результаты.** При эластографии неизменные маточные трубы у 12 обследованных кодировались как эластичные: основным фоном был зеленый цвет, на фоне которого визуализировались желтые и красные вкрапления, ИЭ составил 0,9 [0,7; 1,2]. У 5 пациенток с указанием в анамнезе на аднексит (у 2 из них ранее также выполнен milking

плодного яйца) при эластографии маточные трубы хоть и кодировались эластичным зеленым цветом, однако в их структуре также наблюдались жесткие фрагменты синего цвета, ИЭ составил 2,1 [1,8; 2,7]. Состояние маточных труб было уточнено при диагностической лапароскопии. Маточные трубы обследованы у 29 пациенток с трубной беременностью. У пациенток с интратубарной гематомой (выраженной – 7 (23,3%), отграниченной – 13 (43,3%)) маточные трубы кодировались как жесткие образования синим цветом и двумя ободками по периферии – внутренним голубым и наружным зеленым. ИЭ составил 5,2 [4,8; 5,3] и 2,7 [2,7; 2,9] соответственно. При трубном аборте с незначительными остатками ворсин хориона в трубе у 6 (20,0%) пациенток равномерно эластичные на всем протяжении маточные трубы отображались преимущественно зеленым цветом с желтыми, красными и незначительным количеством синих фрагментов, место nidации плодного яйца не визуализировалось, ИЭ составил 1,2 [1,0; 1,4]. При прогрессирующей трубной беременности 5–6 недель гестации у 3 (10,0%) пациенток плодное яйцо 4–5 мм в диаметре кодировалось как жесткое, другие отделы маточной трубы отображались как эластичные зеленым. При яичниковой беременности и беременности в интерстициальном отделе маточной трубы плодное яйцо кодировалось как жесткая структура относительно окружающих тканей (яичника и миометрия соответственно). Выводы. Ультразвуковая эластография может быть успешно применена в ургентной гинекологии у пациенток с подозрением на внематочную беременность. Протокол исследования включает оценку жесткости маточных труб с помощью качественных и количественных критериев. Полученные результаты трактуются в соответствии с разработанными типами эластографических шаблонов и параметрами ИЭ.



# ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Шодиева Х.Т., Сидикходжаева М.А., Курбонова Н.А.

Ташкентская Медицинская Академия

**Актуальность.** Плацента играет исключительно важную роль в регуляции взаимодействий между матерью и плодом во время беременности. Нарушения ее структуры и функции лежат в основе развития различных осложнений беременности и родов, а также могут быть причиной как мертворождения, так и гибели матери. Плацентарная морфология очень важна как при одноплодной, так и при многоплодной беременности. Плацента — это важный орган для снабжения питательными веществами, транспортировки дыхательных газов между матерью и плодом, а также для выведения продуктов метаболизма, который имеет васкуляризацию с 21-го дня беременности претерпевая различные архитектурные изменения до конца беременности. При многоплодной беременности плацента, хорион и амниотические оболочки разделены, но во время беременности две плаценты также могут сливаться и образовывать сосудистые анастомозы с различными последствиями для плода.

**Цель** нашего исследования анализ морфологии плацентарных структур и связь аномального прикрепления пуповины с типом плацентации при многоплодии.

**Методы исследования.** В первом триместре беременности ультразвуковым методом определяли срок гестации, тип хориальности и амниальности путем проверки числа плодных яиц и амнионов, «Т-признака» или «лямбда- признака». После родов проводилось исследование плаценты для подтверждения типа хориальности, амниальности и выявления патологии плаценты и пуповины. А также визуальное макроскопическое исследование каждой плаценты, включающее оценку места

отхождения пуповин, расстояние между пуповинами, ангиоархитектоники плацент (тип, размер и количество анастомозов). Фрагменты ткани плаценты, пуповины фиксировались в 10% формалине при комнатной температуре и отправлены в Республиканский патологоанатомический центр для гистологического исследования.

**Результаты и обсуждение.** Проведен анализ плацент дихориальной диамниотической (ДХДА) и монохориальной диамниотической двойни (МХДА). При беременности с ДХДА амнионы в разделительной мембране разделены противоположными слоями хориона, в результате разделительная мембрана толстая и непрозрачная, по ней проходят линейные полосы, представляющие собой атрофированные остатки сосудов хориона. При беременности с МХДА разделительная мембрана имеет амнион спиной к спине без промежуточного хориона и в результате она тонкая, полупрозрачная и лишена остатков сосудов. С макроскопической точки зрения мы наблюдали как при ДХДА, так и при МХДА двойне наличие участков кальцинатов, инфарктов, наличие отложений фибриноидов, а также васкуляризацию. Проведена оценка места отхождения пуповины и расстояние между пуповинами. Было выявлено маргинальное (46,8%), оболочечное (14%) прикрепление. Распространенность аномального прикрепления пуповины была значительно выше при монохориальном по сравнению с дихориальной многоплодной беременностью. Краевое прикрепление пуповины было зарегистрировано у 41,2% беременных с МХДА и у 38,1% с ДХДА, в то время как оболочечное прикрепление пуповины наблюдалось у 20,6% и 10,2% соответственно. У двоен с дискордантностью распространенность патологии прикрепления пуповины было выше по сравнению с конкордантным ростом плодов.

Таким образом, на беременность двойней влияют патологии плаценты, которые могут быть специфическими. Определение

хорионизма, амниогенности и выявление плацентарных аномалий являются ключевыми вопросами для адекватного ведения многоплодной беременности. Патологическое исследование плаценты после родов может помочь в оценке наличия аномалий плаценты и пуповины, а также предоставить информацию о хорионе и получить представление о потенциальных механизмах заболевания, влияющих на беременность двойней.

## **ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ В ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ**

Шопулотов Шохрух Аслиддинович<sup>1</sup>, Шопулотова Зарина  
Абдумуминовна<sup>2</sup>

*1 Кафедра Урологии, Самаркандский государственный  
медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан*

*1 Кафедра Акушерства и гинекологии №1, Самаркандский  
государственный медицинский университет, г. Самарканд,  
Узбекистан*

**Актуальность:** как указывают в своем исследовании Д. Г. Лебедев и др., для оптимизации дистанционной литотрипсии необходим точный расчет числа ударов и энергии воздействия на конкремент. Дистанционная литотрипсия проводится при помощи двух энергетической компьютерной томографии, и точность данных диагностики является ключевым моментом для дробления конкрементов. Возможности МСКТ как метода диагностики и лечения незаменимы в данном вопросе.

**Цель исследования:** раскрыть возможности МСКТ как метода диагностики и лечения при мочекаменной болезни при дистанционной литотрипсии.

**Материалы и методы:** Исследование проводилось на базе областного многопрофильного центра в отделении урологии за 2022 год. В исследование были включены 40 пациентов с мочекаменной болезнью которые поступили с приступом

*почечной колики. Пациентам были произведены все необходимые клиничко – лабораторные и инструментальные методы обследования (УЗИ почек, МСКТ и контрастное обследование).*

**Результаты:** Эхопризнаки пиелонефрита наблюдались у 87,5% пациентов, имелось расширение ЧЛС, у 45% признаки гидронефроза 1 степени, а у 22,5% 2ой степени. У 80% определялись микролиты, у всех имелись соли.

У 32,5% определялись конкременты в лоханке и мочеточнике. У 52,5% в почках - у 12 (30%) справа, а у 9 (22,5%) слева. У 6 пациентов конкременты не были определены при УЗИ и обзорной урографии, данным пациентам был поставлен диагноз после контрастной МСКТ.

Примечательно что всем пациентам произведена дистанционная литотрипсия при помощи двух энергетической компьютерной томографии. Данные о плотности конкрементов и их типов позволили выбрать оптимальную силу и кратность для ударной волны. Что позволяет говорить о том, что необходимость МСКТ и расширение его возможностей является актуальным в современной медицине.

**Выводы:** Исходя из данных исследования можно сказать о том, что, МСКТ и контрастирование являются золотым стандартом диагностики мочекаменной болезни даже при камнях низкой плотности, которые не определяются при радиологических и ультразвуковых методах обследования. Кроме того, МСКТ позволяет не только определить наличие конкрементов и их плотность, но и служит методом лечения при помощи дистанционной литотрипсии.

## **МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ НА ТРУБАХ ПО ПОВОДУ БЕСПЛОДИЯ**

Шукуров Ф.И., Нигматова Г.М.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Проблема бесплодия в браке приобретает все большее медико-социальное значение. Частота ее по данным различных авторов составляет 13-20% и не имеет тенденции к снижению. Существует множество причин, приводящих к бесплодию, но среди них трубный фактор является одним из главнейших. Частота бесплодия трубного генеза составляет от 38,8% до 53,8%. Даже после адекватной хирургической коррекции выявленных анатомических нарушений в малом тазу восстановление репродуктивной функции женщин остается невысоким, и составляет 15-35%.

Цель исследования: поиск новых методов послеоперационной реабилитации больных, перенесших оперативное вмешательство на трубах по поводу бесплодия

Материал и методы исследования: 40 женщин с бесплодием трубного генеза, леченные лапароскопически с последующей базисной реабилитационной терапией, включающей антибактериальную терапию и курс гидротубаций.

После проведения послеоперационной реабилитационной терапии улучшение самочувствия и общего состояния, аппетита, нормализация психоэмоционального состояния и сна, укорочение продолжительности болевого синдрома отмечены у 81,5% женщин. Отмечено уменьшение или исчезновение патологических выделений из половых путей у 77,8%, диспареунии – у 79,6% больных. Полное восстановление проходимости маточных труб отмечено у 83,3% оперированных пациенток, частичное – у 24,1% пролеченных пациенток. Анализ частоты послеоперационных ближайших осложнений показал следующее: раздражение брюшины были отмечены у 36 (66,7%)

пациенток, повышение температуры в течение первых двух суток - у 29,6% пролеченных больных

Таким образом, восстановление естественной фертильности у больных с трубным бесплодием, даже при условии высокой техники выполнения любой из применяемых сегодня реконструктивно-пластических операций, во многом зависит от качества реабилитационной терапии в послеоперационном периоде. Поэтому в настоящее время большое внимание уделяется ведению послеоперационного периода и разработке комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление фертильности у данного контингента больных.

## **AUTOIMMUN TIREOIDIT KASALLIGINI REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA YOSHIGA BOG'LIQ HOLATDA VA KLINIK JIHATDAN UCHRASH CHASTOTASI**

Egamova M.B.<sup>1</sup>, PhD, dotsent Raxmanova N.X.<sup>2</sup>, Masharipov O.Q.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch, O'zbekiston Respublikasi <sup>2</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch, O'zbekiston Respublikasi <sup>3</sup>Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch, O'zbekiston Respublikasi

**Dolzarbliqi.** Autoimmun tireoidit (AIT) 40-50 yoshdagi ayollarda ko'proq uchraydi AIT tashxisi qo'yilgan ayollar va erkaklar nisbati 4-15:1. Autoimmun tireoidit aholining taxminan 3-4 foiziga ta'sir qiladi va yoshi oshgan sayin bemorlar soni ko'payadi. Autoimmun tireoidit keksa ayollarning taxminan 20 foizida uchraydi. Shu bilan birga, epidemiologik tadqiqotlarga ko'ra, buyuk Britaniyada gipotireoidizmning tarqalishi 60 yoshdan oshgan erkaklarda 7,8 %o, 60 yoshdan oshgan ayollarda esa 3,3 %o dan 20,5 %o gacha. Klinik jihatdan aniqlangan AIT shakllarining chastotasi 1% ni tashkil qiladi. Antiti-reoid antitelalarini tashishning tarqalishi ayollarda 26% va erkaklarda 9% ga etadi. Qalqonsimon bezning tarkibiy qismlariga antitelalar titrlarining izolyatsiyalangan ko'payishi bo'lgan ayollarda

gipotireoidizm rivojlanish xavfi yiliga 2,1 dan 5% gacha. So'nggi yillarda ko'plab mamlakatlar klinistlari yoshi kattalar, ayniqsa bolalar va o'smirlar orasida autoimmun tireoidit bilan kasallanganlar sonining ko'payishini qayd etishdi. Bolalarda AITning tarqalishi 0,1 dan 1,2% gacha. Hozirgi vaqtda autoimmun tireoidit tashxisida klinik belgilarning mavjudligi, qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruv va qonda tireoid antitelalarining yuqori titrlari bo'lishi yetakchi ahamiyatga ega.

Autoimmun tireoidit kasalligini quyidagi klinik shakllari mavjud: 1) gipertireoz shaklida gormonal holatni tekshirishda qondagi T3, T4, At-TPO miqdori oshadi, TTG miqdori me'yorda bo'ladi; 2) erkin T4 ning normal konsentratsiyasida At-TPO, TTG miqdorining oshishi subklinik gipotireoidizm, 3) erkin T4 darajasining pasayishi bilan At-TPO, TTG miqdorining oshishi esa manifest gipotireoidizm; 4) T3, erkin T4, TTG miqdorining normada bo'lishi, At-TPO miqdori oshishi eutireoidizm hisoblanadi.

**Tadqiqot maqsadi.** Reproduktiv yoshdagi ayollarda autoimmun tireoidit kasalligini yoshga bog'liq holatda va klinik jihatdan uchrash chastotasini o'rganish.

### **Materiallar va usullar.**

-anamnez yig'ish (akusherlik va ginekologik)

-laborator tekshiruv (gormonal holatni o'rganish, At-TPO darajasini aniqlash)

-klinik tekshiruv (qalqonsimon bez UTTsi).

Umumiy n=50 ta autoimmun tireoidit bilan kasallangan 18-48 yoshgacha bo'lgan ayollar tadqiqot uchun saralab olindi.

**Natijalar.** Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, reproduktiv yoshdagi ayollarda yoshiga bog'liq holatda autoimmun tireoidit kasalligining tarqalishi: 1) erta reproduktiv yoshdagi ayollar (18-25 yosh) – 11ta (22%); 2) o'rta reproduktiv yoshdagi ayollar (26-35 yosh) – 26ta (52%); 3) kech reproduktiv yoshdagi ayollar (36-48 yosh) – 13ta (26%) ni tashkil qildi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda autoimmun tireoidit kasalligini klinik jihatdan uchrashi quyidagicha: 1) manifest gipotireoidizm – 6ta

(12%); 2) subklinik gipotireoidizm – 10ta (20%); 3) eutireoidizm – 34ta (68%) ni tashkil qildi.

**Xulosa** . Tadqiqotimiz davomida autoimmun tireoidit kasalligi o'рта reproduktiv yoshdagi ayollarda va klinik jihatdan esa eutireoidizm holat ko'p uchrashi aniqlandi.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ ПАТОЛОГИЙ ГИСТЕРОСКОПОМ**

Научный руководитель: Жуманиязов К.А., Эркинбаева Д.Э.

Кафедра акушерства и гинекологии.

Ташкентская медицинская академия Ургенчский филиал, Ургенч  
Республика Узбекистан

**Актуальность:** Одной из основных проблем, определяющих демографическую ситуацию в современном обществе, является бесплодие. Согласно последним данным Всемирной организации здравоохранения, частота бесплодных браков среди супругов репродуктивного возраста колеблется от 10 до 15 % и имеет стойкую тенденцию к увеличению. Как единственная причина бесплодия внутриматочная патология выявляется примерно у 10-15 % женщин, а в сочетании с другими факторами её частота возрастает до 50%. Широкое внедрение гистероскопии в гинекологическую практику существенно расширило возможности диагностики и лечения патологических состояний эндометрия. Высокую эффективность данного метода характеризует возможность одновременного удаления выявленного патологического образования.

**Цель работы:** Определить частоту внутриматочных патологий в структуре бесплодия женщин, обращенных в клинику «SARVINOZ MEDSERVIS» Хорезмской области.

**Материалы и методы:** был проведен ретроспективный анализ историй болезней 713 женщин, госпитализированных для оперативного лечения по поводу бесплодия за период с января 2020г. по декабрь 2021г. Из них 83 женщинам с бесплодием



маточного генеза, была проведена гистероскопия, а остальным 630 женщинам, имеющим другие причины бесплодия проведена лапароскопическая операция. Общее количество гистероскопических операций за этот период составил 157. На каждую пациентку заполнялась карта обследования, которая позволяла учитывать данные анамнеза, объективного исследования, дополнительных методов исследования, протоколы операций.

**Результаты:** пациентки были разделены на 6 групп в зависимости от характера внутриматочных патологий вызвавшей бесплодие: I группа- 46 женщин с полипами эндометрия, II группа – 7 женщин с внутриматочными синехиями, III группа – 6 женщин с субмукозной миомой, IV группа – 5 женщин с перегородкой матки, V группа – 16 женщин, которым было проведено диагностическое выскабливание (из них 6 женщин планировали ЭКО), VI группа – 3 женщины с гиперплазией эндометрия.

У 37(44.5%) из 83 больных было первичное бесплодие, а у 46(55.5%) пациенток – вторичное бесплодие. У 47(56%) из 83 женщин была проведена гистероскопия совместно с лапароскопией для лечения других факторов бесплодия.

**Выводы:** анализ структуры бесплодия 713 обследованных инфертильных пациенток показывает, что частота внутриматочных патологий как единственная причина в структуре бесплодия женщин, обращенных в клинику «SARVINOZ MEDSERVIS» Хорезмской области составляет 11,6 %, а в сочетании с другими факторами её частота составляет 56% и наиболее часто встречающийся внутриматочной патологией является полип эндометрия – 55%.

# ГЕСТАЦИОН ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ТУҒРУҚ ИНДУКЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ

Сидикходжаева М.А., Қаюмова Д.Т., Эшонқулова С.А.

Тошкент Тиббиёт Академияси

**Мавзунинг долзарблиги.** Ҳозирги вақтгача бутун дунёда ҳомиладорлар ва туғувчи аёллар орасида гипертензив синдромлар кўрсаткичи юқорилигича қолмоқда 8-10% дан 17-24% гача. ЖССТ маълумотларига кўра, ҳомиладорлик ва туғруқ билан боғлиқ гипертензив синдромлар билан ҳар минутда ўртача битта аёл ҳаётдан кўз юммоқда. Гипертензив синдромлар тўхтовсиз ривожланувчи ҳолатлар гуруҳига кириб, оқибатини олдиндан башорат қилиб бўлмайди. Бундай ҳолатларда ягона «даъволаш» туғдириш ҳисобланади. Ҳомиладор аёлни туғруққа рационал таёрлаш учун бачадон бўйнининг биологик етилишига ижобий таъсир этувчи замонавий воситалардан ва туғруқ фаолияти индукциясидан фойдаланилади. Тошкент Тиббиёт Академиясида бачадон бўйнини етилтиришда Простагландин Е2 вагинал таблеткасидан фойдаланилади. Ўз вақтида етилган бачадон бўйни табиий туғруқ бошланишинг асосий калити ҳисобланади ва бу орқали оператив туғруқлар миқдорини камайтиришга эришилади.

**Тадқиқод мақсади.** Туғруқ индукцияси ўтказилган гестацион гипертензияли хомиладор аёлларда туғруқни кечиши ва асоратларини ўрганиш.

**Тадқиқод материали ва усуллари.** Проспектив илмий изланиш орқали Тошкент тиббиёт Академияси КТКси Туғруқ Комплексида 2022-йил октябрь ва ноябрь ойларида мурожаат қилган 30 та, хомиладорлик муддати 38-40 ҳафталик, бир хомилали, гестацион гипертензияли аёллар қамраб олинган. Асосий (биринчи ) гуруҳ 15 та хомиладор аёлларда туғруқ Гландин Е2(Динопростон 3 мг) вагинал таблетка билан индуцирланган, назорат (иккинчи) гуруҳи 15 та туғруқ Per vias

naturalis содир бўлган аёлдан иборат. Текширув усуллари умумий клиник-лаборатор, махсус акушерлик кўриги ва инструментал усуллардан иборат. Бачадон бўйни етилганлиги Бишоп шкаласи бўйича қуйидагича баҳоланади: Етилмаган 0-5 балл, Етарлича етилмаган 6-8 балл, Етилган  $9 \leq$  балл.

**Тадқиқод натижалари.** Туғруқ индукцияси учун кўрсатма гестацион гипертензия 15(100%) беморни ташкил этди. Асосий гуруҳда ҳамма аёллар туғруқ индукцияси ўтказишдан олдин Бишоп шкаласи бўйича бачадон бўйни “етилмаган” деб баҳоланган. Асосий гуруҳда 4 (26,67%) беморда 2 доза Гландин Е2 билан индукция натижасида туғруқ амниотомиясиз, 3 (20%) беморда 2 доза Гландин Е2+амниотомия+эпидурал анестезия билан, 1 (6,67%) 1 доза Гландин Е2 билан амниотомиясиз, 1 (6,67%) 1 доза Гландин Е2+амниотомия билан, 1 (6,67%) беморда 2 доза Гландин Е2 амниотомиясиз, 1 (6,67%) беморда 1 доза Гландин Е2+эпидурал анестезия билан туғруқ Per vias naturalis содир бўлди. Туғруқ асоратлари: 3 (20%) бемор 2 доза Гландин Е2 билан индукция самарасизлиги учун, 1(6,67%) беморда 1 доза гландин Е2 қўлланилгандан кейин Бачадон бўйни етилган деб баҳоланди, лекин Чаноқ-бош диспропорцияси ҳисобига туғруқ оператив йўл билан яқунланди. Назорат гуруҳидаги аёлларда асоратлар кузатилмади, таббий туғруқ йўллари орқали туғруқ содир бўлди. Иккала гуруҳдаги жами аёллардан туғилган чақалоклар қониқарли ҳолатда, туғруқ травмаси кузатилмади.

**Хулоса.** Туғруқ индукциясини ўтказиш хомиладорликни давом эттириш она ва ҳомила учун хавф соладиган ҳолатда мақсадга мувофиқ булади. Индукция ўтказиш кесар-кесиш амалиётини бажаришга имконияти мавжуд муассасада амалга оширилиши керак. Индукция самарадорлиги бачадон бўйнининг етилганлигига, хомиладорлик муддатига ва хомила ҳолатига боғлиқ.

# МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНСФОРМАЦИЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ СТЕНОК ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА

*Якубов М.З.<sup>1</sup> Ахмедов З.Ш.<sup>1</sup> Хамроева Л.К.<sup>1</sup>*

*1. Самаркандский Государственный медицинский университет*

Изученные литературные данные свидетельствуют о том, что клинико-морфологические критерии трансформаций эпителиальных стенок искусственного влагалища созданного из сигмовидной кишки разработаны недостаточно. Существующая информация в научных публикациях весьма разнообразна и не систематизирована. Необходимо отметить, что почти все научные работы приводятся в зарубежных источниках. Статистические данные относительно исследуемой проблемы в Узбекистане отсутствуют, хотя рост частоты обращаемости граждан по поводу данной патологии увеличивается.

*Цель исследования.* Изучение морфологических особенностей трансформаций эпителиальных стенок искусственного влагалища.

*Материал и методы.* Материалом исследования явились пациенты с пороками развития половых органов (30), данные морфологических исследований (30), проведённых в гинекологическом отделении частной медицинской клиники **Самаркандской области** за 2017-2023 годы.

*Результаты исследования.* Среди исследованных, женщины фертильного возраста (18-36 л) составили 74 %, подростки 26%.

Морфологическими методами установлены изменения патологического участка, которые характеризовались изменениями в клеточных и волокнистых структурах слизистой оболочки, атрофией органов-мишеней связанных с дефицитом эстрогенов.

Отмечено истончение слизистой оболочки влагалища и сокращение рядов клеток, подлежащая строма более

уплотненная, клеточная, выявляются очаги диффузного, умеренно выраженного склероза, гиалиноза, коллагеновые волокна утолщены, расположены неупорядоченно, запустевшие кровеносные сосуды, связанные с ишемией вагинальной стенки.

Таким образом, Разработка алгоритма гистологического исследования трансформаций эпителиальных стенок искусственного влагалища, что позволит улучшить выявляемость морфологических изменений в динамике.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА И ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Янгибаева Д.Т.<sup>1</sup>, Юлдашева Д.Ю.<sup>1</sup>, Чориева Г.З.<sup>1</sup>, Садикова Д.Р.<sup>1</sup>,  
Мамадалиева У.П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии в семейной медицине,  
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

По данным последних исследований в мире врожденные пороки развития встречаются у 5% новорожденных, по оценкам, от пороков развития в течение первых 4 недель жизни умирают 303 000 детей. Проблема далека от решения, так как прегравидарную подготовку получают около 5% женщин, а дефицит фолатов наблюдается у 70–80% женщин репродуктивного возраста. Многие патологические эффекты дефицита фолатов связаны с повышением в плазме уровня гомоцистеина. Было отмечено, что у женщин с дефицитом фолатов особенно в сочетании с мутациями ферментов, участвующих в обмене гомоцистеина, чаще отмечается рождение детей с ДНТ и синдромом Дауна.

Целью исследования явилась изучить критерии формирования пороков развития плода и замершей беременности у женщин узбекской популяции.

Для осуществления цели исследования было обследовано 185 женщины в возрасте от 20 до 40 лет. Основную группу

составили 110 женщин, они были распределены на 2 группы. 1 группа – 40 женщин с ВПР плода в анамнезе. 2 группа - 70 женщины были с клиническим диагнозом неразвивающейся беременности. Контрольную группу составили 75 условно здоровые женщины репродуктивного возраста со здоровыми детьми.

Методами исследования были анамнестические данные женщин с отягощенным анамнезом, общеклинические и инструментальные методы исследования, определение уровня гомоцистеина и свертывающую систему у женщин.

Средний возраст составил – 29,0 лет. Каждая вторая беременная в обеих группах была в возрасте 20-25 лет. Предрасполагающими факторами развития гипергомоцистеинемии является наличие соматической патологии. Наиболее часто у обследованных диагностировали гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит и анемию - у каждой 2-й женщины, сердечно-сосудистые заболевания - у каждой 3-й женщины. Варикозная болезнь вен нижних конечностей – в первой группе у 30%, а во второй группе у 20%. У всех обследованных 2-й группы была диагностирована неразвивающаяся беременность в анамнез - 70 (100%) случаях, тогда как в первой группе этот показатель был выявлен в 2 раза меньше. Мы выявили, что наиболее часто встречалась плацентарная дисфункция в обеих группах 45 и 38,5%, возможно связанная с неадекватной васкуляризацией экстраэмбриональных структур, ответственных за трофику эмбриона на ранних стадиях развития. Гипергомоцистеинемия, возникающая на фоне повышенного содержания метионина в крови, вызывает пороки развития у плода. В нашем исследовании мы выявили, что в первой группе обследованных уровень гомоцистеина в 3,1 раз выше по сравнению с контрольной. Во второй группе этот показатель был в 2,5 раза выше по сравнению с контролем. Многие аспекты воздействия гипергомоцистеинемии на систему свертывания крови остаются предметом оживленной дискуссии,

несмотря на активное изучение роли повышенного уровня гомоцистеина в формировании гиперкоагуляционного синдрома. Показатели фибриногена в 1 и во 2 группе были в 1,5 раза выше чем показатели контрольной группы. Протромбиновое время было понижено в обеих исследованных группах по сравнению с группой контроля.

Таким образом, эти данные свидетельствуют о том, что у пациенток с ранними и поздними выкидышами гипергомоцистеинемия является одной из главных форм тромбофилических расстройств среди беременных с гипертензивными нарушениями и при ПОНРП и вероятно имеется важная роль повышения уровня гомоцистеина в развитии сосудистых нарушений. Поэтому диагностированная гипергомоцистеинемия спровоцировала тромбообразование в кровеносных сосудах. Это привело к генерализованной патологии сосудов во время беременности, возникновению замершей беременности, гипертензивным нарушениям.

## **МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВРТ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ**

Ярматова Ш.З.<sup>1</sup>, Ихтиярова Г.А.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Перинатальный центр города Карши, Кашкадарья.

<sup>2</sup>Бухарский государственный медицинский институт, Бухара.

**Актуальность.** Одной из важнейших проблем практического акушерства является невынашивание беременности. В вспомогательных репродуктивных технологиях (ВРТ) невынашивание беременности до клинического обнаружения с помощью ультразвукового сканирования также обычно называют биохимической беременностью. Хотя исследования, проведенные среди населения в целом, могут дать некоторые оценки риска неразвивающейся беременности, размер

выборки в этих исследованиях обычно ограничивал статистическую мощность детального изучения потенциальных факторов риска неразвивающейся беременности.

**Цель исследования:** определить факторы ведущие к ранним потерям и улучшить исход беременностей после использования ВРТ.

**Материалы и методы исследования:** Нами были обследованы в г. Бухаре и в г. Карши 117 женщин с угрозой прерывание беременности в первом триместре за период 2020-2022 года, 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. После первоначального подтверждения беременности после повышения уровня ХГЧ, неразвивающейся беременности была установлена либо по сообщению о выкидыше до 6 недель беременности, либо по отсутствию зародышевого мешка или пустым зародышевым мешкам, обнаруженным с помощью ультразвука около 6–7 недель беременности. Потеря беременности после этого в данном исследовании не учитывалась. Статистический анализ был проведен по методу Фишера-Стьюдента.

**Результаты исследования и их оюсуждение.** Средний ИМТ составил 24,7 кг/м<sup>2</sup> (SD = 5,0, диапазон 14,8–50,9). Шестьдесят восемь процентов женщин были в возрасте ≤35 лет. Пятьдесят девять процентов имели нормальный ИМТ (18,5–25 кг/м<sup>2</sup>), в то время как женщины с ожирением (ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>) и ожирение 2-степени (ИМТ > 35 кг/м<sup>2</sup>) составляли 13% исследуемой популяции. В общей сложности 19 (16%) беременностей закончились как неразвивающейся беременности в исследуемой популяции. Четкой линейной тенденции риска неразвивающейся беременности в зависимости от возраста или ИМТ не наблюдалось. У женщин до 40 лет риск неразвивающейся беременности был очень схожим и составлял



около 15–17%, в то время как у женщин старше 40 лет риск был значительно повышен (23%) по сравнению с остальными ( $P < 0,05$ ). Между группами с ИМТ наблюдались некоторые различия в риске EPL, при этом самый низкий риск неразвивающейся беременности (12%) наблюдался у женщин с избыточным весом (25–30 кг/м<sup>2</sup>), в то время как у худых женщин (<18,5 кг/м<sup>2</sup>) имели гораздо больший риск, 35% ( $P < 0,01$ ) и очень тучные женщины (>35 кг/м<sup>2</sup>) имели незначительно повышенный риск (20%,  $P = 0,16$ ). Женщины с нормальным весом (18,5–25 кг/м<sup>2</sup>) также имели значительно более высокий риск неразвивающейся беременности, чем группа с избыточным весом (18% против 12%,  $P < 0,05$ ). Наблюдалось значительное увеличение риска ( $P < 0,05$ ) у женщин, получавших лечение ЭКО, по сравнению с теми, кто получал лечение ИКСИ или GIFT (в комбинации). Курение было связано со значительным увеличением риска ( $P < 0,001$ ) в неразвивающейся беременности. Женщины, перенесшие эмбрион(ы) самого плохого «качества», характеризующегося необоснованным переносом одного эмбриона, имели наибольший риск ( $P < 0,01$ ) в отличие от переноса нескольких эмбрионов, особенно планового переноса двух или трех эмбрионов, когда женщины, вероятно, получали эмбрионы самого высокого качества.

**Вывод.** С помощью предгравидарной подготовки можно увеличить % выживаемости эмбрионов и достижения до нормального гестационного срока. Устранив факторы риска можно существенно уменьшить потери эмбрионов на ранних стадиях развития после проведения ЭКО.

## ВЛИЯНИЕ МИКРОПЛАСТИЧЕСКИХ ЧАСТИЦ НА ОРГАНИЗМ БЕРЕМЕННЫХ

Яхьяева-Урунова М.Х.<sup>1</sup>, Эргашева И.Ф.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальный университет Узбекистана, Ташкент, Республика  
Узбекистан. К.м.н. доцент

<sup>2</sup>Беларусский государственный университет, МГЭИ, Минск,  
Республика Беларусь. Бакалавр 4 курс

*Актуальность:* когда микропластические частицы попадают в кровь через дыхательные пути они воздействуют на внутренние органы и уменьшают количество кислорода, необходимого плоду, повышая вероятность выкидыша и преждевременных родов. Это подвергает риску как беременную женщину, так и плод. Может повыситься риск врожденных патологий, таких как задержка развития, пороки сердца, гиперактивность и чрезмерная агрессивность, а также мертворождения.

*Цель исследования:* изучить влияние микропластических частиц на организм беременных женщин.

*Методы исследований:* научный.

*Результаты и обсуждение:* микропластические частицы, попадающие в организм, оказывают комплексное воздействие - они могут попадать в кровоток из желудка и кишечника и распространяться по всему телу, накапливаясь в печени, почках и других органах. Попадание в легкие может вызвать механические повреждения и воспалительные реакции. Микропластические частицы, которые накапливаются в организме, могут оказывать канцерогенное действие и приводить к клеточным мутациям и новообразованиям. Они также могут выделять опасные химические вещества в организме, повреждая органы. Микропластик может содержать бисфенол-А, опасный элемент, который по своим свойствам похож на женский гормон и может повредить нервную и репродуктивную системы беременных

женщин. Действие бисфенола-А нарушает защитные функции организма, ослабляет иммунитет и останавливает рост и размножение клеток. Как микропластические частицы, так и выделяемые ими химические вещества накапливаются в пищевой цепи. Беременные женщины постоянно подвергаются воздействию пластиковых упаковок продуктов и напитков, которые могут быть гораздо более значительным источником химических веществ, добавленных к пластикам, таких как бисфенол-А, разрушающий иммунную и эндокринную систему. Репродуктивная система уязвима к этим воздействиям, особенно плод в период внутриутробного развития. Ведь в это время формируются все органы и ткани, даже небольшое вредное воздействие может иметь необратимые последствия для здоровья ребенка. В воздухе присутствуют тяжелые металлы, выхлопные газы и другие вредные вещества, которыми дышит беременная женщина. Таким образом, загрязненный воздух влияет практически на каждую будущую маму. Загрязнение окружающей среды – дым, смог, продукты горения, частицы угля в промышленном дыме, токсичные выбросы в атмосферу способны приводить к развитию патологических процессов: проблемам со свертываемостью крови, образованию тромбов; снижению иммунитета; ишемической болезни сердца; заболеваниям дыхательной системы; врожденным патологиям у детей; выкидышу или преждевременным родам.

*Выводы:* беременным женщинам предпочтительнее выбирать парки вдали от основных дорог или автомагистралей, желательно гулять в утренние и дневные часы, когда уровень газа более низкий, рекомендуется прекратить использование пластиковых контейнеров, пластиковых бутылок и перейти на дерево, стекло и металл; носить одежду из натуральных тканей, отказаться от синтетики, обращать внимание на выбор продуктов питания, отказаться от моллюсков, отказаться от косметики, содержащей микропластические частицы.

## СОДЕРЖАНИЕ

<p><b>OBESITY AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF GESTATIONAL COMPLICATIONS</b>                  Abdullayeva L.M., Solieva H.A.</p>	<b>6</b>
<p><b>FEATURES OF THE COURSE OF GESTATION IN WOMEN WITH A HISTORY OF CERVICAL DIATHERMOELECTROCOAGULATION</b>                  Abdullayeva L.M.<sup>1</sup>, Safarov A.T.<sup>2</sup>, Rakhimbayeva M.Sh.<sup>1</sup></p>	<b>8</b>
<p><b>OROL BO'YI HUDUDIDA FEBRIL TALVASANI QIYOSIY TASHXISLASHNI O'ZIGA XOS KLINIK KECHISHI</b>  <sup>1</sup>Ahmedova R.Y., <sup>2</sup>Sodiqova G.Q.</p>	<b>10</b>
<p><b>FEBRIL TALVASALARNI KELITIRIB CHIQRUVCHI XAVF OMILLARINI KLINIK STATISTIKASI</b>  <sup>1</sup>Sodiqova G.Q., <sup>2</sup>Ahmedova R. Y</p>	<b>12</b>
<p><b>MAVZU: HOMILADOR AYOLLARDA SIYDIK CHIQRISH YO'LLARI INFEKSIYASINI KECHISHIDA TATQIQOT MATERIALLARI, USULLAR, VA DAVOSI</b>                  Ilmiy rahbar: PhD katta o'qituvchisi Ruzmetova Dilfuza                  To'laganovna</p>	<b>13</b>
<p><b>MAVZU: QOG'ONOQ PARDASINING TUG'RUQDAN OLDIN ERTA YORILISHI BO'LGAN HOMILADORLIKNI OLIB BORISHNI KUZATISH, BAHOLASH VA O'TGAN YILGI NATIJALAR BILAN SOLISHTIRISH.</b>                  Magistratura talabasi: Bekchanova Aziza Shuxrat qizi                  Ilmiy rahbar: PhD katta o'qituvchisi Ruzmetova Dilfuza                  To'laganovna</p>	<b>15</b>
<p><b>PRENATAL RUPTURE OF AMNION MEMBRANES AS A RISK OF DEVELOPMENT OF OBSTETRICS PATHOLOGIES</b>  <i>Bozorov A.G.<sup>1</sup>, Ikhtiyarova G.A.<sup>2</sup>, Tosheva I.I.<sup>2</sup></i></p>	<b>17</b>

<b>HOMILADOR AYOLLARDA BACHADON BO'YNI KASALLIKLARI DIAGNOSTIKASINI OPTIMALLASHTIRISH</b> Choriyeva G.Z. <sup>1</sup> , Isroilova R.S. <sup>1</sup>	<b>19</b>
<b>PECULIARITIES OF MET235THR POLYMORPHISM IN PATIENTS WITH GESTATIONAL HYPERTENSION</b> Djamilova Kh.A, Kurbanov B.B	<b>21</b>
<b>AUTOIMMUN TIREOIDIT KASALLIGI BO'LGAN AYOLLARDA ANTITELO-TIREOPEROKSIDAZA DARAJASI OSHISHINING GONODOTROP GORMONLAR O'ZGARISHIGA TA'SIRI</b> Egamova M.B. <sup>1</sup> , PhD, dotsent Raxmanova N.X. <sup>2</sup> , Masharipov O.Q. <sup>3</sup>	<b>22</b>
<b>HOMILADOR AYOLLARDA BILIAR SLADJNI TASHXISLASH VA DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV.</b> Egamova S.N.	<b>24</b>
<b>HISTOLOGICAL ASPECTS OF EARLY NON-DEVELOPING PREGNANCY</b> <i>Fazilova M.O.<sup>1</sup>, Saddam A.Sh.<sup>2</sup></i>	<b>26</b>
<b>TO ESTABLISH A CORRECT PROGNOSIS OF PREECLAMPSIA IN THE EARLY STAGES OF PREGNANCY</b> Hamdamov I.F. <sup>1</sup> , Kamilova I.A. <sup>2</sup>	<b>28</b>
<b>CLINICAL AND MORPHOLOGICAL PARALLELS IN THE COURSE OF UTERINE MYOMA</b> D.Y.Yuldasheva <sup>1</sup> , D.Kh. Irnazarova <sup>2</sup> , U.P.Mamadaliyeva <sup>3</sup> , G.A. Akhmedova <sup>4</sup> , N.I. Parvizi <sup>5</sup> .	<b>30</b>
<b>REPRODUKTIV TIZIM VA QALQONSIMON BEZNING FUNKSIONAL O'ZARO TA'SIRI</b> Zufarova Sh.A <sup>1</sup> ., Ismoilova K.G <sup>1</sup> .	<b>33</b>

<p><b>THE EFFECT OF SURGICAL INTERVENTIONS FOR GENITAL PROLAPSE ON THE SEXUAL FUNCTION OF WOMEN.</b></p> <p><i>Jalolova I.A. Negmadzhanov B.B., Nasimova N.R.</i></p>	<b>35</b>
<p><b>ENDOMETRIOZ-ASSOTSIRLANGAN BEPUSHTLIK DIAGNOSTIKASI VA TARQALISH CHASTOTASINI ANIQLASHDA LAPAROSKOPIYANING O'RNI</b></p> <p>Jumaniyozov K.A., Jumaniyozova Sh.Q.</p>	<b>36</b>
<p><b>FEATURES OF VASCULAR-PLATELET AND COAGULATION HEMOSTASIS IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERINE APPENDAGES.</b></p> <p>Axmedova N.M.<sup>1</sup>, Kamildjanova G.I.<sup>2</sup></p>	<b>39</b>
<p><b>HOMILADOR AYOLLARDA QOG'ONOQ SUVINING MUDDATIDAN OLDIN KETISHI VA XORIOAMNIONIT BILAN ASORATLANISHI</b></p> <p>Karimova Intizor Ergashovna</p>	<b>41</b>
<p><b>THE EFFECT OF ACETYLSALICYLIC ACID ON THE CONCENTRATION OF PROSTAGLANDINS IN THE BLOOD OF PREGNANT WOMEN</b></p> <p>Khotamova Matluba Tilavovna, Shukurllaeva Shakhnoza Zhamalovna</p>	<b>43</b>
<p><b>OROLBO'YI HUDUDIDA YELBO'G'OZ BILAN KASALLANGAN AYOLLARDA KASALLIKNING KECHISH XUSUSIYATLARINI VA DAVOLASHNING EFFEKTIVLIGINI BAHOLASH.</b></p> <p>Madrimova Q.Q., Nishonov D.A., Matrizayeva G.D.</p>	<b>44</b>
<p><b>NOSPETSIFIK VULVOVAGINIT BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA ULTRATOVUSH KAVITATSIYANING O'RNI</b></p> <p>Matqurbonova Sh.B.<sup>1</sup>, Ismoilova D.O.<sup>2</sup>.</p>	<b>46</b>

<b>XORAZM VILOYATIDA FERTIL YOSHDAGI AYOLLARDA BEPUSHTLIKNING TARQALISHI VA XUSUSIYATLARI</b> <i>Matsapayeva Sh.Sh<sup>1</sup>. Kattaxo 'djayeva M.X<sup>2</sup>.</i>	<b>48</b>
<b>UROGENITAL KANDIDOZNI KELITIRIB CHIQARUVCHI ASOSIY SABABLAR VA PAST CHASTOTALI ULTRATOVUSHLI KAVITATSIYANI QO'LLANILISHDAGI AHAMIYATI.</b> <i>Matsapoyev Sh.Sh<sup>1</sup>. PhD. Raxmanova N.X<sup>2</sup>.</i>	<b>50</b>
<b>AKUSHERLIKDA QON KETISHI DAVOLASHNG ZAMONAVIY USULI</b> <i>Matyakubov Buned Bahramovic., Niyazmetov Rakhmatulla Ermatovic</i>	<b>52</b>
<b>MUDDATIDAN O'TGAN HOMILADORLIKDA TUG'RUQ INDUKSIYASI SAMARASINI BAHOLASH</b> <i>Muxtorova S.A., Kayumova D.T., Kamilova I.A.</i>	<b>53</b>
<b>HOMILADORLIK DAVRIDA COVID-19 BILAN OG'RIGAN AYOLLARDA YO'LDOSH VA CHAQALOQ HOLATINI BAHOLASH</b> <i>Najmutdinova D. K., Kayumova D. T., Abdukomilova M. I.</i>	<b>55</b>
<b>TUXUMDONLAR POLIKISTOZI SINDROMI BILAN KASALLANGAN AYOLLARDA FERTILLIKNI TIKASHDA DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH</b> <i>Rajabova G.O.</i>	<b>57</b>
<b>ДИАГНОСТИКА ВУЛЬВОВАГИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН</b> <i>Каримов А.Х., Каюмова Д.Т., Рузибоева Н.Ч.</i>	<b>59</b>
<b>QIZLARDA VULVA SINEXIYASI ETIOLOGIK OMILLARI VA UCHRASH CHASTOTASI</b> <i>Salayeva N.M.<sup>1</sup>, PhD,dotsent Raxmanova N.X.<sup>2</sup></i>	<b>61</b>

<b>KESARCHA KESISH AMALIYOTIDAN KEYIN YIRINGLI-YALLIG‘LANISH JARAYONLARI RIVOJLANISHI XAVF OMILLARINI BAHOLASH</b> Usmonova M.A., Kayumova D.T.	<b>63</b>
<b>THE CHANGING OF HORMONAL STATUS IN WOMEN AT REPRODUCTIVE AGE WHO UNDERWENT COVID-19 WITH MENSTRUAL OVARIAN DYSFUNCTION</b> Yunusova D.X. <sup>1</sup> , Najmutdinova D.K. <sup>2</sup>	<b>65</b>
<b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ</b> <i>Абдиева Мадина Абдурашид қизи</i>	<b>67</b>
<b>КЕСАР КЕСИШДАН КЕЙИНГИ БАЧАДОН ЧАНДИФИДА ЙЎЛДОШ ЎСИБ КИРИШИ БИЛАН ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ТУГРУҚ НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ</b> Абдикаримов Абдувахоб Усмонович	<b>69</b>
<b>КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ВРАСТАНИИ ПЛАЦЕНТЫ В РУБЕЦ НА МАТКЕ</b> Абдикулов Б.С. <sup>1</sup> , Каримов З.Д. <sup>1,2</sup>	<b>71</b>
<b>ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА 2014G&gt; А ГЕНА ESR У ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ</b> Абдулатипова Ф.А	<b>73</b>
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СКРИНИНГОВЫХ ШКАЛ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ МАТЕРИНСКОГО СЕПСИСА</b> Абдураимов Т.Ф.	<b>75</b>
<b>ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ</b> С.И. Абдурахманова, Ризаева М.А., З.А. Рахимова	<b>77</b>



<b>КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ</b> Абдурахманова С.И, Рахимова З.А.	<b>79</b>
<b>ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА В КОМПЛЕКСЕ С ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ГЕРПЕСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ ФПН.</b> <i>Ахмедова Н.М., Абдурашидова Х.Б.</i>	<b>82</b>
<b>СВОЙСТВА ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ДНК ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ</b> Аветисова К.Г. <sup>1</sup> , Костюк С.В. <sup>2</sup> , Герасимова А.А. <sup>1</sup> , Ершова Е.С. <sup>2</sup> , Шмарина Г.В. <sup>2</sup> , Вейко Н.Н. <sup>2</sup> , Костюк Э.В. <sup>3</sup> , Клименко П.А. <sup>1</sup>	<b>84</b>
<b>УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С СПКЯ В СОЧЕТАНИИ С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ</b> Адылова М.Н., Негмаджанов Б.Б., Раббимова Г.Т., Хамроева Л.К., Абдуллаева А.Э.	<b>86</b>
<b>РОЛЬ ВИТАМИНА Д В РЕГУЛЯЦИИ ПРОЦЕССОВ СТЕРОИДО- И ФОЛЛИКУЛОГЕНЕЗА, В РАЗВИТИИ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭНДОКРИННОМ БЕСПЛОДИИ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ПРИАРАЛЬЯ</b> Алимова М.М. <sup>1</sup> , Матризаева Г.Д. <sup>2</sup>	<b>88</b>
<b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ COVID-19</b> Алимова Х.П., Аллаеров Б.К.	<b>90</b>
<b>ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ И ПРОЛАБИРОВАНИЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК.</b> Аллаярова Сурайё Давронбековна	<b>92</b>

<b>СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ.</b> Амонова З.Д., Камарова А.С.	<b>93</b>
<b>МЕТАБОЛИТЫ ОКСИДА АЗОТА В ПЛАЗМЕ КРОВИ КАК РАННИЙ МАРКЕР ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ</b> Ананкина А.А. <sup>1</sup> , Шалина Р.И. <sup>1</sup> , Титов В.Ю. <sup>1</sup>	<b>95</b>
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОЦЕНКЕ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ</b> Атаходжаева Ф.А., Фозилова У.И.	<b>97</b>
<b>ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ ТЯЖЕСТИ</b> Атхамова Ш.Р.	<b>99</b>
<b>БАЧАДОН ЧАНДИҒИ БЎЛҒАН АЁЛЛАРДА ТУҒРУК ТАҲЛИЛИ</b> Магзумова Н. М. Ахмедова Г. Ш.	<b>101</b>
<b>ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b> Ахмедова М.О.	<b>103</b>
<b>КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИИ COVID- 19 И БЕРЕМЕННОСТЬ.</b> Ашурова Д.А., Мирзаабдуллаева Д.И., Староверова З.А.	<b>105</b>
<b>ФАКТОРЫ РИСКА ТЯЖЕЛЫХ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ВСЛЕДСТВИЕ АТОНИИ МАТКИ</b> Ашурова У.А. <sup>1</sup> , Матякубова С.А. <sup>2</sup>	<b>106</b>

<p><b>ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ</b>  <sup>1</sup>Муминова Зиёда Аббаровна, <sup>2</sup>Балтабаева Гулноза  Шухрат кизи</p>	<b>108</b>
<p><b>АНТИФОСФОЛИПИД СИНДРОМЛИ ҲОМИЛАДОРЛАРДА ГЕСТАЦИОН ГИПЕРТЕНЗИЯНИ БАШОРАТ ҚИЛИШДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ ЭРТА МАРКЁРЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ.</b>  Мустаққил изланувчи- Бахрамова Ш.У.</p>	<b>110</b>
<p><b>ОБЗОРНАЯ ПОНЯТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ ПРИ РОДОВЫХ ПРОЦЕССАХ</b>  <sup>1</sup>Бахтиярова А.М., <sup>2</sup>Олимова М.М.</p>	<b>112</b>
<p><b>PREMATURE BIRTH IN THE BACKGROUND OF INFECTION OF THE URINARY SYSTEM</b>  Bozorov A.G.<sup>1</sup>, Ikhtiyarova G.A.<sup>2</sup>, Tosheva I.I.<sup>3</sup></p>	<b>113</b>
<p><b>МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКА ДО И ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ АДНЕКСЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА</b>  Гашимова А.И.<sup>1</sup>, Соломатина А.А.<sup>1</sup>, Тюменцева М.Ю.<sup>1</sup>, Братчикова О.В.<sup>1</sup>, Тумасян Е.А.<sup>1</sup>, Халиефаева З.З.<sup>1</sup></p>	<b>116</b>
<p><b>RM1-IV И RM1-V ПРИ ДООПЕРАЦИОННОМ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ХАРАКТЕРА ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У БЕРЕМЕННЫХ</b>  Герасимова А.А.<sup>1</sup>, Шевченко Ю.В.<sup>1</sup>, Клименко П.А.<sup>1</sup>, Ашрафян Л.А.<sup>2</sup></p>	<b>118</b>
<p><b>ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ</b>  Гозиева Ш.С.</p>	<b>121</b>

<p><b>ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ.</b></p> <p>Гозиева Ш.С.</p>	122
<p><b>ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ЛЁГКОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ</b></p> <p>Давлетова Д.М., Каримов А.Х.</p>	124
<p><b>ПРОБЛЕМА ВИЗИТОВ К ВРАЧУ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19</b></p> <p>Данияров А.А.<sup>1</sup>, Умаров А.А.<sup>2</sup>, Гадоева Д.А.<sup>3</sup></p>	126
<p><b>ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭНДОМЕТРИОЗА В ГИНЕКОЛОГИИ</b></p> <p>Джумаева С.Т<sup>1</sup>, Муминова Н.Х<sup>2</sup>.</p>	128
<p><b>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ</b></p> <p>Джумаева С.Т<sup>1</sup>.</p>	130
<p><b>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ</b></p> <p><i>Джумамуратова Зумрад Азатбай кизи</i></p>	132
<p><b>KORONAVIRUS INFEKTSIYASI BILAN KASALLANGAN ONALARDAN TUG'ILGAN CHAQALOQLAR HOLATIGA COVID-19 TA'SIRI</b></p> <p><sup>1</sup>Djumaniyozova Gulsara Mayliyevna, <sup>2</sup>Yo'ldoshev Baxrom Sobirjanovich</p>	134

<b>ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.</b> Нажмутдинова Д.К., Джураева Г.Т., Атаходжаева Ф.А., Камилова И.А	<b>135</b>
<b>ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b> Ходжаева Азиза Сагдуллаевна – профессор, д.м.н. Джураева Дилфуза Лутпуллаевна – к.м.н. ассистент	<b>137</b>
<b>СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ</b> Ходжаева Азиза Сагдуллаевна. Джураева Дилфуза Лутпуллаевна	<b>140</b>
<b>ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЩЕЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ</b> Дустова Нигора Кахрамоновна, Гайбуллаева Нигина Фахриддиновна	<b>141</b>
<b>PROSPECTIVE FOLLOW-UP OF PRIMIGRAVIDA WITH PREGNANCY HYPERTENSION</b> Juraeva Zulfizar Utkirovna, Khotamova Matluba Tilavovna	<b>143</b>
<b>МАКРОСОМИЯ ПЛОДА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ.</b> Закирова Н.И., Закирова Ф.И., Абдуллаева Н.Э.	<b>144</b>
<b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ</b> Закирходжаева Д.А. <sup>1</sup> , Мирзаева Н.Б. <sup>1</sup> , Таджиева М.А. <sup>1</sup> , Арипова Ф.С. <sup>1</sup>	<b>146</b>
<b>POLYCYSTIC OVARIES- THE RELEVANS OF THE PROBLEM IN THE REPRODUCTIVE PERIOD</b> Zakhidova K.Sh. <sup>1</sup> Raximova G.N. <sup>2</sup>	<b>148</b>

<b>POLYCYSTIC OVARIES- THE RELEVANS OF THE PROBLEM IN THE REPRODUCTIVE PERIOD</b> Zakhidova K.Sh. <sup>1</sup> Raximova G.N. <sup>2</sup>	<b>150</b>
<b>ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ</b> Захидова К.Ш. <sup>1</sup>	<b>152</b>
<b>ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ.</b> Зухурова Н. К. , Негмаджанов Б.Б.	<b>154</b>
<b>ДИАГНОСТИКА НЕОНАТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ И ХОРИОНАМНИОНИТА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД (ПРПО).</b> Ибрагимова Н.Ш., Юсупова М.А.	<b>156</b>
<b>GORMONAL BEPUSHTLIGI BOR AYOLLARNI DAVOLASHDA KOMBINIRLANGAN TEROPIYADA MELATONINNI QO‘LLASH SAMARADORLIGI</b> <sup>1</sup> Ikranova X.S., <sup>2</sup> Matrizayeva G.D.	<b>158</b>
<b>РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА</b> Ильясов А.Б.	<b>160</b>
<b>ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ И ЕЁ РЕАЛИЗАЦИИ У ПЛОДА</b> Ильясов А.Б., Абдукадырова М.И.	<b>166</b>
<b>ВОЗДЕЙСТВИЕ КАРАНТИННЫХ МЕР COVID-19 НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ДИСТРЕСС В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ</b> Иноятов Амрилло Шодиевич, Ихтиярова Гулчехра Акмаловна, Насриддинова Шахноза Ибрагимовна	<b>170</b>

<b>ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО</b> Исмадова Н. Т., Мензатова Л.Р., Жалолова И.Б.	<b>172</b>
<b>ГОРМОНАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИСИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ВРТ</b> Ихтиярова Г.А., Музаффарова М.Х., Курбанова З.Ш. Иргашев Д.С.	<b>173</b>
<b>РОЛЬ ВИТАМИНА D<sub>3</sub> В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ</b> Ихтиярова Г.А. <sup>1</sup> , Розикова Д.К. <sup>2</sup>	<b>175</b>
<b>УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНИКИ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВОЙ ОВАРИАЛЬНЫЙ ТКАНИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ.</b> Калегин А. В. <sup>1</sup> , Калегина В. А. <sup>2</sup>	<b>176</b>
<b>ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ МЕТОДОМ ФИКСАЦИИ КРЕСТЦОВО-МАТОЧНЫХ СВЯЗОК К СТЕНКЕ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ.</b> Калегина В. А. <sup>1</sup> , Калегин А. В. <sup>2</sup>	<b>178</b>
<b>ЭНДОМЕТРИОЗ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН</b> Караманян А.А. <sup>1</sup> , Пахомова Ж.Е. <sup>2</sup>	<b>180</b>
<b>ЗНАЧЕНИЕ ЭХОДОПЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ</b> Каримов А.Х., Ахмедова Б.Т.	<b>181</b>
<b>ДИАГНОСТИКА ВУЛЬВОВАГИНИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН</b> Каримов А.Х., Каюмова Д.Т., Рузибоева Н.Ч.	<b>183</b>
<b>ПУТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИХ СРОКАХ И ЕЁ ОЦЕНКА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b> Саломова И.С. <sup>1</sup> , Каримова Н.Н. <sup>2</sup>	<b>185</b>

<b>НОВЫЕ ПОДХОДЫ ТЕРАПИИ САЛЬПИНГООФАРИТОВ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ</b>	<b>188</b>
Каримова Н.Н. <sup>1</sup> , Махмудова Ш. А. <sup>2</sup>	
<b>КОРРЕКЦИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В АКУШЕРСТВЕ</b>	<b>191</b>
Муминова Н.Х. <sup>1</sup> ., Каримова Ф.Д. <sup>2</sup>	
<b>РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА</b>	<b>193</b>
Каримова Д.Ф. <sup>1</sup> Муминова Н.Х. <sup>2</sup>	
<b>АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ</b>	<b>195</b>
Каттаходжаева М.Х.,Ихтиярова Г.А., ,Кудратова Д.Ш.	
<b>ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ РИСКИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ ИНДУКЦИИ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С СОРП И НЕГОТОВНОСТЬЮ РОДОВЫХ ПУТЕЙ К РОДАМ.</b>	<b>197</b>
Климашкин А.А. , Расуль-Заде Ю.Г, Т.М. Нуруллаев.	
<b>ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ</b>	<b>199</b>
Кодирова М.М	
<b>ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ И ОЦЕНКА ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА</b>	<b>200</b>
Комилова М.С., Пахомова Ж.Е.	
<b>ВЛИЯНИЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН</b>	<b>202</b>
Кочиева А.М., Нигматова Г.М.	
<b>ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ</b>	<b>204</b>
Бабаджанова Ш.	



<p><b>ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ РУБЦОВ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ</b></p> <p><sup>1</sup>Краснова И.А., <sup>1</sup>Есипова И.А. <sup>1</sup>Хашиева Ф.М., <sup>1</sup>Базалий О.А.</p>	206
<p><b>ТРЕХМЕРНЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЁРЫ КАК ПРЕДИКТОР СТЕПЕНИ ОБЛИТЕРАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ</b></p> <p>Краснова И.А. <sup>1</sup>, Есипова И.А. <sup>1</sup>, Тимофеева Е.Г. <sup>1</sup>, Кудимова М.А. <sup>1</sup></p>	208
<p><b>ПРЕДИКТОРЫ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭМБОЛИЗАЦИЮ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ</b></p> <p>Краснова И.А. <sup>1</sup>, Аксенова В.Б. <sup>1</sup>, Базалий О. <sup>1</sup>, Хашиева Ф.М. <sup>1</sup></p>	211
<p><b>МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ.</b></p> <p>Краснова И.А. <sup>1</sup>, Аксенова В.Б. <sup>1</sup>, Кудимова М.А. <sup>1</sup>, Тимофеева Е.Г. <sup>1</sup>.</p>	213
<p><b>ШКАЛА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ВНУТРИУТРОБНЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПЛОДА</b></p> <p>Каттаходжаева М.Х., Ихтиярова Г.А., Кудратова Д.Ш., Матисаева Ш.</p>	215
<p><b>ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК И ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА</b></p> <p>Курбанов Ж.Б., Нигматова Г.М.</p>	216
<p><b>ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА</b></p> <p><sup>1</sup>Мадримова К. К., <sup>2</sup> Матризаева Г. Дж.</p>	218

<p><b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА И КЛОМИФЕН ЦИТРАТА ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОВУЛЯЦИИ</b></p> <p>Максудова М.М., Охунова Ш.Б., Ахмедова М.Т., Максудова С.М.</p>	220
<p><b>ПАРАМЕТРЫ ГОРМОНАЛЬНОГО И ЛИПИДНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ.</b></p> <p><i>Ахмедова Н.М., Марозикова М.И.</i></p>	223
<p><b>ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ</b></p> <p><sup>1</sup>Матризаева Гульнара Джуманиязовна</p>	224
<p><b>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ</b></p> <p><sup>1</sup>Матризаева Г.Д., <sup>2</sup>Ихтиярова Г.А.</p>	226
<p><b>ВЛИЯНИЕ БЕЛКА SFLT1 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРГНОЗИРОВАНИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ.</b></p> <p>Махмудова У.Д. <sup>1</sup>, Научный руководитель – к.м.н., доцент Курбанов Б.Б<sup>2</sup></p>	227
<p><b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ САЛЬПИНГООФАРИТОВ с ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЭНДОМЕТРИАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ</b></p> <p>Махмудова Ш. А.<sup>1</sup>, Каримова Н.Н.<sup>2</sup></p>	229
<p><b>ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ МИОМЕ МАТКИ</b></p> <p><sup>1</sup>Миралимова Н.А., <sup>2</sup>Муратова Н.Д., <sup>2</sup>Сулаймонова Н.Ж.</p>	231
<p><b>ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.</b></p> <p>Мирзаева Н.Б. <sup>1</sup>, Закирходжаева Д.А. <sup>1</sup>, Мухамедханова Ш.Т., Юлдашева Д.С. <sup>1</sup>.</p>	234

<b>ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАТУРАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ</b> Мирзаева Н.М. ., <sup>1</sup> , Муминова Н.Х. <sup>2</sup>	<b>236</b>
<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ.</b> Мирходжаева С.А.,Рахматова Г.К.	<b>238</b>
<b>БЕРЕМЕННОСТЬ И АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ГИНЕРПРОЛАКТИНЕМИИ</b> <sup>1</sup> Муминова Зиёда Аббаровна, <sup>2</sup> Балтабаева Гулноза Шухрат кизи	<b>241</b>
<b>РОЛЬ ДОНАТОРОВ ОКСИДА АЗОТА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ГЕМОДИНАМИКИ В СИСТЕМЕ МАТЬ- ПЛАЦЕНТА-ПЛОД У БЕРЕМЕННЫХ В РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ</b> Муминова Н.Х. <sup>1</sup>	<b>243</b>
<b>КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН У БЕРЕМЕННЫХ.</b> <sup>1</sup> Муратова Н.Д., <sup>2</sup> Турсунова Н.Б., <sup>1</sup> Хусанова Н.	<b>245</b>
<b>ГИСТЕРОСКОПИК ТАШХИСЛАШ НАТИЖАСИДА ЭНДОМЕТРИЙ ГИПЕРПЛАЗИЯСИНИ ГИСТОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ</b> <i>Мухиддинова Д.Н, Шамсиева М.Ш.</i>	<b>246</b>
<b>КАМСУВЛИЛИК КУЗАТИЛГАН ҲОМИЛАДОРЛИҚДА КТГ КЎРСАТКИЧЛАРИ ТАҲЛИЛИ</b> Жумаева Д. Х.	<b>249</b>
<b>ПРЕЭКЛАМПСИЯ: ТАРҚАЛИШИ, ПЕРИНАТАЛ ДАВРДА ОНА ВА БОЛАДА КУЗАТИЛАДИГАН АСОРАТЛАР</b> Набиева Р.М., Каюмова Д.Т., Атаходжаева Ф.А.	<b>251</b>

<b>ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ АВО-ИММУНИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ</b> Нажмутдинова Д.К. <sup>1</sup> , Чориева Г.З. <sup>1</sup> , Юлдашева Д.Ю. <sup>1</sup> ,	<b>253</b>
<b>УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОТЕРЬ РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ</b> Нажмутдинова Д.К. <sup>1</sup> , Ахмаджонова Г.М. <sup>2</sup>	<b>255</b>
<b>ЖИНСИЙ ОРГАНЛАР ПРОЛАПСИ БИЛАН ОПЕРАЦИЯ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ.</b> <i>Назаров Б.Б.<sup>3</sup>, Ниязметов Р.Э.<sup>4</sup></i>	<b>257</b>
<b>ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ III - IV СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ</b> Назаров Б.Б. Ниязметов Р.Э.	<b>259</b>
<b>СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b> Назирова М. У.	<b>260</b>
<b>ДИНАМИКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА</b> Каттаходжаева М.Х, Назирова М.У. Хамдамова Н. И.	<b>262</b>
<b>СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ.</b> Назирова М.У. Каттаходжаева М.Х. Хамдамова Н. И.	<b>264</b>
<b>БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗАПАСА У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ</b> <sup>1</sup> Найимова Н. С.	<b>266</b>
<b>ОТВЕТНАЯ ИММУННАЯ РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА ЖЕНЩИНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НА СОЧЕТАННЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ</b> Арипов О.А., <sup>1</sup> Наркузиева Г.Б. <sup>2</sup>	<b>268</b>

<b>THE ROLE OF THE DEVELOPMENT OF THROMBOCYTOPATHIES IN PREGNANT WOMEN WITH PRE-ECLAMPSIA.</b> <i>Asrankulova D.B., Nasritdinova D.</i>	<b>270</b>
<b>НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН</b> Нассилоева Б., Нигматова Г.М.	<b>271</b>
<b>ПУТИ УСТРАНЕНИЯ ОШИБОК ПРИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ</b> <i>Негмаджанов Б.Б., Давронова Л.С., Хамроева Л.К.</i>	<b>273</b>
<b>ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ У ДЕВОЧЕК И ПОДРОСТКОВ.</b> Б.Б.Негмаджанов., <sup>1</sup> Л.С.Давронова., <sup>2</sup> Л.К.Хамроева., <sup>3</sup> З.Ш.Ахмедов <sup>4</sup>	<b>275</b>
<b>ПУТИ УСТРАНЕНИЯ ОШИБОК ПРИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ.</b> Негмаджанов Б.Б. <sup>1</sup> ., Давронова Л.С. <sup>2</sup> ., Хамроева Л.К. <sup>3</sup>	<b>277</b>
<b>ВОЗРАСТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ТИРЕОТРОПИНА И АНТИТИРЕОИДНЫХ АНТИТЕЛ В ПОПУЛЯЦИИ США: ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА</b> Негматуллаева М.Н., Тешаева Ш.К.	<b>279</b>
<b>ЗНАЧЕНИЕ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ</b> Нигматова Г.М.	<b>281</b>
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПЛАЦЕНТЫ НА ФОНЕ ПИЕЛОНЕФРИТА</b> Нигматова Г.М., Шукуров Ф.И.	<b>283</b>

<b>ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ</b> Тян Т.В.1, Нишанов Д.А.2	<b>285</b>
<b>СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ГЕНИТОУРИНАРНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ</b> Норбобоев Р., Нигматова Г.М.	<b>288</b>
<b>ОРГАНосоХРАНяЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ</b> Научный руководитель: Жуманиязов К.А., Отажанова С.Х.	<b>290</b>
<b>TUXUMDONLAR POLIKISTOZI SINDROMINI DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV</b> Rajabova Gulzoda Oybekovna, Ikramova Xolidajon saxibovna	<b>292</b>
<b>ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У НЕЛЕЧЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ</b> Раззакова Н.С., Нигматова Г.М.	<b>294</b>
<b>АДЕНАМИОЗ И БЕСПЛОДИЕ.</b> Рахимова З.А. доцент, д.м.н. Муминова З.А.	<b>296</b>
<b>ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ И ПРИЧИН МЕРТВороЖДЕНИЙ В НЕСКОЛЬКИХ РЕГИОНАХ УЗБЕКИСТАНА С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛАССИФИКАЦИИ WIGGLESWORTH</b> Расуль-Заде Ю.Г, Климашкин А.А. , Киличева В. А.	<b>298</b>
<b>ВЛИЯНИЕ ФРАКЦИЙ ПЕПТИДОВ СРЕДНЕЙ МОЛЕКУЛЯРНОЙ МАССЫ НА СИСТЕМУ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ.</b> <i>Ахмедова Н.М., Рахимова З.</i>	<b>300</b>

<b>MODERN APPROACHES TO RESTORING THE VAGINAL MICROBIOTA DURING PREGNANCY IN WOMEN WITH BACTERIAL VAGINOSIS</b> Rakhmatullayeva Makhfuza Mubinovna	<b>301</b>
<b>СТРУКТУРА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОВИД 19</b> Каттаходжаева М.Х, Кудратова Д.Ш., Ризаева М.А., Кодирова З.Н.	<b>303</b>
<b>ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ Д-ДИМЕРА У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ</b> Рузимова С.Б. <sup>1</sup> Матякубова С.А. <sup>2</sup>	<b>305</b>
<b>СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИНИ РИВОЖЛАНМАГАН ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ ЭТИОЛОГИК ОМИЛИ СИФАТИДАГИ ЎРНИ.</b> Рузимова С.Б. <sup>1</sup> , Жуманиязов Ж.С. <sup>2</sup>	<b>307</b>
<b>СРАВНЕНИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ И НЕКОТОРЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ФЕНОТИПОВ СПКЯ</b> Садирова С.С. (докторант 2-го курса)	<b>310</b>
<b>ОНАЛАР ЎЛИМИ САБАБЛАРИНИНГ ЭВОЛЮЦИЯСИ</b> <sup>1</sup> Хаитов Акбар Октамбоевич, <sup>2</sup> Садуллаева Дилноза	<b>312</b>
<b>INSULIN RESISTANCE AND GESTATIONAL DIABETES MELLITUS</b> Saidova Ferangiz Ilkhom kizi	<b>313</b>
<b>МЕНОПАУЗАЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ</b> Сапарбаева Насиба Рахимбаевна	<b>315</b>
<b>НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВИЧ</b> Абдуллаева Л.М. <sup>1</sup> , Сафарова Л.А. <sup>1</sup>	<b>316</b>
<b>ҚАЙТА ТУҒРУҚДА ОРАЛИҚ ШИКАСТЛАНИШИНИ КУЗАТИЛИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ</b> Сидикходжаева М.А., Джумаева Г.Ш.	<b>318</b>

<p><b>УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОК С НЕДОСТАТОЧНЫМ РОСТОМ ПЛОДА</b></p> <p>Сичинава Л.Г.<sup>1</sup>, Шишкина Д.И.<sup>1</sup>, Бреусенко Л.Е.<sup>1</sup></p>	320
<p><b>СТРУКТУРА ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.</b></p> <p>Солиева У.Х.<sup>1</sup>, Саиджалилова Д.Д.<sup>2</sup></p>	322
<p><b>ЗНАЧИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ В ОЦЕНКЕ АДЕНОМИОЗА</b></p> <p>Соломатина А.А.<sup>1</sup>, Братчикова О.В.<sup>1</sup>, Тюменцева М.Ю.<sup>1</sup>, Регул С.В.<sup>1</sup>, Исмайилова П.Д.<sup>1</sup></p>	324
<p><b>ЗНАЧИМОСТЬ УЗИ В ОЦЕНКЕ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ ДО И ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ</b></p> <p>Соломатина А.А.<sup>1</sup>, Тюменцева М.Ю.<sup>1</sup>, Тумасян Е.А.<sup>1</sup>, Гашимова А.И.<sup>1</sup>, Халифаева З.З.<sup>1</sup></p>	326
<p><b>ЗНАЧИМОСТЬ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИФФУЗНОЙ И УЗЛОВОЙ ФОРМ АДЕНОМИОЗА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.</b></p> <p>Соломатина А.А.<sup>1</sup>, Тюменцева М.Ю.<sup>1</sup>, Братчикова О.В.<sup>1</sup>, Хамзин И.З.<sup>1</sup>, Исмайилова П.Д.<sup>1</sup>, Регул С.В.<sup>1</sup></p>	329
<p><b>ЗНАЧИМОСТЬ УЗИ В ОЦЕНКЕ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ</b></p> <p>Соломатина А.А.<sup>1,2</sup>, Тюменцева М.Ю.<sup>1</sup>, Тумасян Е.А.<sup>1</sup>, Гашимова А.И.<sup>1</sup>, Халифаева З.З.<sup>1</sup></p>	331



<p><b>ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19</b></p> <p><i>Тешаев Шухрат Жумаевич, Дустова Нигора Кахрамоновна, Ихтиярова Гулчехра Акмаловна, Хайдарова Нигора Баходировна</i></p>	333
<p><b>ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА ПРИ ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ</b></p> <p>Тешаева Ш.К., Негматуллаева М.Н.</p>	336
<p><b>ХАРАКТЕРИСТИКА НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВОЧЕК И ИХ ПРОФИЛАКТИКА.</b></p> <p>Тиллашайхова М. Х.</p>	337
<p><b>РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ</b></p> <p>Умарова Н.М., Нигматова Г.М. , Курбанов Р.Б.</p>	339
<p><b>ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ПРИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ.</b></p> <p><i>Уринова Д.</i></p>	342
<p><b>ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ</b></p> <p>Усинова З.Б., Ниязметов Р.Э.</p>	343
<p><b>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ</b></p> <p>Усманов Х.У<sup>1</sup>.</p>	345
<p><b>ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОК С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ</b></p> <p><i>Усманова Н.Ю.</i></p>	347

<b>МИКРОБИОЦЕНОЗ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ СИГМОИДАЛЬНОГО КОЛЬПОПОЭЗА</b>	<b>351</b>
Негмаджанов Б.Б., Раббимова Г.Т., Фаттоева М.Р.	
<b>РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ФОРМА ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ</b>	<b>354</b>
Ниязметов Рахматулла Эрматович., Хабибуллаев Дилшод Маруфбаевич	
<b>РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ФЕНОТИПОВ ЖЕНЩИН ПРИ РЕЦЕДИВИРУЮЩЕМ ПОЛИКИСТОЗЕ ЯИЧНИКОВ</b>	<b>356</b>
Халимова Э.М. <sup>1</sup> , Каримова Н.Н. <sup>2</sup>	
<b>СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ПРИМЕНЯЮЩИХ ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СПИРАЛИ</b>	<b>358</b>
Хамдамова М. <sup>1</sup> , Нигматова Г.М. <sup>2</sup>	
<b>ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ МОРФО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК ДО И ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ АДНЕКСЭКТОМИИ</b>	<b>360</b>
Хамзин И.З. <sup>1</sup> , Соломатина А.А. <sup>1</sup> , Тюменцева М.Ю. <sup>1</sup> , Братчикова О.В. <sup>1</sup> , Гашимова А.И. <sup>1</sup> , Тумасян Е.А. <sup>1</sup> , Халифаева З.З. <sup>1</sup>	
<b>FACTORS AFFECTING THE SUCCESS OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN A GROUP OF PATIENTS WITH LOW OVARIAN RESERVE</b>	<b>363</b>
Mirzakhmedova N.A. <sup>1</sup> , Atahodjaeva F.A. <sup>2</sup> , Khikmatillaeva N.A. <sup>3</sup>	
<b>РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ГЕНЕЗЕ ДИСМЕНОРЕИ</b>	<b>364</b>
Ходжаева А.С., Джураева Д.Л., Тиллабаева Д.М.	
<b>АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ РАЗРЫВОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ И ГЕСТАЦИОННЫМ ДИАБЕТОМ</b>	<b>367</b>
Холматова Ш.Ш.	

<b>ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МНОГОВОДИЯ У ОДНОПЛОДНЫХ БЕРЕМЕННЫХ.</b> Шерлиева Г.У <sup>1</sup> ., Матякубова С.А <sup>2</sup> .	<b>370</b>
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАМИКРОДОЗИРОВАННЫХ КОК В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ</b> Шерматова С.Э. <sup>1</sup> , Иргашева С.У <sup>1</sup> .	<b>372</b>
<b>УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ</b> Шишкина Т.Ю. <sup>2</sup> , Краснова И.А. <sup>1</sup> , Аксенова В.Б. <sup>1</sup>	<b>374</b>
<b>ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ</b> Шодиева Х.Т., Сидикходжаева М.А., Курбонова Н.А.	<b>376</b>
<b>ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ В ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ</b> Шопулотов Шохрух Аслиддинович <sup>1</sup> , Шопулотова Зарина Абдумуминовна <sup>2</sup>	<b>378</b>
<b>МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ НА ТРУБАХ ПО ПОВОДУ БЕСПЛОДИЯ</b> Шукуров Ф.И., Нигматова Г.М.	<b>380</b>
<b>AUTOIMMUN TIREOIDIT KASALLIGINI REPRODUKTIV YOSH DAGI AYOLLARDA YOSHIGA BOG'LIQ HOLATDA VA KLINIK JIHATDAN UCHRASH CHASTOTASI</b> Egamova M.B. <sup>1</sup> , PhD, dotsent Raxmanova N.X. <sup>2</sup> , Masharipov O.Q. <sup>3</sup>	<b>381</b>
<b>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ ПАТОЛОГИЙ ГИСТЕРОСКОПОМ</b> Научный руководитель: Жуманиязов К.А., Эркинбаева Д.Э.	<b>383</b>
<b>ГЕСТАЦИОН ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ТУҒРУК ИНДУКЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ</b> Сидикходжаева М.А., Қаямова Д.Т., Эшонкулова С.А.	<b>385</b>

<b>МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНСФОРМАЦИЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ СТЕНОК ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА</b> <i>Якубов М.З.<sup>1</sup> Ахмедов З.Ш.<sup>1</sup> Хамроева Л.К.<sup>1</sup></i>	<b>387</b>
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА И ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ</b> <i>Янгибаева Д.Т.<sup>1</sup>, Юлдашева Д.Ю.<sup>1</sup>, Чориева Г.З.<sup>1</sup>, Садикова Д.Р.<sup>1</sup>, Мамадалиева У.П.<sup>1</sup></i>	<b>388</b>
<b>МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВРТ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ</b> <i>Ярматова Ш.З.<sup>1</sup>, Ихтиярова Г.А.<sup>2</sup></i>	<b>390</b>
<b>ВЛИЯНИЕ МИКРОПЛАСТИЧЕСКИХ ЧАСТИЦ НА ОРГАНИЗМ БЕРЕМЕННЫХ</b> <i>Яхьяева-Урунова М.Х.<sup>1</sup>, Эргашева И.Ф.<sup>2</sup></i>	<b>393</b>

**Современные подходы к стандартизации  
оказания медицинской помощи  
в акушерско-гинекологической практике**

Материалы научно-практической конференции  
посвященной памяти д.м.н, профессора А.С Мордухович.

**Сборник Тезисов**

Подписано в печать: 14.02.2023г.  
Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Гарнитура «TimesNewRoman»  
Усл.п.л. 26,5. п.л. Тираж 100 экз.

Отпечатано в ООО «Fan va talim poligraf».  
Ташкент, ул. Дурмон йули, 24.

