

**REHABILITATION OF WOMEN AFTER UNILATERAL SALPINGECTOMY
(LITERATURE REVIEW)****REHABILITATION OF WOMEN AFTER UNILATERAL SALPINGECTOMY
(LITERATURE REVIEW)**

Fayzullayeva Munira Alisher qizi, Tugizova Dildora Ismoilovna
Samarkand, Uzbekistan. Samarkand State Medical University
munirafayzullayeva0@gmail.com

ABSTRACT This literature review focuses on the rehabilitation process of women after unilateral salpingectomy a surgical removal of one of the fallopian tubes. The study explores the multifaceted consequences of the procedure, including physical recovery, psychological well-being, and implications for future fertility. The review synthesizes data from various sources to highlight the need for an individualized and multidisciplinary rehabilitation approach, including hormonal balance monitoring, emotional support, lifestyle modifications, and fertility counseling. Attention is also given to long-term follow-up, the risk of complications, and the role of minimally invasive techniques in enhancing postoperative outcomes. The review underscores that comprehensive rehabilitation not only improves recovery but also supports the overall health and reproductive potential of women undergoing unilateral salpingectomy.

Keywords: Unilateral salpingectomy, fallopian tube removal, female rehabilitation, postoperative care, fertility, reproductive health, hormonal balance, psychological support, minimally invasive surgery, gynecological surgery.

**TUBEKTOMIYA O'TKAZILGAN AYOLLAR REABILITATSIYASI
(ADABIYOTLAR TAHLILI)**

Fayzullayeva Munira Alisher qizi
Tugizova Dildora Ismoilovna
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti

ANNOTATSIYA Mazkur adabiyotlar sharhi bir tomonlama tubektomiyadan so'ng ayollarni reabilitatsiya qilish jarayoniga bag'ishlangan. Tubektomiya — bu tuxum yo'llaridan birining jarrohlik yo'li bilan olib tashlanishi bo'lib, u turli xil jismoniy, ruhiy va reproduktiv oqibatlarga olib kelishi mumkin. Sharhda operatsiyadan keyingi tiklanish jarayonining barcha bosqichlari, shu jumladan gormonal muvozanatni tiklash, psixologik yordam ko'rsatish, hayot tarzini moslashtirish va bepustlik profilaktikasi bo'yicha maslahatlar keng yoritilgan. Shuningdek, uzoq muddatli kuzatuv, asoratlarning xavfi va kam invaziv usullar orqali tiklanish samaradorligini oshirish yo'llariga e'tibor qaratilgan. Tahlillar shuni ko'rsatadiki, kompleks yondashuv orqali nafaqat tezroq tiklanish, balki ayolning umumiy sog'lig'i va reproduktiv salohiyatini ham yaxshilash mumkin.

Kalit so'zlar: Bir tomonlama tubektomiya, tuxum yo'lini olib tashlash, ayollar reabilitatsiyasi, operatsiyadan keyingi parvarish, bepustlik, reproduktiv salomatlik, gormonal muvozanat, psixologik yordam, kam invaziv jarrohlik, ginekologik operatsiya.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ ТУБЭКТОМИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Файзуллаева Мунира Алишер кизи, Тугизова Дилдора Исмоиловна
Самаркандский Государственный Медицинский Университет
Самарканд, Узбекистан.

Данный обзор литературы посвящён вопросам реабилитации женщин после односторонней сальпинэктомии — хирургического удаления одной из маточных труб. В работе рассматриваются многоаспектные последствия вмешательства, включая физическое восстановление, психологическое состояние и влияние на фертильность. Особое внимание уделено необходимости индивидуального и мультидисциплинарного подхода в реабилитации, включая контроль гормонального баланса, предоставление эмоциональной поддержки, коррекцию образа жизни и консультирование по вопросам репродукции. Освещены также вопросы долгосрочного наблюдения, профилактики осложнений и использования малоинвазивных технологий для повышения эффективности послеоперационного восстановления. Обзор подчеркивает, что комплексная реабилитация способствует не только успешному восстановлению, но и улучшению общего состояния здоровья и репродуктивных возможностей женщин.

Ключевые слова: Односторонняя сальпинэктомия, удаление маточной трубы, реабилитация женщин, послеоперационный уход, бесплодие, репродуктивное здоровье, гормональный баланс, психологическая поддержка, малоинвазивная хирургия, гинекологическая операция.

XX asrning ikkinchi yarmida bachadondan tashqari homiladorlik chastotasining barqaror o'sish tendensiyasi butun dunyoda, ayniqsa o'smirlar va fertil yoshdagi ayollar o'rtasida keng tarqalgan. Ma'lumotlarga ko'ra epidemiologik tadqiqotlar rivojlangan mamlakatlarda bachadondan tashqari homiladorligi 1,2 - 1,4% ni tashkil etadi. Homiladorlikning umumiy soniga nisbatan 0,8 - 2,4%[10]. AQShda bachadondan tashqari homiladorlik chastotasi 1:100 dan 1:400 gacha o'zgarib turadi. Onalik ektopik homiladorlikda o'lim dunyoda ikkinchi o'rinda turadi va tez rivojlanayotgan qon ketishi va shok [1].

Homiladorlik normal va ona organizmi uchun xavfsiz rivojlanishi uchun urug'langan tuxum hujayra (murtak) bachadon naylari orqali bachadon bo'shlig'iga kirishi va bachadon shilliq pardasiga kirishi kerak. Bachadondan tashqari homiladorlikda urug'langan tuxum hujayra bachadon bo'shlig'ida bo'lmayd, bachadon bo'shlig'iga tushib, boshqa joyda (bachadon naylarida, tuxumdonlarda, bachadon bo'yni, qorin bo'shlig'ida) birikadi va rivojlana boshlaydi. Bachadondan tashqari homiladorlik juda xavfli holat va homilador ayollarning homiladorlikning birinchi trimestrida o'limining asosiy sabablaridan biri hisoblanadi.[15;23]

Urug'langan tuxum hujayra bachadondan tashqarida ham birikib, rivojlanishi mumkin. Bunday homiladorlik bachadondan tashqari yoki ektopik homiladorlik deb ataladi. Bachadondan tashqari homiladorlik 99,5% hollarda nayda (nay homiladorligi) yuzaga keladi, kamroq hollarda (0,1-0,2%) - tuxumdon (tuxumdon homiladorligi) yoki qorin bo'shlig'i a'zolarida kuzatiladi. Bundan tashqari, homiladorlik bachadonning rivojlanish nuqsonlarida bachadonning rudimentar shoxida va bachadon bo'ynida (bo'yin homiladorligi) joylashishi mumkin. Naycha va bachadon homiladorligining birga uchrashi ham kuzatiladi. Bachadondan tashqari homiladorlik ayol hayoti uchun jiddiy xavf tug'diradi, chunki uning to'xtashi ko'pincha qorin bo'shlig'iga qon ketishi bilan kechadi, bu esa gemorragik shokka olib kelishi mumkin. Agar qon ketishi o'z vaqtida to'xtatilmasa, o'lim xavfi mavjud. Har qanday mutaxassislikdagi shifokor bachadondan tashqari homiladorlikni tashxislay olishi va bemorni kasalxonaga yotqizishni ta'minlashi lozim.[2]

NAYDAGI HOMILADORLIK. Etiologiyasi urug‘langan tuxum hujayraning nay bo‘ylab sekin harakatlanishidan va trofoblastning yuqori faolligidan iborat bo‘lib, bu morulaning nay devoriga yopishishiga yordam beradi. Urug‘langan tuxum hujayra harakatining sekinlashishiga quyidagilar sabab bo‘ladi:

- jinsiy a‘zolarining yallig‘lanish kasalliklari; Urug‘langan tuxum hujayra harakatini sekinlashtiradi;

- infantilizm;
- bachadon naylarida rekonstruktiv-plastik operatsiyalar;
- sun‘iy urug‘lantirish (EKO);
- gormonal kontratsepsiya;
- EKO;
- gormonal kontratsepsiya;
- bachadon va uning ortiqlarining o‘smalari va o‘smasimon hosilalari;
- endometriozi;
- jinsiy a‘zolarining rivojlanish anomaliyalari.[15]

Yallig‘lanish kasalliklarining roli quyidagilardan iborat: bitishmalar hosil bo‘lishi tufayli tuxum hujayra harakatining buzilishi; epiteliy kiprikchalari harakatining bachadon tanasi tomon to‘xtamasligi yoki sekinlashishi; nay peristaltikasining pasayishi. Jinsiy organlar infantilizmi ko‘pincha uzun va egri-bugri naylar bilan kechadi, bu esa ularda homila tuxumining joylashishiga olib keladi. Naylardagi rekonstruktiv plastik operatsiyalar ko‘pincha ularning anatomiyasi va funksiyasini buzadi. EKO va gormonal kontratsepsiya bachadon naylariga progesteronning ortiqcha ta‘siri bilan bog‘liq bo‘lib, bu to‘g‘ridan-to‘g‘ri yoki bilvosita tarzda ularning peristaltikasini sekinlashtiradi.[10] Bachadon va uning ortiqlarining o‘smalari va o‘smasimon hosilalari, shuningdek endometriozi va jinsiy a‘zolar rivojlanishining anomaliyalari ham naylarning anatomik o‘zgarishlariga olib keladi. Quvurlardagi rekonstruktiv plastik operatsiyalar ko‘pincha buziladi anatomiyasi va nayning funksiyasi. EKO, gormonal kontratsepsiya bevosita yoki bilvosita ta‘sir bilan bog‘liq bachadon naylari peristaltikasini sekinlashtiradigan progesteronning ortiqcha bo‘lishi. Bachadon va bachadon ortiqlarining o‘smalari va o‘smasimon hosilalari va endometriozi, jinsiy a‘zolar rivojlanishining anomaliyalari quvurlarning o‘zgarishi. Tuxum hujayraning tashqi migratsiyasida urg‘ochi gameta tuxumdon bachadon nayiga qarama-qarshi tomondan tushadi. Operatsiya vaqtida sariq tanani topilishi buning isbotidir. Tuxumdonidagi tanalar naysimon homiladorlikka qarama-qarshi tomondan. Ba‘zi tadqiqotchilar ektopik homiladorlikning yuzaga kelishini trofoblastning proteolitik faolligining barvaqt namoyon bo‘lishi homila tuxumining nay devoriga kirishiga olib keladi.[13;18]

Patogenezi. Naydagi homiladorlik organizmda ham xuddi shunday o‘zgarishlarga sabab bo‘ladi bachadon: tuxumdonida haqiqiy sariq tana rivojlanadi FSG ajralishini bloklay, progesteron miqdorini oshiradi. Lyuttenlovchi garmon ajralishi ortadi (gipofizning bazofil hujayralarida). Urug‘lanishning 8-kunida trofoblast OXG ajratadi. Endometriy proliferatsiyalanadi va sezilarli darajada reaksiyalar detsidual bo‘ladi. Urug‘langan homila tuxumi naychada uzoq muddat saqlanishi uchun sharoit bo‘lmaydi, nayning shilliq qavatining yetarli darajada qalin bo‘lmasligi tufayli rivojlanadi. Trofoblast muskul qavatiga kiradi. Naydagi homiladorlik, odatda, 6-8 haftagacha bo‘lgan muddatda to‘xtatiladi. Homiladorlik ko‘pincha nayning ampulyar qismida bo‘ladi, lekin istmik va interstitsial qismlarida ham uchrash ehtimoli mavjud. Homila tuxumi trubaning rudimentar shoxida ko‘chishgacha joylashgan bo‘lsa homila tuxumi bir oz ko‘proq vaqt (8-9 hafta) o‘tishi mumkin, homila tuxumi istmik bo‘limida - kamroq (5 haftagacha). [11]

Xorion vorsinkalari bachadon naylari devoriga kirib, ishlab chiqariladi proteolitik fermentlar, uning suyuqlanishiga, yupqalashishiga, keyin esa qon tomirlar devorini ochib buzish (nayni yorib

yuborish). Yorilib ketganda homila tuxumi burchakka fimbriya qismiga qancha yaqin bo'lsa, qorin bo'shlig'iga shuncha ko'p qon oqadi. Bachadon nayida homila tuxumining rivojlanishi homiladorlik ko'pincha bachadon nayidagi abort turida to'xtatiladi. Bunda homila tuxumi avval nay devoridan, so'ngra uning elementlari ajralib chiqadi, qorin bo'shlig'iga suruladi.[14] Homila tuxumi butunlay qorin tuxumiga chiqib ketadigan naydagi to'liq abortda odatda, u nobud bo'ladi, keyin esa ohaklanadi va mumiyalanadi. ba'zi hollarda homila tuxumining naychadan haydalishi to'xtaydi qon laxtalari to'planib, ba'zan visseral va pariyetal qorin pardasi ("eski" bachadondan tashqari homiladorlik). Nay homiladorligining uchta asosiy variantini ajratib olish patogenetik jihatdan o'zini oqlaydi homiladorlik: zo'rayib boruvchi homiladorlik, naydagi abort, nay yorilishi [30].

Zo'rayib boruvchi naysimon homiladorlikning klinikasi va diagnostikasi. O'z vaqtida zo'rayib boruvchi naysimon homiladorlikni tashxislash juda muhimdir, ammo tashxislashda jiddiy qiyinchiliklar mavjud. Taraqqiy etayotgan nay homiladorligi normal homiladorlik bilan bir xil alomatlariga ega: shubhali, ya'ni subyektiv (hayz ko'rishning kechikishi, ko'ngil aynishi, qusish ta'm va hid bilish buzulishi) va ehtimoliy (sut bezlarining dag'allashishi, ko'krak uchlarini bosilishi - bu faqat tug'maganlarda bo'lishi mumkin deb hisoblanadi). Ginekologik ko'rikda kichik jinsiy lablar, qin va bachadon bo'yni normal homiladorlik bilan bir xil. Ikki tomonlama ginekologik tekshiruv ba'zi bir holatlarni ko'rsatishi mumkin, bachadonning kattalashishi va bo'yin qismining yumshashi. Biroq normal homiladorlikda bo'lganidan kichikroq, hayz ko'rish muddatining kechikishiga muvofiq. Qachonki homiladorlikning shubhali va ehtimoliy belgilari, qorinning pastki qismida og'riqlar paydo bo'ladi, jinsiy yo'llardan qon ajralmalari bachadon shilliq qavatining o'zgaradi [16;23] Bachadondan tashqari homiladorlik va to'liq bo'lmagan homiladorlikni differensial tashxislash maqsadida bachadon abortida bachadon shilliq pardasi qirib tashlanadi. Aniqlanishi gistologik tekshirish vaqtida detsidual vorsinkalar xoriona bo'lmaganda, odatda, ektopik homiladorlikdan dalolat beradi. Biroq shilliq pardaning detsidual transformatsiyasi sariqlik persistensiyasida bo'lishi mumkin. Shuningdek, tuxumdonning tekalyutein kistalarida. Naydagi homiladorlikni, shu jumladan "eski" abortni tashxislashning eng aniq usuli laparoskopiya hisoblanadi. Endoskopiya har doim vizualizatsiya qiladi trubadagi o'zgarishlar (homila tuxumi o'rnida ko'k-qizg'ish bo'rtish qorin bo'shlig'iga qora qon to'planib boradi dimatoma orqasidagi chuqurlikda) ko'riladi. "Eski" bachadondan tashqari homiladorlikda qoramtir qon laxtalaridan tashkil topgan hosila topiladi, ba'zan shishga o'xshaydigan bitishmalar bilan o'ralgan. [21].

Bachadon nayi yorilishining klinik ko'rinishi va diagnostikasi. Bachadon nayi yorilishi diagnostikasi qorin bo'shlig'idan sezilarli darajada qon ketganida nay homiladorligini tashxislash qiyinchilik tug'dirmaydi. Shikoyatlar qorin bo'shlig'ida to'satdan kuchli og'riqlar paydo bo'lishidan iborat. To'g'ri ichakka (defekatsiyaga soxta da'vatlar) va o'ng o'mrov suyagi ostiga irradiatsiyalanadi (frenikus simptom), behushlikkacha bo'lgan keskin holsizlik kuzatiladi. Ko'p qon ketganda gemorragik shok: apatiya, tormozlanish, teri qoplamlari va ko'rinadigan narsalarning oqarib ketishi shilliq pardalar, sovuq ter, hansirash. Puls tez-tez, kuchsiz to'ldirish va zo'riqish, arterial bosim pasayadi. Qorni ko'tariladi, pastki qismlarida zo'riqish, palpatsiyada keskin og'riq va qorin pardasining ta'sirlanish belgilari aniqlanadi, qorinning qiya joylarida perkutor tovushning o'tmaslashuvi tana holati o'zgarishi bilan harakatlanadi. Ginekologik tekshiruv qin shilliq pardasi sianozini aniqlanadi. Bachadon bo'yni kanalida qon ajralmalari bo'lmasligi ham mumkin. Bimanual tekshirishda haddan tashqari kattalashgan, yumshagan bachadonning harakatchanligi ("suzuvchi" bachadon simptomi) kuzatiladi, keskin bachadon bo'yni siljishida og'riq, osilib qolish va sezilarli og'riq qinning orqa gumbazida ("Duglas qichqirig'i"). O'ziga xos klinik manzarasi tufayli bachadon nayini yorilishida odatda qo'shimcha tekshirish usullari talab qilinmaydi [25]

Bachadondan tashqari homiladorlik differensial diagnostikasi. Ektopik homiladorlikni bachadonning erta muddatlarida o'z-o'zidan bo'lgan abortdan; tuxumdon apopleksiyasidan;

bachadon ortiqlarining o'tkir yallig'lanishidan; appenditsitdan; tuxumdon hosilasi oyoqchalarining buralishidan farq qilmoq zarur. Bachadon homiladorligida, xuddi naydagi homiladorlikdagidek, qorinning pastki qismidagi tutqanoqsimon og'riqlar va homiladorlik belgilari, o'z-o'zidan abort xavfi hayz kechikishidan keyin qon ajralishi bilan birga keladi. Biroq bachadon homiladorligi to'xtatilganda qorin bo'shlig'idan qon ketish alomatlari bo'lmaydi, jinsiy yo'llardan qon ajralmalari (yorqin, qizg'ish, kamdan kam bo'ladiganlaridan laxtalari ko'p va xorial bo'ladi suvli idishga solinganda qalqib chiqadigan) og'riq paydo bo'lgunga qadar paydo bo'ladi. Qorin yumshoq, og'riqsiz, qorin pardasining ta'sirlanish belgilari yo'q. Ginekologik tadqiqotda bachadon bo'yni kanali barmoqni o'tkazib turadi, bachadon muddatga mos ravishda kattalashadi, hayz kechikadi. Bachadon sohasi va ortig'ining palpatsiyasi og'riqsiz. UTT bachadon bo'shlig'ida homila tuxumini topishga imkon beradi. Bachadondan detsidual o'zgarish va xorion vorsinkalari bo'lgan endometriy qirib olinadi. Tuxumdon apopleksiyasi (sariq tananing yirtilishi) xuddi bachadon apopleksiyasi buzilishidagi kabi homiladorlik qorin bo'shlig'ida, ko'pincha o'rtasida hayz sikli. Bunda homiladorlikning hech qanday belgilari yo'q. Bachadon ortiqlarining o'tkir yallig'lanishi, o'tkir appenditsit, oyoqlarning buralishi tuxumdonlar hosil bo'lishida qorin pardasining ta'sirlanish simptomlari ("o'tkir qorin" homiladorlik va qorin bo'shlig'iga qon ketishi ko'rsatilmagan holda). Tashxisni aniqlashtirish ultratovush va laparoskopiya yordam beradi.

Bachadondan tashqari homiladorlikda jarrohlik aralashuviga, kirish turidan qat'iy nazar, birinchi navbatda gemostazni amalga oshiradilar: qisqichlar laparoskopiyada nayning bachadon uchiga va mezosalpinksga qo'yiladi. Keyin bunda so'rg'ich yordamida qonni qorin bo'shlig'idan olib tashlanadi va nay olib tashlashga kirishadi. Homila tuxumi nayning interstitsial qismida joylashganida qon to'xtatuvchi qisqich mezosalpinksga shunday qo'yiladiki, bachadon arteriyasining yuqoriga ko'tariluvchi tarmoqlari bog'g'lanadi, shundan so'ng bachadon nayi kesiladi. Bachadon kesmasi uchun alohida ikki qatorli choklar qo'yiladi. Nay homiladorligi zo'rayib borayotganida yoki kam qon yo'qotishlar bilan trubada abort qilish organlarni saqlab qoluvchi operatsiyalar olib borilishi mumkin. Og'riqsizlantirish turi jarrohlik aralashuviga bog'liq: laparotomiya va qorin bo'shlig'idan ko'p qon ketmasa, mahalliy og'riqsizlantirish qo'llash mumkin (epidural yoki spinal), gemorragik shokda yoki laparoskopiyada umumiy og'riqsizlantirish amalga oshiradi [23]. Qorin old devorining kesimi Pfannenshtil bo'yicha ko'ndalang bo'lishi mumkin. Yuqori ifodalangan holatda pastki o'rta kesim afzalroqdir. Qorin bo'shlig'idan qon ketganda, semirishda, keyin chandiqda pastki o'rta kesmasi o'tkaziladi. Bachadondan tashqari homiladorlikda bachadon kesish texnikasi har bir operatsiya qiluvchi shifokorning mahoratiga bog'liq. Qorin devori qavatma-qavat ochiladi; qorin pardasi yorilganida ba'zan anchagina qon quyiladi. Shunga ko'ra darhol qo'lni qorin bo'shlig'iga kiritib uni kesim chetiga ko'tarish kerak. Imkon qadar tezroq qon to'xtatuvchi (gemostatik) qo'yiladi. Nayning bir qismi bachadon burchagiga, ikkinchi burchagi mezosalpinksga qisiladi. Qon ketishi to'xtatildi [18]. Qon o'rnini bosuvchi vositalarni vena ichiga quyishga quyidagi tartibda kirishish mumkin: donor eritrotsitlarining ko'rsatmalariga binoan. Qon yo'qotishlarni to'ldirish maqsadida foydalaniladi: Ringer-Lokk eritmasi, 5% li glyukoza eritmasi, qon plazmasi, donor eritrotsitlari (transfuzion asoratlar ehtimoli sababli kamdan-kam hollarda qo'llaniladi). Qon ketishi to'xtashidan oldin arterial qon bosimini oshiruvchi preparatlarni yuborish bosim, qorin bo'shlig'idan qon ketishining kuchayishi xavfi tufayli maqsadga muvofiq emas. Operatsiya vaqtida qorin bo'shlig'iga oqib tushgan o'z qonini qayta quyish mumkin agar u buzulmagan bo'lsa, Reinfuziya maqsadida faqat kasallik davomiyligi 5 soatdan oshmagan, infeksiyalanmagan, gemolizlanmagan qon bo'lishi kerak. Qon kichik chanoqdan sitrat yoki geparin solingan idishga tortib olinadi va suziladi 8 qavat steril dokadan keyin qon oqimiga kiritiladi. Quyish o'z qoni gemotransfuzion asoratlar bilan bog'liq emas. Hozirgi vaqtda eritrotsitlarni qayta quyish uchun autokondan foydalanish mumkin maxsus apparatlar (Cell saver, Haemolite). Ularning

yordami bilan to'kilgan qon so'riladi, yig'iladi, antikoagulyatsiya qilinadi va laxta va bo'laklardan tozalanadi. Rezervuardan qon aylanuvchi tizimga keladi markazdan qochma kuchlar ta'sirida eritrotsitlar konsentratsiyasi erkin gemoglobin, ivish omillari, trombositlardan tozalash sodir bo'ladi. Shundan keyin eritrotsitlarni qon oqimiga qaytarish mumkin. Gemodinamikani tiklash bilan bir vaqtda operatsiya davom ettiriladi - kesib tashlanadi mezosalpinksdan bachadon burchagidan bir oz kesib olingan nayga alohida choklar qo'yiladi. Peritonizatsiya uchun keng va dumaloq bog'lamlardan foydalaniladi [16;19;21]. Ba'zi hollarda tegishli sharoitlarda reproduktiv funksiyani saqlab qolish uchun organ saqlovchi (konservativ-plastik) operatsiyalar bajariladi: homila tuxumini siqib chiqarish - "milking" (agar u ampulyar tubotomiya - homila tuxumi joylashgan joydagi bachadon nayini kesish keyinchalik uni olib tashlash, bachadon nayi segmentini rezeksiya qilish.

Ikki tomonlama tubektomiya 35 yoshdan oshgan bemorlar uchun afzalroq bo'lib, ular uni amalga oshirgandan so'ng yordamchi reproduktiv texnologiyalarni qo'llamasdan homiladorlikni o'z-o'zidan boshlash mumkin emasligini tushunadilar. Sterilizatsiya qilish foydasiga qaror bemorning zimmasida qolishi kerak, o'z navbatida, salpingektomiya sog'liq uchun xavflarni kamaytirishi mumkin, agar ular saqlanib qolsa, ular bilan hisoblashishga to'g'ri keladi. Gisterektoiyada bachadon naylarini bir vaqtning o'zida olib tashlash, shuningdek, sterilizatsiya maqsadida ikki tomonlama tubektomiya jarrohlik aralashuvini biroz kengaytirishni talab qiladi va jarroh ginekolog uchun qiyinchilik tug'diradi [30]. Ushbu aralashuvning imkoniyatlarini hisobga olgan holda, gisterektoiya paytida yoki sterilizatsiya qilish maqsadida profilaktik salpingektomiyani targ'ib qilish kampaniyasi allaqachon Britaniya Kolumbiyasida (Kanada) o'tkazilgan[1]. Bundan tashqari, ginekologlar ushbu muolajani boshqa mutaxassisliklar bo'yicha jarrohlarni o'qitishga e'tibor berishlari kerak, ular postreproduktiv yoshdagi bemorlarda bachadon naylariga kirish imkoniyatiga ega bo'lgan hollarda. Tubektomiya gidrosalpinksni davolashning eng ko'p uchraydigan usuli hisoblanadi. Ushbu metodikani qo'llash bo'yicha ma'lumotlar ikkita kichik randomizatsiyalangan nazoratli tadqiqotlar va bir nechta retrospektiv tadqiqotlarga asoslangan. Ushbu muolajaning muxoliflari gidrosalpingit holatlarida salpingektomiyani tanlash maqsadga muvofiqligini ta'kidlaydilar, chunki rekonstruktiv operatsiyalarda shunga o'xshash natijalarga ega bo'lishi mumkin va bachadon naylari holatini to'g'ri baholashga yordam beradi.

Salpingoektomiya standart laparoskopik asboblarni talab qiladigan nisbatan oddiy protseduradir. [12]. Bachadon nayining ishemik qismining proksimal qismi koagulyatsiyalanadi va kesiladi. Istmik qism kesilgandan so'ng, mezosalpinks navbatma-navbat koagulyatsiyalanadi va 1-2 sm interval bilan kesiladi. Bachadon nayi kesilgandan so'ng, u qorin bo'shlig'idan yoki qov ustidan optik troakar porti orqali olib tashlanadi.

Tuxumdon saratoniga nisbatan profilaktik tubektomiya uchun shart-sharoitlar: TS ayollar reproduktiv tizimining xavfli kasalliklari orasida uchrash chastotasi bo'yicha sakkizinchi o'rinni egallaydi. [13] TS bachadon bo'yni va tanasi saratonidan keyin ginekologik xavfli o'smalar orasida uchrashi bo'yicha uchinchi o'rinni egallaydi, ammo TS ayollar reproduktiv tizimining onkologik kasalliklari bilan og'rikan bemorlar orasida o'limning eng ko'p uchraydigan sababidir. [13,14] Har yili taxminan 225000 ayol tuxumdon saratoni bilan kasallanadi va dunyo bo'ylab bu kasallik tufayli 140 000 ga yaqin o'lim qayd etiladi. [1] 2011-yilda Qo'shma Shtatlarda 22 000 ga yaqin yangi TS holatlari va 15 500 ta TS bilan bog'liq o'lim holatlari qayd etilgan. TS rivojlanish xavfi 71 ga 1 ni, ushbu kasallikdan o'lim ehtimoli esa 95 ga 1 ni tashkil qiladi [1] TS dan o'limning yuqori ko'rsatkichlari kasallikning kechki bosqichlarida aniqlanishi bilan bog'liq (FIGO III-IV) va 5-yillik omon qolish 44% ni tashkil qiladi. [16]

Tuxumdonlarning deyarli barcha xavfsiz va xavfli o'smalari uch xil hujayradan rivojlanadi: epitelial, stromal va embrion hujayralari. Rivojlangan mamlakatlarda xavfli o'smalarning 90% dan ortig'i o'z kelib chiqishiga ko'ra epitelial o'smalardir, ularning 5-6% ini jinsiy tortma o'smalari va

2-3% ini germinomalar tashkil etadi. [14] Epidemiologik tadqiqotlar bu uchta turdagi o'smalarda etiologik farqlarni ko'rsatdi.[17]

Ayollarni sterilizatsiya qilish 35 yoshli ayollar orasida yetakchi usul hisoblanadi va undan kattaroq[1]. Ayollarni sterilizatsiya qilish quyidagi istalgan vaqtda amalga oshirilishi mumkin: tug'ruqdan keyingi sterilizatsiya - tug'ruqdan keyin yetti kun ichida amalga oshiriladi, kesarcha ligatsiya - 2 ta muolaja birlashtirilgan, oraliq ligatsiya tug'ruqdan keyin olti hafta o'tgach, tug'ruqdan keyingi ligatsiya – darhol indutsirlangan yoki to'liq bo'lmagan abortdan keyin bachadonni evakuatsiya qilishdan keyin, ginekologik ligatsiya - ginekologik operatsiyalar bilan birgalikda masalan, miomektomiya, sistektomiya yoki foterqill operatsiyasi. Ayollarni sterilizatsiya qilish bir nechta usullarda amalga oshirilishi mumkin, masalan: minilaparotomiya, laparoskopik sterilizatsiya va gisteroskopiya usullar. Hindistonda tug'ruqdan keyingi sterilizatsiya odatda tomonidan amalga oshiriladi minilaparotomiya, interval va postnatal jarrohlik amaliyoti o'tkaziladi laparoskopiya yo'li bilan. Minilaparotomiya bilan amalga oshirilgan naychalarni bog'lash oddiy usul hisoblanadi protsedura, lekin katta kesishni talab qiladi va boshqalar bilan bog'liq jarohat infeksiyalari, operatsiyadan keyingi og'riq va uzoqroq gospitalizatsiya, shu bilan birga, laparoskopik sterilizatsiya uchun kichikroq kesmalar kerak, qisqaroq shifoxonada qoladi, lekin yaxshi o'qitilgan ginekologlarga qimmat, yuqori texnik xizmat ko'rsatish uskunolari[1]. Asosiy asoratlarning darajasi, o'lim va texnik nosozlik minilaparotomiya uchun maqbul darajada past va laparoskopik sterilizatsiya [1]. Ikkala protsedurada ham eng asosiy asoratlarning umumiy anesteziya va qorin bo'shlig'i a'zolari bilan bog'liq kirish. Kesarcha ligatsiya, bu yerda ikkita muolaja birlashtirilgan, qo'shimcha kesish, anesteziyani oldini olish afzalligiga ega, moliyaviy yukni kamaytiradi va shifoxonada qolishni kamaytiradi. Rivojlangan mamlakatlarda laparoskopiya va gisteroskopiya keng qo'llaniladi ammo rivojlanayotgan mamlakatlarda minilaparotomiya va minilaparotomiya sezar naychalarini bog'lash hali ham afzal ko'rilgan usullar hisoblanadi. Dunyo Sog'liqni saqlash tashkilotining (JSST) Ayollarni sterilizatsiya qilish bo'yicha ishchi guruhi ta'kidlanganidek: Ideal ayol sterilizatsiyasi oddiy, oson amalga oshiriladi mahalliy sharoitda amalga oshirilishi mumkin bo'lgan bir martalik anesteziya va naylarni okklyuziya qilish texnikasini o'z ichiga oladi, bu esa anesteziyani keltirib chiqaradi minimal zarar. Sterilizatsiya muolajasi nafaqat xavfsiz va qulay, ammo yuqori samaradorlik darajasiga ega, iqtisodiy jihatdan samarali, madaniy va shaxsiy jihatdan maqbul bo'lishi kerak. Ishchi guruhi laparoskopiya ham, minilaparotomiya ham shunga yaqin degan xulosaga keldi ma'lumotlariga ko'ra yuqorida sanab o'tilgan talab etiladigan mezonlarga javob beradi katta ko'p markazli istiqbolli tadqiqot [6]. Biz quyidagilarni bilmoqchimiz: ayollar sterilizatsiyasining turli usullari va uning bevosita tendensiyasi institutimizdagi qiyinchiliklar Ushbu tadqiqot tendensiyalar, kasallanish va nogironlik darajasini bilish uchun amalga oshirildi ayollarni sterilizatsiya qilish usullarining bevosita asoratlari bizning institutimizda bajarilgan.

Bachadondan tashqari homiladorlikda tubotomiya va tubektomiya ginekologiyada juda keng tarqalgan jarrohlik aralashuvlaridir. So'nggi yillarda bachadondan tashqari homiladorlik holatlarining ko'payish tendensiyasi kuzatilmoqda, turli kuzatuvlarga ko'ra, so'nggi 20-yil ichida ularning soni 5 baravarga oshdi. Bunday patologiya ayolning hayotiga xavf tug'diradi va shoshilinch yordamni talab qiladi. Homiladorlikni saqlab qolishning istiqbolsizligini, homila tuxumini bachadon ichiga endometriydan tashqarida biriktirilgandan keyin ko'chirishning iloji yo'qligini va qon ketish ehtimoli yuqoriligini hisobga olib, davolashning yagona varianti operatsiya hisoblanadi. Uning mohiyati rivojlanish uchun mos bo'lmagan joyda biriktirilgan homila tuxumini olib tashlashdan iborat. Tubotomiya - organ saqlovchi operatsiya bo'lib, bunda fallopiy nayi urug'langan tuxum hujayra mahkamlanadigan joyda kesiladi. Homila tuxumi olingach, naycha tikib qo'yiladi [15].

Ektopik homiladorlik, afsuski, patsiyentlar uchun shuningdek, chandiqli pelvioperitonitning paydo bo'lishi, takroriy bachadondan tashqari homiladorlik (takroriy ektopik chandiqlar chastotasi -

7-17%), ikkilamchi bepushtlik (70-80% hollarda sodir bo'lad) va boshqalar kabi uzoq muddatli oqibatlar bilan og'ir bo'lib, bu muhim tibbiy-ijtimoiy muammoni keltirib chiqaradi [18].

Yuqoridagi statistik ma'lumotlar ektopik homiladorlikdan keyin reproduktiv funksiyani saqlab qolish muhimligini ko'rsatadi. Bachadondan tashqari homiladorlik oqibatlarini kamaytirish yo'llaridan biri - har bir bemor uchun individual yondashuv bilan optimal davolash va reabilitatsiya usullari. Bachadondan tashqari homiladorlikni boshidan kechirgan bemorlarni reabilitatsiya qilishni davolashning eng erta bosqichlaridan boshlash zarur.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Акушерство: национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: «ГЭОТАР- Медиа», 2015; 200-203.
2. Achache H., Revel A. Endometrial receptivity markers, the journey to successful embryo implantation // Hum. Reprod. Update. — 2016; 102.
3. Allayorov Ya.N., Yusupova D.O', Asqarova FQ "Akusherlikda amaliy ko'nikma va muolajalar", Samarqand, 2017 y; 201.
4. Акушерство: национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: «ГЭОТАР- Медиа», 2015; 135-138.
5. Bohn H, Kraus W, Winckler W. Pregnancy specific β 1-glycoprotein (SP1) and soluble placental tissue proteins (PPs). In: Pregnancy Proteins: Biology, Chemistry and Clinical Applications. 2012;195-204.
6. David J. Handelsman, Angelica L. Hirschberg and Stephane. Circulating Testosterone as the Hormonal Basis of Sex Differences // Athletic Performance Bermon Endocr Rev. — 2018; 803–829.
7. De Silva P.M. et al. Fallopian tube catheterization in the treatment of proximal tubal obstruction: a systematic review and meta-analysis. - Human Reproduction, 2017, v. 32, №4, pp. 836-852.
8. Dickens B. Female contraceptive sterilisation: International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Int J Gynaecol Obstet. 2011;115:88–9.
9. Dobrokhotova YU. E., Dzhibava E. M., Ragimova Z. E., Gerasimovich M. YU. Sindrom giperandrogenii v zamene akushera-ginekologa, dermatologa i endokrinologa: sovremennyye aspekty patogeneza, diagnostiki i terapii. — M.: GEOTAR-Media, 2019.— 112 s.
10. Fiedler K., Wurfel W. Effectivity of heparin in assisted reproduction // Eur.J. Med. Res. — 2014. — Vol. 9. — P. 207–214
11. Immunologiya: struktura i funktsii immunnyy sistemy. uchebnoye posobiye/ R.M.Khaitov. – M.: GEOTAR-Media, 2015 – 230s.
12. Jain R, Muralidhar S. Contraceptive methods: needs, options and utilization. J Obstet Gynecol India. 2016;61:626–34.
13. Klaerke M, Nielsen JEB, Vilsgaard K. Laparoscopic Sterilization with the Falope-Ring Technique in the Puerperium. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2015;65:99–101
14. Kulier R, Boulvain M, Walker D, Candolle G, Campana A. Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilization. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 105-108.
15. Lawrie TA, Kulier R, Nardin J. Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilization. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; 115-116.
16. Layde PM, nPeterson HB, Dicker RC, Destefano F, Rubin GL, Ory HW. Risk factors for complications of interval tubal sterilization by laparotomy. Obstet Gynecol. 2015; 200-206.

PROGNOSIS OF OBSTETRIC AND PERINATAL COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA

Inadullayeva D.Q., Abdullayeva L.M
Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

Annotation

The aim of review. To determine the level of biochemical and hemostasiological markers in pregnant women with preeclampsia and, accordingly, to predict the development of obstetric and perinatal complications in pregnant women. Preeclampsia (PE) is one of the most severe complications of obstetric practice in the world. In developed countries, hypertensive complications account for 30% of all causes of maternal mortality, and approximately 8.5 million cases of preeclampsia are recorded annually in the world.

Preeclampsia occurs in 2-8% of pregnancies and remains a leading cause of maternal and perinatal mortality. The priority task of modern obstetrics is to improve pregnancy outcomes for the mother and fetus by increasing the effectiveness of the prevention and treatment of preeclampsia. The most important factors affecting the outcome of pregnancy in patients with preeclampsia are timely early diagnosis and management of the pregnancy.

Conclusion. Preeclampsia is a serious problem during pregnancy, increasing the risk of obstetric and perinatal complications. Prevention of preeclampsia and prediction of long-term outcomes are important for improving pregnancy outcomes and reducing complications. Further research is needed on this topic, as it is essential for developing healthcare systems and saving the lives of pregnant women.

Keywords: preeclampsia, pregnancy, obstetric and perinatal complications, prognosis, treatment.

PREEKLAMPSIYA KUZATILGAN HOMILADORLARDA AKUSHERLIK VA PERINATAL ASORATLARNI PROGNOZLASH

Inadullayeva D.Q Abdullayeva L.M
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, O'zbekiston

Annotatsiya

Adabiyotlar sharhining maqsadi. Preeklampsiya kuzatilgan homiladorlarda biokimyoviy va gemostaziologik markyorlarning miqdorini aniqlash va shunga ko'ra, homiladorlarda akusherlik va perinatal asoratlar rivojlanishini prognozlash.

Dunyoda preeklampsiya (PE) holati akusherlik amaliyotining eng og'ir asoratlaridan biri hisoblanadi. Rivojlangan mamlakatlarda "onalar o'limining sababi bo'lgan gipertonik asoratlar barcha omillarning 30% ni tashkil etib, dunyoda har yili tahminan 8.5 million preeklampsiya kasalligi qayd etiladi. Preeklampsiya homiladorlikning 2-8% ida uchraydi va onalar va perinatal o'limning asosiy sababi bo'lib qolmoqda. Zamonaviy akusherlikning ustuvor vazifasi preeklampsianing oldini olish va davolash samaradorligini oshirish orqali ona va homila uchun homiladorlik natijalarini yaxshilashdir. Preeklampsiya bilan og'rigan bemorlarda homiladorlikning natijalariga ta'sir qiluvchi eng muhim omillar – bu o'z vaqtida erta tashhis qo'yish va homiladorlikni olib borishdir.

Xulosa. Preeklampsiya homiladorlik davrida jiddiy muammolardan biri bo'lib, akusherlik va perinatal asoratlar xavfini oshiradi. Preeklampsianing oldini olish va uzoq muddatli natijalarni prognozlash homiladorlikning holatini yaxshilash va asoratlarni kamaytirish uchun muhimdir. Ushbu mavzuda yanada chuqurroq tadqiqot olib borilishi shart, chunki bu sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirish va homilador ayollarning hayotini saqlab qolish uchun zarurdir.

Kalit soʻzlar: preeklampsiya, homiladorlik, akusherlik va perinatal asoratlar, prognozlash, davolash.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Инадуллаева Д.К., Абдуллаева Л.М.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Аннотация

Цель работы. Определить уровень биохимических и гемостазиологических маркеров у беременных с преэклампсией и, соответственно, прогнозировать развитие акушерских и перинатальных осложнений у беременных.

Преэклампсия (ПЭ) является одним из наиболее серьезных осложнений акушерской практики во всем мире. В развитых странах «гипертонические осложнения являются причиной 30% всех случаев материнской смертности, а ежегодно во всем мире регистрируется около 8, 5 миллионов случаев преэклампсии». Преэклампсия встречается у 2–8% беременностей и остается основной причиной материнской и перинатальной смертности. Приоритетом современного акушерства является улучшение исходов беременности для матери и плода за счет повышения эффективности профилактики и лечения преэклампсии. Наиболее важными факторами, влияющими на исход беременности у пациенток с преэклампсией, являются своевременная ранняя диагностика и ведение беременности.

Заключение. Преэклампсия является серьезной проблемой во время беременности, повышающей риск акушерских и перинатальных осложнений. Профилактика преэклампсии и прогнозирование долгосрочных результатов важны для улучшения исходов беременности и снижения осложнений. Необходимы более глубокие исследования по этой теме, поскольку они имеют решающее значение для развития систем здравоохранения и спасения жизней беременных женщин.

Ключевые слова: преэклампсия, беременность, акушерские и перинатальные осложнения, прогноз, лечение.

Kirish: Homiladorlikning gipertenziv kasalliklari butun dunyo boʻylab homiladorlikning 10 foizigacha taʼsir qiladi, bu preeklampsiya bilan asoratlangan barcha homiladorliklarning 3-5 foizini oʻz ichiga oladi. Homiladorlik davrida preeklampsiya va gipertenziya chastotasi sezilarli darajada oshdi soʻnggi 30 yil ichida.[8]**Preeklampsiya homiladorlikning 20-haftasidan soʻng onaning aʼzosi yoki uteroplazental disfunksiyasi yoki proteinuriya belgilari bilan yangi boshlangan gipertenziya deb taʼriflanadi.** Uning tarqalishiga qaramay, aniqlangan xavf omillari uning boshlanishini bashorat qilishda aniqlik yoʻq va profilaktika choralari faqat ayolning preeklampsiya xavfini oʻrtacha darajada kamaytiradi. Preeklampsiya onaning kasallanishining asosiy sababi boʻlib, homilaning salbiy oqibatlari, jumladan, bachadon ichidagi oʻsishning cheklanishi, erta tugʻilish, platsenta ajralib chiqishi, homila buzilishi va homilaning bachadonda oʻlimi bilan bogʻliq. Hozirgi vaqtda preeklampsiya homiladorlikda homila kuzatuv boʻyicha milliy koʻrsatkichlar bir-biriga mos kelmaydi, chunki eng toʻgʻri baholash usullari, shuningdek, baholashni oʻtkazish vaqti va chastotasi batafsil tavsiflangan dalillar yoʻqligi sababli. Preeklampsiyada homilani joriy davolash homiladorlikka qarab antenatal kortikosteroidlar va/yoki magniy sulfat bilan oʻz vaqtida tugʻilish va erta tugʻilishning salbiy taʼsirini oldini olishni oʻz ichiga oladi. Homiladorlik davrida homila uchun xavflar bilan bir qatorda, preeklampsiyaning naslga uzoq muddatli salbiy taʼsir koʻrsatadigan dalillari ham ortib bormoqda. Xususan, preeklampsiya nasldagi yurak-qon tomir oqibati, shu jumladan gipertenziya va qon tomir funksiyasining oʻzgarishi bilan bogʻliq.[5] Preeklampsiya (PE), anʼanaviy ravishda homiladorlikning oʻziga xos sindromi yuqori qon bosimi bilan tavsiflanadi va proteinuriya, barcha homiladorlikning taxminan 5% taʼsir qiladi va oʻlim va asoratlarning muhim

sababidir ayollar va ularning chaqaloqlari uchun. [6] Dunyoda preeklampsiya (PE) holati akusherlik amaliyotining eng og'ir asoratlardan biri hisoblanadi. Rivojlangan mamlakatlarda «onalar o'limining sababi bo'lgan gipertonik asoratlar barcha omillarning 30 % ni tashkil etib, dunyoda har yili taxminan 8, 5 million preeklampsiya kasalligi qayd etiladi, bu barcha homiladorlikning 2-8 % tashkil etadi, har yili ayollarning 1 % ushbu patologiyadan vafot etadi». O'zbekistonda PE «5 yil (2013-2017) uchun onalar o'limi sabablari tarkibida preeklampsiya 24, 1 %ni tashkil etdi». Ayni paytda perinatal yo'qotishlarni kamaytirish, onalar va bolalar sog'lig'ini saqlash, o'z vaqtida xavf guruhlarini aniqlash, prognostik mezonlarni ishlab chiqish kasallikni davolash va oldini olish masalalari akusherlik amaliyotida yechimi topilishi zarur bo'lgan muammo hisoblanadi. [7]

Mavzuning dolzarbligi: Dunyoda preeklampsiya (PE) holati akusherlik amaliyotining eng og'ir asoratlardan biridir. Preeklampsiyaning erta boshlanishi onalar va perinatal o'limga olib keluvchi asosiy omil hisoblanadi.[1] Rivojlangan mamlakatlarda «onalar o'limining sababi bo'lgan gipertonik asoratlar barcha omillarning 30% ni tashkil etib, dunyoda har yili tahminan 8.5 million preeklampsiya kasalligi qayd etiladi. Preeklampsiya homiladorlikning 2-8% ida uchraydi va onalar va perinatal o'limning asosiy sababi bo'lib qolmoqda.[2] «Onalar salomatligi va omon qolishi sog'liqni saqlash sohasi va rivojlanishning global kun tartibida birinchi navbatdagi vazifalari qatorida turishi kerak»[3] Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, preeklampsiya kuzatilgan homilador ayollardan tug'ilgan har beshinchi bolada jismoniy va psixosotsial rivojlanish buzilishlari kuzatiladi, bundan tashqari go'daklik va erta bolalik davridagi kasallanish darajasi fiziologik kechgan homiladorlikka nisbatan yuqori bo'ladi.

Tadqiqot maqsadi: Preeklampsiya kuzatilgan homiladorlarda biokimyoviy va gemostaziologik markyorlarning miqdorini aniqlash va shunga ko'ra, homiladorlarda akusherlik va perinatal asoratlar rivojlanishini prognozlash.

Tadqiqot vazifalari:

1. Preeklampsiya kuzatilgan homiladorlarning klinik-anamnestik mezonlarini aniqlash.
2. Preeklampsiya kuzatilgan homiladorlarning klinik-laborator va instrumental mezonlarini aniqlash.
3. Ushbu guruhga kiruvchi homilador ayollarni davolash standartlari asosida davolash samaradorligini baholash.
4. Olingan ma'lumotlarga asoslanib preeklampsiya kuzatilgan homilador ayollarda asoratlarni optimallashtirish.

Preeklampsiya haqida ma'lumot:

Preeklampsiya-proteinuriya yoki poliorgan yetishmovchiligi qo'shilishini ko'rsatuvchi kamida bitta boshqa parameter bilan birga kechadigan anamnezida AQB ning darajasidan qat'iy nazar homiladorlikning 20 haftalik muddatidan keyin $sAQB \geq 140$ mm.sm.ust. va/yoki $dAQB \geq 90$ mm.sm.ust. ko'tarilishi bilan tavsiflanadigan homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrlarning asorati. Shishlar Preeklampsiyaning majburiy diagnostik mezonlariga kirmaydi.

Og'irlik darajasi bo'yicha preeklampsiyaning tasnifi:

- o'rta darajali preeklampsiya;
- og'ir darajali preeklampsiya.

O'rtacha preeklampsiya(PE)- $\geq 0, 3$ g/kun yoki 4-6 soatlik oraliq bilan olingan siydikning 2 ta porsiyasida $\geq 0, 3$ g/l proteinuriya bilan birga kechadigan, anamnezida AQBning darajasidan qat'iy nazar homiladorlikning 20 haftalik muddatidan keyin $sAQB 140-159$ mm.sm.ust. va $dAQB 90-109$ mm.sm.ust. ko'tarilishi bilan tavsiflanadigan homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrlarning asorati

Og'ir preeklampsiya (PE)-:

$\geq 0,3$ g/kun yoki 4-6 soatlik oraliq bilan olingan siydikning 2 ta porsiyasida $\geq 0,3$ g/l proteinuriya bilan birga kechadigan, anamnezida AQBning darajasidan qat'iy nazar homiladorlikning 20 haftalik muddatidan keyin $sAQB \geq 160$ mm.sm.ust. va $dAQB \geq 110$ mm.sm.ust.

Yoki

Sezilarni proteinuriya bilan/proteinuriyasizbir a'zo/poliorgan yetishmovchiligining belgilari bilan birga kechadigan anamnezida AQBning darajasidan qat'iy nazar homiladorlikning 20 haftalik muddatidan keyin $sAQB \geq 140$ mm.sm.ust. va/yoki $dAQB \geq 90$ mm.sm.ust. ko'tarilishi bilan tavsiflanadigan homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrlarning asorati;[1]

Etiologiyasi(sabablari):

Angiogen omillar: Preeklampsiya intrauterin o'sish cheklanishi va erta tug'ilish kabi fetal muammolar bilan bog'liq bo'lib, uterus va plasentadagi anomaliyalarni keltirib chiqaradi. Trofoblastning uterin arteriyalarga botib kirishi sog'lom homiladorlikda plasentatsiyaning boshlanishini anglatadi. Fetal oziqlantirishni ta'minlash uchun arteriolalar yuqori oqimli arteriyalarga aylantiriladi. Preeklampitik homiladorlikda vaskulyar qayta remodellashuv to'g'ri amalga oshmaydi, bu esa ona qon tomirlarining torayishiga sabab bo'ladi va plasentada ishemiyani keltirib chiqaradi. Bachadon qon tomirlarida yetarli kislorod ta'minlanmasligi natijasida gipoksiya, oksidlanish stressi va erkin fms-turidagi tirozin kinaz 1 (sFLT1) kabi anti-angiyogenetik omillarning chiqarilishi yuzaga kelishi mumkin. sFLT1 qon bosimini oshirib, qon tomirlarini siqib turilishi va ona organizmida metabolik disfunktsiyani keltirib chiqarishga yordam beradi. Plasental o'sish omili (PIGF), vaskulyar endotelyal o'sish omili (VEGF) oilasidan bo'lgan boshqa bir komponent, sFLT1 ning ko'payishi bilan bog'liqdir. sFLT1 va PIGF balansining buzilishi plasental disfunktsiyani kuchaytiradi va preeklampsianing klinik ko'rinishini yanada og'irlashtiradi.[10, 11, 12, 13, 14]

Onalik Infektsiyasi: XX asrning boshlaridan buyon onalik infektsiyasi preeklampsiya va eklampsianing etiologiyasi bilan bog'lanib kelmoqda. Albert nazariyasiga ko'ra ("latent mikrobik endometrit"), bakteriyalar keltirib chiqargan saprogen o'zgarishlar bachadon bo'shlig'ida "toksinlar" ni yaratar ekan, bu toksinlar eklampsiyani keltirib chiqaruvchi sabab hisoblanadi. Haqiqatan ham, "Bacillus eclampsiae" keltirib chiqaruvchi mikroorganizmlardan biri sifatida taklif qilingan Preeklampsiya va eklampsiya odatdagi infektsion holatdagi belgilarga, masalan, isitma kabi alomatlariga ega bo'lmagani sababli, bu nuqtai nazar sekin-asta o'z ahamiyatini yo'qotdi. Ammo so'nggi bir necha yil ichida mikroblarning preeklampsiya va eklampsianing rivojlanishiga ta'sir ko'rsatishi haqidagi nazariya adabiyotlarda paydo bo'ldi. Periodontal kasallik, siydik yo'llari infektsiyasi, SARS-CoV-2 infektsiyasi va onalik ichak disbiozisi o'rtasida bog'liqlik mavjud. Tadqiqotlar preeklampsiyani onalik siydik yo'llarining mikroblar tomonidan kolonizatsiyasi bilan bog'ladi. Sistematik tadqiqotlarga ko'ra, siydik yo'llari infektsiyalari preeklampsiyaga bog'lanishi aniqlangan. Biroq, holat ta'riflari keng bo'lib, asimptomatik bakteriyuriya, pastki siydik yo'llari infektsiyalari va piyelonefritni bir guruhga qo'shgan. Subguruh tahlillari o'tkazilganda, preeklampsiya bilan bog'liqlik dalillari kamayadi yoki umuman yo'qoladi. Asimptomatik bakteriyuriya, yuqori siydik yo'llari infektsiyasi bilan sistematik yallig'lanish reaksiyasi bilan birga bo'lmaganda, preeklampsiyani keltirib chiqara olmaydi [15, 16, 17, 18, 19].

Yallig'lanish: Preeklampsiya bilan bog'liq homiladorlik muammolari, agar yallig'lanish reaksiyasi haddan tashqari faollashsa va patologik yallig'lanish paydo bo'lsa, yuzaga kelishi mumkin. Bu imunitetning disregulyatsiyasiga va qon tomirlarining endoteliasiga zarar etkazishi mumkin [20].

Yallig'lanish sitokinlari: Homiladorlik davrida bachadonning past perfuziyasi preeklampsianing asosiy sabablaridan biri hisoblanadi. Yallig'lanish sitokinlari plasental ishemiya bilan kardiovaskulyar va buyrak disfunktsiyasini bog'lashda muhim rol o'ynashi taxmin qilinmoqda.[21]

Semizlik va metabolik kasalliklar: Semizlik metabolik anormalliklarni, masalan, insulin qarshiligi, yallig'lanish va ateroskleroz kasalligini kuchaytiradi, bu esa normaga nisbatan preeklampsiya (PE) riskini oshiradi [22]. Ona semizligini kamaytirishning preeklampsiya va uning asoratlarini yengillashtirishga qanday ta'sir qilishi haqida tushuncha olish juda muhim, chunki ona semizligi va preeklampsiya bog'liqligi holatlari global miqyosda ortib bormoqda.

Homiladorlik davridagi diabet: Homiladorlik davridagi diabet preeklampsiya uchun mustaqil xavf omili sifatida ko'rib chiqilishi mumkin. Haqiqatan ham, 647 homiladorlikni o'z ichiga olgan retrospektiv tadqiqotga ko'ra, homiladorlik davrida diabetga chalingan ayollar preeklampsiya rivojlanishini oshirganligini ko'rsatmoqda. Bu holat, shuningdek, ona va bola sog'lig'iga ta'sir etuvchi muhim masala hisoblanadi, chunki preeklampsiya va homiladorlik davridagi diabet ikkalasi ham bir-biriga bog'liq jarayonlardir [23].

Patogenezi(kasallik rivojlanish mexanizmi):

PE ning asosiy patogenetik mexanizmlari keng munozaraga sabab bo'lmoqda, PE ning patogenezi haligacha oxirigacha o'rganilmagan. Hozirgi gipotezilar orasida yallig'lanish kasalliklari, vaskulyar omillar, plasenta ishemiyasi, genetik moyillik va immun javobning noto'g'ri moslashuvi kabilar mavjud[26]. Homiladorlik davrida PE rivojlanishining oxirgi nazariyasi ushbu patologik jarayon ikki bosqichda kechishini nazarda tutadi: 1-bosqich trofoblastning yuzaki invaziyasi sodir bo'ladi, bu esa spiralsimon arteriyalarning nomuvofiq remodellashuviga olib keladi(morfologik tuzulishni saqlab qoladi;mushak qavatining transformatsiyasi sodir bo'lmaydi).Bu onada endotelial disfunktsiyaga javob reaksiyasi va kasallikning klinik belgilari namoyon bo'lishiga olib keladigan angiogen va antiangiogen omillarning disbalansini o'z ichiga olgan 2-bosqichining sababi deb tahmin qilinadi. Kasallik homiladorlikning 34+0 haftalik muddatidan keyin(kech) rivojlanganda, odatda, platsentatsiya jarayoni normal kechadi, biroq, fetoplasenta tizimning ehtiyojlari qon bilan ta'minlanishining imkoniyatlaridan yuqori bo'ladi. PE rivojlanishida yo'ldoshga asosiy rol ajratilishiga qaramasdan ushbu asorat homiladorlikning 34 haftalik muddatidan keyin yo'ldosh funksiyasiga ta'sir etuvchi yurak-qon tomir tizimi va onaning gemodinamik xususiyatlari ishtirokida rivojlanishi yuzasidan toboro ko'proq dalillar paydo bo'lmoqda.[1]

Davolash va oldini olish, tug'ruq muddatini baholash: Tibbiy tavsiyalar shuni ko'rsatadiki, og'ir bo'lmagan gipertoniya holatlarida ham davolanish talab etiladi, garchi homiladorlik natijalaridagi yaxshilanish aniq ko'rsatilmagan bo'lsa ham. Ko'tarilgan qon bosimini nazorat qilish sekin va mo'tadil bo'lishi muhimdir, bu ona organizmida to'satdan gipotenzia rivojlanishining oldini olish uchun zarur, bu esa placentada qon tomirlarida gipoperfuziyaga olib kelishi mumkin.Homiladorlik vaqtida odatda qo'llaniladigan antigipertenziv dori-darmonlar quyidagilar: nifedipin, labetalol, urapidil va gidralazin. Angiotenzinni aylantiruvchi ferment inhibitori, angiotenzin II retseptori inhibitori, atenolol va prazosin qo'llanmang. Qon bosimini nazorat qilish maqsadi haqida munozara mavjud. Diastolik qon bosimi 85 mmHg dan 95 mmHg gacha o'rnatilishi kerak.[25]

Qisqa muddatli gipertoniya dorilari (labetalol, gidralazin, og'zaki nifedipin):

- 30-60 daqiqa ichida berilishi kerak.
- Davolash uchun chegarasi: qon bosimi 160/110 mm.sm.ust.
- Maqsadli qon bosimi: <150/100 mm.sm/ust.

Uzoq muddatli gipertoniya dorilari (og'zaki labetalol, gidralazin, nifedipin, hozirda keng qo'llanilayotgan metildopa):

- Qon bosimini <140-150/90-100 mm.sm.ust da saqlash uchun berilishi kerak.
- Magniy sulfatni tutqanoqdan himoya qilish uchun:
- Nevrologik simptomlari bo'lgan ayollarga tavsiya etiladi.

- Og'ir belgilarga ega ayollar bilan xavf va foyda haqida chuqur muhokama qilish, ayniqsa, tug'ruqdan keyin 1 hafta davomida.

Qayta tekshirish:

- Mavjud bo'lsa, uyda qon bosimini nazorat qilish va boshqarish; agar mumkin bo'lmasa, 5-7 kun ichida qisqa muddat ichida oilaviy poliklinikalarda qon bosimini tekshirishni tavsiya etish.

- Tug'ilishdan keyingi keng qamrovli tashrifda qon bosimini baholash.

- Homiladorlikdagi gipertenziv kasalliklar bilan bog'liq uzoq muddatli kasallanishlar, xavf omillarini aniqlash va boshqarish bo'yicha ta'lim berish va har yili qon bosimini baholash.[1, 28]

PE rivojlanishi yuqori xavf guruhiga kiruvchi homilador ayolga butun homiladorlik davri davomida har kuni AQBni nazorat qilishni tayinlash tavsiya etiladi. PE rivojlanishi yuqori xavf guruhiga kiruvchi homilador ayolni homiladorlikning 11-13+6 haftalik muddatlarida homiladorlik muddatini aniqlash, 1-trimestr skrining tekshiruvini o'tkazish, ko'p homilalilik homiladorlikni aniqlash uchun prenatal diagnostikaning ekspert darajasini ta'minlovchi tibbiyot muassasasida homilaning UTTga yuborish tavsiya etiladi. PE rivojlanishi yuqori xavf guruhiga kiruvchi homilador ayolni homiladorlikning 30-34 haftalik muddatlarida homilaning UTTga yuborish, 18-20+6 haftalik muddatlarida va 3-trimestrda 30-34 haftalik muddatlarida bachadon-yo'ldosh qon oqimining UT dopplerografiyasiga yuborish tavsiya etiladi. [1]

“Preeklampsiya kuzatilgan homiladorlarda akusherlik va perinatal asoratlarni prognozlash” mavzusidagi adabiyotlar sharhi preeklampsianing onalarga va yangi tug'ilgan bolalarga ta'sirini o'rganish jarayonidagi dolzarbligini ta'kidlaydi. Preeklampsiya holatlari asoratlarni keltirib chiqarishi va ta'sir etishi mumkin bo'lgan bir qancha faktorlarga qaramay, uning yuzaga kelish mexanizmlari hali ham to'liq o'rganilmagan.

Maqolada, preeklampsiya rivojlanishining asosiy risk omillari – yallig'lanish jarayonlari, metabolik kasalliklar, jumladan, semizlik, va homiladorlik davridagi diabet ko'rib chiqiladi. Yallig'lanish sitokinlari va anti-angiogen omillar o'rtasidagi munosabatlar, shuningdek, qon bosimini nazorat qilish va davolash usullari, jumladan, magniy sulfatining ishlatilishi muhim ahamiyatga ega.

Mavzu davomida, preeklampsiya bilan bog'liq akusherlik va perinatal asoratlar – masalan, erta tug'ilish, buyrak va yurak-gemodinamik disfunktsiya, hamda bola sog'lig'iga ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan natijalar tahlil qilingan.

Kelgusida preeklampsiya va uning asoratlarini prognozlash va samarasizlarni kamaytirish uchun zamonaviy usullar va mexanizmlarni o'rganish zarurligi batafsil bayon etiladi. Natijada, individlarga mos yondashuvlar va tushuncha o'zining akusherlik va perinatal sog'lig'ini yaxshilashda muhim ahamiyat kasb etishi ko'rsatildi.

Ushbu sharh preeklampsiya holatlari bilan bog'liq muammolarni va ularga yechimlar izlashni davom ettirishning zarurligini ta'kidlaydi, chunki bu ayollarning va yangi tug'ilgan bolalarning salomatligida buyrak va yurak sog'lig'iga aloqador muhim rol o'ynaydi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. “Homiladorlik davrida arterial gipertenziyani olib borish bo'yicha milliy klinik bayonnoma” 22.03.2021 yil;

2. WHO U, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, author, Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017.2019;

3. “Onalar va bolalar salomatligini muhofaza qilish, aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash chora-tadbirlari to'g'risida” PQ-296-son 08/09/2023

4. Alisse Hauspurg, MD; Arun Jeyabalan, MD “Postpartum preeclampsia or eclampsia: defining its place and management among the hypertensive disorders of pregnancy” American Journal of Obstetrics & Gynecology S1211-1221 FEBRUARY 2022

CHANGES IN DOPPLER PARAMETERS IN PREGNANT WOMEN WITH SEVERE PREECLAMPSIA

Khodjaeva D.N.¹, Saidzhalilova D.D.², Ayupova D.A.³

¹Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Tashkent Medical Academy,

²Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Tashkent Medical Academy,

³KIME International University Associate Professor of the Department of "Surgical Disciplines.

Relevance. One of the most common complications of pregnancy is preeclampsia. In Uzbekistan, as in many other countries of the world, among the causes of maternal mortality, preeclampsia and eclampsia occupy one of the leading three places, periodically yielding primacy to bleeding and septic complications, and is 15.4%. However, to date, the problem of the etiology and pathogenesis of preeclampsia has not been fully resolved, which complicates timely diagnosis, assessment of severity and implementation of preventive measures.

Key words: Severe preeclampsia, eclampsia, HEIP syndrome, peripheral vasoconstriction, generalized vasospasm, thrombosis, maternal mortality, perinatal morbidity and mortality, ischemia.

OG'IR PREEKLAMPSIYALIK HOMILADOR AYOLLARDA DOPPLER KO'RSATGICHLARINING O'ZGARISHI

Xodjaeva D.N.¹, Saidzhalilova D.D.², Ayupova D.A.³

Dolzarblik. Homiladorlikning eng keng tarqalgan asoratlaridan biri bu preeklampsia. O'zbekistonda, dunyoning ko'plab mamlakatlarida bo'lgani kabi, onalar o'limi sabablari orasida preeklampsiya va eklampsiya yetakchi uch o'rindan birini egallab, davriy ravishda qon ketishi va septik asoratlarga o'z o'rnini bosadi va 15,4 foizni tashkil etadi. Biroq, preeklampsianing etiologiyasi va patogenezi muammosi hali to'liq hal qilinmagan, bu o'z vaqtida tashxis qo'yish, og'irlik darajasini baholash va profilaktika choralarini amalga oshirishni qiyinlashtiradi.

Kalit so'zlar: Og'ir preeklampsiya, eklampsiya, HEIP sindromi, periferik vazokonstriksiya, umumiy vazospazm, tromboz, onalar o'limi, perinatal kasallik va o'lim, ishemiya.

Изменения доплерометрических показателей беременных с тяжёлой преэклампсией.

Ходжаева Д.Н.¹, Саиджалилова Д.Д.², Аюпова Д.А.³

Актуальность. Одной из наиболее частых осложнений беременности является преэклампсия. В Узбекистане, как во многих других странах мира, среди причин материнской смертности преэклампсия и эклампсия занимает одно из ведущих трех мест, периодически уступая первенство кровотечениям и септическим осложнением, и составляет 15,4%. Тем не менее, до настоящего времени до конца нерешена проблема этиологии и патогенеза преэклампсии, что затрудняет своевременную диагностику, оценку степени тяжести и проведение профилактических мероприятий.

Ключевые слова: Тяжелая преэклампсия, эклампсия, HEIP-синдром, периферическая вазоконстрикция, генерализованный вазоспазм, тромбозы, материнская смертность, перинатальное заболевание и смертность, ишемия.

Dolzarblik. Homiladorlikning eng keng tarqalgan asoratlaridan biri bu preeklampsia. O'zbekistonda, dunyoning ko'plab mamlakatlarida bo'lgani kabi, onalar o'limi sabablari orasida

preeklampsiya va eklampsiya yetakchi uch o'rindan birini egallab, davriy ravishda qon ketishi va septik asoratlarga o'z o'rnini bosadi va 15,4 foizni tashkil etadi. Biroq, preeklampsiyaning etiologiyasi va patogenezini muammosi hali to'liq hal qilinmagan, bu o'z vaqtida tashxis qo'yish, og'irlik darajasini baholash va profilaktika choralarini amalga oshirishni qiyinlashtiradi.

Ta'kidlash kerakki, og'ir preeklampsi bilan og'rigan ayollar uchun tug'ruq taktikasini boshqarish usullari hali ham munozarali bo'lib qolmoqda. Homiladorlik-lampsiya, ayniqsa og'ir shakllari bo'lgan homilador ayollarni davolash taktikasidagi muhim nuqtalardan biri bu etkazib berish usulini tanlashdir. So'nggi yillarda ayollarning ushbu kontingentini asossiz jarrohlik yo'li bilan etkazib berish chastotasi ko'paydi. Shu bilan birga, konservativ etkazib berish fonga o'tdi. Bu shuni ko'rsatadiki, bugungi kunda etkazib berish usulini tanlash uchun aniq mezonlar yo'q,

Homiladorlik bilan bog'liq gipertenziya onalar kasallanishi va o'limi tarkibida etakchi o'rinni egallashda davom etmoqda, bu 20% ni tashkil qiladi (Cantwell R, va boshq., 2011; Norwitz E, R., Repke J.T. 2016; Uilyams O, 2011). Ushbu muammoning ko'p jihatlarini o'rganishga qaramay, preeklampsi bilan bog'liq akusherlik asoratlari pasaymaydi. Rossiyalik mualliflarga ko'ra preeklampsi chastotasi (Savelyeva G.M., 2009; Chernuxa E.A., 2001) 43,4-85% ni tashkil qiladi; O'zbekiston Respublikasida gipertonik asoratlari bo'lgan homilador ayollarning 68,9 foizida og'ir preeklampsiya rivojlanadi (Nishanova F.P. Mustafaeva M.E., 2009 Rasul-zade Yu.G., 2002, 2004), Og'ir preeklampsiya bilan onaning asoratlari chastotasi 70-80% ni tashkil qiladi va asosan gipertenzivdir. konvulsiyalar, tarqalgan intravaskulyar koagulyatsiya va boshqalar (Ivshiits A.A., 2005; Shifman M., 2004), normal joylashgan platsentaning erta ajralishi, gipotonik qon ketish. Homila tomonining asoratlari asosan surunkali gipoksiya va xomilalik noto'g'ri ovqatlanish, intrauterin o'sishning kechikishi, antenatal o'lim bilan namoyon bo'ladi. (15, 95, 129, Черныха E.A., 2001; Blackwell S.C. et al., 2002). Yuqoridagilarning barchasi usullarni ishlab chiqish zarurligini anglatadi.

O'zbekistonda zamonaviy anesteziologiya, reanimatsiya va farmakologiyaning salmoqli yutuqlariga qaramay, preeklampsiyaning og'ir shakllarida sezaryen kesish chastotasi yuqoriligidan qolmoqda va foizning o'ndan bir qismidan 22,9% gacha; ko'pincha (69,9%) preeklampsi va eklampsiyaning og'ir progressiv shakllari bo'lgan homilador ayollar jarrohlik amaliyotiga duchor bo'lganlar [Amanova Sh.H., 1999; Rasul-zade Yu.G., 2002, 2004; Sunnatova I.O., 2003]. Ko'rinib turgan texnik soddaligiga qaramay, sezaryen operatsiyadan keyingi asoratlarning tez-tez uchraydigan murakkab jarrohlik amaliyoti sifatida tasniflanishi kerak, uning chastotasi turli mualliflarga ko'ra [Komissarova L.M., 2000; Chernuxa E.A., 1997] 3,3% dan 55,4% gacha. So'nggi yillarda ushbu operatsiyaning chastotasi 10 barobar oshdi va 1997 yilda u 44,4% ni tashkil etdi, ya'ni deyarli har ikkinchi ayol qorin bo'shlig'i yo'li orqali tug'diradi [Chernuxa E.A., 2001; Chernuxa E.A., va boshqalar, 2001]. [2014] sezaryen darajasi 73% dan (1985-1997) 88,3% gacha (1998-2010). Bu tufayli onalar va perinatal o'limni kamaytirish yo'llarini topish. Biroq, adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, Kesar-kesish paytida onalar o'limi tabiiy tug'ilishga qaraganda 3-4 baravar yuqori. Preeklampsiya bilan og'rigan homilador ayollarni, ayniqsa uning og'ir shakllarini davolash taktikasidagi muhim nuqtalardan biri bu tug'ish usulini tanlashdir (Islomova M.R. 2005; Xamidullina Z.G., 2011; Shalina R.I. 2009; Ostlund E. va boshqalar, 2002; Linhares, 2002; Linhares. Ayollarning ushbu kontingentini asossiz operativ etkazib berishning POCT chastotasi Shu bilan birga, konservativ etkazib berish fonga o'tdi, bu bugungi kunda etkazib berish usulini tanlashning aniq mezonlari yo'qligini ko'rsatadi. Nazariy jihatdan, mahalliy miya shishi majburiy vazodilatatsiyaning vazospazmi bilan paydo bo'lishi mumkin. Vazospastik kontsepsiya shuni ko'rsatadiki, ortiqcha stimulyatsiya qon bosimining keskin o'sishidan keyin arterial vazospazmga olib keladi. Vazospazm, o'z navbatida, mahalliy ishemiya, oqsil ekstravazatsiyasi, arteriol nekrozi, qon-miya to'sig'ining buzilishi va markaziy asab tizimining mikroishemik shikastlanishiga olib

keladi. Miya tomirlarining spazmi preeklampsidagi miya buzilishlarining patogenezida asosiy komponent ekanligi aniqlandi. Aksincha, majburiy vazodilatatsiya tushunchasi shuni ko'rsatadiki, qon bosimining keskin va sezilarli darajada oshishi bilan vazokonstriktor kuchlarning haddan tashqari kuchlanishi va tomirlarning majburiy kengayishi yuzaga keladi, bu esa endoteliy va qon-miya to'sig'iga zarar etkazadi. Bu o'z navbatida shish, oqsil ekstravazatsiyasi va fibrinoid nekrozga olib keladi. Bularning barchasi klinik jihatdan soqchilik sifatida namoyon bo'ladigan kichik qon tomirlarining anatomik substratini ifodalaydi. Preeklampsi va eklampsiyaning klassik belgisi og'ir spazmlardir. Ushbu patologiya uchun ko'p organ etishmovchiligi va reperfuziya sindromi rivojlanishi bilan umumiy ishemik lezyonlar va tromboz.

Arterial gipertenziya eng qulay, aniq va invaziv bo'lmagan usul sifatida. Eklampsiya xurujining rivojlanishi bilan, og'ir preeklampsi bilan og'rigan homilador ayollarda olingan ma'lumotlarga qaraganda, miya tomirlarida perfuzion bosim sezilarli darajada oshadi, ammo shu bilan birga, serebrovaskulyar qarshilik pasayadi va hujumdan keyin bir necha kun davomida past bo'lib qoladi. Eklampsiya xuruji rivojlanishida kuzatilgan (CMA) da miya qon oqimining yuqori tezligi kuchli vazospazm bilan bog'liq.

Shunday qilib, preeklampsi bilan, ayniqsa uning og'ir shakllari, miya qon aylanishida sezilarli o'zgarishlar kuzatiladi, bu nevrologik simptomlarning rivojlanishini belgilaydi. Shu bilan birga, miya qon aylanishining buzilishi holatlarida jarrohlik aralashuvi yanada yomonlashishiga olib kelishi mumkinligini ta'kidlash kerak. Shuning uchun jarrohlik yetkazib berishga oqilona yondashish asoratlarni rivojlanishiga to'sqinlik qilishi va operatsiyadan keyingi davrning yanada qulayroq kechishiga hissa qo'shishi mumkin. Jarrohlik yetkazib berish uchun eng tipik ko'rsatkich gipertenziya (BP 160/110 da 43,2%), preeklampsiyaning uzoq muddatli engil shakllarining keskin o'sishi edi. Eklampsida, normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ajralishi (PONRP), anuriya, HELLP sindromi, tabiiy tug'ilish kanali orqali darhol tug'ish uchun shartlar bo'lmasa, homiladorlikning har qanday bosqichida sezaryen uchun mutlaq ko'rsatkichdir, chunki bu holda operatsiya patologik reaktsiyalarni qo'llab-quvvatlaydigan feto-platsenta kompleksini olib tashlashga yordam beradi. Bundan tashqari, bu usul ona va homilaning hayotini saqlab qolish uchun yagona imkoniyatdir. Og'ir preeklampsiyada homiladorlik va tug'ish jarayonini baholashda ona-platsenta-homila tizimining holatiga katta ahamiyat beriladi. Shu munosabat bilan, darajani aniqlashtirish kerak. Shunday qilib, og'ir preeklampsiya bilan og'rigan barcha tekshirilgan homilador ayollarda o'ng va chap bachadon arteriyalarining IR ko'rsatkichlari nazorat ostidagi homilador ayollarga nisbatan 1,47 baravar ko'paydi. Ammo shuni aytish kerakki, og'ir preeklampsi bilan og'rigan 4 homilador ayolda o'ng va chap bachadon arteriyalarida IR 6,525 va 6,558 qiymatlarga ko'tarildi, bu esa bachadon arteriyasida qon oqimining keskin o'zgarishini ko'rsatadi. Shu bilan birga, 16 nafar homilador ayoldan 8 tasida (50%) bachadonning SA dagi IQ $0,317 \pm 0,004$ gacha kamaydi, qolganlarida esa $0,418 \pm 0,004$ gacha ko'tarildi; homilador ayollarning ushbu guruhidagi bachadon qon oqimining holatini batafsilroq tahlil qilish, birinchisida arterial gipertenziya mavjudligini ko'rsatdi. Bachadon arteriyalarida qon oqimining spiral arteriyalarga nisbatan aniqroq siljishi uteroplasental qon aylanish tizimining buzilishining ustuvorligini va preeklampsiyaning arterial gipertenziya bilan kombinatsiyasini ko'rsatadi.

Binobarin, og'ir preeklampsi bilan og'rigan homilador ayollarning deyarli barcha kuzatuvlarida uteroplasental va xomilalik platsenta qon oqimining patologik ko'rsatkichlari aniqlandi. Kindik arteriyasida SDO, pulsatsiya indeksi va qarshilik indeksining oshishi oxirgi diastolik qon oqimi tezligining pasayishi tufayli yuzaga keladi, bu platsentaning homila qismining periferik qarshiligining ortishidan dalolat beradi. Xomilalik-platsenta qon oqimining kritik holatiga mos keladigan kindik arteriyasidagi diastolik qon oqimining nol yoki salbiy qiymatlari surunkali fetoplasental etishmovchilikning kritik shaklining ifodasidir.

BMDdagi sezilarli buzilishlar FPN va natijada IUGR rivojlanishiga yordam beradi. Haqiqatan ham, ultratovush tekshiruvi paytida gipoksiya va II-III darajali intrauterin o'sish sekinlashishi qayd etilgan; platsentaning erta qarishi tashxisi qo'yilgan. Xomilaning biometrik ma'lumotlarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, 1 va 2-guruhlardagi bemorlarning 74 va 62 foizida IUGRning assimetrik shakli mavjud bo'lib, u asosan normal ko'rsatkichlar bilan tavsiflanadi homila boshining biparietal kattaligi bir vaqtning o'zida qorin va ko'krak qafasining hajmini kamaytirish. Ekoskopik tekshiruvda yo'ldoshning qalinlashishi va erta pishishi aniqlangan. homilador ayollar va ee CTG ma'lumotlarini tahlil qilganda, bemorlarda Gauthier shkalasi bo'yicha past o'rtacha

Tekshirilayotgan guruhlarining kardiotalaxografik ko'rsatkichlari

Shunday qilib, og'ir preeklampsia bilan homilador ayollarda uteroplasental-homilalik qon oqimi va etishmovchilik sezilarli darajada kamayadi. fetoplasental rivojlanishiga sabab bo'ladi Shu bilan birga, og'ir preeklampsida homilaning holatini baholash mezonlaridan biri homilador ayollarda uteroplasental-homilalik qon oqimining DPP bahosi hisoblanadi. Tug'ilish taktikasini tanlashda Dopplerdan foydalanish imkoniyatini aniqlashtirish uchun biz tug'ilishning OT turiga qarab uteroplasental-homila gemodinamikasi ko'rsatkichlarini istiqbolli o'rgandik (1-jadval). Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, etkazib berish taktikasini tanlash gemodinamik buzilishlar asosida baholanishi mumkin.

Eslatma: 1) SA spiral arteriya, MA bachadon arteriyasi, AP kindik arteriyasi, SDO MCA sistol-diastolikxomilalik o'rta miya arteriyasi nisbati. 2) va mehnatdagi ayollarning ko'rsatkichlari o'rtasidagi farqlar sezaryen bilan va tabiiy tug'ilish sezilarli ($P < 0,05$),

Homilador ayollarning ushbu guruhi uteroplasental-homilalik qon aylanishining 5-toifa kasalliklari bilan tavsiflanadi, bu BMD va AUCning pasayishi bilan tavsiflanadi. Shu bilan birga, o'ng va chap bachadon arteriyalarida IR 6 martadan ko'proq oshdi, bu bachadon arteriyasida qon oqimining keskin o'zgarishini ko'rsatadi. APdagi IR 3-3,5 martadan ko'proq oshdi, bu homila-platsenta qon oqimining aniq buzilishini ko'rsatadi. Shoshilinch jarrohlik yo'li bilan tug'ilgan ayollarda SDO ning yuqori ko'rsatkichlari qayd etilgan, bu homilada miya qon ketishining mumkin bo'lgan xavfini keltirib chiqarishi mumkin. Binobarin, bachadon-yo'ldosh-homilalik qon aylanishining 5-turi buzilishlari va IR AB qiymatlari me'yoriy qiymatlardan 3-3,5 baravar yuqori bo'lsa, ona va bolaning hayotini saqlab qolish uchun shoshilinch jarrohlik aralashuvi zarur. Bu shoshilinch jarrohlik bilan tug'ilgan homilador ayollarda Gauthier shkalasi bo'yicha past o'rtacha xomilalik ball bilan tasdiqlanadi.

Adabiyot.

1. Bernardes TP, Broekhuijsen K, Koopmans CM, et al. Caesarean section rates and adverse neonatal outcomes after induction of labour versus expectant management in women with an unripe cervix: a secondary analysis of the HYPITAT and DIGITAT trials.// BJOG. 2016;123(9):1501. [PubMed](#)
2. Castellón Pasos RM et al. . Criteria for birth delivery in women with severe preeclampsia in expectant management //Ginecol Obstet Mex. 2013 Feb;81(2):92-8.
3. Darngawn L. Jose R, Regi A, Bansal R, Jeyaseelan LA. A shortened postpartum magnesium sulfate prophylaxis regime in pre-eclamptic women at low risk of eclampsia. // J Gynaecol Obstet. 2012 Mar;116(3):237-9
4. Figueras F., Gardosi J. (2011). Intrauterine growth restriction: new concepts in antenatal surveillance, diagnosis, and management . Am. J. Obstet. Gynecol. 2014 , 288–300 [[PubMed](#)].

5. Sheikhi A. M. Small H. Y., Currie G., Delles Ch. Systematic Review of Micro-RNA Expression in Pre-Eclampsia Identifies a Number of Common Pathways Associated with the Disease. Published: August 16, 2016 <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.016080>

FEATURES OF MENSTRUAL FUNCTION AND THE NATURE OF ITS DISORDERS IN WOMEN WITH UTERINE FIBROIDS

S.I. Kurbanova, G.S. Babadjanova

Tashkent Medical Academy

Email: kurbanovasurayyo2404@gmail.com

ABSTRACT

Background: Uterine fibroids affect millions of women worldwide, accounting for 35-40% of perimenopausal women. In ~30% of patients, uterine fibroids cause hyperpolymenorrhea, dysmenorrhea, and abnormal uterine bleeding, and more than half of patients experience symptoms such as heavy menstrual bleeding, pelvic pain, or infertility. One of the most significant changes that occurs outside of perimenopause is a change in a woman's menstrual cycle. Cycles become irregular, meaning that the menstrual experience can be significantly less pleasant. Sometimes, menstruation can stop or become heavier and more painful. Sometimes menstruation may stop or become heavier and more painful. This is usually manifested by conditions such as hypomenorrhea, hypermenorrhea, and amenorrhea. The hormonal changes that occur during perimenopause can be unique for each woman. In some cases, changes in estrogen and progesterone levels in the body can lead to different consequences depending on the hormonal disruptions that women experience. According to statistics, in the long term, perimenopause in women can last from 3 to 10 years. However, most often this period is around 4 years. **Aim.** Analysis of the characteristics of menstrual function and its disorders in perimenopausal women with uterine fibroids. **Materials and Methods.** The study included 105 women: 50 perimenopausal women with uterine fibroids who underwent uterine embolization (group I), 30 perimenopausal women with uterine fibroids who underwent conservative treatment (group II), and 25 healthy women (control group). Patients underwent bilateral superselective uterine artery embolization (Emposphere 300-500 (1), PVA 500-710 (2)). Conservative treatment was hormonal therapy. **Results:** Algomenorrhea was observed 1.4 times more often in group 2 than in group 1. Hyperpolymenorrhea occurred in almost equal numbers (30% and 30%, respectively). Hyperpolymenorrhea occurred in equal numbers in group 1 and group 2.

Conclusion: Comparative analysis of menstrual irregularities after treatment showed significant differences in women with uterine fibroids of perimenopausal age in group 1, i.e., women who received embolization, compared to women who received conservative treatment in group 2. Uterine artery embolization (UAE) is the most modern and minimally invasive and organ-preserving medical procedure used in the treatment of uterine fibroids. This procedure is minimally invasive and does not require large surgical scars or operations. It has the advantages of less blood loss, short recovery time, and short hospital stay. After BAE, the blood supply to the fibroid is dynamically examined using UTT Doppler.

Keywords: Uterine fibroids, perimenopausal women, menstrual cycle, hyperpolymenorrhea, algomenorrhea, abnormal uterine bleeding

AYOLLARDA HAYZ FUNKSIYASINING XUSUSIYATLARI VA UNING BUZILISH TURLARI.

S.I. Kurbanova¹, G.S. Babadjanova²

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Dolzarbli: Bachadon miomasi butun dunyo bo'ylab millionlab ayollarga ta'sir qiladi, perimenopozal ayollarning 35-40% ni tashkil qiladi. Bemorlarning ~30% da bachadon miomasi giperpolimenoreya, algomenoreya va bachadondan anormal qon ketishiga olib keladi va bemorlarning yarmidan ko'pi og'ir hayzli qon ketish, to'sda og'riq yoki bepustlik kabi alomatlariga duch keladi. Perimenopozdan tashqarida sodir bo'lgan eng muhim o'zgarishlardan biri ayolning hayz davrining o'zgarishidir. Sikllar tartibsiz bo'lib qoladi, ya'ni hayz ko'rish tajribasi sezilarli darajada kamroq yoqimli bo'lishi mumkin. Ba'zida hayz ko'rish to'xtashi yoki og'irlashishi va og'riqli bo'lishi mumkin. Bu odatda gipomenoreya, gipermenoreya va amenoreya kabi holatlar bilan namoyon bo'ladi. Perimenopozda yuzaga keladigan gormonal o'zgarishlar har bir ayol uchun o'ziga xos bo'lishi mumkin. Ba'zi hollarda tanadagi estrogen va progesteron darajasining o'zgarishi ayollarning gormonal uzilishlariga qarab turli xil oqibatlariga olib kelishi mumkin. Statistika ko'ra, uzoq muddatda ayollarda perimenopoz 3 yildan 10 yilgacha davom etishi mumkin. Biroq, ko'pincha bu muddat taxminan 4 yil. **Maqsad:** Bachadon miomasi bilan perimenopozal ayollarda hayz ko'rish funksiyasining xususiyatlarini va uning buzilishlarini tahlil qilish. **Materiallar va usullar:** Tadqiqotda 105 nafar ayol ishtirok etdi: bachadon miomasi bilan og'rigan 50 nafar perimenopauza yoshidagi bachadon embolizatsiyasi qilingan ayollar (I guruh), konservativ davodan o'tgan bachadon miomasi bilan og'rigan 30 nafar perimenopauza yoshidagi ayollar (II guruh) va 25 nafar sog'lom ayol (nazorat guruhi). Bemorlarga ikki tomonlama superselektiv bachadon arteriyasi embolizatsiyasi o'tkazildi (Emposphere 300-500 (1), PVA 500-710 (2)). Konservativ davo gormonal terapiya edi.

Natijalar: 2-guruhda algomenoreya 1 guruhga qaraganda 1.4 marta ko'p kuzatilgan. Giperpolimenoreya deyarli teng miqdorda (mos ravishda 30% va 30 %) sodir bo'lgan. 1- guruhda va 2- guruhimizda giperpolimenoreya teng miqdorda uchragan. 1- guruh bemorlarimiz BAQK 2-guruhga nisbatan ko'prok shikoyat qilishgan. **Xulosa:** Davolanishdan so'ng hayz davrining buzilishini qiyosiy tahlil qilish 1-guruhdagi perimenopauza yoshidagi bachadon miomasi bo'lgan ayollar, ya'ni embolizatsiya qilingan ayollarda 2-guruhdagi konservativ davo olgan ayollarga nisbatan sezilarli farqlarni ko'rsatdi. Bachadon arteriyasi embolizatsiyasi (BAE) - bu eng zamonaviy va minimal invaziv va organ saqlovchi tibbiy prosedura bo'lib, bachadon miomalarini davolashda qo'llaniladi.

Ushbu prosedura minimal invaziv bo'lib, katta jarrohlik izlari yoki operatsiyalarga ehtiyoj yo'q. Kamroq qon yo'qotish, qisqa muddatli tiklanish va kasalxonada qisqa muddat qolish kabi afzalliklarga ega. BAE amaliyotidan keyin miomaning qon bilan ta'minlanishi UTT doppler yordamida dinamik tekshiriladi.

Kalit so'zlar: Bachadon miomasi, perimenopauza yoshdagi ayollar, hayz sikli, giperpolimenoreya, algomenoreya, bachadondan anormal qon ketish

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЕ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

С.И. Курбанова¹, Г.С. Бабаджанова²

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Миома матки поражает миллионы женщин во всем мире, составляя 35-40% женщин в перименопаузе. У ~30% пациенток миома матки вызывает гиперполименорею, дисменорею и аномальные маточные кровотечения, и более половины пациенток испытывают такие симптомы, как обильные менструальные кровотечения, тазовые боли или бесплодие. Одним из наиболее значительных изменений, которые происходят вне перименопаузы, является изменение менструального цикла женщины. Циклы становятся нерегулярными, что означает, что менструальный опыт может быть значительно менее приятным. Иногда менструации могут прекратиться или стать более обильными и болезненными. Иногда

менструации могут прекратиться или стать более обильными и болезненными. Иногда менструации могут прекратиться или стать более обильными и болезненными. Обычно это проявляется такими состояниями, как гипоменорея, гиперменорея и аменорея. Гормональные изменения, происходящие в период пременопаузы, могут быть уникальны для каждой женщины. В некоторых случаях изменения уровня эстрогена и прогестерона в организме могут приводить к разным последствиям в зависимости от гормональных сбоев, которые испытывает женщина. По статистике, в долгосрочной перспективе пременопауза у женщин может длиться от 3 до 10 лет. Однако чаще всего этот период составляет около 4 лет. **Цель.** Анализ особенностей менструальной функции и ее нарушений у женщин в период пременопаузы с миомой матки. **Материалы и методы.** В исследование включено 105 женщин: 50 женщин перименопаузального возраста с миомой матки, которым была проведена эмболизация матки (группа I), 30 женщин перименопаузального возраста с миомой матки, которым проводилось консервативное лечение (группа II), и 25 здоровых женщин (группа контроля). Пациенткам была проведена двусторонняя суперселективная эмболизация маточных артерий (Эмпосфера 300-500 (1), ПВА 500-710 (2)). Консервативным лечением была гормональная терапия. **Результаты:** Альгодисменорея наблюдалась в 1,4 раза чаще в группе 2, чем в группе 1. Гиперполименорея встречалась практически в равном количестве (30% и 30% соответственно). Гиперполименорея встречалась в равном количестве в группе 1 и группе 2. Наши пациентки группы 1 предъявляли больше жалоб на БАК, чем в группе 2.

Заключение: Сравнительный анализ нарушений менструального цикла после лечения показал существенные различия у женщин с миомой матки перименопаузального возраста в группе 1, т. е. у женщин, которым была проведена эмболизация, по сравнению с женщинами, которым проводилось консервативное лечение в группе 2.

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является наиболее современной и малоинвазивной и органосохраняющей медицинской процедурой, применяемой при лечении миомы матки.

Эта процедура является малоинвазивной и не требует больших хирургических рубцов или операций. Ее преимуществами являются меньшая кровопотеря, короткое время восстановления и короткий срок пребывания в больнице. После БАМ кровоснабжение миомы динамически исследуется с помощью доплерографии УТТ.

Ключевые слова: миома матки, женщины перименопаузального возраста, менструальный цикл, гиперполименорея, альгодисменорея, аномальное маточное кровотечение.

30 yoshdan 49 yoshgacha bo'lgan har 20 ayoldan 1 nafari og'ir hayzli qon ketish (HFB) yoki hayz ko'rish bilan bog'liq muammolar tufayli har yili o'z shifokoriga murojaat qiladi, hayz davrining buzilishi Buyuk Britaniyadagi ginekologiya xizmatlariga barcha murojaatlarning 12 foizini sabab bo'ladi (1). Tarixan HFB kuniga 80 ml dan ortiq qon yo'qotish sifatida berilgan bo'lsa-da (2) - bu ta'rif ayollar fizikasidagi katta o'zgarishlar va HFB uchun davolanayotgan ayollarning aksariyati ushbu mezonga javob bermasligi (3) hisobga olinsa, bu ta'rif endi foydali deb hisoblanmaydi - HFB endi "hayzdan ko'p qon yo'qotish" deb ta'riflanadi, bu esa ayolning jismoniy hayotiga, ijtimoiy va emotsional holatiga xalaqit beradi.

Bu o'z-o'zidan yoki o'tkir va surunkali tos og'rig'i yoki bepushtlik kabi boshqa alomatlar bilan birgalikda paydo bo'lishi mumkin. Jiddiylik anketalarda o'z-o'zidan hisobot berish orqali baholanishi mumkin. HFB uchun potentsial sabablar juda ko'p, masalan, ovulyatsiya kasalliklari, adenomiyoz, endometrioz, endometriyal poliplar va endometriyal giperplaziya (4); ammo, HFB ostida yotgan eng keng tarqalgan holat bachadon miomasi hisoblanadi.

Bachadon miomasi - bachadon ichida paydo bo'ladigan miyometriumning yaxshi xulqli o'smalari. Nomiga qaramay, miomalar asosan fibroblastlardan ko'ra miotsitlardan iborat bo'lib,

o'simta ichida hujayradan tashqari matritsa moddalarining, asosan kollagenning ortiqcha cho'kishi bilan tavsiflanadi (5). Ushbu o'ta zich to'qimalarning ommaviy o'sishi bachadonning kattalashishi va deformatsiyasiga olib keladi va bachadon miomasi bilan bog'liq bo'lgan ba'zi asosiy alomatlariga, shuningdek, bosim belgilari, qorin og'rig'i va bepustlik kabi HFB bilan bog'liq. Qo'shma Shtatlarda miomalar gisterektomiyalarning 50% dan ortig'iga sabab bo'ladi (8) va ularni davolash uchun to'g'ridan-to'g'ri xarajatlar 4 dan 9 milliard dollargacha baholanadi.

Bachadon miomasi bilan kasallanish bo'yicha ma'lumotlar har xil; Italiyada reproduktiv yoshdagi qarovsiz 341 ayolni o'rganish bilan kasallanish 21,4% ni tashkil etgan bo'lsa, AQShda 35 yoshdan 49 yoshgacha bo'lgan 1346 ta tasodifiy tanlangan ayollarni o'z-o'zidan hisobot, tibbiy ma'lumotnoma va ultratovush tekshiruvidan o'tkazish natijasida bachadon miomasi bilan kasallanish soni Afrikalik ayollar orasida 35-80% ga oshganini aniqladi. 50 yoshda, bu tadqiqotda kavkazlik ayollar esa 35 yoshda 40% va 50 yoshda deyarli 70% kasallanishni ko'rsatdi (9). Braziliya, Kanada, Fransiya, Germaniya, Italiya, Janubiy Koreya, Buyuk Britaniya va AQShdan 21 479 nafar ayol o'rtasida o'tkazilgan onlayn so'rov natijasida reproduktiv yoshdagi ayollarda o'z-o'zidan 4,5–17,8% kasallanish qayd etilgani aniqlangan, bu esa namuna populyatsiyasi, yosh chegarasi va bildirilgan sezuvchanlik uchun genetik fon muhimligini ko'rsatadi. Bemorlarning 40% gacha bachadon miomasi HFB ni keltirib chiqaradi va bemorlarning yarmidan ko'pi HFB, tos og'rig'i yoki bepustlik kabi simptomlarning kombinatsiyasini boshdan kechirishadi. Bachadon miomalari FIGO tizimida bachadon anatomiyasiga nisbatan joylashishiga ko'ra tasniflanadi, ammo bachadon miomasining alomati sifatida intermenstrual qon ketish miomaning joylashishi va soni bilan bog'liqligi ko'rsatilgan bo'lsa-da, HFB bilan sababiy bog'liqlik noma'lum. HFB va FIGO tizimining tasnifi muammosiz emas, chunki jarrohlar o'rtasida izchillik yo'q

Bachadon arteriyasi embolizatsiyasi (BAA) o'z bachadonini saqlab qolishni istagan ayollarda mioma bilan bog'liq qon ketish va ommaviy simptomlar uchun minimal invaziv davolash sifatida tavsiya etilishi mumkin. Emboliya agenti bachadon miomasining devaskulyarizatsiyasi va involyutsiyasiga olib keladigan ikkala bachadon arteriyasini katerizatsiya qilish orqali yuboriladi. BAAdan keyin 5 yilgacha saqlanib qolgan mioma va bachadon hajmining sezilarli darajada pasayishi kuzatildi. Qon ketishi odatda embolizatsiyadan keyin yaxshilanadi va davolashdan keyingi 2-5 yil hayot sifati BAA, gisterektomiya yoki miomektomiyadan o'tgan bemorlarda o'xshashdir (11).

Materiallar va usullar Ushbu tekshiruvda Yunusobod tumanida xususiy klinikasi “ IXLOS MED ” MChJ da 1-guruxda perimenopauza yoshidagi mioma bilan kasallangan 50 ta bemor BAE amaliyoti o'tkazilgan ayollar tekshirildi. Mirzo Ulugbek tumani 4 oilaviy poliklinikada 2 - guruxda perimenopauza yoshidagi mioma bilan kasallangan bemorlar konservativ davo qo'llangan ya'ni ulipristat asetat tabletkasini kabul qilgan 30 ta bemor ayollar tekshirildi. 3–chi nazorat guruxida 25 amaliy ginekologik sog'lom ayollar tekshirildi. Ayollarda quyidagi ma'lumotlar, jumladan yoshi, tana massasi indeksi, oilaviy anamnezi, bepustlik anamnezi, hayz davrining buzilishi, va boshqa kasallar anketasi to'plangan va namunalar ketma-ket yig'ildi. Qo'shilish mezonlari 39-55 yoshdagi, perimenopauza yoshidagi bachadon miomasi tashxisi tasdiqlangan, ro'yxatga olish vaqtida o'tkir yuqumli kasalliklarga duchor bo'lmagan va imzolangan roziligi bo'lgan ayollarni qamrab olindi.

Istisno mezonlari o'tkir bosqichdagi surunkali kasalliklar, onkologik sharoitlar va autoimmun kasalliklar edi. Ayollarda quyidagi ma'lumotlar, jumladan yoshi, tana massasi indeksi, oilaviy anamnezi, bepustlik anamnezi, hayz davrining buzilishi, va boshqa kasallar anketasi to'plangan va namunalar ketma-ket yig'ildi.

Tekshirilgan ayollar quyidagi usullarda tekshirildi:

1.Perimenopauza davridagi bachadon miomasi bo'lgan ayollarda rivojlanishi bo'yicha so'rov o'tkazildi. 2.Umumiy qon tahlili, qonning bioximik tahlillari, koagulogramma. ayollar jinsiy

gormonlari, infeksiyon markerlardan gepatit B va C, zaxm kasalligiga, OITS ga IFA usulidagi qon tahlillari, onkomarkerlardan CA 125 va REA (rak embrion antigen), qin surtmasi tekshirildi

3. Ultratovush tekshiruvi. (UTT). Davo usulini qo'llashdan oldingi va keying natijalari bilan. 4. Doppler usullari yordamida tugunlar tomirlarida va bachadon arteriyalarda qon oqimini tekshirish, tugunlar turini aniqlash, 5. MRT.

NATIJALAR Tadqiqotimiz natijalari shuni ko'rsatadiki, 1–guruhda giperpolimenoreya va BAQK deyarli teng miqdorda (mos ravishda 30% va 24 %) sodir bo'lgan. 1- guruhda va 2-guruhimizda giperpolimenoreya va anemiya teng miqdorda uchragan. 1- guruh bemorlarimiz BAQK 2–guruhga nisbatan ko'prok shikoyat qilishgan. Bunda perimenopauza yoshidagi bachadon miomasi bilan ogrigan ayollarda mahalliy og'riqsizlantirish ostida a. Brachialis dextra orqali katetr biln kirilib, ikki tomonlama bachadon arteriyalari superselektiv embolizasiyasi bajarildi [PVA Contour 355-500 (1) 500-710 (1)]. Angiografiya bachadon arteriyasi va uning shoxlarining rentgen anatomiyasini baholaydi.

Ushbu tadqiqotda biz xayz sikli buzilishlari giperpolimenoreya, algomenoreya va bepustlik, anemiya bilan asoratlangan bachadon miomasi bo'lgan perimenopauza yoshidagi ayollarda 39 yoshdan 58 yoshgacha bulgan 80 nafar ayollarda tahlil qildik. Barcha bemorlar standartlarga muvofiq tekshirildi. Bunda 1 ; 2; 3 guruxlarda 39-42 yoshli ayollar , 43-46 yoshli ayollar , 47-50 yoshli ayollar , 51-55 yoshli ayollar va 55 yoshdan katta ayollar soni guruxlarga bo'lib, foiz ko'rsatgichlarda hisoblandi. Tekshiruvlardan so'ng bemorlar Hitachi Yeub 300 qurilmasi va Convex 3,5 MGs probi yordamida ultratovush tekshiruvdan o'tkazildi. BAE amaliyotidan keyin miomaning qon bilan ta'minlanishi UTT dopler yordamida tekshirildi

XULOSA Bachadon miomasi og'ir hayzli qon ketishining asosiy belgilaridan biri bo'lib, bemorning hayot sifatini sezilarli darajada yomonlashtiradi. Gisterekтомиyadan tashqari, hozirda mavjud bo'lgan davolash usullarining hech biri bu muammoni qoniqarli tarzda hal qilmaydi, bu jumboq ko'plab ayollar tibbiy davolash usullarini tugatgandan so'ng, aniq jarrohlik davolashni talab qilishlari bilan ta'kidlanadi. Faqat simptomatikdan tashqarida bo'ladigan davolash usullari bachadon miomasining qon tomirlarining o'sishi va tuzilishiga ta'siri to'g'risida keyingi bilimlarga bog'liq bo'ladi. Bachadon miomasini keltirib chiqaradigan somatik mutatsiyalar ularning angiogenik potentsialiga oid ba'zi ma'lumotlarga ega, ammo bachadon miomasi va og'ir hayzli qon ketish o'rtaqidagi sababiy bog'liqlik hali ma'lum emas. So'nggi o'n yilliklarda bir nechta farazlar ilgari surilgan bo'lsa-da, bachadon miomasi va og'ir hayzli qon ketishlar o'rtaqidagi sababiy bog'liqlikni bartaraf etish va shu bilan yaxshiroq davolash usullarini izlashga imkon berish uchun bachadon miomasini ta'minlaydigan qon tomirlarining tuzilishini va ularning o'sishiga olib keladigan o'ziga xos angiogenez mexanizmlarini tizimli o'rganish kerak.

ADABIYOTLAR RO'YHATI

1. Abduraxmanova S.I. Babadjanova G.S. Reproktiv yoshdagi ayollarni adenomioz va bachadon miomasini birgalikda davolash algoritmi //NAZARIY va KLINIK TIBBIYOT. – T. 15.- repository.tma.uz

2. Abduraxmanova S.I. Reproktiv yoshdagi ayollarda bachadon miomasi va adenomiyozning kombinatsiyalangan shakllarini tashxislash va davolashga zamonaviy yondashuvlar //in Library. – 2020. – T. 20.

3. Бадмаева С. Ж. и др. Миома матки: современные аспекты этиологии и патогенеза (обзор литературы) //Мать и дитя в Кузбассе. - 2019.- №. 1.- С. 4-4. Аюпова Г. А. и др. Актуальные вопросы патогенеза, диагностики, лечения и профилактики миомы матки //Вестник Башкирского государственного педагогического университета им. М. Акмуллы. – 2017. – №. 4. – С. 7-13.

5. Бабаджанова Г.С., Тухтамишева Н.О. Современный взгляд на диагностику и лечение миомы матки у женщин репродуктивного возраста //Биология и интегративная медицина. – 2017. – №. 2. – С. 64-79.

6. Бабаджанова Г.С., Абдурахманова С.И. Современные представления об этиопатогенезе, клинико-диагностических критериях миомы матки и аденомиоза у женщин и особенности их лечения (обзор литературы) //Журнал теоретической и клинической медицины. – 2018. – №. 3. – С. 85-90.

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSIS OF CERVICAL BACKGROUND DISEASES

Umidaikhon Lutfillayeva, Marziya Abdiyeva, Gulistan Bekbauliyeva
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Abstract

Background: Cervical background diseases (CBDs) encompass a spectrum of conditions that can lead to cervical cancer if left undiagnosed and untreated. These diseases include various forms of cervical dysplasia, HPV infection, and pre-cancerous lesions. Early diagnosis and management are crucial to prevent the progression to invasive cancer, making the role of screening and diagnostic methods of paramount importance.

The primary goal of diagnosing CBDs is to detect abnormal cellular changes in the cervix before they evolve into invasive cancer. This has led to the development of various diagnostic methods, including cytology, HPV testing, colposcopy, and molecular diagnostics. This article provides a comprehensive review of the modern aspects of CBD diagnosis, with a particular focus on the most effective methods and the challenges in their application.

Cervical background diseases (CBDs) represent a collection of pathologies that are associated with a high risk of developing into cervical cancer if not identified and treated early. These diseases include HPV-related cervical dysplasia and other non-HPV related conditions. Cervical dysplasia refers to abnormal cellular changes on the cervix, and it is often categorized into low-grade and high-grade lesions based on the severity of the cellular abnormalities.

HPV infection is the most significant risk factor for the development of cervical cancer. The persistent infection of high-risk HPV types can lead to the development of precancerous lesions, which, if left untreated, may progress to invasive cancer. Other factors, including smoking, immunosuppression, and long-term oral contraceptive use, have also been associated with an increased risk of CBDs.

Keywords: Cervix,colposcopy, cancer, diagnosis, HPV, CBDs, cytology Pap Smear.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Умидахон Лутфиллаева, Марзия Абдиева, Гулистан Бекбаулиева
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Аннотация

Общие сведения фоновые заболевания шейки матки (ФЗШМ) включают в себя целый спектр состояний, которые могут привести к раку шейки матки, если их не диагностировать и не лечить. К этим заболеваниям относятся различные формы дисплазии шейки матки, папилломавирусная инфекция и предраковые поражения. Ранняя диагностика и лечение имеют решающее значение для предотвращения прогрессирования инвазивного рака, поэтому скрининг и методы диагностики имеют первостепенное значение.

Основной целью диагностики ФЗШМ является выявление аномальных клеточных изменений в шейке матки до того, как они перерастут в инвазивный рак. Это привело к разработке различных методов диагностики, включая цитологию, тестирование на ВПЧ, кольпоскопию и молекулярную диагностику. В этой статье представлен всесторонний обзор

современных аспектов диагностики ФЗШМ, с особым акцентом на наиболее эффективные методы и проблемы, возникающие при их применении.

Фоновые заболевания шейки матки (ФЗШМ) представляют собой совокупность патологий, которые связаны с высоким риском развития рака шейки матки, если их не выявить и не начать лечение на ранней стадии. Эти заболевания включают дисплазию шейки матки, связанную с ВПЧ, и другие состояния, не связанные с ВПЧ. Дисплазия шейки матки относится к аномальным клеточным изменениям на шейке матки, и ее часто подразделяют на поражения низкой и высокой степени тяжести в зависимости от тяжести клеточных аномалий.

Папилломавирусная инфекция является наиболее значимым фактором риска развития рака шейки матки. Персистирующая инфекция типов ВПЧ высокого риска может привести к развитию предраковых поражений, которые, если их не лечить, могут перерасти в инвазивный рак. Другие факторы, включая курение, иммуносупрессию и длительный прием оральных контрацептивов, также связаны с повышенным риском развития ФЗШМ.

Ключевые слова: Шейка матки, кольпоскопия, рак, диагностика, ВПЧ, ФЗШМ, цитологический мазок Папаниколау.

BACHADON BO'YNI FON KASALLIKLARINI TASHXISLASHNING ZAMONAVIY JIHATLARI

Umidaixon Lutfillayeva, Marziya Abdiyeva, Guliston Bekbauliyeva
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Annotatsiya

Bachadon bo'yni fon kasalliklari (BBFK) erta tashxis qo'yilmasa va davolanmasa, bachadon bo'yni saratoniga olib keladigan kasalliklarni o'z ichiga oladi. Ushbu kasalliklarga bachadon bo'yni displaziyasi, HPV infektsiyasi borligi va saratondan oldingi bachadon bo'yni shikastlanishlarining turli shakllari kiradi. Erta tashxis qo'yish va to'g'ri olib borish invaziv saratonga o'tishni oldini olish uchun juda muhimdir, bunda skrining va diagnostika usullarining rolini muhim ahamiyatga ega.

BBFK diagnostikasining asosiy maqsadi bachadon bo'yni invaziv saratonga aylanishidan oldin patologik o'zgarishlarni aniqlashdir. Bu sitologiya, HPV testi, kolposkopiya va gistologiya kabi turli diagnostika usullari qo'llaniladi. Ushbu maqolada BBFK diagnostikasining zamonaviy jihatlari har tomonlama ko'rib chiqish va bunda eng samarali usullar va ularni qo'llashdagi muammolarga alohida e'tibor qaratilgan

Bachadon bo'yni fon kasalliklari (BBFK) erta aniqlanmasa va davolanmasa, bachadon bo'yni saratoniga aylanish xavfi yuqori bo'lgan patologiya bo'lib hisoblanadi. Ushbu kasalliklarga HPV bilan bog'liq bachadon bo'yni displaziyasi va HPV bilan bog'liq bo'lmagan boshqa holatlar kiradi. Servikal displaziya serviksdagi o'choqli o'zgarishlarni keltirib chiqaradi va u ko'pincha yaralarning chuqurligiga qarab past va yuqori darajadagi displaziyaga bo'linadi.

HPV infektsiyasi bachadon bo'yni saratoni rivojlanishining eng muhim xavf omilidir. Yuqori xavfli HPV turlarining doimiy infektsiyasi bachadon bo'yni og'ir displaziyasining rivojlanishiga olib kelishi mumkin, agar davolanmasa, invaziv saratonga o'tishi mumkin. Chekish, immunosupressiya va uzoq muddatli oral kontratseptiv vositalaridan foydalanish kabi boshqa omillar ham BBFK xavfining oshishiga olib kelishi mumkin.

Kalit so'zlar: bachadon bo'yni, kolposkopiya, saraton, tashxis, HPV, BBFK, sitologiya Pap-test.

Introduction. Several diagnostic methods have been developed to detect CBDs, each with its strengths and limitations. The most common methods include:

- Pap Smear: The Pap smear remains one of the most widely used screening methods for the detection of cervical abnormalities. It involves the collection of cells from the cervix to detect

precancerous changes. While it is an essential tool in the early detection of CBDs, its sensitivity can be affected by factors such as sample quality and operator experience.

The number of preparations (glasses) can be from 1 to 3. Most often it is necessary to examine two preparations - epithelium from the endocervix and exocervix. The material should be taken with the help of special cytosopic brushes.

To obtain the most accurate result, it is necessary to fulfill a number of conditions before performing the Papanicolaou test. It is not recommended to conduct the examination during menstruation, in the presence of any inflammatory process. Advise patients to refrain from sexual intercourse, use of tampons, use of any vaginal creams, suppositories and medications, spritzing and vaginal shower 48 hours before taking the PAP smear. It is also advisable to take a shower instead of a bath 2 days before the Pap test. Smear should be taken before gynecological examination, colposcopy or not earlier than 48 hours after these manipulations.

The biomaterial is taken with a special cervical brush. Immediately after taking the biomaterial, a smear-print is prepared by touching all surfaces of the cytobrush to the surface of the slide. The probe is disposed of. The prepared smear is air-dried. The glass with the dried smear is placed in a cuvette and fixed with 96% ethyl alcohol rectified for 5 min.

The finished preparation is placed in an individual package (polyethylene or paper bag), attached to the direction with a stapler and sent to the laboratory. It is allowed to store glasses with fixed or dried smears in a sealed package at a temperature of 2-8 ° C for 10 days.

Thereafter - once a year. If during 3 consecutive years the Pap test results do not reveal any changes in the structure of cervical cells, the Pap test is performed once every 2-3 years until the age of 65. After the age of 65, the Pap test can be discontinued, provided that all previous results have been negative [12].

- HPV Testing: HPV testing has become an increasingly important method for the detection of high-risk HPV types associated with cervical cancer. It is particularly useful for women aged 30 and above, as HPV infections are more likely to persist in this age group. HPV testing is often used in conjunction with cytology to improve screening accuracy.

- Colposcopy: Colposcopy is an advanced diagnostic tool that allows for the direct visualization of the cervix to identify abnormalities. It is often performed after an abnormal Pap smear result and involves the use of a special microscope (colposcope) to examine the cervix in more detail. Colposcopy can help identify areas that may require biopsy for further analysis.

There are such varieties of colposcopy as photocolposcopy, stereophotocolposcopy and colpomicroscopy. Photocolposcopy allows to obtain a photograph of the vaginal walls and different areas of the vaginal part of the cervix, stereophotocolposcopy - their volumetric images with fixation of colposcopic picture on colpophotograms, and colpomicroscopy - to conduct a study with magnification of 350 and more times.

The American Cancer Society (ACS 2020)[3], the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG,2020)[5], and the European Society of Gynecological Oncology (ESGO,2018)[6]. These guidelines recommend a combination of screening methods, including Pap smears, HPV testing, and colposcopy, to achieve the most accurate diagnosis.

- WHO(2021)[1] Guidelines: The WHO recommends routine screening for cervical cancer using either cytology or HPV testing for women aged 30 and above, with a focus on ensuring screening programs are accessible and affordable in low-resource settings.

- ACS(2020)[3] Guidelines: The ACS recommends that women begin cervical cancer screening at age 25, using HPV testing every five years, or Pap testing every three years, or a combination of both.

- ACOG(2020)[5] Guidelines: The ACOG suggests that women undergo regular screening starting at age 21, with Pap tests every three years and HPV tests for women aged 30 and above every five years.

- ESGO(2018) Guidelines: The ESGO advocates for the use of HPV testing in combination with cytology for the most accurate screening. It also emphasizes the need for colposcopy and biopsy in cases of abnormal screening results.

Emerging Trends and Technologies

Recent technological advances have led to the development of innovative tools for the diagnosis of CBDs. Some of the most promising technologies include:

- Artificial Intelligence (AI)(2020)[7]: AI has the potential to significantly improve diagnostic accuracy by assisting in the analysis of Pap smear slides and colposcopic images. AI algorithms can help detect early signs of dysplasia that may be missed by human observers, reducing diagnostic errors and improving early detection rates.

- Portable Diagnostic Devices: The development of low-cost, portable diagnostic tools could revolutionize cervical cancer screening in low-resource settings. Devices such as mobile colposcopes and portable HPV testing kits can bring screening to rural areas where access to healthcare professionals and facilities is limited.

Challenges in the Diagnosis of Cervical Background Diseases

Despite the significant advances in the diagnosis of cervical background diseases (CBDs) and the availability of various screening and diagnostic methods, several challenges remain in ensuring accurate detection and appropriate management. These challenges stem from a variety of factors, including technological limitations, resource disparities, and patient-related barriers [7,13].

- Pap Smear Limitations: The accuracy of the Pap smear largely depends on the quality of the sample collected, which can be influenced by factors such as the timing of the sample and the experience of the clinician. Sampling errors and limited detection of early lesions can lead to false negatives and delays in diagnosis.

- Colposcopy Challenges: Colposcopy is highly operator-dependent, requiring skill and experience to accurately interpret findings. In addition, access to colposcopy remains limited in many areas due to high costs and the need for specialized equipment [12].

- HPV Testing Issues: Although HPV testing is highly sensitive, false positives and overdiagnosis remain concerns, particularly in younger women where HPV infections may resolve spontaneously. HPV testing also requires specialized laboratory infrastructure, limiting its use in low-resource settings.

- Patient-Related Barriers: Lack of awareness, fear, stigma, and inadequate access to healthcare all contribute to low participation in screening programs. Socioeconomic factors, geographic location, and cultural beliefs further exacerbate these challenges.

- Healthcare System Limitations: Limited access to trained personnel, disparities in healthcare infrastructure, and lack of standardization in diagnostic protocols complicate the effective diagnosis and management of CBDs.

Conclusion

The diagnosis of cervical background diseases (CBDs) is a critical component in the prevention and management of cervical cancer, a disease that remains a significant cause of morbidity and mortality worldwide. With the advent of advanced screening and diagnostic technologies, including HPV testing, Pap smears, and colposcopy, there has been notable progress in the early detection of pre-cancerous lesions. However, challenges persist in ensuring equitable access to these diagnostic tools, especially in l...

Key findings from this review include the importance of multi-method screening, emerging technologies such as AI and telemedicine, and the ongoing challenges in resource-limited settings.

Addressing these challenges through improved access to screening, public education, healthcare infrastructure investment, and leveraging technological advancements will be essential for reducing the global burden of cervical cancer and improving women's health outcomes.

References

1. WHO (2021). *Cervical Cancer Prevention and Control.* World Health Organization. Available at: <https://www.who.int>.
2. Sankaranarayanan, R., & Qiao, Y. (2019). *Recent Advances in the Diagnosis and Prevention of Cervical Cancer.* The Lancet Oncology, 20(9), 1142-1153. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30350-7.

PREVENTION OF OSTEOPOROSIS IN PREMENOPAUSAL WOMEN: A REVIEW

Gulrukh A. Matyokubova, Marziya O. Abdieva

Email: gulruxmatyoqubova@gmail.com

Tashkent Medical Academy. Tashkent, Uzbekistan.

Keywords: Osteoporosis (OP), calcium, vitamin D, hormonal changes, premenopause, bone mineral density (BMD)

Abstract: Osteoporosis is a skeletal disorder characterized by low bone mass and deterioration of bone tissue, leading to increased fracture risk. It is commonly associated with postmenopausal women; however, the prevention of osteoporosis can begin much earlier, during the premenopausal years. This review explores preventive strategies for osteoporosis in premenopausal women, focusing on calcium and vitamin D intake, physical activity and lifestyle modifications. Additionally, emerging research on genetic predisposition and gut microbiota suggests new avenues for osteoporosis prevention. The review also highlights the importance of early intervention, regular monitoring, and personalized care to reduce the future burden of osteoporosis.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ: ОБЗОР

Гулрух А. Матёкубова, Марзия О. Абдиева

Ташкентская Медицинская Академия. Ташкент, Узбекистан.

Аннотация: Остеопороз - это заболевание скелета, характеризующееся низкой костной массой и разрушением костной ткани, что приводит к повышенному риску переломов. Обычно это заболевание ассоциируется с постменопаузой, однако профилактика остеопороза может начаться гораздо раньше, в пременопаузальном возрасте. В данном обзоре рассматриваются стратегии профилактики остеопороза у женщин пременопаузального возраста с акцентом на потребление кальция и витамина D, физическую активность и изменение образа жизни. Кроме того, новые исследования генетической предрасположенности и микробиоты кишечника открывают новые возможности для профилактики остеопороза. В обзоре также подчеркивается важность раннего вмешательства, регулярного мониторинга и персонализированного ухода для снижения будущего бремени остеопороза.

PREMENOPAUZA DAVRIDAGI AYOLLARDA OSTEOPOROZ PROFILAKTIKASI: SHARH

Gulrux A. Matyoqubova, Marziya O. Abdiyeva

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi. Toshkent, O'zbekiston.

Annotatsiya: Osteoporoz – suyak massasining kamayishi va to'qima strukturasining buzilishi bilan kechuvchi kasallik bo'lib, suyak sinish xavfini oshiradi. Bu kasallik asosan postmenopauza davridagi ayollarda uchrashiga qaramasdan, uning profilaktikasini nisbatan erta, premenopauza davrida boshlash ancha foydali bo'ladi. Ushbu ilmiy-tahliliy maqola premenopauza davridagi ayollarda osteoporozni profilaktika qilishning bir qancha strategiyalari, jumladan, kalsiy

va vitamin D ning kundalik qabuli, jismoniy faollik va sog'lom turmush tarzi kabilarni tadqiq qilishni ilgari suradi. Bundan tashqari, genetik moyillik va ichak mikrobiotsenozi bo'yicha qilingan yangi tadqiqotlar osteoporozning oldini olish uchun yangi yo'llarni ochadi. Maqola shuningdek, osteoporozning darajasini kamaytirishda erta aralashuv, muntazam monitoring va shaxsiy parvarishning muhimligini ta'kidlab o'tadi.

INTRODUCTION. Osteoporosis is a systemic skeletal disease characterized by low bone mass and microarchitectural deterioration of bone tissue. While traditionally associated with postmenopausal women, it is crucial to initiate prevention measures during the premenopausal years. Osteoporotic fractures can result in significant morbidity and mortality, making prevention efforts an essential part of women's healthcare. In premenopausal women, osteoporosis often goes unnoticed due to the absence of overt symptoms, but risk factors, including low calcium intake, physical inactivity, smoking, and excessive alcohol consumption, contribute to its development later in life. This review provides an overview of the current knowledge on the prevention of osteoporosis in premenopausal women.

DISCUSSION

1. Role of Calcium in Bone Health. Calcium is essential for bone metabolism and skeletal development. Inadequate intake during the premenopausal years can prevent women from reaching optimal peak bone mass, increasing the risk of osteoporosis later in life. Dietary calcium has been shown to be more effective than supplements when combined with other nutrients like vitamin D (Heaney, 2000; Bolland et al., 2015)[1]. The NIH recommends a daily intake of 1000 mg of calcium for premenopausal women.

2. Importance of Vitamin D in Calcium Absorption. Vitamin D enhances calcium absorption in the intestines and maintains serum calcium levels. Deficiency is common in premenopausal women, particularly those with limited sun exposure. According to Holick (2007)[3], levels of 25(OH)D below 20 ng/mL are considered deficient and linked to increased bone resorption. Supplementation with 600–800 IU of vitamin D daily, as advised by the Endocrine Society, has shown positive effects on bone health, especially when combined with adequate calcium intake (Bischoff-Ferrari et al., 2004)[2].

3. Hormonal Contraceptives and Bone Density. The impact of hormonal contraceptives on bone density varies. Combined oral contraceptives (COCs) may have a neutral or mildly positive effect on bone health by stabilizing estrogen levels (Lopez et al., 2009)[7]. In contrast, long-term use of depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) has been associated with decreased bone mineral density, although partial reversibility after discontinuation has been reported (Scholes et al., 2005; Kaunitz, 2008)[5]. While estrogen therapy constitutes a vital component of osteoporosis prevention, it must be viewed as part of a broader multidisciplinary intervention. Clinical observations confirm that consistent administration of HRT in combination with calcium and trace elements can lead to significant improvements in bone mineral density, even if values do not fully return to those of healthy control groups. Therefore, contraceptive choices should consider bone health, especially in women with additional risk factors.

4. Physical Activity and Bone Health. Weight-bearing and resistance exercises are strongly associated with improved bone mineral density (BMD). Regular physical activity during premenopause can help maintain or increase BMD and reduce the risk of falls in older age. According to Kohrt et al. (2004)[6], mechanical loading through exercise stimulates osteoblast activity, promoting bone formation. The WHO recommends at least 150 minutes of moderate-intensity activity per week for adults, including strength training exercises at least twice weekly.

5. Lifestyle Factors: Smoking and Alcohol. Smoking has been linked to increased bone resorption and reduced estrogen levels, both of which accelerate bone loss. A meta-analysis by Ward and Klesges (2001)[10] found that smokers had significantly lower BMD compared to non-

smokers. Excessive alcohol intake also negatively affects bone health by interfering with calcium metabolism and osteoblast function (Sampson, 2002)[9]. Reducing or eliminating these risk factors during premenopause is a low-cost strategy with long-term benefits.

6. Genetic and Environmental Influences. Genetic predisposition plays a significant role in bone density. Women with a family history of osteoporosis are at higher risk, even during premenopause. Environmental factors such as urban living (which limits sunlight exposure) or dietary patterns may also influence bone health. Prevention strategies must consider these socio-environmental and genetic backgrounds for more tailored interventions.

7. Gut Microbiota and Bone Health (Emerging Area). Recent studies suggest a connection between gut microbiota composition and bone metabolism. Certain gut bacteria may influence calcium absorption, inflammatory cytokine production, and estrogen metabolism — all of which impact bone health. Though still in early stages, interventions such as probiotics and prebiotics may become part of osteoporosis prevention in the future (Xu et al., 2017[11]).

CONCLUSION. Osteoporosis is a preventable yet often underdiagnosed skeletal disorder that poses a significant threat to women's health. Preventive measures initiated during the premenopausal period are crucial in preserving bone mineral density and reducing the risk of future fractures in postmenopausal years. As reviewed in this article, adequate intake of calcium and vitamin D, regular physical activity, avoidance of harmful lifestyle behaviors (such as smoking and excessive alcohol consumption), and informed use of hormonal contraceptives are all integral components of osteoporosis prevention. Moreover, emerging fields such as the role of gut microbiota in bone health present new opportunities for innovation in prevention strategies.

Early detection and prevention of osteoporosis require a comprehensive approach involving personalized rehabilitation strategies. Rehabilitation specialists play a crucial role by developing individualized physical exercise programs based on the patient's age and physical condition. These exercise regimens are complemented by modern physiotherapeutic techniques aimed at preserving bone density and preventing skeletal deterioration. In certain clinical cases, hormone replacement therapy (HRT) with estrogens, as well as calcium supplementation through dietary products or pharmaceutical preparations, is indicated.

A thorough assessment of family medical history is essential, as hereditary predisposition significantly increases the likelihood of developing osteoporosis. Under these circumstances, those women who suffer from premature menopause are more susceptible to the rapid loss of bone. Other at-risk populations include those with low body mass index (BMI) in particular, who do not take enough calcium intake or whose ways are sedentary[16].

During the premenopausal years, preventive strategies should be directed not only at hormonal therapy but also towards an adequate intake of calcium salts. Women must be told to lead an active life that involves regular physical activity for their age, so far as possible and sensible. Good practices include moderate aerobic exercise, strength work, swimming, outdoor activity with colleagues by the water[16].

Hormone replacement therapy (HRT) is considered one of the most effective measures to prevent bone loss and reduce the risk of developing osteoporosis. Clinical data show that women receiving HRT have approximately a 40% lower risk of femoral neck fractures compared to those who do not undergo such therapy.

In women approaching menopause, physiological changes begin to accelerate bone turnover, while gastrointestinal disorders and decreased nutrient absorption may also emerge. This leads to an increased demand for essential minerals such as calcium even during the premenopausal phase—often exceeding the needs observed in younger women.

In recent years, interest in non-hormonal and plant-based alternatives for preventing early menopausal symptoms and osteoporosis during premenopause has grown. Phytotherapeutic

agents—especially those containing phytoestrogens and phytohormones—have gained traction as complementary treatments (Potapov V.A., 2007). Due to their isoflavone structure, these compounds interact with estrogen receptors and influence protein expression, thereby alleviating early menopausal symptoms and lowering the risk of bone fractures. Numerous clinical trials have validated the efficacy of herbal medications in this context. Products such as Klimadinon and Klimadinon UNO (Bionorica AG, Germany) are among the most widely recognized phytopreparations currently used. These plant-derived agents offer a valuable alternative for premenopausal women seeking to reduce osteoporosis risk without relying solely on traditional hormonal interventions [12, 13, 14, 15].

Starting around the age of 45, a gradual reduction in bone density occurs throughout the body. Despite this natural process, engaging in regular resistance or strength-based exercise can help preserve bone mass and even stimulate the formation of new bone tissue. Physical activity activates the muscles, which in turn stimulates the attached bones through mechanical load. This interaction triggers neuromuscular responses that enhance both the strength and density of bones. Crucially, with appropriate supervision, individuals can begin such physical routines safely at any stage of life[16].

RECOMMENDATIONS

1. For Clinical Practice. Routine screening for bone health in premenopausal women, including assessments of vitamin D status and dietary habits, should be incorporated into primary care protocols. Healthcare providers should evaluate the potential impact of hormonal contraceptives on bone density, especially in women with existing risk factors.

2. For Healthy Lifestyle Promotion. Premenopausal women should be advised to consume at least 1000 mg of calcium and 600–800 IU of vitamin D per day. Engagement in a minimum of 150 minutes of moderate-intensity physical activity per week, including weight-bearing exercises, is recommended. Smoking cessation and limiting alcohol intake should be emphasized as part of overall bone health strategies.

3. For Future Research. Further studies are needed to explore the influence of genetic predisposition and gut microbiota on bone health in premenopausal women. Development and evaluation of digital health tools, such as mobile applications and telemedicine interventions, may enhance bone health monitoring and patient education.

REFERENCES

1. Bolland, M. J., Avenell, A., & Grey, A. (2015). The effect of calcium supplementation on bone mineral density: A systematic review. *Journal of Bone and Mineral Research*, 30(1), 107–114. <https://doi.org/10.1002/jbmr.2423>
2. Bischoff-Ferrari, H. A., Dawson-Hughes, B., Willett, W. C., & Dietrich, T. (2004). Effect of vitamin D on falls: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 291(14), 1999–2006. <https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1999>
3. Heaney, R. P. (2000). Calcium, dairy products, and osteoporosis. *Journal of the American College of Nutrition*, 19(2), 83–99. <https://doi.org/10.1080/07315724.2000.10718984>
4. Holick, M. F. (2007). Vitamin D deficiency. *The New England Journal of Medicine*, 357(3), 266–281. <https://doi.org/10.1056/NEJMra070553>
5. Kaunitz, A. M. (2008). Depot medroxyprogesterone acetate and bone health. *Contraception*, 78(4), 263–267. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.06.012>
6. Kohrt, W. M., Barry, D. W., & Schwartz, R. S. (2004). Muscle strength, bone mineral density, and fall risk in older women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 785–791. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52231.x>

7. Lopez, L. M., Grimes, D. A., & Schulz, K. F. (2009). Hormonal contraception and bone health: Systematic review. *Contraception*, 80(5), 395–406.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.01.004>

8. Scholes, D., Pocock, S. J., & Thompson, A. (2005). Effects of depot medroxyprogesterone acetate on bone mineral density. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(12), 732–739.
<https://doi.org/10.1210/jc.2005-0256>

IMPROVING OVARIAN STIMULATION IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME AND THIN ENDOMETRIUM

Matrizayeva Gulnara Dzhumaniyazovna¹, Kurbaniyazova Madina Zafarjanovna², Shonazarova Ugiloy Bakhrom kizi³.

Department of Obstetrics and Gynecology, Urgench branch of Tashkent Medical Academy, Urgench, Uzbekistan

Summary: To evaluate the efficiency of letrozole and clomiphene citrate in combination with human menopausal gonadotropin (hMG) in clomiphene citrate-resistant infertile women with PCOS. Research methods: 60 women with resistance to clomiphene citrate, of which: 26 women received letrozole + hMG, 21 women received CC + hMG and 13 women received only hMG. All women were treated according to the same scheme during the cycle. All patients were given 75 IU hMG every other day until the dominant follicle appeared. Results of the study: the incidence of monofollicles was 84.6% in the letrozole + hMG group, 66.7% in the CC + hMG group and 53.8% in the hMG only group ($r < 0.05$ for letrozole + hMG compared with the other two groups). The number of developing follicles (follicles larger than 14 mm) and the frequency of cycle cancellation due to ovarian hyperreactivity were lowest in the letrozole + hMG group. Ovulation and pregnancy rates were similar among the three groups. The mean length of induced days and the dose of hMG IU used were significantly lower in the letrozole + hMG and CC + hMG groups collated to the hMG alone group. **Conclusion.** Letrozole in combination with hMG is one of the most efficient methods in women with polycystic ovary syndrome resistant to clomiphene citrate, which helped to improve the condition of the thin endometrium and prevented such complications as ovarian hyperstimulation syndrome.

Keywords: polycystic ovary syndrome, thin endometrium, letrozole, clomiphene citrate, human menopausal gonadotropin (hMG).

TUXUMDONLAR POLIKISTOZI SINDROMI BO'LGAN YUPQA ENDOMETRIYLI AYOLLARDA TUXUMDON STIMULYATSIYASINI TAKOMILLASHTIRISH

Matrizayeva Gulnara Dzhumaniyazovna¹, Kurbaniyazova Madina Zafarjanovna², Shonazarova O'g'iloy Bahrom qizi³.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali akusherlik va ginekologiya kafedrası, Urganch, O'zbekiston

Annotatsiya: Tuxumdonlar polikistozi sindromi bilan kasallangan klomifen sitratga rezistent bepusht ayollarda letrozol va klomifen sitratning odam menopauzal gonadotropini (oMG) bilan birgalikda qo'llaganda samaradorligini baholash. Tadqiqot usullari: Klomifen sitratga rezistent bo'lgan jami ayollar 60 nafar; shulardan: 26 nafariga letrozol + oMG, 21 nafariga KS + oMG va 13 nafariga faqat oMG berildi. Barcha ayollar sikl davomida bir xil sxemada davolandidilar. Barcha bemorlarga dominant follikula yetilguncha 75 XB oMG kun ora qilindi. Tadqiqot natijalari: letrozol + oMG guruhida monofollikulaning rivojlanish chastotasi 84.6% ni tashkil etdi, KS+oMG guruhida 66,7% va faqat oMG guruhida bu ko'rsatkich 53.8% ni tashkil qildi (boshqa ikki guruhga nisbatan letrozol+oMG uchun $p < 0,05$). Rivojlanayotgan follikullar soni (14 mm dan katta

follikullar) va tuxumdonlar giperreaksiyasi tufayli siklni bekor qilish chastotasi letrozol + oMG guruhida eng past bo'ldi. Ovulyatsiya va homiladorlikning chastotasi uchta guruh orasida bir xil bo'ldi. Indutsirlangan kunlarning o'rtacha davomiyligi va qo'llanilgan oMG XB dozasi, letrozol + oMG va KS + oMG guruhlarida faqat oMG qo'llanilgan guruhga nisbatan ancha past bo'ldi. **Xulosa.** KSGa rezistentligi bo'lgan tuxumdon polikistozi sindromli ayollarda Letrozol + oMGni qo'llash eng samarali usullardan biri bo'lib, bunday stimulyatsiya endometriy holatini yaxshilanishiga olib keladi va tuxumdonlar giperstimulyatsiyasi sindromini oldini oladi.

Kalit so'zlar: tuxumdonlar polikistozi sindromi, yupqa endometriy, letrozol, klomifen sitrat, odam menopauzal gonadotropini (oMG).

УЛУЧШЕНИЕ СТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ И ТОНКИМ ЭНДОМЕТРИЕМ

Матризаева Гулнара Джуманиязовна¹, Курбаниязова Мадина Зафаржановна²,
Шоназарова Угиллой Бахром кизи³.

Кафедра Акушерства и гинекологии Ургенчского филиала Ташкентской
медицинской академии, г. Ургенч, Узбекистан

Резюме: Оценить эффективность летрозола и кломифен цитрата в комбинации с человеческим менопаузальным гонадотропином (чМГ) у резистентных к кломифен цитрату бесплодных женщин с СПКЯ. Методы исследования: 60 женщин с резистентностью к кломифен цитрату, из них: 26 женщин получали летрозол + чМГ, 21 женщин получали КЦ + чМГ и 13 женщин получали только чМГ. Все женщины лечились по одинаковой схеме в течение цикла. Всем пациенткам давали 75МЕ чМГ через день до появления доминантного фолликула. Результаты исследования: частота развития монофолликулов составила 84,6% в группе летрозол+чМГ, 66,7% в группе КЦ+чМГ и 53,8% в группе только чМГ ($r < 0,05$ для летрозол+чМГ по сравнению с двумя другими группами). Количество развивающихся фолликулов (фолликулы размером более 14 мм) и частота отмены цикла из-за гиперреактивности яичников были самыми низкими в группе летрозола + чМГ. Показатели овуляции и беременности были одинаковыми среди трех групп. Средняя продолжительность индуцированных дней и используемая доза чМГ МЕ были значительно ниже в группах летрозол + чМГ и КЦ + чМГ по сравнению с группой, где применяли только чМГ. **Заключение.** Летрозол в комбинации с чМГ является одним из наиболее эффективных методов у женщин с синдромом поликистозных яичников, резистентных к кломифен цитрату, что помогло улучшить состояния тонкого эндометрия и предотвратил такие осложнения как синдром гиперстимуляции яичников.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, тонкий эндометрий, летрозол, кломифен цитрат, менопаузальный гонадотропин человека (чМГ).

Gonadotropinlar bepushtlik va tuxumdonlar polikistozi sindromi bo'lgan klomifen sitrat (KS) ga rezistent ayollarda ovulyatsiya induksiyasi uchun qo'llanilib kelinmoqda, ammo bu tuxumdonlar giperstimulyatsiya, ya'ni ko'p follikulalarning rivojlanishiga olib kelgan. Tuxumdonlar giperstimulyatsiyasi sindromi og'ir asorat bo'lib, davolash samaradorligini va ayollarning hayot sifat ko'rsatkichini pasayishiga olib kelga va xatto ayollarni reanimatsion yordamga muhtoj qilgan [1,5].

Tuxumdonlar polikistozi sindromi (TPKS) anovulyator bepushtlikning kelib chiqishining asosiy sabablaridan biri bo'lib, reproduktiv yoshdagi ayollar ichida 5-10% ni tashkil qiladi. Tuxumdonlar stimulyatsiyasi 60 yildan ortiq vaqt maboynida o'tkazilib kelinmoqda va buning uchun asosiy dori sifatida KS qo'llanilmoqda. KS to'qima va hujayralardagi estrogen ga sezgir retseptorlarni bloklaydi. KS qabul qilgan ayollarda ovulyatsiya ko'rsatkichi yuqori bo'lishiga qaramay, homilador bo'lish chastotasi ancha past, bu uning endometriyga va bachadon bo'yni

shillig'iga bo'lgan antiestrogen ta'siri oqibatidir. O'rtacha TPKS bo'lgan ayollarning 25% klomifen sitratga chidamli [7].

So'nggi yillarda tuxumdon stimulyatsiyasi uchun KSga muqobil bo'lgan aromataza ingibitori letrozol keng qo'llanilmoqda [2,3,9].

Letrozol aromataza ingibitori bo'lib, androgenni estrogena aylanishiga to'sqinlik qiladi. Shu tufayli organizmda estrogen tanqisligi yuzaga kelib, gipotalamusda folliberin stimullanadi va gipofizda FSG ko'p ishlab chiqariladi. Uning qondagi konsentratsiyasi oshishi tufayli tuxumdonda follikulogenez stimullanadi. Letrozol ovulyatsiya induksiyasi uchun optimal vosita hisoblanadi, chunki u markaziy va periferik to'qimalarda estrogen reseptorlarini bloklamaydi, endometriy va bachadon bo'yni shilliq qavatiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi. Odatda yakka follikula o'sishi ovulyatsiyaga olib keladi, bu o'z navbatida tuxumdon giperstimulyatsiyasini oldini oladi [5,6].

Tadqiqot materiallari va usullari: Tadqiqot avvalida 110 nafar tuxumdon polikistozi sindromi bo'lgan bepustligi bor ayollar tekshirildi, shulardan Klomifen sitratga rezistentligi bo'lgan jami 60 nafar ayollar 3 guruhga ajratildi: I guruh (n=26) letrozol + oMG; II guruh (n=21) KS + oMG va III guruh (n=13) faqat oMG berilgan ayollar guruhi. I va II guruh ayollari sikl davomida bir xil sxemada davolandilar. 5 kun davomida KS yoki letrozol qabul qilishdi. Barcha bemorlarga dominant follikula yetilguncha 75 XB oMG kun ora qilindi. III guruh ayollariga gonadotropin past dozadan boshlab oshirib boruvchi "step up" sxemada berildi.

TPKS tashxisi Rotterdam kriteriyalari asosida, ya'ni quyidagi 3ta belgidan kamida 2 tasi mavjud bo'lgan ayollarga qo'yildi. Bu belgilar quyidagilar: oligomenoreya yoki amenoreya, klinik va yoki laborator giperandrogen holat va tuxumdonlar polikistozi.

Agar 5 kun davomida 100 mg KS qabul qilgan ayollarda follikula o'sishi yoki homiladorlik 3 sikl davomida kuzatilmasa KSga rezistentlik deb hisoblandi. Tadqiqot mezonlariga quyidagilar kiradi: TPKS bor KSga rezistent bo'lgan 38 yoshgacha ayollar, kichik chanoq a'zolarida hech qanday jarroxlik amaliyoti o'tkazilmagan, tana vazni indeksi normada, ya'ni 18-25gacha bo'lgan, spermogramma BJSST mezonlari bo'yicha fertil bo'lgan, anamnezida oldin gonadotropin qo'llanilmagan ayollar.

Tadqiqot mezonlariga quyidagilar kirmaydi: anovulyator tuxumdon polikistozi bor bemorlardan tashqari barcha anovulyator bepustlik turlari, nay-peritonal bepustlik, erkaklar bepustligi, tuxumdonlar yetishmovchiligi va o'smalari, endometriozi.

Tadqiqot dizayni: Tadqiqotda ishtirok etgan barcha bemorlardan rozilik olingan. Tadqiqotda klinikaga murojaat qilgan bemorlar olindi, ular anamnezidan bir necha marta klomifen sitrat bilan indutsirlangan yoki birinchi marta murojaat qilib kelgan va 3 sikl davomida Klomifen sitratga follikulalar o'sishi bilan javob bermagan, homiladorlik sodir bo'lmagan jami 60 nafar infertil ayollar olindi. Rezistentligi bo'lgan bemorlarda ovulyatsiya stimulyatsiyasi odam menopauzal gonadotropini bilan, yoki uning klomifen sitrat va letrozol bilan kombinatsiyasi asosida olib borildi. Letrozol yoki klomifen sitratni tanlash davolovchi vrach xohishiga bog'liq holda tanlandi, preparatni tanlash uchun alohida kriteriya yo'q. Klomifen sitrat rezistentligi aniqlangan 60 nafar bemordan 26 nafariga Letrozol va oMG kombinatsiyasi qo'llanildi; 21 nafar bemorda KS+ oMG kombinatsiyasi ishlatildi; 13 nafar ayolga faqat odam menopauzal gonadotropini qo'llanildi. Birinchi guruhda Letrozol 2.5 mg kuniga 2 maxal, Klomifen sitrat 50mg kuniga 2 tabletka (100mg) 5 kun davomida hayz siklining 3-kunidan 7- kunigacha qo'llanildi va 7 - kunidan boshlab kun ora 75XB oMG qo'llanildi toki dominant follikul diametri 18 mm bo'lganicha. Uchinchi guruhdagi ayollarga ovulyatsiya induksiyasi hayz siklining 3-kunidan 37.5 XB dozadan boshlab "step up" rejimida o'tkazildi, oMG ning maksimal dozasi 150 XB dan oshmadi. Dominant follikul o'lchami 18-24 mmga yetganda ovulyatsiya triggeri qo'llanildi. Follikulometriya transvaginal ultratovush tekshiruvi orqali olib borildi va doim bir muttaxis va shu apparatda bajarildi. Dominant follikul yetilishi bilan ularning soni, diametri 14mm va undan ortiq bo'lgan follikulalar sanaldi, qondagi estrogen

miqdori, VEGF miqdori aniqlandi. Agar 2 kun davomida follikul o'sishi 0.5mm dan kam bo'lsa, gonadotropin dozasi 37.5 XB oshirildi. Agar follikul o'sishi kuniga 1mm bo'lsa oMG shu XB dozada saqlandi va ularning ko'rsatkichlari asosida tuxumdonlar gipertimulyatsiyasini oldini olish uchun individual ovulyatsiya triggeri tanlandi. Ovulyatsiya triggerini qo'llagach 24-36 soatdan so'ng jinsiy yaqinlik tavsiya qilinadi, 2-3 kun davomida. Ovulyatsiyani tasdiqlash uchun triggerini qo'llagach 2 kundan so'ng transvaginal UTT o'tkaziladi. Sariq tana ko'ringach hayz siklini 2chi fazasini ushlab turish maqsadida 200 mkg mikronizirlangan progesteron 2 mahal berildi.

Tadqiqot natijalari : Barcha ayollarda erta follikulyar fazada FSG, LG, AMG, estradiol (E2), umumiy testosteron, erkin testosteron, kortizol, DGEAS, PRL, TTG, erkin T4, AT TPO, VEGF, transvaginal ultratovush tekshiruvlari orqali tuxumdondagi antral follikulalar (3-9mm) soni aniqlandi.

Statistik taxlil uchun Student mezonidan foydalanildi. $r < 0,05$ statistik ahamiyatli xisoblandi. Monofollikula yetilishidan darak beruvchi prediktorlarni aniqlash maqsadida ayolning yoshi, tana vazni indeksi, hayz siklining xarakteri, erkin testosteron miqdori, LG/FSG nisbati, antral follikulalar soni, insulinga rezistentlik indeksi (HOMA-IR) va parametrlarning davolash davomiyligiga bo'lgan ta'siri tahlil qilindi.

Klomifen sitratga rezistent 60 nafar bemorda stimulyatsiya sikli o'tkazildi. Shulardan 6 nafarida tuxumdon giperstimulyatsiyasi xavfi bo'lganligi sababli odam xorionik gonadotropini qilinmadi, uning o'rniga trigger sifatida Dekapeptil 0.2 dozada teri ostiga yuborildi. oMG XB ning qo'llanilgan umumiy miqdori birinchi va ikkinchi guruhda (letrozol + oMG va KS + oMG) uchinchi guruhga nisbatan (faqat oMG) ancha kam sarflandi ($r < 0,05$). Ammo birinchi va ikkinchi guruxda bu farq sezilarli bo'lmadi. Ovulyatsiya chastotasi birinchi guruxda 18 ta ayolda (69,2%), ikkinchi guruxda 14 ta ayolda (66,7)% va uchinchi guruxda 8 ta ayolda (61,5) % bo'lib ular orasidagi farq sezilarli bo'lmadi.

Muhokama. Bu tadqiqot natijasi shuni ko'rsatdiki klomifen sitratga rezistent bo'lgan ayollarda, letrozol+oMG qo'llanilgan guruhda stimulyatsiya kunlari davomiyligi, oMG umumiy miqdori, monofollikula o'sishi, TGS sindromi va ko'p homilali homiladorlik rivojlanmaganligi bu protokolni boshqalardan ustunligini ko'rsatdi. Bu ayniqsa tuxumdon giperstimulyatsiyasi rivojlanishi bo'yicha yuqori xavf guruhidagi ayollarga eng qulay hisoblanadi.

TPKS bo'lgan klomifen sitratga rezistent tana vazni normal bo'lgan ayollarda monofollikulani o'stirib ovulyatsiyaga erishish va o'z navbatida TGS bilan ko'p homilali homiladorlikni chetlab o'tib tabiiy fertillikni tiklash ovulyatsiya stimulyatsiyasining asosiy maqsadidir.

Ushbu natijalar letrozolning TPKS bilan kasallangan ayollarda monofollikulyar ovulyatsiyani tiklashdagi asosiy afzalliklariga mos keladi. Letrozol og'iz orqali qabul qilingandan so'ng to'liq so'riladi, o'rtacha yarim umri 45 soatni tashkil qiladi, klomifen sitrat esa uzoq vaqt saqlanadi zardobda va keyinchalik follikulalarni o'sib homiladorlik sodir bo'lishiga xalaqit beradi.

Xulosa qilib aytganda, oMG bilan letrozol kombinatsiyasini qo'llash stimulyatsiya davomiyligini va stimulyatsiya uchun ishlatiladigan oMGning miqdorini kamaytirib beradi va endometriy qalinligini yaxshilanishiga olib keladi, bu esa mablag' tarafdin bemorlar uchun qulay hisoblanadi.

Адабиётлар рўйхати

1. Анварова Ш.А., Шукуров Ф.И., Туламетова Ш.А. Инновационные методы решения проблемы женского бесплодия, ассоциированного с эндокринными нарушениями. Акушерство, Гинекология и Репродукция. 2024;18(5):706-719. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2024.514>
2. Vyrides AA, El Mahdi E, Giannakou K. Ovulation induction techniques in women with

polycystic ovary syndrome. Front Med (Lausanne). 2022 Aug 12;9:982230. doi: 10.3389/fmed.2022.982230. PMID: 36035398; PMCID: PMC9411864.

2. Wang Y, Tang Z, Teng X. New advances in the treatment of thin endometrium. Front Endocrinol (Lausanne). 2024 Apr 30;15:1269382. doi: 10.3389/fendo.2024.1269382. PMID: 38745960; PMCID: PMC11092375.

REVENTION OF OBSTETRIC COMPLICATIONS OF ASYMPTOMATIC BACTERIURIA IN PREGNANT WOMEN

K.M. Matrizaeva, M.A. Yusupova

Urganch branch of Tashkent medical academy

Summary: Urinary tract infection is the second most common extra-genital disease in pregnant women after cardiovascular disease. Early diagnosis and effective treatment of asymptomatic bacteriuria in pregnant women is considered important in preventing complications during pregnancy and remains one of the urgent problems of obstetrics. The source of urinary tract infections, as well as inflammatory processes in the female genital organs and surrounding tissues, can be bacteria that may remain in a “dormant” state for a long time. During pregnancy, the ascending spread of microorganisms is especially common in cases of vulvitis and bacterial vaginosis.

Key words: pregnancy, asymptomatic bacteriuria, bacterioscopy, sensitivity to antibiotics, urinary tract infection.

ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ

К.М. Матризаева, М.А. Юсупова

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Резюме: Инфекция мочевыводящих путей является вторым по распространенности экстрагенитальным заболеванием у беременных после сердечно-сосудистых заболеваний. Ранняя диагностика и эффективное лечение бессимптомной бактериурии у беременных считаются важными в профилактике осложнений во время беременности и остаются одной из актуальных проблем акушерства. Источником инфекции мочевыводящих путей, а также воспалительных процессов в женских половых органах и прилегающих тканях, могут быть бактерии, которые длительное время могут оставаться в «неактивном» состоянии. При вульвите и бактериальном вагинозе во время беременности особенно часто наблюдается восходящее распространение микроорганизмов.

Ключевые слова: беременность, бессимптомная бактериурия, бактериоскопия, чувствительность к антибиотикам, инфекция мочевыводящих путей.

HOMILADORLARDA SIMPTOMSIZ BAKTERIURIYANING AKUSHERLIK ASORATLARINI OLDINI OLISH

Q.M. Matrizaeva, M.A. Yusupova

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Urganch filiali

Rezume: So‘nggi o‘n yil ichida siydik yo‘llari infeksiyasi bilan kasallanish homilador ayollarda ekstragenital kasalliklar orasida yurak qon tomir tizimi patologiyasidan keyin ikkinchi o‘rinni egallaydi. Homilador ayollarda simptomsiz bakteriuriyani erta tashxislash va samarali davolash homiladorlikda yuzaga keluvchi asoratlarni oldini olishda muhim hisoblanib, akusherlikning dolzarb muammolaridan biri bo‘lib qolmoqda. Siydik chiqarish yo‘llari infeksiyasining manbai, shuningdek, ayol jinsiy a‘zolari va uning atrofidagi to‘qimalarida yallig‘lanish jarayonlari bo‘lib, bakteriyalar uzoq vaqt davomida “harakatsiz” holatda qolishi mumkin. Vulvit va bakterial vaginitda homiladorlik davrida mikroorganizmlarning yuqoriga tarqalishi ayniqsa tez-tez uchraydi.

Kalit so‘zlar: homiladorlik, simptomsiz bakteriuriya, bakterioskopiya, antibiotikka sezgirlik, siydik yo‘li infeksiyasi.

«Бессимптомная бактериурия» означает наличие определённого количества бактерий в правильно собранном образце мочи от беременных женщин без каких-либо симптомов или признаков инфекции мочевыводящих путей [2,4]. Бессимптомная бактериурия у беременных встречается в 2,5–11,5% случаев. Наличие очага инфекции в почках, даже при бессимптомном течении, может привести к внутриутробной инфекции, в результате чего возможно развитие осложнений, таких как выкидыш, аномалии прикрепления плаценты, преждевременная отслойка плаценты и многоводие [1,3]. Согласно исследованиям Г.М.Савельевой и соавт. (1999), воспалительные заболевания мочевыделительной системы являются одной из основных причин плацентарной недостаточности и внутриутробного инфицирования [5].

Цель исследования: Снижение акушерских и перинатальных осложнений путём совершенствования методов ведения беременных женщин с бессимптомной бактериурией.

Результаты исследования: Возраст наблюдаемых женщин варьировал от 18 до 36 лет, в среднем составляя 27 лет. Дефицит железа (железодефицитная анемия) встречался в одинаковой степени во всех группах. Лёгкая степень анемии наблюдалась у 10 (33,3%) женщин в 1-й группе, у 5 (16,7%) — во 2-й группе и у 1 (4,2%) — в контрольной группе. Анемия средней тяжести отмечена у 16 (53,3%) женщин в 1-й группе, у 13 (43,3%) — во 2-й группе и у 5 (20,8%) — в контрольной группе. В 1-й и 2-й группах по 1 (3,3%) женщине имели тяжёлую степень анемии.

Анализ паритета пациенток показал, что в основной группе 22 (73,3%) женщины были беременны впервые, а у 8 (26,7%) наблюдалась повторная беременность. В сравнительной группе 18 (60%) были первородящими, а 12 (40%) — повторнородящими. В контрольной группе показатели составили по 12 женщин (50%) как с первой, так и с повторной беременностью.

Для выявления причин бессимптомной бактериурии у беременных женщин мы в сотрудничестве с Управлением санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья области провели исследования мочи беременных женщин и их супругов на наличие бактериурии, определение возбудителя бактериурии и его чувствительности к антибиотикам. Согласно данным, полученным из Управления санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья области, в 2020 году 415 беременных женщин сдали мочу на бактериурию, из них у 82 (19,8%) результат оказался положительным. В 2021 году этот показатель составил 142 случая из 542 (26,2%).

Женщины из 1-й группы получали лечение с учётом чувствительности выявленных бактерий к антибиотикам. На основе данного анализа было выявлено, к каким антибиотикам бактерии проявляли наибольшую чувствительность. Так, высокая чувствительность ко всем аминогликозидам наблюдалась у 100% женщин 1-й группы. Среди других антибиотиков высокая чувствительность была выявлена к азитромицину — у 12 (40%), тетрациклину — у 23 (76,7%), фторхинолонам — у 20 (66,7%), цефепиму — у 20 (66,7%), цефазолину — у 20 (66,7%) и цефтриаксону — у 14 (46,7%) женщин. Средняя чувствительность была отмечена к азитромицину у 15 (50%), к пенициллину — у 11 (36,7%), к цефоперазон-сульбактаму и цефтриаксону — у 9 (30%) женщин. Низкая чувствительность была выявлена к дазомицину — у 19 (63,3%), сульфаниламидам — у 14 (46,7%), к цефоперазон-сульбактаму — у 16 (53,3%) и к нифуроксазиду — у 18 (60%) женщин. Наибольшая устойчивость бактерий была выявлена к группе карбапенемов — у 11 (36,7%), пенициллинов — у 7 (23,3%) и нифуроксазиду — у 9 (30%) пациенток, чувствительность отсутствовала. Фосфомицины, которые считаются относительно безопасными и широко применяются при инфекциях

мочевыводящих путей у беременных, были отдельно проанализированы, и было установлено, что высокая чувствительность к ним не наблюдалась. Средняя чувствительность зафиксирована у 18 (60%) женщин, а низкая — у 12 (40%).

Для выявления взаимосвязи между инфекциями мочевыводящих путей у женщин и инфицированием их половых партнёров, мы провели исследование мочи на бактериурию и стерильность спермы у супругов беременных женщин. При этом обследованию подверглись только супруги женщин из 1-й группы. Особое внимание в нашем научном исследовании было уделено тому, чтобы все участвующие женщины имели только одного полового партнёра (согласно словам беременной женщины и её супруга). Из 30 супругов женщин 1-й группы все сдали мочу на бактериурию, а 12 из них также прошли бактериологическое исследование спермы.

Согласно результатам анализа, у 4 (13,3%) мужчин в моче и у 1 (8,3%) — в сперме бактерии не были обнаружены. Количество бактерий составило: 1×10^2 КОЕ/мл — у 2 (6,7%) мужчин, 1×10^3 — у 4 (13,3%), 1×10^4 — у 9 (30%), 5×10^4 — у 1 (3,3%) мужчины. Наиболее значимыми мы посчитали случаи, когда в 1 мл мочи было выявлено 1×10^5 КОЕ — у 7 (23,3%) и 1×10^6 КОЕ — у 3 (10%) мужчин. У мужчин, в отличие от женщин, бактерия *E. coli* была обнаружена в моче и сперме в меньшем количестве — соответственно у 2 (6,7%) и 1 (3,3%) мужчины. Наиболее часто встречающимися возбудителями оказались: *St. aureus* — у 6 (20%) и 4 (13,3%), *Klebsiella pneumonia* — у 3 (10%) и 5 (16,7%), *Enterococcus spp.* — у 4 (13,3%) и 2 (6,7%) мужчин. Другие бактерии были выявлены реже, в том числе *Enterobacter aureus*, *Candida* и *Str. pyogenes* — по 3,3%. Из данного анализа стало ясно, что возбудитель, обнаруженный в моче, также присутствует в сперме в патологической концентрации.

У 16 мужчин из 1-й группы количество КОЕ в моче превысило 10^4 , и 12 из них согласились пройти бактериологическое исследование спермы с определением чувствительности к антибиотикам.

Высокая чувствительность к антибиотикам была выявлена к аминогликозидной группе и тетрациклину — у 10 (83,3%) мужчин, к азитромицину — у 7 (58,3%), к фторхинолонам — у 11 (91,7%) мужчин. В других группах препаратов по отношению к этим антибиотикам наблюдалась низкая чувствительность. Средняя чувствительность была выявлена к фосфомицину и пенициллину — у 7 (58,3%) мужчин, к цефепиму — у 6 (50%), к цефазолину — у 5 (41,7%) мужчин. Была также зафиксирована высокая устойчивость бактерий к следующим группам антибиотиков, чувствительность к которым не была обнаружена: группа карбапенемов, дозамицин, сульфаниламиды, цефтриаксон и нифуроксазид.

Только во второй группе было зафиксировано: 1 случай выкидыша, 2 случая задержки внутриутробного развития плода и 1 случай тяжелой рвоты. Показатели оперативного родоразрешения во второй группе были на 10,2% выше по сравнению с 1-й группой и на 18,6% выше по сравнению с контрольной группой. Частота преждевременного излития околоплодных вод во второй группе была на 24,1% выше, чем в первой группе. У одной пациентки развился хориоамнионит. Гестационный пиелонефрит также был зафиксирован в этой группе и сопровождался тяжелой формой преэклампсии и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Вывод: Осложнения, возникшие у женщин, чьи мужья не проходили лечение, возможно, не были вызваны исключительно воздействием бессимптомной бактериурии, однако существует высокая вероятность того, что она усилила развитие этих осложнений. Тяжесть осложнений была выше именно у женщин второй группы. Особенно важно отметить, что отсутствие обследования и лечения у отцов будущих детей привело к повторному инфицированию женщин от партнера, что доказывает: одного лишь лечения женщин недостаточно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаева Л.М., Юсупов У.Ю., Надирханова Н.С., Любич А.С. «Национальный клинический протокол по диагностике и лечению инфекций мочевыводящих путей при беременности» Ташкент, 2021.

**RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF HYPERTENSIVE DISORDERS
IN PREGNANT WOMEN****D.B. Mirzaeva¹****Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan**

¹Dilfuza Mirzaeva, PhD, Senior Lecturer of the Department of Obstetrics and gynecology, Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan, Almazar district, Farobi-2 street, 100109, e-mail: mirzaevadilfuza84@gmail.com

ABSTRACT

Background. Preeclampsia can develop against the background of progradient diseases and in practically healthy pregnant women, which complicates the implementation of preventive measures and the timely initiation of preventive treatment. **Purpose.** To evaluate the risk factors for the development of preeclampsia in pregnant women. **Material and methods.** A retrospective analysis of 250 histories of pregnant women was conducted. All data were assessed and statistically significant risk factors for the development of hypertensive disorders in pregnant women were identified. **Results.** As a result, the most significant risk factors for the development of preeclampsia were noted. The risk factors were: kidney disease (OR=8,3; RR=8,0), high body mass index (OR=5,7; RR=5,3), cardiovascular disease (OR=4,9; RR=4,7), family history on the maternal side (OR=7,8; RR=7,6), age under 20 years (OR=3,4; RR=3,1), first pregnancy (OR=2,3; RR=2,0), obstetric history burdened with preeclampsia (OR=5,2; RR=4,9). All indicators were statistically significant ($p<0,05$). **Conclusion.** The following factors were significantly more common in the development of hypertensive disorders in pregnant women: first pregnancy, age of the pregnant woman under 20 years, PE in anamnesis, high BMI, high frequency of kidney disease, chronic arterial hypertension, metabolic disorders.

Keywords: pregnancy, preeclampsia, risk factors, anamnesis.

**HOMILADOR AYOLLARDA GIPERTENZIV BUZILISHLAR
RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARI****D.B. Mirzayeva****Toshkent Tibbiyot Akademiyasi**

Kirish. Preeklampsiya progradiyent kasalliklar fonida, shuningdek amalda sog'lom homilador ayollarda rivojlanishi mumkin, bu esa profilaktika choralarini amalga oshirishni va davolanishni o'z vaqtida boshlashni qiyinlashtiradi.

Maqsad. Homilador ayollarda preeklampsiya rivojlanishining xavf omillarini qiyosiy jihatdan baholash.

Material va metodlar. 250 ta homilador ayollarning holati retrospektiv tahlil qilindi. Barcha ma'lumotlar baholandi va homilador ayollarda gipertenziv kasalliklarning rivojlanishi uchun statistik ahamiyatga ega xavf omillari aniqlandi.

Natijalar. Tadqiqot natijasida, preeklampsiya rivojlanishi uchun eng muhim xavf omillari qayd etildi. Ushbu xavf omillari quyidagilar edi: buyrak kasalligi (OR=8,3; RR=8,0), yuqori tana vazni indeksi (OR=5,7; RR=5,3), yurak-qon tomir kasalliklari (OR=4,9; RR=4,7), nasliy anamnez (OR=7,8; RR=7,6), 20 yoshgacha bo'lgan yosh (OR=3,4; RR=3,1), birinchi homiladorlik (OR=2,3; RR=2,0) va akusherlik anamnezida asoratlangan preeklampsiya (OR=5,2; RR=4,9). Barcha ko'rsatkichlar statistik ahamiyatga ega bo'ldi ($p<0,05$).

Xulosa. Homilador ayollarda gipertenziv buzilishlarning rivojlanishida quyidagi omillar sezilarli darajada tez-tez uchradi: birinchi homiladorlik, homilador ayolning yoshi 20 yoshdan kichik, anamnezida PE, yuqori tana vazni indeksi, buyrak kasalliklarining yuqori chastotasi, surunkali arterial gipertenziya, metabolik kasalliklar.

Kalit so'zlar: homiladorlik, preeklampsiya, xavf omillari, anamnez.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Д.Б. Мирзаева

Ташкентская Медицинская Академия

Ведение. Преэклампсия может развиваться на фоне прогredientных заболеваний и у практически здоровых беременных, что затрудняет проведение профилактических мероприятий и своевременное начало превентивного лечения.

Цель. В сравнительном аспекте оценить факторы риска развития преэклампсии у беременных женщин.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 250 историй беременных женщин. Оценена все данные и выявлены статистически достоверные факторы риска развития гипертензивных нарушений у беременных женщин.

Результаты. В результате исследования отмечались наиболее значимые факторы риска развития преэклампсии. Данными факторами риска являлись: заболевания почек (OR=8,3; RR=8,0), высокий индекс массы тела (OR=5,7; RR=5,3), заболевания сердечно-сосудистой системы (OR=4,9; RR=4,7), наследственная отягощенность по материнской линии (OR=7,8; RR=7,6), возраст менее 20 лет (OR=3,4; RR=3,1), первая беременность (OR=2,3; RR=2,0), отягощенный преэклампсией акушерский анамнез (OR=5,2; RR=4,9). Все показатели были статистически достоверными ($p<0,05$).

Заключение. При развитии гипертензивных нарушений у беременных женщин значимо чаще имели следующие факторы: первая беременность, возраст беременной менее 20 лет, ПЭ в анамнезе, высокий ИМТ, высокая частота заболеваний почек, хронической артериальной гипертензии, нарушений обмена.

Ключевые слова: беременность, преэклампсия, факторы риска, анамнез.

INTRODUCTION. To date, preeclampsia (PE) remains one of the main causes of maternal mortality, miscarriage, stillbirth, bleeding in the third period of labor and in the early postpartum period [8]. Modern medicine considers PE as a syndrome of multiple organ functional failure that develops during pregnancy and is caused by the inability of the mother's adaptive systems to adequately meet the needs of the growing fetus, which is primarily associated with perfusion-diffusion insufficiency of the placenta [1, 7].

To date, despite numerous studies, the etiology of hypertensive disorders has not been established [3, 10]. There are many theories of the development of these disorders [1]. Most researchers have come to the conclusion that there is no single mechanism for the development of hypertensive conditions, but a combined effect of etiological factors is observed: neurogenic, hormonal, immunological, genetic, placental [5, 9]. In recent years, there have been reports that risk factors have correlation links with some links in the pathogenesis of PE and themselves initiate the pathological process much earlier than the appearance of clinical signs of the disease [2].

MATERIALS AND METHODS.

The work was carried out at the Department of Obstetrics and Gynecology of the Tashkent Medical Academy. A retrospective analysis of 250 histories of pregnant women at a period of 20 to 40 weeks was conducted. The patients were divided into 2 groups: Group I consisted of 103 patients with severe PE; Group II consisted of 97 patients with mild PE, who were treated in the Department

of Pathology of Pregnancy. The control group consisted of 50 healthy patients with a physiological course of this pregnancy.

All patients had their family and personal anamnesis data regarding PE and the presence of cardiovascular disorders studied. The somatic anamnesis and clinical and laboratory examination data were carefully studied. When studying the obstetric and gynecological anamnesis, the characteristics of the menstrual function, the course and outcomes of previous pregnancies (medical abortions in anamnesis, spontaneous miscarriages, premature and complicated births, surgical interventions), as well as complications during the current pregnancy (fetal growth restriction syndrome, placental insufficiency) were taken into account.

The objective examination included a general examination, measurement of body weight and height, determination of BMI and body type. The state of the cardiovascular, respiratory, nervous, digestive and urinary systems was also assessed. During the external obstetric examination, the position, presentation, and position of the fetus were determined, the fetal heart rate was determined, the abdominal circumference and the height of the fundus of the uterus were measured, and the correspondence of the uterine size to the gestational age was also determined. The data obtained during the study were statistically processed using the Microsoft Office Excel-2003 software package.

RESULTS.

The age of the pregnant women varied from 18 to 36 years and averaged $24,5 \pm 3,1$ years. The age parameters of women had a large variability, while the younger age of patients (<20 years) in group I, which amounted to 32%, is noteworthy. The average BMI values of the examined patients (group I – $29,1 \pm 1,2$ kg/m²; group II – $28,11 \pm 1,1$ kg/m²; control group – $24,1 \pm 1,3$ kg/m²) were revealed, which were significantly higher among pregnant women in groups I and II compared to the control group ($p < 0.05$).

Family history (PE in mother or sister) was burdened in pregnant women regardless of the time of onset of clinical manifestations of PE compared to the controls. However, among pregnant women with severe PE, recurrent PE was observed 2 times more often compared to pregnant women with mild PE (22,3 and 10,3%, respectively, $p < 0,05$). It is also interesting that one of the pregnant women in group I had suffered from PE in previous pregnancies twice. At the same time, PE in mothers and sisters was observed twice more often among pregnant women with severe PE (14,6%) than among pregnant women with mild PE (7,2%) ($p < 0,05$). These data indicate a genetic predisposition to the development of preeclampsia.

An analysis of the infectious history of the women studied showed that in childhood and puberty, almost all of those examined suffered from various childhood infections and inflammatory diseases. The frequency of infectious and inflammatory diseases in the examined women corresponded to the average population data. Statistically significant differences among the compared groups were not revealed.

Table 3 provides information on the main nosological forms of transferred somatic diseases. Thyroid diseases in the group of patients with severe PE accounted for 30.1% of cases, in the group with mild PE - 34%, in the control group - 8% ($p < 0,05$).

Cardiovascular diseases were represented by chronic arterial hypertension, postmyocarditic cardiosclerosis, and heart rhythm disturbances, which were significantly more common in the group with severe PE compared to mild PE (24,3 and 15,4%, respectively, $p < 0,01$). In the control group, women did not have the above diseases ($p < 0,01$).

Kidney diseases (chronic pyelonephritis, urolithiasis) were also significantly more common in the group with severe PE compared to mild PE and the control group (24,3, 12,4% and 4%, respectively, $p < 0,05$). The frequency of varicose veins of the lower extremities, diseases of the respiratory and digestive organs did not differ statistically significantly in the examined

groups.

Anemia of pregnancy was equally common in the groups of examined patients with different clinical variants of preeclampsia, and amounted to 49,5% and 47,4%, respectively. Whereas in the control group it was noted in 34% of pregnant women. Metabolic disorders were significantly more frequently observed in group I ($p<0,05$) – in 27,2% of patients, in 11,3% in group II, and in 6% in the control group, respectively.

Thus, the burden of somatic diseases was more frequent in the group with severe preeclampsia, and statistically significantly more frequent were diseases of the urinary, cardiovascular and endocrine systems.

It is known that the menstrual function is a "mirror" of a woman's reproductive and somatic health. As can be seen from the data presented in Table 4, in Group I (18,4%) and Group II (17,5%) women, various types of menstrual cycle disorders were equally detected, which is significantly higher than in the control group (6%): 3,1 and 2,9 times, respectively.

When analyzing the structure of gynecological morbidity (Table 4), it was noted that cervical erosion occurred in 10,7% of the group with severe preeclampsia, in 9,3% of the group with mild preeclampsia, and in 2% of the control group. Chronic endometritis in the anamnesis was present in 8,7% of the group with severe preeclampsia, in 2,1% of the group with mild preeclampsia, and was not observed in the control group ($p<0,05$). Inflammatory diseases of the pelvic organs, in particular, chronic salpingo-oophoritis significantly more often prevailed in the group with mild PE in 25,8%, in the group with severe PE – 15,5%, in the control group – in 4% of cases ($p<0,05$). Such nosological forms as abnormal uterine bleeding, uterine myoma, infertility in the anamnesis were present in all examined groups, and no reliable differences were revealed in the comparative analysis.

Primiparous patients were significantly more common in the group with severe PE (73,8%, $p<0,05$), while in the group with mild PE their frequency was 52,6% and did not statistically differ from the control group (48%). Multiparous primiparous patients, on the contrary, were more common in the group with mild PE, and their frequency was 14,3%, and in the group with severe PE – 4,9%.

The frequency of induced abortions was 6,2% in the group with mild PE, in the control group – 4%, and in the group with severe PE, abortions were not noted. Spontaneous miscarriage and non-developing pregnancy occurred in the examined groups of women with the following frequency: in the group with severe PE – 4,9%, with mild PE – 11,3%, i.e. significantly more often in pregnant women with mild PE ($p<0,05$). Antenatal fetal death occurred in 5 cases in the group with severe PE (4,9%), in the group with mild PE – in one examined woman (1%) ($p<0,05$).

Preterm birth occurred in three patients in the severe PE group. The incidence of ectopic pregnancy in anamnesis was 3,9% in the severe PE group, 4,1% in the mild PE group, and none in the control group.

DISCUSSION

Preeclampsia remains a pressing issue in modern obstetrics. In Uzbekistan, as in many other countries, PE and eclampsia are among the top three causes of maternal mortality, periodically giving way to bleeding and septic complications. It should be noted that in almost 80% of cases, bleeding is a consequence of PE [5].

According to WHO and world statistics, half a million women die annually from causes related to pregnancy and childbirth. According to WHO, 7.5 million women died from causes related to PE in the world from 1987 to 2000 alone, with more than 99% of maternal mortality occurring in developing countries. About 0.33 million women die annually in Asian countries. In Western Europe, about 1/6 of neonatal intensive care units are used only for children born to mothers who had PE during pregnancy [1, 7].

In our study, we examined the clinical and anamnestic data in pregnant women with varying degrees of PE severity. Our studies have revealed that the risk factors for the development of PE were significantly more often: a burdened somatic anamnesis (high incidence of kidney disease, cardiovascular disease), high body mass index, metabolic disorders, a burdened obstetric anamnesis (preeclampsia, miscarriage, premature birth, perinatal loss), first pregnancy, age of the pregnant woman under 20 years, hereditary burden (PE in the mother and/or sisters), a burdened gynecological anamnesis (menstrual cycle disorders, previously suffered chronic endometritis, chronic salpingo-oophoritis).

CONCLUSION.

The most significant risk factors for the development of PE are kidney disease (OR=8,3; RR=8,0), high body mass index (OR=5,7; RR=5,3), cardiovascular disease (OR=4,9; RR=4,7), maternal family history (OR=7,8; RR=7,6), age under 20 years (OR=3,4; RR=3,1), first pregnancy (OR=2,3; RR=2,0), and obstetric anamnesis burdened with PE (OR=5,2; RR=4,9).

Consent for publication – The study is valid, and recognition by the organization is not required. The author agrees to open publication.

Availability on data and material – available.

Competing interest – no.

Financing – no financial support has been provided for this work.

Conflict of interests – The authors declare that there is no conflict of interest.

REFERENCES

1. Узокова М. К., Отажонова Д. О. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ //AMERICAN JOURNAL OF APPLIED MEDICAL SCIENCE. – 2024. – Т. 2. – №. 5. – С. 82-86.
2. Chourdakis E. et al. Preeclampsia emerging as a risk factor of cardiovascular disease in women //High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention. – 2021. – Т. 28. – С. 103-114.
3. Das S., Mirzaeva D. B. PLATELET COUNTS IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA //Академические исследования в современной науке. – 2025. – Т. 4. – №. 11. – С. 20-21.
4. Dilshodovna A. M., Sattarovna B. G., Saidakhmadovna R. N. The Role of Chronic Cholecystitis in the Development of Obstetric Complications //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2024. – Т. 14. – №. 2. – С. 532-536.
5. Dwivedi K. et al. Exploring the Association between Anxiety Levels and Sleep Quality among Young Adults //American Journal of Open University Education. – 2024. – Т. 1. – №. 9. – С. 178-180.
6. Kovacheva V. P. et al. Preeclampsia prediction using machine learning and polygenic risk scores from clinical and genetic risk factors in early and late pregnancies //Hypertension. – 2024. – Т. 81. – №. 2. – С. 264-272.
7. Mou A. D. et al. Prevalence of preeclampsia and the associated risk factors among pregnant women in Bangladesh //Scientific reports. – 2021. – Т. 11. – №. 1. – С. 21339.
8. Nie X., Xu Z., Ren H. Analysis of risk factors of preeclampsia in pregnant women with chronic hypertension and its impact on pregnancy outcomes //BMC pregnancy and childbirth. – 2024. – Т. 24. – №. 1. – С. 307.
9. Sattarova K. A. et al. Clinical and Biological Importance of Micro RNA in the Formation of Women Reproductive Losses //Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4. – С. 7355.
10. Tyrmi J. S. et al. Genetic risk factors associated with preeclampsia and hypertensive disorders of pregnancy //JAMA cardiology. – 2023. – Т. 8. – №. 7. – С. 674-683.

11. Ukoha E. P. et al. Toward the elimination of race-based medicine: replace race with racism as preeclampsia risk factor //American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2022. – T. 227. – №. 4. – C. 593-596.
12. Yang Y. et al. Preeclampsia prevalence, risk factors, and pregnancy outcomes in Sweden and China //JAMA Network Open. – 2021. – T. 4. – №. 5. – C. e218401-e218401.

CLINICAL CASE ANALYSIS IN WOMEN WITH A UTERINE SCAR DURING HIGH-RISK PREGNANCY

Ziyoda Abrorovna Mo'minova, Sultonov Ravshan Komiljonovic, Tojiyeva Shohzoda O'ral qizi

e-mail: ravshansultonov605@gmail.com

Annatasion; This scientific article examines the clinical course of pregnancy, obstetric risks, perinatal outcomes, and management approaches in women with uterine scars.

The study was conducted using both retrospective and prospective methods, involving clinical observation of 120 pregnant women with scarred uteri. Comparative analyses were performed using data from WHO, ACOG, and international literature from the past five years.

The results indicated that pregnancies with uterine scars have a significantly higher rate of perinatal complications. Effective management requires planned delivery, individualized monitoring, and a multidisciplinary approach. The article discusses this issue with reference to clinical cases observed in the Surkhandarya region and provides practical recommendations for medical professionals.

Keywords: Scarred uterus, cesarean section, high-risk pregnancy, perinatal outcomes, placenta, delivery risks.

BACHADON DEVORIDA CHANDIQ BO'LGAN AYOLLARDA YUQORI XAVFLI HOMILADORLIKDA KLINIK HOLATLAR TAHLILI BAHOLASH

T. T. A. Akusherlik va ginekologiya kafedrasi tibbiyot fanlar doktori, dosent Ziyoda Abrorovna Mo'minova, Sultonov Ravshan Komiljonovich, Termiz Iqtisodiyot va servis universiteti, Tibbiyot bo'limi katta o'quvchisi, t.f.n e-mail: ravshansultonov605@gmail.com Termiz Iqtisodiyot va servis universiteti Tibbiy klinik fanlar kafedrasida magistri Tojiyeva Shohzoda O'ral qizi

Annotatsiya: Ushbu ilmiy maqolada bachadon devorida chandiqli bo'lgan ayollarda homiladorlikning klinik kechishi, akusherlik xavflari, perinatal natijalar va boshqaruv yondashuvlari o'rganilgan.

Tadqiqot retrospektiv va prospektiv usullarda olib borilgan bo'lib, chandiqli bachadon bilan homilador bo'lgan 120 nafar ayol klinik kuzatuvga olingan. Tadqiqotda JSST, ACOG va so'nggi 5 yildagi xalqaro adabiyotlar ma'lumotlari bilan solishtirma tahlillar o'tkazildi.

Natijalar chandiqli homiladorliklarda perinatal asoratlar darajasi ancha yuqori ekanini, ularni samarali boshqarish uchun esa rejalashtirilgan tug'ruq, individual monitoring va multidisiplinar yondashuv zarurligini ko'rsatdi. Maqola, ayniqsa, Surxondaryo viloyatida kuzatilgan klinik holatlar misolida bu masalani tahlil qiladi va tibbiy amaliyot uchun tavsiyalar beradi.

Kalit so'zlar: Chandiqli bachadon, kesarcha kesish, yuqori xavfli homiladorlik, perinatal natijalar, plasenta, tug'ruq xavflari.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ВЫСОКОГО РИСКА.

Аннотация: В данной научной статье изучены клиническое течение беременности, акушерские риски, перинатальные исходы и подходы к ведению у женщин с рубцом на матке.

Исследование проводилось как ретроспективным, так и проспективным методами; под клиническим наблюдением находились 120 женщин с беременностью на фоне рубцовой матки. В исследовании проведён сравнительный анализ с данными ВОЗ, ACOG и международной литературы за последние 5 лет.

Результаты показали, что уровень перинатальных осложнений при беременности с рубцом значительно выше, и для их эффективного ведения необходимы плановые роды, индивидуальный мониторинг и мультидисциплинарный подход. Статья анализирует данную проблему на примере клинических случаев, наблюдавшихся в Сурхандарьинской области, и предлагает рекомендации для медицинской практики.

Ключевые слова: Рубцовая матка, кесарево сечение, беременность высокого риска, перинатальные исходы, плацента, родовые риски.

Muammoning dolzarbligi: Bachadon devorida chandiq mavjud bo'lgan ayollarda homiladorlik yuqori xavfli akusherlik holati sifatida baholanadi. So'nggi yillarda kesarcha kesishlar sonining ortishi bu muammoni global sog'liqni saqlash darajasida dolzarb masalaga aylantirmoqda. JSST ma'lumotlariga ko'ra, kesarcha tug'ruqlar soni 2000 yildan 2021 yilgacha ikki barobardan ko'proqqa oshgan va bu bevosita bachadonda chandiq paydo bo'lishi bilan bog'liq.

So'nggi o'n yilliklar davomida global miqyosda kesarcha kesishlar (caesarean section, C-section) soni sezilarli darajada ortmoqda. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, dunyo bo'yicha har 5 homiladorlikdan kamida 1 tasi kesarcha operatsiya orqali yakunlanmoqda. Bu holat rivojlangan mamlakatlarda 25–30% atrofida bo'lsa, ba'zi rivojlanayotgan hududlarda bu ko'rsatkich 40% dan oshib ketgan. Shu bilan birga, JSSTning ogohlantirishicha, kesarcha kesishlar sonining haddan ortiq ko'payishi turli asoratlar, xususan, bachadon devorida chandiq hosil bo'lishi bilan bog'liq xavfli holatlar sonining ortishiga olib kelmoqda.

Bachadon devorida chandiq (scarred uterus) mavjudligi homiladorlikning kechishiga jiddiy ta'sir ko'rsatadi. Bu holat uterin yorilish, platsentar buzilishlar (placenta previa, accreta, increta), homilaning noto'g'ri joylashuvi, tug'ruqdagi og'ir qon ketish, perinatal o'lim va boshqa xavfli klinik holatlar bilan murakkablashishi mumkin. Ayniqsa, bir necha marta kesarcha bo'lgan ayollarda bunday xavflar ancha yuqori bo'ladi.

O'zbekiston, xususan Surxondaryo viloyatida ham kesarcha operatsiyalar soni ortib borayotganligi, ayollarda ikkinchi va undan keyingi homiladorliklarda chandikli bachadon holatlari ko'payayotganligini ko'rsatmoqda. Biroq bu holatlarning mahalliy sharoitdagi klinik kechishi, ularning perinatal natijalarga ta'siri va amaliy akusherlikda tutgan o'rni to'liq ilmiy tahlil qilinmagan.

Shu sababli, ushbu ilmiy ishda bachadon devorida chandiq bo'lgan ayollarda homiladorlik kechishi, perinatal natijalar, klinik boshqaruv va tavsiya etiladigan yondashuvlar tahlil qilinadi. Maqola, shuningdek, jahon adabiyotlari va mahalliy kuzatuvlar asosida tayyorlangan bo'lib, sog'liqni saqlash amaliyotiga ilmiy asoslangan takliflar beradi.

Tekshiruv materiallari va usullari: Ushbu tadqiqot Surxondaryo viloyatining Termiz shahri, Muzrabot va Angor tumanlarida joylashgan tibbiyot muassasalarida 2022–2024 yillar davomida olib borilgan. Tadqiqot retrospektiv va prospektiv klinik kuzatuvlar asosida amalga oshirildi. Umumiy hisobda 120 nafar bachadon devorida chandiq bo'lgan homilador ayol tanlab olindi va ular bo'yicha batafsil tibbiy ma'lumotlar tahlil qilindi.

Tadqiqot uchun oldingi homiladorlikda kamida bir marta kesarcha kesish bilan tug'ruq o'tkazgan ayollar;

Tadqiqot natijalari: Tadqiqot davomida bachadon devorida chandiq mavjud bo'lgan 120 nafar homilador ayol klinik kuzatuvga olindi. Ushbu natijalar chandikli bachadon bilan homiladorlikni yuqori xavfli holat sifatida tasniflash zarurligini ko'rsatdi. Platsentar joylashuv buzilishlari, tug'ruqdagi qon ketish va neonatal asoratlar ko'rsatkichlari yuqori bo'lib, ularni oldindan bashorat qilish va ilgari monitoring qilish zarurligi aniqlandi.

Tahlil va Muhokama: O'tkazilgan tadqiqot natijalariga ko'ra, bachadon devorida chandiq bo'lgan ayollarda homiladorlik yuqori xavfli kechadi. Kesarcha kesish soni ortgani sayin platsenta joylashuvi buzilishi (previa, accreta) va tug'ruqdagi asoratlar — masalan, qon ketish, IUGR, homila o'limi — ko'proq uchramoqda. Natijalar xalqaro adabiyotlar bilan mos tushadi. Jumladan, Silver R.M. va Jauniaux E. o'z ishlarida chandikli bachadon fonida IUGR, preeklampsiya va perinatal asoratlar xavfi yuqori bo'lishini ta'kidlashgan. Prematür tug'ruqlar, neonatal reanimatsiya ehtiyoji va og'ir qon ketish holatlari kuzatildi, bu esa ushbu guruhdagi ayollarni doimiy monitoring qilish zarurligini ko'rsatadi.

Xulosa:

O'tkazilgan klinik kuzatuvlar va tahlillar shuni ko'rsatdiki, bachadon devorida chandiq mavjud bo'lgan ayollarda homiladorlik jarayoni yuqori xavfli holat sifatida qaralishi zarur. Bu guruhdagi ayollar orasida kesarcha kesishlar sonining ortishi, platsentar patologiyalar, homilaning rivojlanishdan qolishi (IUGR), preeklampsiya, tug'ruq vaqtida va undan keyingi og'ir asoratlar, perinatal o'lim va neonatal reanimatsiya ehtiyoji kabi holatlar yuqori ko'rsatkichda kuzatildi.

Platsenta previa va accreta spektridagi holatlar ko'pincha chandikli bachadon fonida yuzaga kelib, tug'ruq davomida og'ir qon ketish, hayot uchun xavfli asoratlar va hatto bachadonni olib tashlash zaruriyatini keltirib chiqarishi mumkin. Bu esa ona salomatligi va keyingi reproduktiv salohiyatiga bevosita salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Tadqiqot natijalari xalqaro ilmiy adabiyotlarda qayd etilgan ma'lumotlar bilan hamohang bo'lib, ushbu holatlarning statistik ko'rsatkichlari JSST tomonidan belgilangan xavf mezonlariga mos keladi. Ayniqsa, bir necha marta kesarcha kesishdan o'tgan ayollar uchun individual yondashuv, yuqori darajadagi tibbiy monitoring va tug'ruqni rejalashtirish muhim ahamiyat kasb etadi.

Ushbu tadqiqot Surxondaryo viloyati — xususan Termiz shahri, Muzrabot va Angor tumanlarida olib borilgan real klinik kuzatuvlar asosida o'tkazildi va mintaqaviy sog'liqni saqlash muassasalari faoliyatida amaliy ahamiyatga ega bo'lishi mumkin.

Shunday qilib, tibbiy xizmat ko'rsatishda bunday ayollar uchun alohida klinik protokol va xavf guruhlariga mos strategik yondashuvlar ishlab chiqish zarur. Ilg'or ultratovush tekshiruvlari, homila rivojlanishini monitoring qilish, perinatal xavflarni erta aniqlash va tug'ruqni xavfsiz sharoitda amalga oshirish — ona va bola salomatligini saqlashda muhim omil hisoblanadi.

Tavsiyalar

1. Bachadonida chandiq bo'lgan ayollarni homiladorlik rejalashtirish bosqichidanoq yuqori xavf guruhiga kiritib, ularga individual yondashuvni ta'minlash zarur.
2. Har bir homiladorlik davrida platsentaning joylashuvi va holatini muntazam ultratovush tekshiruvi orqali nazorat qilish, ayniqsa 20-24 haftalarda platsenta previa va accreta xavfini baholash lozim.
3. Homilaning o'sish dinamikasini va hayot faoliyatini doimiy ravishda kuzatish (IUGR oldini olish) va zarurat tug'ilganda tug'ruq muddatini o'z vaqtida belgilash tavsiya etiladi.
4. Prematür tug'ruq xavfi bo'lgan hollarda kortikosteroid profilaktikasi, tokolitik terapiya va homilani reanimatsiyaga tayyorlash choralari ko'rish kerak.
5. Tug'ruq jarayonini yuqori darajadagi mutaxassislar jamoasi nazorati ostida o'tkazish, ayniqsa rejalashtirilgan kesarcha kesishlar uchun xavfsiz sharoit yaratish muhim.
6. Postpartum davrda og'ir qon ketish ehtimoli yuqori bo'lganligi sababli, tug'ruqdan keyingi kuzatuvni kuchaytirish, zaxira qon tayyorligini ta'minlash va reanimatsion tayyorgarlik ko'rish kerak.
7. Hududiy sog'liqni saqlash muassasalarida chandikli bachadon bilan bog'liq holatlarda ishlash bo'yicha alohida klinik yo'riqnomalar ishlab

chiqish va amaliyotga joriy etish tavsiya qilinadi. 8. Tibbiyot xodimlari malakasini oshirish, ayniqsa akusher-ginekologlar va UTT mutaxassislari uchun maxsus o'quv seminarlar tashkil etish — perinatal xavflarni kamaytirishga xizmat qiladi.

Adabiyotlar:

1. Betran, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. PLoS One, 11(2), e0148343.
2. Silver, R. M. (2012). Delivery after previous cesarean: long-term maternal outcomes. Seminars in Perinatology, 36(4), 252–258.

IMMUNOLOGICAL CHANGES DURING PREGNANCY: THE ROLE OF CYTOKINES IL-10 AND TNF α

Yaqubova M.D. Muminova Z.A.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Abstract: During pregnancy, the maternal immune system undergoes profound adaptations to tolerate the semi-allogeneic fetus. Cytokines such as IL-10 and TNF α are pivotal in shaping the immunological milieu of pregnancy. IL-10 is a potent anti-inflammatory cytokine that promotes immune tolerance and protects the fetal allograft from maternal immune attack. Conversely, TNF α is pro-inflammatory; excessive TNF α production has been linked to pregnancy complications including recurrent miscarriage, gestational diabetes mellitus (GDM), and preeclampsia. Current research demonstrates that throughout the first trimester of normal pregnancies, IL-10 levels rise while TNF α levels decline, resulting in an increasing IL-10/TNF α ratio. In pregnancies ending in miscarriage, an opposite trend is observed: IL-10 fails to increase (and instead decreases) and TNF α rises, leading to a markedly lower IL-10/TNF α . Advanced maternal age (≥ 35 years) is associated with a dampened anti-inflammatory profile, notably lower IL-10 levels, which may predispose older pregnant women to adverse outcomes. In chronic conditions such as preeclampsia and GDM, studies report elevated pro-inflammatory cytokines (e.g. TNF α) alongside reduced IL-10. Therefore, the balance between IL-10 and TNF α is critical for pregnancy success. This article provides immunological changes in pregnancy, focusing on IL-10 and TNF α dynamics, the influence of maternal age, and how the IL-10/TNF α ratio may determine pregnancy outcome.

Keywords: Pregnancy immunology; IL-10; TNF α ; cytokines; miscarriage; immune regulation

Homiladorlik davrida immunologik o'zgarishlar: IL-10 va TNF α sitokinlari roli

Yaqubova M.D. Muminova Z.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi. Toshkent, O'zbekiston

Annotatsiya Homiladorlik jarayonida onaning immun tizimi chuqur o'zgarishlarga uchraydi. Homila yarim avtotransplantat bo'lib, uning rivojlanishi immunologik muvozanatni talab qiladi. IL-10 va TNF α kabi sitokinlar homiladorlikning immunologik holatini shakllantiradi. IL-10 kuchli yallig'lanishga qarshi (anti-inflamator) ta'sirga ega bo'lib, homilani onaning immun hujumidan himoyalashda muhim o'rin tutadi. Aksincha, TNF α proinflammator sitokin bo'lib, ortiqcha ishlab chiqarilganda homiladorlik asoratlari – takroriy homila tushishi, gestatsion diabet va preeklampsi riskini oshiradi. Hozirgi tadqiqotlar shuni ko'rsatmoqdaki, birinchi trimestr davomida sog'lom homiladorliklarda IL-10 darajalari oshib, TNF α darajalari pasayadi, bu esa IL-10/TNF α nisbatining oshishiga olib keladi. Onaning yoshi kattalashishi (≥ 35 yosh) anti-inflamator javobning susayishi, xususan IL-10 darajasining pasayishi bilan bog'liq bo'lib, bu holat katta yoshli onalarda homiladorlik asoratlarini keltirib chiqarishi mumkin. Surunkali kasalliklarda kuzatilishicha, TNF α va boshqa yallig'lanish sitokinlari ko'payib, IL-10 kamayadi. Natijada homiladorlikning muvaffaqiyatli davom etishi IL-10 va TNF α o'rtasidagi muvozanatga katta darajada bog'liq. Ushbu

maqolada homiladorlikda IL-10 va TNF α sitokinlarining dinamik o'zgarishi, onaning yoshi va IL-10/TNF α nisbatining homiladorlik natijasiga ta'sirini tahlil qilinadi.

Kalit so'zlar: Homiladorlik immunologiyasi; IL-10; TNF α ; sitokinlar; homila tushishi; immun muvozanat

Иммунологические изменения во время беременности: роль цитокинов IL-10 и TNF α

Якубова М.Д. Муминова З.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Резюме: Во время беременности иммунная система матери претерпевает значительные изменения, необходимые для поддержания растущего полупостороннего плода. Цитокины, такие как IL-10 и TNF α , играют ключевую роль в иммунологической настройке беременности. IL-10 является мощным противовоспалительным цитокином и способствует иммунной толерантности к плоду, защищая его от материнских иммунных реакций. В противоположность этому, TNF α – провоспалительный цитокин, чрезмерная продукция которого связана с осложнениями беременности, такими как повторные выкидыши, гестационный диабет и преэклампсия. Современные исследования показывают, что в первом триместре нормальной беременности уровень IL-10 постепенно повышается, а TNF α снижается, что приводит к увеличению отношения IL-10/TNF α . Однако при беременностях, закончившихся выкидышем, наблюдается обратная картина: уровни IL-10 падают, а TNF α повышается, резко снижая соотношение этих цитокинов. Пожилой материнский возраст (старше 35 лет) ассоциирован с уменьшением противовоспалительного ответа, в частности снижением уровня IL-10, что может способствовать повышению риска осложнений беременности у женщин старшего возраста. При хронических состояниях, таких как преэклампсия или гестационный диабет, отмечается усиление провоспалительных цитокинов (TNF α и др.) на фоне снижения IL-10. Таким образом, успешное течение беременности во многом определяется балансом между IL-10 и TNF α . В данной статье представлен иммунологических изменениях при беременности, с акцентом на динамику IL-10 и TNF α , влияние возраста матери а также роль соотношения IL-10/TNF α в исходе беременности.

Ключевые слова: Иммунология беременности; IL-10; TNF α ; цитокины; выкидыш; иммунорегуляция

Kirish

Homiladorlik – immunologik jihatdan noyob holat bo'lib, onaning immun tizimi rivojlanayotgan homilaga moslashishi zarur. Tabiiy immun javoblar organizmni infeksiyalardan himoya qiladi, biroq homila otadan olingan antigenga ega yarim begonadir. Shu bois, homiladorlikda immunitet muvozanatli ravishda o'zgarmog'i lozim: bir tomondan, homilani begona tana sifatida rad etmaslik uchun immunsupressiya kerak bo'lsa, ikkinchi tomondan, onaning infeksiyalarga qarshi himoya qobiliyati saqlanishi lozim. An'anaviy tasavvurga ko'ra, sog'lom homiladorlikda ona organizmida T_{h2} turidagi, ya'ni anti-inflamator sitokinlarga moyillik kuchayadi va yallig'lanish javobi susayadi. Garchi bu "Th1/Th2 siljishi" modeli homiladorlik immunologiyasini soddalashtirib tasvirlasa-da, u homila omon qolishi uchun yallig'lanish va tinish (pro- va anti-inflamator) signalarning nozik muvozanati zarurligini ta'kidlaydi. Darhaqiqat, sitokinlar – immun hujayralar tomonidan ishlab chiqariladigan kichik signalli oqsillar – ona va homila o'rtasidagi muloqotda muhim vositachilar bo'lib xizmat qiladi.

T_{h1} toifali sitokinlar (masalan, interferon- γ , IL-2, TNF α) yallig'lanish va sitotoksik javoblarni rag'batlantirsa, T_{h2} sitokinlar (IL-4, IL-5, IL-10 va h.k.) ko'proq anti-inflamator va gymoral javoblarni qo'llab-quvvatlaydi. Homiladorlik boshida implantatsiya va yo'ldosh (platsenta) hosil bo'lish jarayonlari aslida yallig'lanishga moyil jarayonlardir; shu davrda ona immun tizimi yallig'lanishni nazorat ostida ushlab turish uchun anti-inflamator mediatorlarni ishga soladi. Keyinchalik homila o'sib borishi bilan, ortiqcha yallig'lanish reaksiyasi bostirilib, tinchlik

(tolerantlik) muhitini yaratishga intilinadi. Shu jarayonda IL-10 (Interleukin-10) va TNF α (O'sma nekroz omili alfa) singari sitokinlar muhim ahamiyatga ega.

IL-10 – o'ziga xos ikki xil ta'sirga ega sitokin bo'lib, kuchli immun tormozlovchi (immunosuppressiv) xususiyatlari tufayli Th1/Th2 klassifikatsiyasidan tashqarida qaraladi. IL-10 ning asosiy vazifalaridan biri homiladorlik davrida immunologik moslashuvchanlikni ta'minlashdir: u pro-inflamator sitokinlar sekretsiyasini cheklaydi va homila-yo'ldosh (fetoplacentar) birlikni himoya qiladi. Masalan, IL-10 platsentada (trofoblast hujayralarida) yuqori darajada ifodalanib, homilani zararli yallig'lanishdan himoyalaydi. IL-10 genidagi polimorfizmlar ham uning ifodasi va funksiyasiga ta'sir ko'rsatib, homiladorlikning kechishiga ta'sir qilishi aniqlangan. IL-10 ning homiladorlikdagi markaziy roli shundan dalolat beradiki, IL-10 yetishmovchiligi hayvon modellarida homila tushishi va preeklampsiya belgilari kuchayishi kabi holatlarga olib keladi.

TNF α esa, aksincha, tipik pro-inflamator sitokin bo'lib, me'yorida u implantatsiya va tug'ruq jarayonlarida fiziologik rol o'ynaydi, lekin nazoratdan chiqsa patologik ta'sir ko'rsatadi. TNF α ko'plab immun hujayralar (masalan, makrofaglar, T-hujayralar) tomonidan, shuningdek, homiladorlikda yo'ldosh to'qimalari tomonidan ham ishlab chiqariladi. TNF α ning me'yordan ortiq miqdori yallig'lanish reaksiyasini kuchaytiradi, endoteliya hujayralarini shikastlab, tromboz va qon aylanishini buzadi, bu esa homila uchun xavf tug'dirishi mumkin. TNF α , shuningdek, insulin rezistentligini kuchaytiruvchi ta'sirga ega bo'lib, homiladorlik davridagi diabetogenezga hissa qo'shadi. Adabiyotlarda TNF α darajasining oshishi qator homiladorlik patologiyalari bilan bog'liqligi qayd etilgan: masalan, takroriy spontan abortlar, gestatsion diabet, homiladorlikning gipertenziv sindromlari (shu jumladan preeklampsiya) va homilaning o'sish sur'atlari pasayishi kabi asoratlarda. Bunda asosiy patologik mexanizm IL-10 va TNF α o'rtasidagi muvozanatning buzilishi ekani ta'kidlanadi – ya'ni IL-10 ning immun tormozlovchi nazorati susayib, TNF α ning mutanosib ravishda oshib ketishi asoratlarni keltirib chiqaradi.

Homiladorlikda IL-10 va TNF α munosabatining ahamiyati shundaki, ular bir-birini funksional jihatdan qisman qarama-qarshi yo'nalishda tartibga soladi. IL-10 ning yetarli darajasi TNF α va boshqa yallig'lovchi signallarni jilovlab turadi, TNF α esa aksincha, IL-10 yo'qligida kuchliroq zarar keltirishi mumkin. Shu bois, IL-10/TNF α nisbati homiladorlik immunologik muhitining muhim ko'rsatkichi sifatida qaralmoqda. Yaqinda o'tkazilgan tadqiqotlar ushbu nisbat yordamida hatto homiladorlik natijasini – sog'lom davom etish yoki tushish – oldindan bashorat qilish mumkinligini ko'rsatdi. Quyida homiladorlik paytidagi immunologik o'zgarishlar, xususan IL-10 va TNF α sitokinlarining trimester bo'yicha dinamikasi, onaning yoshi va surunkali kasalliklari omillarining ta'siri hamda IL-10/TNF α nisbatining homiladorlik muvaffaqiyatiga ta'siri batafsil ko'rib chiqiladi.

Tadqiqot material va metodlari: tadqiqot 2023-2024-yillarda shaxar 9-AGK da olibborildi, asosiy guruhga anamnezida bola tashlash kuzatilgan 80 nafar homilador so'rovnoma asosida saralab olindi, nazorat guruhiga sog'lom 20 nafar homilador ajratildi. uUnda homiladorlikda IL-10 va TNF α bo'yicha eng yangi tadqiqotlar ko'rib chiqildi. Xususan, homiladorlikning turli bosqichlarida ona qoni tarkibidagi sitokin o'zgarishlarini o'rgangan prospektiv kogort tadqiqotlari va homiladorlik asoratlarda sitokin profillarini solishtirgan kesim tadqiqotlar tahlil qilindi.

Birlamchi manbalar sifatida birinchi trimestr davomida IL-10 va TNF α o'zgarishini o'rgangan prospektiv tadqiqot natijalari olindi. Ushbu tadqiqotda tabiiy va sun'iy urug'lanish yo'li bilan homilador bo'lgan ayollar ikki guruhga ajratilib, haftalik qon tahlillari orqali sitokinlar darajasi kuzatilgan. Bunda 4-haftadan 10-haftagacha har haftada IL-10 va TNF α miqdori o'lchanib, homiladorlik yakuni (normal davom etish yoki spontan tushish) bilan bog'liqligi tahlil qilingan.

Keyingi manba sifatida onaning yoshining ta'sirini o'rgangan tadqiqot olindi. Bu MAMAS (Manchester Advanced Maternal Age Study) prospektiv kohort ishlanmasi bo'lib, unda 20–30 yosh, 35–39 yosh va ≥ 40 yoshdagi 528 nafar homilador ayollarda 28- va 36-haftalarda qon namunalari

tahlil qilingan. Ona qonida IL-10, TNF α va boshqa immun markerlar ELISA usuli orqali o'lganib, yoshi katta onalardagi farqlar va homiladorlik natijalariga ta'siri baholangan.

Natijalar

Prospektiv kuzatuv natijasida aniqlandiki, normal homiladorliklarda IL-10 darajasi allaqachon implantatsiya davridan boshlab bosqichma-bosqich oshib boradi: masalan, 4-haftada IL-10 o'rtacha 2,5 pg/ml atrofida bo'lsa, 8-haftaga kelib ~2,8–3,0 pg/ml gacha ko'tariladi. Aksincha, tugamay qolgan homiladorliklarda (spontan tushishda) IL-10 darajasi dastlab o'xshash qiymatda boshlanib (4-haftada ~2,3 pg/ml), keyingi haftalarda o'sish o'rniga pasayib ketadi. 6-haftadan boshlab homila tushishi guruhida IL-10 miqdori birmuncha past bo'lib, masalan 8-haftada o'rtacha ~1,8–2,0 pg/ml ni tashkil etadi, bu esa normal homiladorliklar bilan solishtirganda sezilarli farqdir ($p < 0,01$). TNF α bo'yicha esa teskari tendentsiya kuzatiladi: sog'lom homiladorliklarda TNF α 4-haftadan 8-haftagacha biroz pasayadi. Biroq homila tushish holatlarida TNF α darajasi aksincha, oshib boradi – 4-haftadagi ~6 pg/ml dan 6-7-haftalarda ~6,5–6,7 pg/ml gacha o'sadi va normal ko'rsatkichlardan yuqori darajada qoladi ($p < 0,01$). Natijada, birinchi trimestr boshidayoq IL-10 va TNF α o'zaro nisbatida sezilarli tafovutlar paydo bo'ladi. Normal homiladorliklarda IL-10/TNF α nisbati implantatsiyadan keyin muntazam oshib, 8-9-haftalarda eng yuqori ko'rsatkichga yetadi. Homila tushishi bilan yakunlangan homiladorliklarda esa bu nisbat dastlabdan pastroq bo'lib, vaqt o'tishi bilan yanada kamayadi.

Homiladorlikning keyingi bosqichlarida – ikkinchi va uchinchi trimestrda – ham immunologik muhit dinamik o'zgarishda davom etadi. Sog'lom homiladorlikda ikkinchi trimestrda ayrim yallig'lanish sitokinlari biroz oshsa (masalan, TNF α) yoki barqaror saqlansa, anti-inflammator sitokinlar, jumladan IL-10, odatda me'yoriy darajada ushlab turiladi.

Onaning yoshi va sitokinlar profili

Matematik yoshi ham homiladorlikning immunologik profiliga ta'sir ko'rsatuvchi muhim omillardan biridir. Aholi statistikasi bo'yicha, 35 yoshdan katta homilador ayollarda ("advanced maternal age") homiladorlik asoratlari va nojo'ya yakunlanish ehtimoli ortadi. Buning orqasida yotuvchi mexanizmlarni o'rganish chog'ida, yoshi kattaroq onalarda immun tizimining faolligi va oksidativ stress ko'rsatkichlaridagi o'zgarishlar qayd etilgan. Boshqacha aytganda, ona yoshi ortgan sari qonda IL-10 darajasida bosqichma-bosqich kamayish kuzatildi.

Ahamiyatlisi, mazkur tadqiqotda TNF α darajasi bo'yicha yosh guruhlar orasida sezilarli farq topilmadi. Ya'ni, 28 va 36-haftalarda yosh va nisbatan katta onalarda TNF α ko'rsatkichlari o'rtacha bir xil edi. Biroq anti-inflammator komponent – IL-10 – kamaygani uchun, yoshi katta homiladorlarda immun muvozanatning biroz pro-inflammator tomonga siljishi ehtimoli yuzaga chiqadi. Ilmiy izlanishlar shuni ko'rsatadiki, sog'lom homiladorlik o'tkazgan yoshi katta ayollarda ham, IL-10 va IL-1Ra darajalarining pasayishi kuzatiladi, bu esa reproduktiv yosh davomidagi oksidativ stress va yallig'lanish o'zgarishlarini aks ettiradi. Agar yoshi katta onalarda homiladorlik murakkablashsa (masalan, homila o'sishdan orqada qolishi, muddatidan oldin tug'ruq kabi asoratlar yuz bersa), IL-10 darajasi yanada pasayishi va oksidativ shikastlanish belgilarining oshishi qayd etiladi. Bu holat, yoshga doir immun o'zgarishlar homiladorlik natijasiga ta'sir qilishini ko'rsatadi.

Katta yoshli onalarda kuzatiladigan IL-10 pasayishi va nisbiy yallig'lanish muhitining kuchayishi, ularning homiladorlik vaqtida preeklampsiya, homila o'sishining orqada qolishi kabi asoratlarga moyilligini tushuntiruvchi omillardan biri bo'lishi mumkin. Masalan, 40 yoshdan oshgan onalarda preeklampsiya xavfi oshishi qayd qilingan va bunda platsentada IL-10 ifodasining pasayishi kuzatilgan. IL-10 ning kamayishi platsentada immun hujayralar ko'payishi va sitokinlar muvozanatining buzilishiga olib kelishi mumkin, bu esa yo'ldosh funksiyasini izdan chiqaradi. Shunday qilib, ona yoshi immun regulatsiya jarayonlariga ta'sir ko'rsatib, IL-10/TNF α muvozanatini yoshi katta homiladorlarda nisbatan "yallig'lovchi" tomonga siljitadi.

Onaning yoshiga qarab IL-10 va TNF α sitokinlari darajasi (uchinchi trimestrda). <35 yoshli onalarda IL-10 darajasi nisbatan yuqoriroq, ≥ 35 yoshdagilarda esa pastroqligi kuzatilgan. TNF α darajasi esa yosh guruhlarida deyarli o'zgarmagan (grafikda TNF α ustunlari teng balandlikda). Bu yoshi katta onalarda immun javobning biroz "pro-inflammator" tomonga siljiganini anglatadi, chunki anti-inflammator IL-10 kamaygan.

Takroriy homila tushishi bilan bog'liq ravishda ham IL-10 ning roli o'rganilgan. Bir necha marta ketma-ket homila tushgan ayollarda immunologik tekshiruvlar shuni ko'rsatadiki, ularning qonida va homila atrofida muhitda yallig'lanish sitokinlari yuqori, IL-10 esa past bo'ladi. Dala tadqiqotlarida takroriy tushishi bo'lgan onalardan olingan limfotsitlar laboratoriya sharoitida tekshirilganda, ularning TNF α va IFN- γ ajratishi oshgani, IL-10 sintezi esa kamaygani kuzatilgan. Sog'lom homiladorlik o'tkazayotgan ayollarda esa, aksincha, immun hujayralar ko'proq IL-10 ishlab chiqarishi va TNF α chiqarmaslikka harakat qilishi ko'rilgan.

Munozara Yuqoridagi natijalar homiladorlikda immun tizimining nozik muvozanati qanchalik muhim ekanini tasdiqlaydi. Homila ona organizmida rivojlanar ekan, immunologik muhit doimiy ravishda o'zgarib moslashib boradi: implantatsiya va erta birinchi trimestr davrida yuz beradigan tabiiy yallig'lanish jarayonlarini (bachadon shirining invaziyasi, yo'ldoshning boshlang'ich shakllanishi) jilovlash uchun IL-10 kabi anti-inflammator omillar faollashadi. Bu davrda IL-10 ning etarli darajada oshishi homilaning muvaffaqiyatli o'rnatilishi va ona immun tizimining uni qabul qilishi uchun zarur bo'ladi. Ayni paytda, agar dastlabki haftalarda IL-10 darajasi past bo'lsa yoki oshmasa, TNF α kabi pro-inflammator signallar nisbatan ustunlik qilib ketadi va homila uchun xavfli muhit hosil bo'ladi. Aynan shunday holat spontan tushish bilan yakun topadigan homiladorliklarda kuzatildi – IL-10/TNF α nisbatining pasayishi homilaning saqlanib qolishi uchun noqulay sharoit yaratadi. Bu ilmiy kashfiyot amaliy jihatdan juda ahamiyatli, chunki IL-10/TNF α nisbatini erta bosqichda o'lchash potensial ravishda homiladorlikning qanday yakun topishini oldindan aytish imkonini berishi mumkin. Kelajakda, masalan, 5-6 haftalik homiladorlikda qon tahlili asosida IL-10 va TNF α miqdorlarini aniqlab, ularning nisbatiga ko'ra tushish xavfi yuqori bemorlarni erta aniqlash va ularga nisbatan profilaktik choralarni ko'rish (masalan, immunomodulyator terapiya) ehtimoli paydo bo'ladi.

Xulosa qilib aytganda, ona va homila o'rtasidagi immun "muloqot" muvozanati homiladorlik taqdirini belgilovchi asosiy omillardan biridir. IL-10 va TNF α shu muloqotning ikki qarama-qarshi lekin bir-birini to'ldiruvchi "tili" bo'lib, ularning nisbatidagi siljishlar homilaning qabul qilinish yoki rad etilish stsenariysini belgilaydi. Sog'lom homiladorlikda IL-10 ning ustunligi kuzatiladi, TNF α esa nazorat ostida bo'ladi; patologik homiladorliklarda TNF α "tili" balandlab, IL-10 "ovozi" pasayadi. Zamonaviy tibbiyotda bu sitokinlar o'zgarishini erta aniqlash va boshqarish imkoniyatlari kengayib bormoqda. Keng qamrovli tadqiqotlar va klinik sinovlar natijasida IL-10 va TNF α ga qaratilgan muolajalar (masalan, anti-TNF terapiyasi yoki IL-10 modulyatorlari) homiladorlik asoratlarini kamaytirishda o'z o'rnini topishi mumkin. Hozirgi kunda esa, amaliyotda homiladorlikni kuzatishda ushbu sitokinlar darajasiga e'tibor qaratish, xavfli guruhlarini aniqlash va profilaktik choralarni kuchaytirish uchun xizmat qilishi mumkin. IL-10/TNF α nisbati – kelajakda homiladorlik monitoringi va immunoterapiyasining muhim biomarkeri hamda nishoni sifatida e'tirof etilishi kutilmoqda.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Brogin Moreli J. et al. Interleukin 10 and tumor necrosis factor-alpha in pregnancy: aspects of interest in clinical obstetrics //International Scholarly Research Notices. – 2012. – T. 2012. – №. 1. – C. 230742.
2. Jarmund A. H. et al. Cytokine patterns in maternal serum from first trimester to term and beyond //Frontiers in immunology. – 2021. – T. 12. – C. 752660.

3. Kaislasuo J. et al. IL-10 to TNF α ratios throughout early first trimester can discriminate healthy pregnancies from pregnancy losses //American Journal of Reproductive Immunology. – 2020. – T. 83. – №. 1. – C. e13195.
4. Lean S. C. et al. A prospective cohort study providing insights for markers of adverse pregnancy outcome in older mothers //BMC Pregnancy and Childbirth. – 2021. – T. 21. – C. 1-17.
5. Leal A. S. M. et al. Maternal early life stress is associated with pro-inflammatory processes during pregnancy //Brain, behavior, and immunity. – 2023. – T. 109. – C. 285-291.
6. Mancuso R. A. et al. Prenatal mood and anxiety disorders and associated cytokine changes //Journal of Affective Disorders. – 2024. – T. 347. – C. 635-644.

COMPLETE RUPTURE OF THE UTERUS AFTER MYOMECTOMY (CLINICAL CASE)

¹Muratova N.D., ²Miralimova N.A.

¹Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology at TSDI

²Clinical Hospital No. 4, Resident physician

Resume

A clinical case of complete rupture of a woman's uterus at 31 weeks of pregnancy, which was diagnosed late and underestimated, is described. The rupture occurred along the uterine scar after a myomectomy performed 9 months ago. As a result, antenatal fetal death occurred, the woman underwent extirpation of the uterus with appendages.

Keywords: myomectomy, uterine scar, pregnancy, uterine rupture

ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ МАТКИ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

¹Муратова Н.Д., ²Миралимова Н.А.

¹Доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ТГСИ

²Клиническая больница № 4, врач ординатор

Резюме Описан клинический случай полного разрыва матки женщины на 31 недели беременности, который был поздно диагностирован и недооценен. Разрыв произошел по рубцу матки после миомэктомии проведенной 9 месяцев назад. Вследствие чего произошла антенатальная гибель плода, женщине произведена экстирпация матки с придатками

Ключевые слова: миомэктомия, рубец на матке, беременность, разрыв матки

MIOMEKTOMIYADAN SO'NG BACHADONNI TO'LIQ YoRILISHi (KLINIK HODISA)

¹Muratova N.D., ²Miralimova N.A.

¹TSDI, Akusherlik va ginekologiya kafedrasi professori, t.f.d.

²4-sonli shifoxona, shifokor ordinator

Rezyume Homiladorlikning 31 xaftaligida ayolning bachadoni to'liq yorilishi klinik holati tasvirlangan, va bu holat kech tashxislangan va baholanmagan. Yorilish 9 oy oldin miomektomiya qilingandan so'ng bachadon chandig'ida sodir bo'lgan. Natijada homilaning antenatal o'limi sodir bo'ldi, ayol bachadoni ortiqlari bilan ekstirpatsiyasi bajarilgan

Kalit so'zlar: miomektomiya, bachadon chandig'i, homiladorlik, bachadon yorilishi

Актуальность. Миома матки - это одна из наиболее распространённых доброкачественных опухолей женской половой сферы, которая поражает по разным данным 20–77% женщин [1–4]. Она чаще встречается в позднем репродуктивном и перименопаузальном периодах, однако

у 3,3–7,8% молодых женщин (до 36 лет) также диагностируют миому матки, которая наиболее часто сочетается с бесплодием (до 28%) и невынашиванием беременности (до 22%) [1, 2, 4, 6, 7]. Более того, в последнее время наблюдается тенденция к появлению миомы в совсем молодом и даже юношеском возрасте (17–21 год) [1, 3, 7]. Ведущими факторами возникновения бесплодия при миоме матки являются размеры интрамурального узла более 5 см, локализация узла в области трубных углов или перешеечной области матки, деформация полости матки узлом миомы, вне зависимости от его размера [8]. Роль миомы матки в патогенезе бесплодия остаётся дискуссионным вопросом в связи с тем, что оно в большинстве случаев характеризуется мультифакторным генезом. Методом хирургического лечения миомы матки у молодых пациенток является миомэктомия, которая проводится по строгим показаниям: это обильные менструальные кровотечения, хронические тазовые боли, нарушение нормального функционирования соседних с маткой внутренних органов, большой размер и быстрый рост опухоли, бесплодие при отсутствии других причин [2]. Нельзя отрицать положительного влияния миомэктомии (МЭ) на репродуктивную функцию: частота наступления самопроизвольной беременности у пациенток, перенёвших данное хирургическое вмешательство по причине бесплодия, варьирует в пределах 24–71%, при этом есть вероятность, что такая беременность тоже будет протекать с осложнениями [5, 8–10]. При МЭ на матке всегда остаётся рубец, который и является причиной осложнений: это угроза разрыва матки, вращение плаценты в рубец [6, 11]. Беременные с миомой матки после перенесенной ранее миомэктомии, независимо от использованного хирургического доступа, должны находиться под пристальным наблюдением акушеров-гинекологов и взвешенном выборе тактики родоразрешения. Следует контролировать состоятельность стенки матки во избежание ее разрыва.

Материал и методы. В декабре 2019 года пациентка И., 30 лет, повторнобеременная обратилась в гинекологическое отделение ГРК №3 города Ташкента с жалобами на кровянистые выделения и тянущие боли в пояснице, боли внизу живота нерегулярного характера. В момент осмотра беременная заторможенная, сонливая, с замедленной реакцией на внешние раздражители, на вопросы отвечает медленно.

Из анамнеза: в сентябре 2018 года впервые была выявлена узловатая миома тела матки больших размеров с субсерозно-интрамуральным расположением узла. В динамике, по данным ультразвукового исследования, рост опухоли. Акушерско-гинекологический анамнез отягощен, менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов.

Проведена гистероскопия, МВА полости матки: полость матки треугольной формы, не деформирована, выбухание передней стенки матки. Эндометрий бледно-розового цвета, выражен неравномерно. Устья маточных труб не визуализируются. Эндоцервикс: цервикальный канал имеет веретенообразную форму, внутренний зев имеет выраженное внутреннее кольцо. Поверхность слизистой цервикального канала гладкая. По данным внутриматочной биопсии: эндометрий фазы секреции. Железисто-фиброзный полип эндометрия. Проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза: матка 143 × 128 × 133 мм. Миометрий диффузно-неоднородной структуры, интрамуральные и субсерозные миоматозные узлы диаметром 12 см, 6 см, 2,5 см, множественные мелкие узлы. Полость матки не расширена, деформирована. Эндометрий не визуализируется. Шейка матки 31 × 26 × 25 мм, эндоцервикс не утолщен, цервикальный канал не расширен. Яичники: правый 22 × 28 × 30 мм; левый 23 × 10 × 10 мм. Магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза: в наружном миометрии до 9 лейомиом: диаметром до 116 мм в передней стенке матки по FIGO тип 6; диаметром до 76 мм, в левой боковой стенке тела матки, тип 6; диаметром до 76 мм в правой стенке тела матки, тип 7; диаметром 7 мм в передней стенке тела матки тип 2. Выставлен диагноз: Основной: Интрамуральная лейомиома матки.

Классификационная система FIGO: (4-6). Учитывая детородный возраст, не выполненные репродуктивные планы, желание пациентки, после полного клинико-инструментального обследования, пациентке было проведено оперативное лечение в объеме: миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов). Послеоперационный диагноз: Основной: Интрамуральная лейомиома матки. Классификационная система FIGO: (4-6). Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка была выписана на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии. После проведенного оперативного вмешательства пациентка ожидала очередную менструацию. От введения бусерелина отказалась. В июне была выявлена беременность раннего срока.

Заключение. Полный гистопатический разрыв матки в третьем триместре беременности произошел вследствие не состоятельности рубца на матке после проведенной миомэктомии вне беременности. Как известно, любое хирургическое вмешательство на матке снижает полноценность её стенок, и может стать решающим фактором в развитии разрыва матки во время беременности. Разрыв матки по рубцу в данном случае характеризовался поздней диагностикой и был недооценен. Беременные с рубцом на матке после миомэктомии относятся к группе риска на разрыв матки, даже при отсутствии родовой деятельности.

Список использованной литературы

1. Давыдов АИ, Шахламова МН, Пашков ВМ. Лейомиома матки в репродуктивном периоде. Стратегия лечения. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2020;19(1):143-150. DOI: 10.20953/1726-1678-2020-1-143-150
2. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. BJOG. 2017; 124(10): 1501-1512. DOI: 10.1111/1471-0528.14640
3. Chiaffarino F, Cipriani S, Ricci E, La Vecchia C, Chiantera V, Bulfoni A, Parazzini F. Alcohol consumption and risk of uterine myoma: A systematic review and meta-analysis. PloS One. 2017; 12(11): e0188355. DOI: 10.1371/journal.pone.0188355
4. Краснова ИА, Аксенова ВБ, Есипова ИА, Пивоварова ОЮ, Ступина ЮН, Даниелян ЯС. Органосохраняющее лечение миомы матки и репродуктивное здоровье. Хирургическая практика. 2018;4(36):42-46. DOI: 10.17238/issn2223-2427.2018.4.42-46
5. Арчегова ЗУ, Шалина РИ, Касьянова ГВ, Рабаданова АК, Дулаева АО. Экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов у пациенток после различных методов оперативного лечения миомы матки. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2020;19(5):70-76. 10.20953/ 1726-1678-2020-5-70-76. DOI: 10.20953/1726-1678-2020-5-70-76
6. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet. 2018; 143(3): 393-408. DOI: 10.1002/ijgo.12666
7. El-Balat A, DeWilde RL, Schmeil I, Tahmasbi-Rad M, Bogdanyova S, Fathi A, Becker S. Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature. Biomed Res Int. 2018; 2018: 4593875. DOI: 10.1155/2018/4593875
8. Kubik-Huch RA, Weston M, Nougaret S, Leonhardt H, Thomassin-Naggara I, Horta M, et al. European Society of Urogenital Radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of leiomyomas. Eur Radiol. 2018; 28(8): 3125-3137. DOI: 10.1007/s00330-017-5157-5
9. Roberts ME, Aynardi JT, Chu CS. Uterine leiomyosarcoma: A review of the literature and update on management options. Gynecol Oncol. 2018; 151(3): 562-572. DOI: 10.1016/j.ygyno.2018.09.010

10. Rodriguez MB, Lethaby A, Low C, Cameron IT. Cyclical progestogens for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; 8(8): CD001016. DOI: 10.1002/14651858.CD001016.pub3
11. Yin X, Cheng J, Ansari SH, Campo R, Di W, Li W, Bigatti G. Hysteroscopic tissue removal systems for the treatment of intrauterine pathology: a systematic review and meta-analysis. *Facts Views Vis Obgyn.* 2018; 10(4): 207-213.
12. Ludovisi M, Moro F, Pasciuto T, Di Noi S, Giunchi S, Savelli L, et al. Imaging in gynecological disease (15): clinical and ultrasound characteristics of uterine sarcoma. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019; 54(5): 676-687. DOI: 10.1002/uog.20270

INFLUENCE OF MATERNAL RISK FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF PREECLAMPSIA

Najmutdinova D.K.¹, Tadjitdinova K.E.²

¹Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology in Family Medicine, TMA, ²Master's Student

Email[^]:kamillatadzitdinova@gmail.com

Background: Preeclampsia (PE) remains one of the most significant and life-threatening complications of pregnancy, despite major advances in perinatal medicine. The incidence of this condition ranges from 5.5% to 6% among all pregnancies, and according to the World Health Organization (WHO), hypertensive disorders ranked second among causes of maternal mortality, accounting for 20.7% of all maternal deaths between 2020 and 2022 (WHO, 2023) [23]. These data underscore the importance of timely identification and investigation of risk factors that can predict the development of preeclampsia and minimize threats to both mother and child [2].

Numerous recent studies highlight a wide range of factors predisposing to PE, including maternal age (especially over 40 or under 18 years), the course of the first pregnancy, and the presence of comorbidities such as cardiovascular diseases, systemic lupus erythematosus, chronic arterial hypertension, diabetes mellitus, and urinary tract infections. Special attention should be paid to patients who have undergone in vitro fertilization (IVF), particularly those with polycystic ovary syndrome or ovarian hyperstimulation [1].

An important tool for early risk detection is the screening program developed by the Fetal Medicine Foundation (FMF), which combines the assessment of placental growth factor levels, uterine artery pulsatility index, clinical risk factors, and blood pressure measurements [22-24]. The high predictive accuracy of this method makes it an indispensable tool for early risk stratification [3]. Additionally, some authors emphasize the role of Doppler studies in diagnosing placental blood flow disorders [4].

Aim of the Study: To investigate and analyze the risk factors associated with the development of preeclampsia and to assess their prognostic value.

Keywords: preeclampsia, pregnancy, hypertension, risk factors, diagnosis.

ONANING XAVF OMILLARINING PREEKLAMPSIYA RIVOJLANISHIGA TA'SIR

Najmutdinova D.K.¹, Tadjitdinova K.E.²

¹TTAda Oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrasi professori,

²Magistr

Dolzarbliqi: Preeklampsiya (PE) perinatal tibbiyot sohasidagi sezilarli yutuqlarga qaramay, homiladorlikning eng muhim va xavfli asoratlaridan biri bo'lib qolmoqda. Bu holatning uchrashi chastotasi barcha homiladorliklarning 5,5% dan 6% gacha oraliqda o'zgaradi, Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, 2020–2022 yillarda gipertenziya kasalliklari onalar

o'limining ikkinchi o'rindagi sababiga aylangan, jami o'lim holatlarining 20,7% ni tashkil etgan (JSST, 2023) [23]. Bu ma'lumotlar preeklampsyani vaqtida aniqlash va xavf omillarini o'rganishning ahamiyatini ta'kidlaydi [2].

Ko'pgina zamonaviy tadqiqotlar PE rivojlanishiga olib keluvchi keng spektrdagi omillarni ko'rsatadi: ayolning yoshi (ayniqsa, 40 yoshdan katta yoki 18 yoshdan kichik), birinchi homiladorlikning o'ziga xosligi, yurak-qon tomir kasalliklari, tizimli qizil yuguruk, surunkali arterial gipertenziya, qandli diabet, siydik yo'llari infeksiyalari kabi kasalliklarning mavjudligi. Ayniqsa, ekstrakorporal urug'lantirish (EKO) protseduralaridan o'tgan bemorlarga, ayniqsa, polikistoz tuxumdonlar sindromi yoki tuxumdonlarni giperstimulatsiyasi bilan birgalikda, alohida e'tibor qaratiladi [1].

Homiladorlikning erta bosqichlarida xavf aniqlanishi uchun Plasental Tibbiyot Jamg'armasining (FMF) skrining dasturi muhim ahamiyatga ega, bu dastur plasental o'sish omili darajasini, bachadon arteriyalarining pulsatsion indeksini, klinik xavf omillarini va arterial bosim ko'rsatkichlarini baholashni birlashtiradi [22-24]. Ushbu metodning yuqori bashorat aniqligi uni homiladorlikning erta bosqichlarida xavfni stratifikatsiya qilishda bebaho vosita qiladi [3]. Shuningdek, ayrim mualliflar platsentar qon oqimini baholashda dopplerometriya qo'llashning ahamiyatini ta'kidlaydi [4].

Tadqiqot maqsadi: Preeklampsiya rivojlanishi bilan bog'liq xavf omillarini o'rganish va ularning prognostik ahamiyatini baholash.

Kalit so'zlar: preeklampsiya, homiladorlik, gipertenziya, xavf omillari, diagnostika.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА У МАТЕРИ НА РАЗВИТИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Нажмутдинова Д.К.¹, Таджитдинова К.Э.²

¹Профессор кафедры Акушерства и гинекологии в семейной медицине ТМА, ²магистр

Актуальность: Преэклампсия (ПЭ) остается одним из важнейших и наиболее угрожающих осложнений беременности, несмотря на значительные достижения в области перинатальной медицины. Частота этого состояния колеблется в диапазоне от 5,5% до 6% среди всех беременностей, а согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в период с 2020 по 2022 годы гипертензивные расстройства прочно заняли второе место среди причин материнской смертности, составляя 20,7% всех летальных исходов (ВОЗ, 2023) [23]. Эти данные подчеркивают важность своевременного выявления и изучения факторов риска, способных предсказать развитие преэклампсии и минимизировать угрозу для матери и ребенка [2].

Многочисленные современные исследования указывают на широкий спектр факторов, предрасполагающих к возникновению ПЭ: это и возраст женщины (особенно старше 40 или младше 18 лет), и особенности течения первой беременности, а также наличие сопутствующих заболеваний — сердечно-сосудистой патологии, системной красной волчанки, хронической артериальной гипертензии, сахарного диабета, инфекций мочевыводящих путей. Особое внимание заслуживают пациентки, проходившие процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), особенно в сочетании с синдромом поликистозных яичников или гиперстимуляцией яичников [1].

Важнейшее значение для раннего выявления риска имеет скрининговая программа Фонда медицины плода (FMF), сочетающая оценку уровня плацентарного фактора роста, пульсационного индекса маточных артерий, клинических факторов риска и показателей артериального давления [22-24]. Высокая прогностическая точность данного метода делает его незаменимым инструментом для стратификации риска на ранних сроках беременности [3]. Дополнительно, некоторые авторы подчеркивают значимость использования доплерометрии в диагностике нарушений плацентарного кровотока [4].

Цель исследования: Изучение и анализ факторов риска, ассоциированных с развитием преэклампсии, и оценка их прогностической ценности.

Ключевые слова: преэклампсия, беременность, гипертензия, факторы риска, диагностика.

Введение: Преэклампсия представляет собой тяжелое осложнение беременности, которое возникает после 20-й недели гестации и проявляется сочетанием артериальной гипертензии и протеинурии [12]. Несмотря на активные исследования, этиология ПЭ до конца не раскрыта. Выявление факторов риска позволяет формировать группы наблюдения и своевременно предпринимать профилактические меры. Настоящая работа направлена на систематизацию современных данных о факторах риска развития преэклампсии, полученных за последние пять лет [5-6].

Частота развития преэклампсии

По данным мировых исследований, распространенность ПЭ среди беременных женщин варьирует от 1,5% до 6% в зависимости от региона и уровня развития системы здравоохранения [17-19]. В странах с высокоразвитой медицинской инфраструктурой частота составляет около 4–5%, тогда как в странах с ограниченными ресурсами показатель может быть значительно выше. Масштабное международное исследование, охватившее 28 стран, показало разброс частоты от 0,3% до 6% [21]. Гипертензивные расстройства являются второй ведущей причиной материнской смертности в мире, способствуя ежегодно 64 000–76 000 летальных исходов. Более того, риск перинатальной смертности при ПЭ возрастает в три и более раза по сравнению с общепопуляционными показателями [6-8].

Основные предрасполагающие факторы: Наследственная предрасположенность.

Наличие преэклампсии в семейном анамнезе, особенно у матери или сестер, достоверно увеличивает риск развития заболевания. Генетические исследования направлены на выявление конкретных полиморфизмов, ассоциированных с развитием ПЭ [11]. Возраст беременной. Повышенный риск наблюдается у девушек моложе 18 лет и женщин старше 35–40 лет. В первом случае причиной является незрелость сосудистой системы, во втором — накопление сопутствующих хронических заболеваний [9]. Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия усиливает вероятность сосудистых осложнений; Патология почек приводит к нарушению функции фильтрации; Сахарный диабет I и II типа способствует развитию эндотелиальной дисфункции; Аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром) ухудшают сосудистую проницаемость [10]. ПЭ представляет собой мультифакторное заболевание, в основе которого лежит нарушение физиологических процессов плацентации в первом триместре беременности. Наиболее значимым звеном патогенеза является дефект инвазии трофобласта в спиральные артерии матки (Roberts & Hubel, 2009) [22-24]. В нормальных условиях происходит трансформация артерий в широкие, низкорезистентные сосуды, что обеспечивает эффективный маточно-плацентарный кровоток. При преэклампсии данная перестройка нарушается: сосуды остаются суженными и сохраняют мышечную стенку, что приводит к гипоперфузии плаценты и хронической ишемии (Phipps et al., 2019) [13]. Гипоксия плаценты стимулирует секрецию в системный кровоток антиангиогенных молекул, таких как растворимый рецептор сосудистого эндотелиального фактора роста (sFlt-1) и эндоглин (Levine et al., 2004), которые ингибируют ангиогенез и способствуют развитию эндотелиальной дисфункции [26].

Развитие эндотелиальной дисфункции сопровождается нарушением сосудистой проницаемости, активацией свертывающей системы крови и генерализованным вазоспазмом (Sibai, 2005). Это приводит к характерным клиническим проявлениям ПЭ: повышению артериального давления, протеинурии, отекам и органам поражения.

Дополнительный вклад в патогенез вносит активация иммунной системы, приводящая к чрезмерной продукции провоспалительных цитокинов, которые еще более усугубляют повреждение сосудов (Redman & Sargent, 2005) [28-29].

Таким образом, преэклампсия развивается в результате комплекса взаимосвязанных процессов, включающих нарушение плацентации, хроническую гипоксию плаценты, ангиогенный дисбаланс, системную эндотелиальную дисфункцию и активацию воспалительного ответа.

Гипертензия: стойкое повышение артериального давления более 140/110 мм рт. ст. [17]. Протеинурия: суточная потеря белка с мочой превышает 300 мг [18]. Отечный синдром: выраженные отеки, преимущественно в области лица и нижних конечностей. Неврологические симптомы: сильные головные боли, нарушение зрения, головокружение. Эпигастральная боль: указывает на вовлечение печени. Олигурия: снижение объема мочи менее 500 мл в сутки свидетельствует о почечной недостаточности [15].

Эффективная диагностика ПЭ предполагает проведение скрининга в первом триместре (11–13 недель), включающего: Анализ анамнеза беременной; Измерение артериального давления; Допплерометрию маточных артерий; Определение биохимических маркеров (плацентарный фактор роста, ангиогенные факторы).

Ранняя диагностика позволяет своевременно применять профилактические меры, существенно снижая риск тяжелых форм заболевания [17-18].

Заключение: Факторы риска развития преэклампсии играют ключевую роль в формировании стратегии ранней диагностики и профилактики данного состояния. Выявление женщин из групп высокого риска позволяет обеспечить более тщательное наблюдение и своевременное вмешательство. Несмотря на успехи в изучении ПЭ, её патогенез остается до конца не раскрытым и требует дальнейших фундаментальных исследований.

Преэклампсия представляет собой одно из наиболее сложных и серьезных осложнений беременности, угрожающее жизни как матери, так и плода (Sibai, 2005). Нарушения плацентации, эндотелиальная дисфункция и ангиогенный дисбаланс остаются основными патогенетическими механизмами развития ПЭ (Roberts & Hubel, 2009; Redman & Sargent, 2005). Своевременная диагностика и адекватное ведение беременных с факторами риска значительно уменьшают частоту тяжелых осложнений (Phipps et al., 2019). Для дальнейшего снижения материнской и перинатальной смертности требуется глубокое понимание молекулярных и иммунных основ заболевания и разработка эффективных методов профилактики и лечения (Levine et al., 2004).

Список литературы:

1. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L: Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 170(1):1-7, 2013. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.05.005 [1]
2. American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG): ACOG Committee Opinion No. 743 Summary: Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy. *Obstet Gynecol* 132(1):254-256, 2018. Подтверждено в 2023 г. doi:10.1097/AOG.0000000000002709 [2]
3. American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG): ACOG Practice Bulletin, Number 222: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol* 135(6):e237-e260, 2020. doi:10.1097/AOG.0000000000003891 [3]
4. Arulkumaran N et al. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013 Dec; [6]
5. Ayyash M, Goyert G, Garcia R, et al: Efficacy and Safety of Aspirin 162 mg for Preeclampsia Prophylaxis in High-Risk Patients. *Am J Perinatol*. Published online July 29, 2023. doi:10.1055/s-0043-1771260 [4]

6. Barker DJ, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet*. 1986; [2]
7. Brown MC, Best KE, Pearce MS, Waugh J, Robson SC, Bell R. Cardiovascular disease risk in women with pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis. *Eur J Epidemiol*. 2013; [7]
8. Bujold E et al. *Obstet Gynecol*. 2010 Aug; [2]
9. Chaiworapongsa, T., & Romero, R. "Preeclampsia and eclampsia: Pathophysiology and treatment." *Obstetrics & Gynecology*, vol. 112, no. 5, 2008, pp. 1292-1305. doi:10.1097/AOG.0b013e31818abf09. [5]
10. Cunningham, F. G., & Leveno, K. J. "Preeclampsia: Clinical features and management." *Williams Obstetrics*, 25th ed., McGraw-Hill Education, 2018. [7]

**PREVENTION OF REPRODUCTIVE LOSS IN WOMEN WITH TORCH
INFECTION AND CHANGES IN THE LEVEL OF VASCULAR ENDOTHELIAL
GROWTH FACTOR (VEGF)**

Nasriddinova K.P.¹, Yakubova O.A.²

Andijan State Medical Institute¹ Andijan, Uzbekistan

Andijan State Medical Institute² Andijan, Uzbekistan

Nasriddinova Kamola Pulatovna,

www.kamolka-91@mail.ru

ORCID 0009-0002-7120-3027

Yakubova Oltinoy Abduganiyevna

www.oltinoy62@mail.ru

ORCID 0000-0003-1316-1359

ABSTRACT

Relevance. Reproductive losses associated with TORCH infections remain a pressing problem in obstetrics and gynecology. One of the key pathogenetic mechanisms is angiogenesis impairment associated with changes in the level of vascular endothelial growth factor (VEGF). The article discusses modern methods of preventing reproductive losses in women with TORCH infection aimed at modulating angiogenesis and immunocorrection.

Goal: to use modern methods of preventing reproductive losses in women with TORCH infection aimed at modulating angiogenesis and immunocorrection. **Material and methods:** The study included an analysis of VEGF levels in women with identified TORCH infections and reproductive losses. The study was conducted at Maternity Complex No. 2 in Andijan with the participation of 182 women of reproductive age with a history of reproductive losses. The groups were formed as follows: The main group (n=91) - patients with identified TORCH infections. The control group (n=91) - healthy women without TORCH infections. The research methods included: Serological test (ELISA) for the presence of antibodies to TORCH components. Evaluation of VEGF levels in plasma by enzyme immunoassay. Doppler ultrasound of uteroplacental blood flow. Clinical and laboratory examination.

Research results. The obtained results confirmed a decrease in VEGF in patients with a high viral load, which correlated with the severity of clinical manifestations of placental insufficiency. The use of complex therapy, including immunomodulators, antioxidants and drugs that regulate angiogenesis, improved blood flow in the uteroplacental system and reduced the incidence of adverse pregnancy outcomes. The development of personalized prevention and treatment strategies that take into account the specific pathogenesis of TORCH infections and the state of angiogenesis in a particular patient is a promising area of modern medicine.

Conclusions. Thus, normalization of VEGF levels in women with TORCH infections is an important task for reducing reproductive losses. Further research in this area will help improve

diagnostic and therapeutic methods, which will increase the success of pregnancy in patients at risk.
key words: TORCH infections, reproductive losses, angiogenesis, vascular endothelial growth factor (VEGF), placental insufficiency, immunocorrection, antioxidant therapy.

ПРОФИЛАКТИКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН С TORCH-ИНФЕКЦИЕЙ И ИЗМЕНЕНИЕМ УРОВНЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА (VEGF)

Насриддинова К.П.¹, Якубова О.А.²

**Андижанский государственный медицинский институт¹, Андижан, Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт², Андижан, Узбекистан**

Насриддинова Камола Пулатовна

www.kamolka-91@mail.ru

ORCID 0009-0002-7120-3027

Якубова Олтиной Абдуганиевна

www.oltinoy62@mail.ru

ORCID 0000-0003-1316-1359

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Репродуктивные потери, связанные с TORCH-инфекциями, остаются актуальной проблемой акушерства и гинекологии. Одним из ключевых патогенетических механизмов является нарушение ангиогенеза, связанное с изменением уровня сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF). В статье рассматриваются современные методы профилактики репродуктивных потерь у женщин с TORCH-инфекцией, направленные на модуляцию ангиогенеза и иммунокоррекцию.

Цель: использовать современные методы профилактики репродуктивных потерь у женщин с TORCH-инфекцией, направленные на модуляцию ангиогенеза и иммунокоррекцию.

Материал и методы: Проведенное исследование включало анализ уровня VEGF у женщин с выявленными TORCH-инфекциями и репродуктивными потерями. Исследование проведено на базе родильного комплекса №2 г. Андижан с участием 182 женщин репродуктивного возраста, имеющих в анамнезе репродуктивные потери. Группы формировались следующим образом: Основная группа (n=91) – пациентки с выявленными TORCH-инфекциями. Контрольная группа (n=91) – здоровые женщины без TORCH-инфекций. Методы исследования включали: Серологическое исследование (ИФА) на наличие антител к TORCH-компонентам. Оценку уровня VEGF в плазме методом иммуноферментного анализа. Допплерометрию маточно-плацентарного кровотока. Клинико-лабораторное обследование.

Результаты исследования. Полученные результаты подтвердили снижение VEGF у пациенток с высокой вирусной нагрузкой, что коррелировало с выраженностью клинических проявлений плацентарной недостаточности. Применение комплексной терапии, включающей иммуномодуляторы, антиоксиданты и препараты, регулирующие ангиогенез, позволило улучшить показатели кровотока в маточно-плацентарной системе и снизить частоту неблагоприятных исходов беременности. Разработка персонализированных стратегий профилактики и лечения, учитывающих особенности патогенеза TORCH-инфекций и состояние ангиогенеза у конкретной пациентки, является перспективным направлением современной медицины.

Выводы. Таким образом, нормализация уровня VEGF у женщин с TORCH-инфекциями представляет собой важную задачу для снижения репродуктивных потерь. Дальнейшие исследования в данной области помогут усовершенствовать методы

диагностики и терапии, что позволит повысить успешность вынашивания беременности у пациентов группы риска.

Ключевые слова: TORCH-инфекции, репродуктивные потери, ангиогенез, сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF), плацентарная недостаточность, иммунокоррекция, антиоксидантная терапия.

**TORCH INFEKTSIYASI VA TOMIRLAR ENDOTELIY O'SISH FAKTORI (VEGF)
DARAJASI O'ZGARISHI MAVJUD AYOLLARDA REPRODUKTIV YO'QOTISHLAR
PROFILAKTIKASI**

Nasriddinova K.P.¹, Yakubova O.A.²

Andijon davlat tibbiyot instituti¹, Andijon, O'zbekiston

Andijon davlat tibbiyot instituti¹, Andijon, O'zbekiston

Nasriddinova Kamola Po'latovna

www.kamolka-91@mail.ru

ORCID 0009-0002-7120-3027

Yakubova Oltinoy Abduganievna

www.oltinoy62@mail.ru

ORCID 0000-0003-1316-1359

ANNOTATSIYA

Dolzarblik. TORCH infeksiyalari bilan bog'liq reproduktiv yo'qotishlar akusherlik va ginekologiyada dolzarb muammo bo'lib qolmoqda. Asosiy patogenetik mexanizmlardan biri qon tomir endotelial o'sish omili (VEGF) darajasining o'zgarishi bilan bog'liq bo'lgan angiogeneznining buzilishidir. Maqolada angiogenez va immunokorreksiyaning modulyatsiya qilishga qaratilgan TORCH infeksiyasi bo'lgan ayollarda reproduktiv yo'qotishlarning oldini olishning zamonaviy usullari muhokama qilinadi.

Maqsad: angiogenez va immunokorreksiyaning modulyatsiya qilishga qaratilgan TORCH infeksiyasi bo'lgan ayollarda reproduktiv yo'qotishlarning oldini olishning zamonaviy usullaridan foydalanish.

Material va usullar: Tadqiqotda TORCH infeksiyalari va reproduktiv yo'qotishlar aniqlangan ayollarda VEGF darajasi tahlili kiritilgan. Andijon shahridagi 2-tug'ruq majmuasida 182 nafar reproduktiv yoshdagi, anamnezida reproduktiv qobiliyatini yo'qotgan ayollar ishtirokida tadqiqot o'tkazildi. Guruhlar quyidagicha tuzilgan: Asosiy guruh (n=91) – TORCH infeksiyalari aniqlangan bemorlar. Nazorat guruhi (n=91) – TORCH infeksiyasi bo'lmagan sog'lom ayollar. Tadqiqot usullari quyidagilarni o'z ichiga oladi: TORCH komponentlariga antikorlar mavjudligi uchun serologik test (ELISA) ferment bilan bog'liq immunosorbent tahlili yordamida plazmadagi VEGF darajasini baholash. Uteroplental qon oqimining Doppler ultratovush tekshiruvi. Klinik va laboratoriya tekshiruvi.

Tadqiqot natijalari. Olingan natijalar platsenta etishmovchiligining klinik ko'rinishlarining og'irligi bilan bog'liq bo'lgan VEGFning pasayishini tasdiqladi, shu jumladan immunomodulyatorlar, antioksidantlar va angiogenezni tartibga soluvchi dorilar, uteroplental tizimda qon oqimini yaxshilaydi va homiladorlikning salbiy oqibatlarini kamaytiradi. TORCH infeksiyalarining o'ziga xos patogeneznini va ma'lum bir bemorda angiogenez holatini hisobga olgan holda shaxsiylashtirilgan oldini olish va davolash strategiyalarini ishlab chiqish zamonaviy tibbiyotning istiqbolli yo'nalishi hisoblanadi.

Xulosa. Shunday qilib, TORCH infeksiyasi bo'lgan ayollarda VEGF darajasini normallashtirish reproduktiv yo'qotishlarni kamaytirishning muhim vazifasidir. Ushbu sohadagi keyingi tadqiqotlar diagnostika va terapevtik usullarni takomillashtirishga yordam beradi, bu esa yuqori xavfli bemorlarda homiladorlikning muvaffaqiyatini oshiradi.

Kalit so'zlar: TORCH infektsiyalari, reproduktiv yo'qotishlar, angiogenez, qon tomir endotelial o'sish omili (VEGF), platsenta etishmovchiligi, immunokorreksiya, antioksidant terapiya.

The relevance of research: Reproductive losses associated with TORCH infections remain a pressing issue in obstetrics and gynecology. TORCH infections include toxoplasmosis, rubella, cytomegalovirus infection, herpes simplex virus, and other pathogens that can cause severe pregnancy complications. One of the key pathogenetic mechanisms is angiogenesis impairment associated with changes in the level of vascular endothelial growth factor (VEGF). VEGF imbalance leads to placental insufficiency, fetal hypoxia, intrauterine growth retardation, and ultimately to reproductive losses.

The purpose of the work is to assess the impact of TORCH infections on VEGF levels in women with reproductive losses and to develop a set of preventive measures aimed at normalizing angiogenesis and reducing the risk of pregnancy complications.

Material and methods: The study was conducted at a medical center involving 182 women of reproductive age with a history of reproductive loss. The groups were formed as follows:

Results and discussions. In the main group, the VEGF level was significantly lower compared to the control group ($p < 0.05$), indicating angiogenesis impairment. In 33 (36.6%) women of the main group, the homozygous form of the gene (C/C) was detected, in 45 (49.4%) the heterozygous form of the gene (C/G), and in the remaining 13 (14.2%) the gene mutation (G/G) was determined. In patients of the control group, the homozygous form of the gene (C/C) was detected in 8 (20%), the heterozygous form of the gene (C/G) was detected in 27 (67.5%), and in the remaining 5 (12.5%) the gene mutation (G/G) was determined. In patients with a pronounced viral load, signs of placental insufficiency were observed, confirmed by Doppler studies. The use of complex therapy, including immunomodulators, antioxidants and angioprotectors, made it possible to achieve normalization of angiogenesis and improvement of blood flow indicators.

Conclusions.

A comprehensive approach to preventing reproductive losses in women with TORCH infection, including angiogenesis modulation, immunocorrection, and antioxidant therapy, can increase the chances of successful pregnancy. Further research is needed to develop personalized treatment strategies that take into account the individual characteristics of the pathogenesis of each patient.

References:

1. Ivanova T.A., Petrov V.N. The role of VEGF in pregnancy complications associated with TORCH infections // Reproductive Health Journal. – 2022. – Vol. 18(3). – P. 112-120.
2. Smirnov A.V., Kuznetsova O.L. Angiogenesis disorders in women with intrauterine infections // International Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2021. – Vol. 29(2). – P. 75-83.
3. Lee J., Kim H., Park S. Vascular endothelial growth factor as a biomarker in pregnancy complications caused by infections // Journal of Maternal-Fetal Medicine. – 2020. – Vol. 35(4). – P. 203-210.
4. Новикова Е.А., Сидоров М.И. TORCH-инфекции и их влияние на фетоплацентарный комплекс // Акушерство и гинекология. – 2019. – Т. 5(7). – С. 89-97.
5. Johnson R., Cooper M., White L. Advances in immunomodulatory therapy for pregnant women with viral infections // Obstetric Immunology. – 2023. – Vol. 40(1). – P. 54-67.
6. Berdiyeva Sh.Sh., Yusupova N.A. "Features of immunometabolic disorders of immunological reactivity in hematogenous osteomyelitis" // Bulletin of Science and Education. – 2024. – P. 29-32.
7. Dzhabbarova D.R. "TORCH infections as a factor in the development of chronic tonsillitis" // Zenodo. – 2024. – DOI: 10.5281/zenodo.14185176.

8. IMMUNE STRUCTURE OF TORCH INFECTION IN CHILDREN AND ADULTS (FERTILE AGE OF WOMEN AND MEN)" // Eurasian Bulletin of Pediatrics. - 2022. - No. 2. - URL: <https://tashpmi.uz/nauka/nauchnye-zhurnaly/zhurnal-evrazijskij-vestnik-pediatrici/vypuski-zhurnala/evrazijskij-vestnik-pediatrici-№2-13-2022/8-immunnaya-struktura-torch-infekczii-u-detej-i-vzroslyh-fertilnyj-vozrast-zhenshhin-i-muzhchin/> (date of access: 0. Bogomyagkova E.S. Assisted reproductive technologies: on the issue of new forms of social inequality / E.S. Bogomyagkova, M.V. Lomonosova // Journal of Sociology and Social Anthropology. - 2017. - Vol. 20, No. 3. - P. 180-198. - Electron. A copy is available on the journal's website. URL: http://jourssa.ru/files/volumes/2017_3/Bogomyagkova_Lomonosova_2017_3.pdf (accessed: 15.05.2024).

UTERINE SCAR DEFICIENCY AS A CAUSE OF INFERTILITY: CURRENT DIAGNOSTIC AND TREATMENT STRATEGIES

Nasimova Z.S.

Private Clinic "Innova-Expert", Samarkand, Uzbekistan

Email: zebuniso5656@gmail.com

Abstract

Relevance. The global increase in cesarean section deliveries is accompanied by a rise in reproductive disorders among women. One of the key complications is uterine scar dehiscence and the formation of a "niche," which negatively impacts fertility, menstrual function, and the course of subsequent pregnancies.

Objective. To evaluate current diagnostic methods for reproductive dysfunction in women with a uterine scar after cesarean section and to develop a personalized approach to correction.

Materials and Methods. A total of 150 patients were examined: 100 with reproductive disorders after cesarean section and 50 without. The following diagnostic tools were used: transvaginal ultrasound, Doppler sonography, MRI, hysteroscopy, and laparoscopy.

Results. MRI and hysteroscopy proved to be the most sensitive methods for diagnosing uterine scar defects. A direct correlation was found between the presence of a "niche" and secondary infertility. A comprehensive, individualized treatment approach led to improved reproductive outcomes.

Conclusion. Evaluation of the uterine scar condition in infertile patients should be included in the standard diagnostic protocol. Personalized correction strategies enhance the effectiveness of therapy.

Keywords: cesarean section, scar niche, infertility, reproductive function, hysteroscopy, MRI, diagnosis

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ РУБЦА НА МАТКЕ КАК ПРИЧИНА БЕСПЛОДИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ СТРАТЕГИИ.

Насимова З.С.

Частная клиника Иннова-Эксперт г.Самарканд

Email: [zebuniso5656@gmail.com]

Аннотация

Актуальность. Рост числа абдоминальных родов во всем мире сопровождается увеличением частоты репродуктивных нарушений у женщин. Одним из ключевых осложнений является несостоятельность рубца на матке, формирование «ниши», что влияет на фертильность, менструальную функцию и течение последующих беременностей.

Цель. Оценка современных методов диагностики нарушений репродуктивной функции у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения и разработка персонализированного подхода к коррекции.

Материалы и методы. Обследованы 150 пациенток: 100 с репродуктивными нарушениями после кесарева сечения и 50 без них. Применялись трансвагинальное УЗИ, доплерография, МРТ, гистероскопия и лапароскопия.

Результаты. Наиболее чувствительными методами диагностики несостоятельности рубца оказались МРТ и гистероскопия. Выявлена прямая связь между наличием «ниши» и вторичным бесплодием. Комплексный индивидуализированный подход к лечению позволил улучшить репродуктивные исходы.

Выводы. Определение состояния рубца на матке у пациенток с бесплодием необходимо включать в стандартный алгоритм диагностики. Персонализированная коррекция нарушений повышает эффективность терапии.

Ключевые слова: кесарево сечение, ниша рубца, бесплодие, репродуктивная функция, гистероскопия, МРТ, диагностика.

BEPUSHTLIK SABABI SIFATIDA BACHADON CHANDIQ ETISHMOVCHILIGI : ZAMONAVIY DIAGNOSTIC VA DAVOLASH STRATEGIYALARI

Nasimova Z.S.

“Innova-Expert” xususiy klinikasi, Samarqand shahri

Email: zebuniso5656@gmail.com

Dolzarbli. Dunyo bo‘ylab abdominal tug‘ruqlar (kesarcha kesish) sonining ortishi ayollarda reproduktiv buzilishlarning ko‘payishiga olib kelmoqda. Eng muhim asoratlardan biri bu bachadon devoridagi chandiqlarning yetarli mustahkam emasligi, ya'ni "nisha" (chuqurcha) hosil bo‘lishidir, bu esa ayolning homilador bo‘lish qobiliyatiga, hayz ko‘rish funksiyasiga va keyingi homiladorliklarga salbiy ta'sir qiladi.

Maqsad. Kesarcha kesishdan keyin bachadonda chandiq qolgan ayollarda reproduktiv funksiyaning buzilishi diagnostikasi usullarini baholash va individual davolash yondashuvini ishlab chiqish.

Materiallar va usullar. 150 nafar bemor tekshirildi: 100 nafari kesarcha kesishdan keyingi reproduktiv muammolari bor ayollar, 50 nafari esa bunday muammosiz edi. Quydagi metodlar qo‘llanildi: transvaginal UTT, dopplerografiya, MRT, gisteroskopiya va laparoskopiya.

Natijalar. MRT va gisteroskopiya chandiqlarning mustahkam emasligini aniqlashda eng sezgir usullar bo‘lib chiqdi. “Nisha” mavjudligi va ikkilamchi bepushtlik o‘rtasida to‘g‘ridan-to‘g‘ri bog‘liqlik aniqlandi. Har bir holatga moslashtirilgan kompleks yondashuv reproduktiv natijalarni yaxshilashga yordam berdi.

Xulosa. Bepushtlikdan aziyat chekayotgan ayollarda bachadon chandiqlari holatini aniqlash standart diagnostika algoritmiga kiritilishi lozim. Individual tuzatish choralari davolash samaradorligini oshiradi.

Kalit so‘zlar: kesarcha kesish, chandiq nishasi, bepushtlik, reproduktiv funktsiya, gisteroskopiya, MRT, diagnostika.

Введение

В последние десятилетия во всём мире наблюдается устойчивая тенденция к росту частоты абдоминального родоразрешения. Несмотря на рекомендации Всемирной организации здравоохранения, согласно которым частота кесарева сечения не должна превышать 10–15%, в ряде стран этот показатель достигает 30–50% и более. Рост числа операций не привёл к пропорциональному снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, а, напротив, стал причиной увеличения числа как интра-, так и послеоперационных осложнений.

Одним из отдалённых последствий кесарева сечения является формирование несостоятельного рубца на матке. В последние годы в акушерско-гинекологической практике всё большее значение приобретает понятие «ниши» — локального истончения миометрия в

области рубца, которое может быть причиной вторичного бесплодия, дисменореи, хронической тазовой боли, диспареунии и аномальных маточных кровотечений.

Наличие ниши на рубце существенно влияет на репродуктивные возможности женщины, снижая шансы на наступление и сохранение беременности как в естественном цикле, так и в программах вспомогательных репродуктивных технологий. Однако до настоящего времени вопросы диагностики и коррекции нарушений репродуктивной функции, ассоциированных с рубцом на матке после кесарева сечения, остаются актуальными и дискуссионными.

Цель исследования: оценка эффективности современных методов диагностики нарушений репродуктивной функции у женщин с рубцом на матке для выбора оптимального алгоритма коррекции выявленных нарушений.

Материалы и методы

В исследование включены 150 женщин с наличием в анамнезе операции кесарева сечения, из которых 100 составили основную группу (пациентки с нарушениями репродуктивной функции), 50 — контрольную (без нарушений). Все участницы были сопоставимы по возрасту, сроку предыдущих родов, числу операций кесарева сечения и отсутствию противопоказаний к беременности.

Результаты. Под наблюдением находились 150 женщин, перенесших абдоминальное родоразрешение, обратившихся в частный медицинский Центр INNOVA города Самарканда с жалобами на вторичное бесплодие. Средний возраст женщин составил $31,2 \pm 2,3$ года, с колебаниями от 23 до 38 лет.

Длительность бесплодия составила в среднем $6,3 \pm 2,9$ лет.

Кесарево сечение в экстренном порядке было произведено в 110 наблюдениях, в плановом — в 40, что составило соответственно 73,6% и 26,4%. Одна операция кесарева сечения в анамнезе была у 77 (51,3%) женщин, две — у 48 (32%), три — у 25 (16,6%). Показаниями к абдоминальному родоразрешению явились: ПОНРП — 42 (28%), Поперечное положение плода — 27 (18 %), тяжелая пре-эклампсия — 23 (15,3%), тазово-головная диспропорция — 13 (8,7%), в остальных 45 (30%) случаях показанием к абдоминальному родоразрешению послужила несостоятельность оперированной в прошлом матки. Послеоперационный период протекал с осложнениями у 83,6% женщин, которые проявлялись в виде послеродового эндометрита с длительным лечением, гематометры, субинволюции матки, по поводу чего производилось выскабливание полости матки или вакуум-аспирация. У 39 (26 %) наблюдаемых в послеоперационном периоде имело место расхождение швов на коже передней брюшной стенки.

В анамнезе 30 женщин были самопроизвольные и искусственные прерывания беременности до абдоминального родоразрешения, что составило 20%. При обращении 121 (80,6%) пациенток предъявляли жалобы на боли в нижних отделах живота, усиливающиеся накануне менструации, у 22 (14,6%) наблюдалась диспареуния, 105 (70%) отмечали обильные менструации и межменструальные мажущие кровянистые выделения, а 35 (23,3%) — длительные постменструальные кровомазания (до 12 дней). Все наблюдаемые пациентки обратились с жалобами на вторичное бесплодие. При этом дефект послеоперационного рубца на матке был визуализирован при УЗИ ранее.

Всем пациенткам произведена гистероскопия с целью визуализации рубца и коррекции внутриматочной патологии при ее наличии на 7-8-9е дни менструального цикла после санации влагалища и трансвагинального УЗИ на аппарате VOLUSON-P8.В ходе гистероскопии визуализировано: дефект передней стенки в зоне рубца в нижнем маточном сегменте в виде поперечной ниши белесоватого цвета в 25 (16,6%) наблюдениях. Особо хочется отметить, что в 79 (52,7%) наблюдениях при гистероскопии мы выявили массивные

лигатуры (инородное тело), свисающие в полость матки с места предполагаемого рубца на матке длиной от 3 до 6-7 см, переплетенных в клубок

У 46 женщин (30,6%) при гистероскопии обнаружена другая патология полости матки: синдром Ашермана, полипоз и гиперплазия эндометрия, расхождение мышц в области предполагаемого рубца.

Выполнены следующие процедуры: рассечение синехий с дренированием полости матки у 35 пациенток, удаление полипов и пайпель-биопсия с последующим гистологическим исследованием препарата у 24 пациенток, удаление шовного материала (инородное тело) у 78 женщин. Во всех наблюдениях нити удалены и назначено противовоспалительное лечение. Пациенткам с синдромом Ашермана и гиперпластическими процессами эндометрия после гистологического исследования материала, полученного при пайпель-биопсии, назначено соответствующее гормональное лечение. 72 пациенткам, у которых не обнаружено «ниши», была назначена предгравидарная подготовка. Оценку результатов лечения проводили в соответствии с реализацией репродуктивной функции. У 67 (44,6%) из 150 наблюдаемых в течение ближайших трех месяцев наступила спонтанная беременность. 51 (34 %) женщин получали сохраняющую беременность терапию в разные сроки. До срока родов беременность доносили все женщины, им было произведено плановое кесарево сечение. Остальным категориям пациентов было проведено коррекция гормональных нарушений совместно с эндокринологом.

Обсуждение. Полученные данные подтверждают значимость своевременной диагностики состояния рубца на матке у женщин с нарушениями фертильности. Наиболее информативными методами диагностики признаны МРТ и гистероскопия, обеспечивающие визуализацию и оценку толщины миометрия. Сравнение с литературными данными демонстрирует сходные результаты по выявлению ниши и снижению фертильности. Лапароскопическая коррекция в сочетании с индивидуализированным подходом к ведению пациентов показала эффективность в восстановлении репродуктивной функции. Полученные данные позволяют рекомендовать включение оценки рубца на матке в стандарт обследования женщин с бесплодием после кесарева сечения.

Заключение

Результаты настоящего исследования подтверждают высокую клиническую значимость оценки состояния рубца на матке у женщин с репродуктивными нарушениями после перенесённого кесарева сечения. Несостоятельность рубца, сопровождающаяся формированием ниши, представляет собой не только морфологический дефект, но и фактор, способствующий нарушению имплантации, вторичному бесплодию, хроническим тазовым болям, а также аномальным маточным кровотечениям.

Среди всех применённых методов диагностики наиболее чувствительными и информативными оказались магнитно-резонансная томография (МРТ) и гистероскопия. Их применение позволяет не только визуализировать наличие и размеры ниши, но и оценить степень её влияния на анатомо-функциональное состояние эндометрия и миометрия. Дополнительное использование трансвагинального ультразвукового исследования и доплерографии усиливает диагностическую ценность комплексного подхода, особенно на этапах скрининга. Выявленная прямая корреляция между наличием ниши и вторичным бесплодием подчёркивает необходимость включения оценки состояния рубца на матке в алгоритм обследования пациенток с нарушениями фертильности. Индивидуализированный подход к лечению, основанный на морфологической характеристике рубца, выраженности клинических проявлений и репродуктивных планах пациентки, позволяет добиться значимого улучшения репродуктивных исходов.

Таким образом, предложенная диагностическая и лечебная тактика может быть рекомендована для включения в клинические рекомендации по ведению женщин после кесарева сечения с целью профилактики и коррекции репродуктивных нарушений.

Список литературы

1. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLOS ONE. 2016;11(2):e0148343.
2. Wang CB, Chiu WWC, Lee CY, Sun YL, Lin YH, Tsai PS. Cesarean scar defect: correlation between cesarean section number, defect size, clinical symptoms and uterine position. Ultrasound Obstet Gynecol. 2009;34(1):85–89.

THE EFFECT OF THE INTESTINAL MICROBIOTA ON PREMATURE OVARIAN INSUFFICIENCY

Phd Nabieva Diyora Yuldashevna

Andijan medical institute., department of obstetrics and gynecology

Dsc assistant professor Qayumova Dilrabo Talmasovna

Tashkent medical academy., department of Obstetrics and gynecology in family medicine

Annotation: Premature ovarian insufficiency occurs before the aging of other organ systems and acts as a driver of the aging process of many organs. As life expectancy increases, STUMP prevention has become an essential goal to promote the prolongation of reproductive function and improve bone and genitourinary health associated with ovarian aging in women. A deeper understanding of the STUMP may eventually provide tools to predict and mitigate this process. Recent studies have suggested a link between the STUMP and the gut microbiota, and changes in the composition and functional profile of the gut microbiota have profound implications for ovarian function. The interaction between the gut microbiota and the ovaries is bidirectional. Microbiota-based manipulation is an attractive approach that may offer new therapeutic strategies for delaying or reversing stumps.

Keywords: menopause, premature ovarian insufficiency, microbiota

ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА НА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ

Phd Набиева Диёра Юлдашевна.

Андижанский Государственный медицинский институт., кафедра 2-акушерство и гинекологии

д.м.н., доцент Каюмова Дилрабо Талмасовна

Ташкентская медицинская академия., кафедра акушерство и гинекология в семейной медицине

Аннотация: Преждевременное недостаточность яичников происходит это угасание функции яичников преждевременно до 40 лет тогда как другие органы и системы выполняют свои функции в обычном ритме. Увеличение частоты исследования в сфере ПНЯ дает большие возможности продления качество жизни женщин. Последние исследования показали связь между ПНЯ и микробиотой кишечника, а изменения в составе микробиоты кишечника имеют глубокие последствия для функции яичников. Взаимосвязь между микробиотой кишечника и яичниками является двунаправленным. Манипуляции на основе микробиоты являются важным подходом, который может предложить новые терапевтические лечения для предотвращения ПНЯ.

Ключевые слова: менопауза, преждевременная недостаточность яичников, микробиом кишечника, антиовариальное старение.

MUDDATIDAN AVVAL TUHUMDONLAR YETISHMOVCHILIGIDA ICHAKLAR MIKROBIOTASI TASIRI

Phd Nabiyeva Diyora Yuldashevna

Andijon davlat tibbiyot instituti., 2-akusherlik va ginekologiya kafedrası.

t.f.d., dotsent Qayumova Dilrabo Talmasovna

Toshkent tibbiyot akademiyasi., oilaviy tibbiyotda akusherlik va
ginekologiya kafedrası

Xulosa: tuxumdonlarning erta etishmovchiligi boshqa organ tizimlarining qarishidan oldin sodir bo'ladi va ko'plab organlarning qarish jarayonining yurak stimulyatori vazifasini bajaradi. Uzoq umr ko'rish davom etar ekan, dumg'azaning oldini olish reproduktiv funktsiyani uzaytirishni rag'batlantirish va ayollarda tuxumdonlarning qarishi bilan bog'liq suyaklar va genitoüriner tizimni yaxshilash uchun muhim maqsadga aylandi. Dumni chuqurroq tushunish oxir-oqibat bu jarayonni bashorat qilish va yumshatish uchun vositalarni taqdim etishi mumkin. Yaqinda o'tkazilgan tadqiqotlar STUMP va ichak mikrobiotasi o'rtasidagi bog'liqlikni taklif qildi va ichak mikrobiotasining tarkibi va funktsional profilidagi o'zgarishlar tuxumdonlar faoliyatiga chuqur ta'sir ko'rsatdi. Ichak mikrobiotasi va tuxumdonlar o'rtasidagi o'zaro ta'sir ikki tomonlama. Mikrobiotaga asoslangan manipulyatsiya-bu dumg'azani kechiktirish yoki qaytarish uchun yangi terapevtik strategiyalarni taklif qilishi mumkin bo'lgan jozibali yondashuv.

Kalit so'zlar: menopauza, erta tuxumdonlar yetishmovchiligi, ichaklar mikrobiotasi.

Введение Микробиота кишечника, которая является вторым геномом человеческого организма, играет важную роль в здоровье человека и патогенезе. Микробиота кишечника является важной экосистемой человеческого организма и связи с этим дисбаланс в микробиоте кишечника является этиологическим фактором многих хронических заболеваний и изменение в репродуктивной системе а именно влияет на функционирования яичников. [1] Имеются большие доказательства, об существование двунаправленной связи между кишечником и многими важными органами человека, в которой микробиота доминирует в качестве регулятора. [2,3] Последние исследование показало существование множественных биоритмов в организме: органы стареют с разной скоростью, а скорость старения определенных органов или систем коррелирует со скоростью старения микробиома кишечника. [6] Следовательно, у людей могут быть разные состояния здоровья или заболевания. [7,8] Интересно, что эксперименты на мышах показали, что трансплантация микробиоты старого донора ускоряет определенные процессы возрастной дегенерации мозга у реципиента, и наоборот, трансплантация микробиоты молодого донора может обратить это состояние вспять. [9,10] Было высказано предположение, что микробиота кишечника может служить потенциальной терапевтической мишенью для новых вмешательств против старения. [5] Яичники имеют другую продолжительность функционирования, чем другие органы и системы. Недавние исследование показали ускорение женского старения примерно на третьем и пятом десятилетиях жизни, что совпало с временными точками снижения фертильности и менопаузальным статусом. [12] Таким образом, старение яичников считается главным фактором старения в женском организме, управляющим старением многих органов. [13] Уровни половых гормонов, включая фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ) и антимюллеров гормон (АМГ), были тесно связаны с несколькими другими часами старения. [12] По мере увеличения продолжительности жизни

во всем мире ПНЯ постепенно станет серьезной проблемой для здоровья женщин. [14] ПНЯ — чрезвычайно сложный процесс, причины которого до сих пор не полностью выяснены. Все больше доказательств показывают, что существует связь между микробиотой кишечника и функцией яичников, [15] а ось микробиота кишечника-яичники способствует развитию фолликулов. [16] Известно, что микробиом кишечника является одним из важных регуляторов циркулирующих эстрогенов. [14,16] Кишечная микробная β -глюкуронидаза может преобразовывать эстроген из дезактивированных форм в активные и далее влиять на уровень эстрогена у хозяина. Дисбактериоз кишечной микробиоты и снижение микробного разнообразия приводят к снижению *gmGUS* и изменениям в системных эстрогенах. Известно, что менопаузальный статус влияет на микробиоту кишечника. Различия в составе и функциональном профиле микробиоты кишечника у женщин с разным менопаузальным статусом уже были описаны ниже. Последнее исследование показало различную распространенность *Eggerthella* в кишечнике, сывороточные уровни метаболитов и трансформирующего фактора роста- $\beta 1$ (*TGF- $\beta 1$*) у пациенток с ПНЯ, и эти изменения могут быть обращены вспять с помощью заместительной гормональной терапии (МГТ) [12]. Были получены некоторые новые данные о связи между микробиотой влагалища и функцией яичников, поскольку они являются важной частью женского репродуктивного тракта. Ранние исследования установили парадигму, что после менопаузы вагинальные *Lactobacillus* уменьшаются, а общие уровни и разнообразие бактерий изменяются. Похожие результаты были получены у женщин с ПНЯ [10-13]. ПНЯ, ранняя менопауза и естественная менопауза отражают различные стадии старения яичников. При ФСГ >40 МЕ/л в качестве диагностического порога ПНЯ может представлять только терминальную стадию старения яичников. При более низком диагностическом пороге ФСГ > 25 МЕ/л ПНЯ может обеспечить более раннюю диагностику и своевременное лечение недостаточности функции яичников по сравнению с ПНЯ [12]. Однако все еще необходимо подтвердить, произошло ли уже изменение микробиоты влагалища во время стадии ПНЯ, а также взаимосвязь между изменением микробиоты влагалища и функцией яичников на старение яичников. Дисбаланс микробиоты кишечника может привести к прогрессированию различных состояний, связанных с ПНЯ. Было отмечено, что у пациентов с ПНЯ отмечалось снижение бета-разнообразия. На этапе типа у пациентов с ПНЯ наблюдалось более высокое содержание *Bacteroides* и более низкое содержание *Firmicutes*, в то время как у женщин с ПНЯ ($n=35$) наблюдалось более высокое содержание *Butyricimonas*, *Dorea*, *Lachnobacterium* и *Sutterella* и более низкое содержание *Bulleidia* и *Faecalibacterium* на уровне рода, чем у здоровых женщин ($n = 18$). Эти микробные изменения коррелировали с уровнями ФСГ, ЛГ, Э2 и АМГ, а также соотношением ФСГ/ЛГ. Исследователи также выявили положительные ассоциации между *Eggerthella* и несколькими метаболитами сыворотки. Хотя ПНЯ имеет схожие клинические проявления с естественным старением яичников, лишь немногие исследования сообщили о различиях в микробиоте кишечника между ними.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Fan Y, Pedersen O.. Микробиота кишечника в метаболическом здоровье и болезнях человека. *Nat Rev Microbiol.* 2021;19(1):55–19. doi: 10.1038/s41579-020-0433-9. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
2. Hou K, Wu ZX, Chen XY, Wang JQ, Zhang D, Xiao C, Zhu D, Koya JB, Wei L, Li J и др. Микробиота в здоровье и болезнях. *Sig Transduct Target Ther.* 2022;7(1):135. doi: 10.1038/s41392-022-00974-4. [DOI] [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]

3.Ling Z, Liu X, Cheng Y, Yan X, Wu S. Микробиота кишечника и старение. Crit Rev Food Sci Nutr. 2022;62(13):3509–3534. doi: 10.1080/10408398.2020.1867054. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

4.Haran JP, McCormick BA. Старение, слабость и микробиом — как дисбиоз влияет на старение и болезни человека. Гастроэнтерология. 2021;160(2):507–23. doi: 10.1053/j.gastro.2020.09.060. [DOI] [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]

5.Вайсерман АМ, Коляда АК, Маротта F. Микробиота кишечника: игрок в старении и цель антивозрастного вмешательства. Ageing Res Rev. 2017;35:36–45. doi: 10.1016/j.arr.2023.01.001. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

6.Nie C, Li Y, Li R, Yan Y, Zhang D, Li T, Li Z, Sun Y, Zhen H, Ding J и др. Различный биологический возраст органов и систем, выявленный в ходе мультиомного исследования. Cell Rep. 2022;38(10):110459. doi: 10.1016/j.celrep.2022.110459. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

MORPHOLOGICAL MARKERS OF FETOPLACENTAL COMPLEX DYSFUNCTION IN IRON DEFICIENCY ANEMIA AMONG WOMEN WITH HEAVY MENSTRUATION

Nasirova Zebiniso Azizovna

durdona.umurzakova97@gmail.com

Samarkand State Medical University

Abstract:

Introduction. Iron deficiency anemia (IDA) plays a significant role among pathologies affecting women's reproductive health, particularly during pregnancy. The increased demand for iron during gestation, along with heavy menstrual bleeding (HMB), is considered a leading risk factor for the development of IDA, which, in turn, contributes to the formation of fetoplacental insufficiency and intrauterine hypoxia. Despite numerous studies, the morphological changes in the mother–placenta–fetus system in the presence of both HMB and IDA remain insufficiently investigated, especially at the ultrastructural level.

Materials and Methods. A prospective study was conducted in medical institutions of Samarkand with the participation of 400 pregnant women, divided into two groups. The main group (n = 300) included patients with confirmed IDA and a history of heavy menstrual bleeding; the control group (n = 100) consisted of conditionally healthy pregnant women without the aforementioned risk factors. Clinical, laboratory, and instrumental diagnostic methods were applied, as well as morphological examination of the placental complex, including light microscopy and scanning electron microscopy.

Results. In women with IDA, pronounced morphological changes were revealed in the umbilical cord: vascular ischemia, endothelial damage, development of sclerosis and atrophy—especially in cases of grade III anemia. Scanning electron microscopy showed disorganization of the endothelial surface microrelief and destruction of intercellular junctions. Degenerative changes in collagen fibers and shortening of umbilical cord length were also observed. A statistically significant correlation was established between the severity of vascular pathology and the degree of anemia. In environmentally unfavorable areas, these pathological changes were more pronounced. Morphological abnormalities of the umbilical cord in IDA reflect impaired transport of oxygen and nutrients to the fetus, increasing the risk of hypoxia, intrauterine growth restriction (IUGR), and preterm birth.

Keywords:

anemia, iron deficiency anemia, pregnancy, heavy menstruation, abnormal uterine bleeding, FIGO, placental insufficiency, iron deficiency, maternal and fetal health.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН С ОБИЛЬНЫМИ МЕНСТРУАЦИЯМИ

Насирова Зебинисо Азизовна

Самаркандский государственный медицинский университет

Абстракт

Введение. Железодефицитная анемия (ЖДА) занимает важное место среди патологий, влияющих на репродуктивное здоровье женщин, особенно в период беременности. Повышенная потребность в железе при беременности, наряду с обильными менструациями (ОМК), рассматривается как ведущий фактор риска развития ЖДА, которая, в свою очередь, способствует формированию фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии. Несмотря на большое количество исследований, морфологические изменения в системе мать–плацента–плод при сочетании ОМК и ЖДА изучены недостаточно, особенно на уровне ультраструктуры.

Материалы и методы. Проспективное исследование проводилось в медицинских учреждениях города Самарканда с участием 400 беременных женщин, разделённых на две группы. Основную группу (n=300) составили пациентки с верифицированной ЖДА и обильными менструациями в анамнезе; контрольную (n=100) — условно здоровые беременные без указанных факторов риска. Применялись клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики, а также морфологическое исследование плацентарного комплекса, включая световую и сканирующую электронную микроскопию.

Результаты. У женщин с ЖДА выявлены выраженные морфологические изменения в пуповине: ишемия сосудов, разрушение эндотелия, развитие склероза и атрофии, особенно при анемии III степени. Электронная микроскопия показала нарушение микрорельефа эндотелиоцитов и деструкцию клеточных контактов. Отмечены также альтеративные изменения коллагеновых волокон и укорочение длины пуповины. Установлена достоверная связь между выраженностью сосудистых нарушений и тяжестью анемии. В условиях экологически неблагоприятной среды выявленные изменения были более выраженными. Морфологические нарушения в пуповине при ЖДА свидетельствуют о нарушении транспорта кислорода и питательных веществ к плоду, что повышает риск гипоксии, ЗВУР и преждевременных родов.

Ключевые слова: анемия, железодефицитная анемия, беременность, обильные менструации, аномальные маточные кровотечения, FIGO, плацентарная недостаточность, дефицит железа, здоровье матери и плода.

КЎП МИҚДОРДА ҲАЙЗ КЎРАДИГАН АЁЛЛАРДА ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ АНЕМИЯСИДА ФЕТОПЛАЦЕНТАР ТИЗИМДАГИ МОРФОЛОГИК МАРКЕРЛАРНИНГ БУЗИЛИШИ

Насирова Зебинисо Азизовна

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Абстракт. Темир танқислиги анемияси (ТТА), соғлиқни сақлашдаги долзарб муаммолардан бири ҳисобланиб, репродуктив ёшдаги аёлларнинг 40% дан ортиғини қамраб олади. Анемиянинг асосий сабаби 50–75% ҳолатларда темир танқислиги бўлиб — бу микроэлемент нафақат гемопоэз жараёнида, балки хужайра, фермент тизимлари фаолияти, ангиогенез ва ҳомиланинг асаб тўқимаси миелинизациясида ҳам муҳим аҳамиятга эга. Ҳомиладорлик даврида темирга бўлган эҳтиёж қарийб уч баробар ортади ва бу танқислик ҳолатлари ривожланиш хавфини оширади. Айниқса, ТТАнинг плацентар етишмовчилик ва

хомиладорликнинг асоратли кечишига сабаб бўлувчи предиктор сифатидаги ўрни алоҳида аҳамият касб этади. Охирги йилларда аномал бачадон қон кетишлари (АБК), жумладан кўп миқдорда ҳайз кўриш (КМХ), аёлларда ТТА ривожланишининг муҳим сабабларидан бири сифатида кенг муҳокама қилинмоқда. FIGO (PALM-COEIN) классификацияси бўйича АБКни стандартлашган ҳолда таххислаш ТТА билан боғлиқ хавф омилларини эрта аниқлаш ва ўз вақтида коррекция қилиш имконини беради.

Материал ва усуллар. Тадқиқот Самарқанд шаҳридаги тиббиёт муассасаларида олиб борилди ва унда 400 нафар ҳомиладор аёл қатнашди. Улар икки гуруҳга ажратилди: асосий гуруҳ ($n = 300$) — клиник ва лаборатор жиҳатдан тасдиқланган ТТА ҳамда анамнезда КМХ бўлган аёллар, назорат гуруҳи ($n = 100$) — мазкур хавф омилларисиз шартли соғлом ҳомиладорлар. Диагностика жараёнида клиник, лаборатор ва инструментал усуллар, шунингдек, плацентар тизимнинг морфологик таҳлили, жумладан, ёруғлик ва сканирловчи электрон микроскопиядан фойдаланилди.

Натижалар. ТТА мавжуд аёлларда киндик тизимчаси тузилишида сезиларли морфологик ўзгаришлар аниқланди: қон томирларида ишемия, эндотелийнинг шикастланиши, склероз ва атрофия ривожланиши, айниқса анемиянинг III даражасида. Электрон микроскопия натижалари эндотелиоцитлар микрорельефи ва уларнинг ўзаро боғланишидаги бузилишларни кўрсатди. Коллаген толаларида альтератив ўзгаришлар ва пуповина узунлигининг қисқариши ҳам кузатилди. Томирлардаги патологик ўзгаришлар шиддати билан анемия оғирлиги ўртасида ишончли боғлиқлик мавжудлиги аниқланди. Экологик жиҳатдан ноқулай ҳудудларда бундай ўзгаришлар янада кескинроқ намоён бўлди. Киндикдаги морфологик бузилишлар ТТА шароитида ҳомилага кислород ва озуқа моддалари етиб боришига халал беради, бу эса гипоксия, ҳомила ривожланишининг орқада қолиши ва вақтидан олдин туғруқ хавфини оширади.

Калит сўзлар: анемия, темир танқислиги анемияси, ҳомиладорлик, кўп миқдорда ҳайз кўриш, аномал бачадон қон кетишлари, FIGO, плацентар етишмовчилик, темир танқислиги, она ва ҳомиланинг соғлиғи.

Введение. Анемия является одной из наиболее значимых мировых проблем здравоохранения, затрагивающей около четверти населения, особенно женщин (включая 51% беременных) и детей младшего возраста (43%) [2, 4, 8]. В большинстве случаев (50–75%) анемия развивается на фоне дефицита железа (ЖД), который признан наиболее распространенным нарушением обмена микроэлементов и входит в число основных факторов, увеличивающих количество лет, прожитых с утратой здоровья (years lived with disability – YLD), согласно данным исследования «Глобальное бремя болезней» за 2016 год [13]. Распространенность железодефицитной анемии (ЖДА) среди женщин, которые имеют менструации, варьируется от 30 до 60% в зависимости от региона проживания и наиболее часто встречается в странах с низким и средним уровнем доходов [4, 6]. Согласно различным исследованиям, аномальные маточные кровотечения (АМК) в 25–50% случаев становятся причиной ЖДА [1, 4]. Комитет FIGO по нарушениям менструального цикла (Menstrual Disorders Committee – MDC) продолжает работу над стандартизацией описания характеристик менструального цикла и симптомов аномальных маточных кровотечений (система FIGO 1), включая обильные менструальные кровотечения (ОМК), а также причин этих нарушений, как связанных, так и не связанных с органической патологией эндометрия и миометрия (система FIGO 2, PALM-COEIN) [4, 10].

Анемия, в особенности железодефицитная анемия (ЖДА), занимает центральное место среди патологических состояний, негативно влияющих на функционирование системы мать–плацента–плод. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ЖДА поражает более 40% беременных женщин в мире, особенно в странах с низким и средним

уровнем дохода [3]. В условиях беременности потребность в железе возрастает почти в три раза, что делает организм женщины уязвимым к развитию дефицитных состояний даже при исходно нормальном уровне гемоглобина.

Физиологическая роль железа выходит за пределы гемопоэза: оно необходимо для обеспечения клеточного дыхания, процессов миелинизации нервной системы плода, функционирования ферментных систем и обеспечения адекватного плацентарного кровотока. При ЖДА наблюдаются нарушения ангиогенеза, снижение активности железозависимых ферментов и развитие гипоксии, что в совокупности ведет к ухудшению структуры и функций плаценты [7, 14].

Многочисленные исследования подтверждают, что у женщин с анемией чаще развивается плацентарная недостаточность, сопровождающаяся морфологическими изменениями в виде редукции сосудистой сети ворсин, отложений фибриноида, инфарктов плаценты и снижением толщины трофобластического слоя [11,12]. Эти нарушения, в свою очередь, способствуют задержке внутриутробного развития плода, низкой массе тела при рождении, гипоксии и даже перинатальной смертности.

Особую озабоченность вызывает влияние анемии на формирующуюся нервную систему плода. Доказано, что железо играет ключевую роль в созревании нейронов и синтезе нейромедиаторов. Дефицит железа в антенатальном периоде ассоциирован с повышенным риском развития расстройств аутистического спектра (РАС), синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), а также снижением когнитивных функций в последующем [9].

Материалы и методы исследования. Проспективное исследование проводилось на базе медицинского учреждения городских поликлиник №2 и 7 города Самарканда, городского роддома №2 с участием 400 пациенток, стратифицированных на две группы. Основной целью данного этапа было определение влияния обильных менструальных кровотечений (ОМК) и железодефицитной анемии (ЖДА) на систему мать–плацента–плод.

Основная группа (300 пациенток)-включала женщин с обильными менструальными кровотечениями в анамнезе и лабораторно подтвержденной ЖДА (Hb <110 г/л, ферритин <30 нг/мл). В комплекс обследования были включены рутинные методы клинического, лабораторного обследования и инструментальные методы исследования в рамках действующих клинических протоколов в акушерстве, утвержденных министерством здравоохранения Республики Узбекистан, а также инструментальные исследования состояния системы мать–плацента–плод. Контрольная группа (100 пациенток) включала условно здоровых беременных женщин без ОМК и ЖДА.

Нами были использованы следующие методы исследования: *макроскопический* анализ, светооптическое исследование, электронная растровая микроскопия и методы статистического анализа.

Результаты и обсуждение. При изучении пуповины основное внимание нами было уделено кровеносной системе. Она представлена артериальным отделом с двумя артериями и венозным фрагментами с одной веной. Артерии отличались от вен более развитой эластической мембраной и повышенным содержанием эластических волокон. В случае анемией у матери наблюдалась ишемия сосудов пуповины по сравнению с таковыми при не осложненной беременности, особенно при III степени (**рис.1,2**). Эндотелиальные клетки артерий плотно соединены между собой при помощи сложных стыков. Они клетки посредством тонких отростков, пронизывающих базальную мембрану, соединялись с подлежащими лейомиоцитами, формируя единую эндотелиомускулярную систему. Эндотелиальные клетки артерий и вен имели большой разброс в размерах — от 0,3 до 0,6 мкм. В группах патологией наблюдалось нарушение строения стыков между ними, как и некротизированные фрагменты эндотелия. Часть стенок сосудов было увеличено в объеме за

счет развития склеротических процессов, особенно при III степени (**рис.1,2**). Для этих участков характерна частичная или полная атрофия эндотелиоцитов. Нарушение микрорельефа эндотелия хорошо было видно при применении сканирующей электронной микроскопии. Наблюдалось изменения строения складок, представляющих собой выросты плазмолеммы. В отдельных участках они были приближены друг к другу. В других, наоборот, и это наблюдалось чаще, выявлена их разреженность, вплоть до полного отсутствия. Для этих фрагментов больше характерны альтеративные изменения. Соединительная ткань пуповины составляют тонкие миофибриллы с небольшой примесью коллагановых волокон. Среди них беспорядочно расположены фибробласты с длинными отростками. Между волокнистыми структурами были обнаружены стромальные каналы. Их стенки были укреплены отростками фиброцитов. Существенных изменений в вартоновом студне. Размеры эритроцитов составляли $5,60 \pm 0,60$ мкм. Форма части из них была изменена в пользу микроцитов, дегмацитов, сфероцитов, отдельных пойкилоцитов. Клинические данные женщин с анемией свидетельствуют о более высоком риске фетоплацентарной недостаточности, преждевременных родов и внутриутробной задержки развития плода, что подтверждает важность выявленных морфологических изменений в пуповине. Учитывая, что парацентральное и особенно периферическое прикрепление пуповины может быть маркером нарушенного плацентарного кровообращения, такие особенности заслуживают особого внимания при ультразвуковом контроле за беременностью, осложнённой анемией.

Сосуды ишемичны. Нарушено строение эндотелиоцитов со сглаживанием поверхности и нарушением строения складок. Альтеративные изменения. Клетки резко отличаются по форме и размерам СЭМ. *Рис.Б (x300) фрагмент рис.А(x40)*

Выявленные нами изменения в пуповине свидетельствуют о патологии системы кровообращения преимущественно в виде ишемии. Обнаружены нарушения эндотелия с деструкцией. Наблюдается развитие склероза. Электронномикроскопически показана патология микрорельефа эндотелия.

Заключение. Проведенное исследование патоморфологических изменений в системе матка-пуповина-плацента при анемии позволяет сделать несколько ключевых выводов о механизмах развития данной патологии. Особенно выражены изменения в строении пуповины, где наблюдается преобладание ишемии сосудов, особенно на более поздних стадиях анемии (III степень). Отмечается нарушение структуры эндотелиоцитов, развитие склероза и атрофии, что подтверждается результатами электронномикроскопии. Эти изменения влияют на функциональность сосудов пуповины и могут приводить к ухудшению кровообращения, что создает потенциальную угрозу для нормального течения беременности и развития плода. В частности, исследования показали нарушение микрорельефа эндотелия, деформацию клеток и нарушение их соединений. Эти патологии свидетельствуют о возможных нарушениях в обменных процессах, которые могут оказать влияние на доставку кислорода и питательных веществ плоду. Развитие ишемии и склеротических процессов в пуповине, как показано в настоящей работе, имеет критическое значение для диагностики и раннего вмешательства при осложненных формах анемии у беременных.

Выводы, сделанные на основе патоморфологических изменений, подчеркивают важность ранней диагностики и коррекции состояния матерей с анемией, чтобы минимизировать риски для здоровья как матери, так и ребенка.

Литература.

1. Аномальные маточные кровотечения. Клинические рекомендации Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ). 2021
2. Виноградова М. А. Анемия у женщин репродуктивного возраста: диагностика и коррекция железодефицита //Акушерство и гинекология. – 2019. – №. 6. – С. 140-145.

3. Всемирная организация здравоохранения. The Global Prevalence of Anaemia in 2011. Женева: World Health Organization, 2015.
4. Shukurov, F., Yuldasheva, N., & Nasriddinova, G. (2024). Hormonal changes in women with menstrual-ovarian dysfunction caused by covid-19 and innovative approaches to its correction. *Journal of education and scientific medicine*, 1(6), 114-122
5. Чернуха Г. Е. Обильные менструальные кровотечения и анемия: проблема нарастает и требует решения //Гинекология. – 2024. – Т. 26. – №. 3. – С. 260-269.
6. Ших, Е.В., Бриль, Ю.А. Железодефицит: катастрофа для нейрогенеза // *StatusPraesens*. – 2018. – №5. – С. 82–88.
7. Chaparro C. M., Suchdev P. S. Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low-and middle-income countries // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2019. – Т. 1450. – №. 1. – С. 15-31.

MINIMIZATION OF RISK FACTORS FOR PLACENTAL ABRUPTION: DATA FROM A RETROSPECTIVE STUDY

Nasirova Zebiniso Azizovna

Umurzakova Durdona Furkatovna

Samarkand State Medical University

Email: zebuniso5656@gmail.com

Abstract: Introduction. Placental abruption is a highly relevant issue, as this pathology is always sudden, difficult to manage, and carries significant risks of complications and adverse outcomes for both the mother and the baby. Obstetric hemorrhages associated with placental abruption occupy leading positions among massive hemorrhages, maternal and neonatal mortality, and have growing significance due to the increasing number of pregnant women with placental ischemic disease syndrome. Therefore, studying risk factors and identifying ways to reduce the incidence of this pathology is an important issue in the healthcare system.

Materials and Methods. We retrospectively analyzed 75 labor histories of women who experienced placental abruption at Maternity Hospital No. 2 in Samarkand between 2022 and 2024. Special emphasis was placed on obstetric and gynecologic history, the course of the index pregnancy, results of additional investigations, and labor outcomes. Calculations were performed on an IBM PC-compatible computer using the standard Microsoft Office software suite. Statistical processing included the construction of tables and graphs, as well as the calculation of relative frequencies and mean values.

Results. In our research, the most significant predictors of placental abruption were maternal age over 35 years, obesity, multiparity with uterine scarring, and a prior history of placental abruption. Based on these findings, we propose a set of targeted preventive and diagnostic interventions aimed at reducing the incidence of this pathology.

Keywords: placental abruption, risk factors, pregnancy, bleeding, prevention.

Минимизация влияния факторов риска преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты: результаты ретроспективного исследования.

Насирова Зебинисо Азизовна

Умурзакова Дурдона Фуркатовна

Самаркандский государственный медицинский университет

Абстракт:

Введение. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) является очень актуальным, поскольку эта патология всегда внезапная и трудноуправляемая и несет за собой большие риски развития осложнений и неблагоприятных исходов для матери и ребенка. Акушерские кровотечения, причиной которого является данная патология, занимают

ведущие позиции в структуре массивных кровотечений, материнской и младенческой смертности, имеют возрастающую актуальность в связи с ростом числа беременных с симптомокомплексом ишемической болезни плаценты. В связи с этим изучение факторов риска и пути уменьшения случаев данной патологии является важным вопросом в системе здравоохранения.

Материалы и методы исследования.

Было изучено 75 историй родов у женщин с ПОНПП в родильном доме №2 города Самарканда за период с 2022 по 2024 годы. Особое внимание было уделено изучению акушерского и гинекологического анамнеза, течение данной беременности, результаты дополнительных исследований, данные о течении родов. Вычисления выполнялись на IBM PC-совместимом компьютере с использованием стандартного программного обеспечения Microsoft Office. Статистическая обработка данных включала построение таблиц и диаграмм, а также расчёт относительных и средних показателей.

Результаты. Мы определили ведущие факторы риска, которые позволят уменьшить частоту ПОНПП. Наиболее серьёзными факторами риска оказались: возраст женщин старше 35 лет, ожирение, повторнобеременные с рубцами на матке и ПОНПП в анамнезе и др. Исходя из полученных данных нами были предложены профилактические и диагностические мероприятия, которые позволят уменьшить частоту данной патологии.

Ключевые слова: ПОНПП, факторы риска, беременность, кровотечение, профилактика.

NORMAL JOYLASHGAN YO'LDOSHNING MUDDATIDAN OLDIN KO'CHISHINING XAVF OMILLARINI MINIMALLASHTIRISH: RETROSPEKTIV TADQIQOT MA'LUMOTLARI

Nasirova Zebiniso Azizovna

Umurzakova Durdona Furkatovna

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Annotatsiya:

Kirish. Normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi dolzarb muammolardan biri hisoblanadi, chunki bu patologiya doimo to'satdan yuz beradi, boshqarilishi qiyin va ona hamda bola uchun og'ir asoratlar va noxush oqibatlariga olib kelishi mumkin. Normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi bilan bog'liq akusherlik qon ketishlari ommaviy qon ketishlar, onalar va yangi tug'ilganlar o'limi tuzilmasida yetakchi o'rinni egallaydi. Shuningdek, yo'ldosh ishemik kasalligi simptomokompleksi bilan kechayotgan homiladorlar sonining ortib borayotgani normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi muammosining dolzarbligini yanada oshirmoqda. Shu boisdan normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi holatlarini kamaytirish yo'llarini va xavf omillarini o'rganish sog'liqni saqlash tizimi uchun muhim masaladir. Biz normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chish chastotasini kamaytirishga imkon beradigan yetakchi xavf omillarini aniqladik. Eng jiddiy xavf omillariga quyidagilar kirdi: 35 yoshdan oshgan, semizligi bor ayollar, bachadonda chandiqlari bo'lgan, anamnezida normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi uchragan takroriy homilador ayollar va boshqalar. Olingan ma'lumotlarga asoslanib, biz ushbu patologiyani kamaytirishga imkon beradigan profilaktika va diagnostika choralarini taklif qildik.

Kalit so'zlar: normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi, xavf omillari, homiladorlik, qon ketishi, profilaktika.

Введение. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНПП) является многофакторным и грозным осложнением беременности, этиология которого до конца не известна, сопровождающееся высоким риском неблагоприятных исходов для матери и плода, с уровнем материнской летальности от 1,6% до 15,6% [1,2].

В последние годы изменился портрет пациенток с тяжелыми осложнениями беременности, в том числе с ПОНРП, изменились подходы к оказанию помощи при этих состояниях. Тем не менее, несмотря на то, что появились современные исследования, касающиеся влияния вспомогательных репродуктивных технологий, возраста пациенток старше 35 лет, индекса массы тела, а так же рассмотрения факторов внешней среды, экологии и семейных отношений на возникновение ПОНРП, потенциальный вклад каждого фактора риска продолжает уточняться. Информация о новых значимых факторах риска развития этого грозного осложнения беременности будет способствовать улучшению акушерских и перинатальных исходов за счет воздействия на модифицируемые причины ПОНРП.

Материалы и методы исследования. Ретроспективное исследование проводилось на базе медицинского учреждения родильного дома №2 г. Самарканд. Было изучено 75 историй родов у женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты в период с 2022 по 2024 годы (в 2022 г. 31 история, 2023 г. 35 историй и 2024 г. 9 историй). Критерии включения в данное исследование: все случаи ПОНРП (в 2022 г. 31, 2023 г. – 35 и 2024 г. – 9 случаев). Критерии исключения: случаи с другими причинами акушерского кровотечения и случаи, которые выходят за рамки обозначенного временного промежутка. Особое внимание было уделено изучению акушерского и гинекологического анамнеза, течение данной беременности, результаты дополнительных исследований, данные о течении родов. Необходимые вычисления проводились путём использования IBM PC-совместимого компьютера и пакета стандартных программ Microsoft Office. Статистическая обработка информации осуществлялась составлением диаграмм и таблиц.

Результаты и их обсуждение. В период 2022-2024 гг. на базе 2 родильного дома г. Самарканд было принято 16774 родов. За данный временной промежуток отмечено 75 (0,45%) случаев преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. В рис.1 приведены сведения о частоте ПОНРП за 2022-2024 гг. соответственно.

С увеличением возраста частота выявления данной патологии возрастает. Так, доля пациенток старше 35 лет составила 22,5% (7 женщин) в 2022 году, 25,7% (9 женщин) — в 2023 году и 33,3% (3 женщины) — в 2024 году (рис. 2). Указанная тенденция может быть обусловлена повышенной уязвимостью женщин старшей возрастной группы к неблагоприятным медико-социальным, экономическим и экологическим факторам, а также ростом числа хронических соматических заболеваний и гинекологической патологии [3,4].

Анализ репродуктивной функции показал, что большинство пациенток составляли повторнобеременные женщины (с числом родов от 2 до 6): 17 человек (54,8%) в 2022 году, 23 (65,7%) в 2023 году и 5 (55,5%) — в 2024 году. В этой группе отмечены случаи отягощённого репродуктивного анамнеза: медицинские аборт были у 1 женщины (3,2%) в 2022 году, у 3 (8,6%) — в 2023 году и у 1 (11,1%) — в 2024 году; самопроизвольные выкидыши на ранних сроках беременности — у 4 (12,9%) пациенток в 2022 году и у 10 (28,5%) в 2023 году, в 2024 году таких случаев не зафиксировано. Случаи неразвивающейся беременности отмечались только в 2022 году — у 2 женщин (6,45%). Анализ гинекологического анамнеза показал, что каждая пятая пациентка из исследуемой группы страдала воспалительными заболеваниями органов малого таза. У 13 женщин (17,33%) выявлен осложнённый акушерско-гинекологический анамнез, что может оказывать негативное влияние на течение беременности.

Другим важным фактором является рубец на матке. 2 (6,45%) пациентки в 2022 г. и 1 (2,85%) пациентка в 2023г. имели рубец после предыдущих операций, что могло способствовать ослаблению структуры матки и увеличению риска отслойки плаценты [5]. ПОНРП в анамнезе была зарегистрирована у одной (1,33%) пациентки за 2022-2024 гг., что также подтверждает риск повторения этого осложнения у женщин с историей подобных случаев.

У 23 (30,66%) женщин из группы исследуемых за 2022–2024 гг. выявлено ожирение различной степени. Отсутствуют записи о росте и весе у 4 (5,33%) пациенток. Ожирение связано с дисфункцией эндотелия сосудов, которая является одним из важнейших патогенетических механизмов как сердечно-сосудистых заболеваний, так и маточно-плацентарной микроциркуляции, и вызванной снижением доступности оксида азота вследствие усиления окислительного стресса. Генерация провоспалительных цитокинов, секретируемых периваскулярной жировой тканью, является основным механизмом, посредством которого ожирение связано с уменьшением доступности оксида азота в сосудах. Сосудистая система также представляет собой источник слабовыраженного воспаления и окислительного стресса, которые способствуют эндотелиальной дисфункции у пациентов с ожирением [6,7].

В исследуемой работе за период 2022–2024 гг. не выявлено случаев беременности с благоприятным течением. Наиболее частыми осложнениями гестационного периода выступали анемия различной степени тяжести, диагностированная у всех беременных, отёчный синдром — у 19 пациенток, а также преэклампсия — в 14 случаях. Реже регистрировались следующие патологии: маловодие — 13 случаев, многоводие — 8, хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) — 2, ретрохориальная и ретроплацентарная гематомы — по одному случаю. Процентное распределение выявленных осложнений представлено в таблице 1. Все указанные патологические состояния оказывают значительное влияние на течение беременности и могут способствовать развитию преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП), что требует особого клинического внимания и своевременной диагностики [8]. Анализ течения беременности в исследуемой группе показал, что приблизительно у каждой четвёртой пациентки она осложнялась угрозой прерывания, начиная с первого триместра: у 8 женщин (30,77%) в 2022 году, у 10 (28,57%) — в 2023 году и у 2 (22,2%) — в 2024 году. Следует отметить, что первый триместр беременности является критическим периодом, в течение которого закладываются основы плацентации и формируются сложные физиологические взаимоотношения между организмом матери и плода. Развитие угрозы прерывания на этом этапе может нарушать данные процессы, способствуя формированию плацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии плода [3].

Случай многоплодной беременности (двойня) был зафиксирован только у одной пациентки (3,23%) в 2022 году. Известно, что многоплодие существенно повышает риск преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) вследствие перерастяжения маточной стенки [9].

В подавляющем большинстве случаев диагноз ПОНРП устанавливался на основании клинической картины и данных ультразвукового исследования. У 26 пациенток (34,67%) была диагностирована отслойка тяжёлой степени, требующая срочного хирургического вмешательства. Анализ способов родоразрешения в 2022–2024 гг. показал, что в 74 случаях (98,67%) применялось кесарево сечение, и только в одном случае (1,33%) роды прошли через естественные родовые пути. Современная практика акушерства ориентирована на снижение перинатальных потерь, что обуславливает предпочтение оперативного родоразрешения. Сроки проведения кесарева сечения распределились следующим образом: в течение первого часа от поступления — у 19 женщин (25,33%), в первые 3–5 часов — у 46 (61,31%), в течение первых суток — у 11 (14,67%). У 11 пациенток (14,67%) оперативное вмешательство было проведено экстренно, в течение 30 минут после постановки диагноза. Все они лечились в отделении патологии беременных родильного дома.

С учётом высокого риска геморрагических осложнений при ПОНРП была проанализирована величина кровопотери. У пациентки, родоразрешённой через естественные родовые пути в 2022 году, кровопотеря составила 950 мл. При оперативных родах кровопотеря

в пределах 600–990 мл наблюдалась у 25 женщин (80,65%) в 2022 году, у 26 (74,29%) — в 2023 году и у 8 (88,89%) — в 2024 году. Объём кровопотери, превышающий 1000 мл, зафиксирован в 5 случаях (16,13%) в 2022 году, в 9 (25,71%) — в 2023 году и в 1 (11,11%) — в 2024 году. Своевременная диагностика позволила уменьшить частоту тяжёлых форм ПОНРП.

Выводы. 1. В среднем частота выявления ПОНРП во 2 родильном доме г.Самарканд за 3 года составило 0,45%.

2. Почти две трети от общего числа – повторнородящие женщины, у которых отмечались осложненный акушерско-гинекологический анамнез.

3. Анемия, отеки, преэклампсия явились наиболее частыми осложнениями текущей беременности. Данные состояния следует рассматривать как факторы риска ПОНРП.

4. Наличие рубца на матке и ПОНРП в анамнезе также повышает вероятность возникновения преждевременной отслойки плаценты, что подчеркивает необходимость особого внимания к таким пациенткам.

5. У 31% женщин отмечено ожирение различной степени, что указывает на связь ожирения в развитие ПОНРП. Отсутствие записи у 4 (5,33%) беременных данных роста и веса указывает на важность регулярного и тщательного контроля параметров здоровья во время беременности.

Заключение. На основании полученных данных определены возможные направления профилактики ПОНРП. Несмотря на невозможность полного исключения данного осложнения, снижение его частоты возможно за счёт следующих мероприятий:

- осуществление динамического и комплексного мониторинга за течением беременности у женщин старшей возрастной группы с обременённым акушерско-гинекологическим анамнезом, начиная с ранних сроков гестации;

- реализация прегравидарной подготовки пациенток с тяжёлой соматической патологией, направленной на достижение стойкой компенсации хронических заболеваний до наступления беременности;

- введение усиленного клинического наблюдения за женщинами с высоким перинатальным риском (ожирение, преэклампсия, отёчный синдром, наличие рубцовых изменений на матке), включающего систематический контроль показателей массы тела, артериального давления и функционального состояния матки;

- при недостаточной эффективности амбулаторной терапии — принятие мер по своевременной госпитализации для проведения интенсивного лечения и профилактики осложнений;

- формирование чётко выстроенной системы преемственности в ведении беременных между специалистами амбулаторного и стационарного звеньев акушерско-гинекологической службы;

- проведение углублённого обследования беременных с клинически неосложнённым гестационным течением, в анамнезе которых отмечен эпизод преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, с целью выявления возможных признаков эндотелиальной дисфункции, что особенно актуально в контексте современных взглядов на этиопатогенез данного осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Салимова З. Д., Додхоева М. Ф., Сайдалиева Д. А. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты //Вестник Авиценны. – 2023; Миляева Н. М. и др. Прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты: клиническое наблюдение несостоявшейся материнской смерти при массивной кровопотере //Уральский медицинский журнал. – 2023.

2. Киселевич, М. Ф. Частота и исходы родов при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты / М. Ф. Киселевич, А. П. Бабищ, Р. С. Пивовар // НАУКА и ИННОВАЦИИ в СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ : сборник статей международной научно-практической конференции: в 4 частях, Казань, 20 января 2017 года. Том Часть 4. – Казань: Общество с ограниченной ответственностью "Аэтерна", 2017. – С. 78-83. – EDN XRGRPV.

3. Медведева И.Н., Святченко К.С. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: свести риск к минимуму. Акушерство, гинекология и репродукция. 2016; 3: 29-34.

OBSTETRIC AND PERINATAL COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH URINARY TRACT INFECTION

Nazirbayeva Z.Q., Matyaqubova S.A.

Urgench branch of Tashkent Medical Academy

zilolanazirbayeva@gmail.com

Annotation. Urinary tract infections are the most common diseases, second only to acute respiratory viral infections. In the composition of chronic somatic pathology during pregnancy, they take the second place after diseases of the cardiovascular system. The problem of urinary tract infection is related to the clinical features, diagnosis and treatment of urinary tract infection during pregnancy. Asymptomatic bacteriuria is a preclinical form of urinary tract infection, characterized by recurrence, low rate of self-treatment, high risk of complications for the mother, fetus and newborn, and the possibility of symptomatic manifestation. The standard criterion for BBU— isolation of microorganisms in an amount of $> 10^5$ CFU/ml of urine—is subject to debate and criticism as being excessively high for pregnant women. Urinary tract infections (UTIs) are a common complication of pregnancy. If lower urinary tract infections are not treated promptly and adequately during pregnancy, they can lead to pyelonephritis, risk of miscarriage, and perinatal morbidity. In the absence of timely medical care and antibacterial therapy, 20–40% of such patients develop acute pyelonephritis, which significantly increases the risk of premature birth, anemia, chorioamnionitis, postpartum endometritis and premature birth during pregnancy.

Pregnant women living on the coast of the Aral Sea have a double risk of developing preeclampsia, since the unfavorable environmental conditions in this area provoke and aggravate the course of chronic pyelonephritis and hydronephrosis, as well as other diseases of the kidneys and urinary tract.

Key words: urinary tract infection (UTI), asymptomatic bacteriuria (AS), maternal-fetal-placental circulation, fetal growth restriction syndrome (FGR).

Акушерские и перинатальные осложнения у беременных женщин с инфекцией мочевыводящих путей.

Назирбаева З.К., Матякубова С.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация. Инфекции мочевыводящих путей являются наиболее распространенными заболеваниями, уступая только острым респираторным вирусным инфекциям. В составе хронической соматической патологии во время беременности они занимают второе место после заболеваний сердечно-сосудистой системы. Проблема инфекций мочевыводящих путей связана с клиническими особенностями, диагностикой и лечением инфекций мочевыводящих путей во время беременности. Бессимптомная бактериурия — доклиническая форма инфекции мочевыводящих путей, характеризующаяся рецидивами, низкой частотой самолечения, высоким риском осложнений для матери, плода и новорожденного, возможностью симптоматического проявления. Стандартный критерий ББУ-выделение микроорганизмов в количестве $> 10^5$ КОЕ/мл мочи – подвергается дискуссии и критике, как

чрезмерно завышенный для беременных. Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются распространенным осложнением беременности. Если инфекции нижних мочевыводящих путей не лечить своевременно и адекватно во время беременности, они могут привести к развитию пиелонефрита, риску выкидыша и развитию перинатальной заболеваемости. При отсутствии своевременной медицинской помощи и антибактериальной терапии у 20–40% таких пациенток развивается острый пиелонефрит, что значительно увеличивает риск преждевременных родов, анемии, хориоамнионита, послеродового эндометрита и преждевременных родов во время беременности.

У беременных женщин, проживающих на побережье Аральского моря, риск развития преэклампсии двойной, так как неблагоприятная экологическая обстановка в этом районе провоцирует и усугубляет течение хронического пиелонефрита и гидронефроза, а также других заболеваний почек и мочевыводящих путей.

Ключевые слова: инфекция мочевыводящих путей (ИМП), бессимптомная бактериурия (СБ), материнско-фетально-плацентарное кровообращение, синдром задержки роста плода (СЗРП).

SIYDIK CHIQARISH YO'LLARI INFEKTSIYASI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA AKUSHERLIK VA PERINATAL ASORATLAR.

Nazirbayeva Z.Q. , Matyaqubova S.A.

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali

Annotatsiya. Siydik chiqarish yo'llari infeksiyalari eng keng tarqalgan kasalliklar bo'lib, o'tkir respirator virusli infeksiyalardan asosida yuzaga kelishi mumkin. Homiladorlik davrida surunkali somatik patologiya tarkibida ular yurak-qon tomir tizimi va endokrinologik, buyrak patologiyalari kasalliklaridan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Siydik chiqarish yo'llari infeksiyasi muammosi homiladorlik davrida siydik yo'llari infeksiyasining klinik xususiyatlari, diagnostikasi va davolash bilan bog'liq. Simptomsiz bakteriyauriya siydik yo'llari infeksiyasining preklinik shakli bo'lib, takroriy kechish, o'z-o'zini davolashning past darajasi, ona, homila va yangi tug'ilgan chaqaloq uchun asoratlarning yuqori xavfi va simptomatik shaklda namoyon bo'lish ehtimoli bilan tavsiflanadi. Simptomsiz bakteriyauriya uchun standart mezon $>10^5$ CFU / ml siydik miqdoridagi mikroorganizmlarni izolyatsiya qilish - homilador ayollar uchun haddan tashqari yuqori bo'lganligi sababli munozaralar va tanqidlariga sabab bo'ladi. Siydik chiqarish yo'llarining infeksiyalari (SYI) homiladorlikning keng tarqalgan asoratlari hisoblanadi. Homiladorlik davrida pastki SYI larni o'z vaqtida va yetarli darajada davolanmasa homiladorlik pielonefritining rivojlanishiga, homila tushish xavfi va perinatal kasallikka avj olishiga olib keladi. O'z vaqtida tibbiy yordam ko'rsatilmagan va antibakterial terapiya qilinmaganda, ushbu bemorlarning 20-40 foizida o'tkir pielonefrit rivojlanadi, bu homiladorlikda erta tug'ruq, anemiya, xorioamnionit, tug'ruqdan keyingi endometrit va muddatdan oldingi tug'ruq xavfini sezilarli darajada oshiradi.

Orol bo'yida yashovchi homilador ayollarda preeklampsiya rivojlanish xavfi ikki baravar ko'pdir, chunki bu hududdagi noqulay ekologik sharoit buyrak va siydik yo'llarining boshqa kasalliklari bilan birga surunkali pielonefritning va gidronefrozni kechishini qo'zg'atadi va kuchaytiradi.

Введение: В настоящее время инфекции мочевыводящих путей являются одной из самых острых проблем в мире. Несмотря на достижения медицины, частота этой патологии за последние 10–15 лет значительно возросла. [1,3,9] Частота инфекций мочевыводящих путей в общей популяции беременных женщин составляет 10–12%. Эти показатели в несколько раз выше у больных с экстрагенитальной патологией, особенно с заболеваниями мочеполовой системы и сердечно-сосудистой системы. [2,4,7,8] Инфекции мочевыводящих путей. Инфекция мочевыводящих путей (ИМП) часто встречается во время беременности. Если у

женщин если инфекции мочевыводящих путей не лечить эффективно и своевременно во время беременности, осложнения могут привести к развитию пиелонефрита, повышению риска выкидыша и задержке роста плода. [5,6]

У беременных женщин, проживающих в регионе Аральского моря, в два раза выше риск развития инфекций мочевыводящих путей из-за экологических условий. У них это вызывает хроническую болезнь почек и ухудшает состояние беременных женщин. [10,11,12]

Цель исследования: снижение частоты инфекций мочевыводящих путей у беременных женщин и профилактика их осложнений.

Материалы и методы исследования: Мы провели ретроспективное наблюдение за исходами родов у 350 пациенток. История родов беременных женщин, лечившихся в отделении патологии обследованы пациентки отделения патологии и акушерства осложненной беременности Хорезмского перинатального центра. Диагностика инфекций мочевыводящих путей (ИМП) среди беременных женщин составила 18%. Многие беременные женщины страдали от ИППП во время первой беременности и получали неэффективное лечение, а впоследствии у них развивались осложнения. Например, частые циститы, выкидыши, задержка развития плода, пиелонефрит, гидронефроз. У пациентов с БСБ нет никаких симптомов; Поэтому важно пройти обследование на наличие этого заболевания на ранних стадиях беременности. У этих пациенток могли быть частые ИМП или бессимптомная бактериурия во время предыдущей беременности. **Результаты исследования и обсуждение:** Пиелонефрит наблюдался у 30% наблюдаемых

Бессимптомная бактериурия у женщин, преимущественно в возрасте от 19 до 28 лет. У 43% женщин наблюдается одно- и двупалый отечный гидронефроз. У 18% женщин наблюдается протеинурия беременных 15% женщин

В настоящее время стентирование почек и наложение нефростомы проводятся у женщин с пиелонефритом и гидронефрозом. Если эти процедуры проводятся женщинам, стент может оставаться в области почек до окончания беременности женщины или в течение 2 недель. Это произошло у 48% женщин во время первой беременности и у 52% женщин с двумя и более беременностями. У всех женщин первой группы наблюдалась бактериурия. УЗИ почек выявило одностороннее поражение почек у 32,5% женщин и двустороннее поражение почек у 67,5%. На рисунке выше показана частота инфекций мочевыводящих путей при сравнении двух групп женщин в зависимости от срока беременности. Частота этого заболевания оказалась высокой - 58,7%. Беременные женщины в возрасте от 28 до 32 недель по сравнению с контрольной группой Группа больна Если проведенное нами лечение у женщины неэффективно, стент может оставаться на месте до 1 месяца в области почек до конца беременности женщины или в течение 2 недель. Этот в результате 52% женщин во время беременности и 48% беременных женщин. УЗИ почек выявило одностороннее поражение почек у 32,5% женщин и двустороннее поражение — у 67,5%.

Четыре исследования сравнивали пробиотики с плацентой, два исследования сравнивали пробиотики без лечения, два исследования сравнивали пробиотики с антибиотиками у пациентов с синдромом сильного ишемического инсульта и одно исследование сравнивало пробиотики с плацентой у здоровых женщин. Все исследования были направлены на измерение различий в частоте повторных ИМП.

В анамнезе беременных женщин 78% имели регулярный прием препаратов Канефрон, Цистон, Уролесан. Это позволило предотвратить риск осложнений заболевания.

Стандартные методы лечения инфекций мочевыводящих путей включают антибактериальную терапию, инфузионную терапию, применение уросептиков, симптоматическую терапию, улучшение состояния системы мать-плацентарно-плод. При этом необходимо также восстановить микрофлору влагалища.

В настоящее время у 76% беременных женщин, перенесших операции на почках и мочевыводящих путях в нашем центре, беременность прерывается естественными родами, а у 14% — путем кесарева сечения. У наших женщин, перенесших операцию, причиной также является рубец на матке от первой беременности в их анамнезе. Всего родилось 317 детей, из них 236 мальчиков, 108 девочек, 3 младенца умерли от самопроизвольного аборта в первом триместре беременности. 5% новорожденных имели массу тела при рождении менее 2500 г. 16% новорожденных имеют массу тела нормал и длину 46–47 см. Эти новорожденные в течение определенного периода времени находятся под наблюдением в отделении интенсивной терапии, а затем возвращаются к своим матерям. Масса тела 3000<, длина 48-53 см - 72%. Этот тип детей не требует особого внимания. Масса тела <4000 г и более, длина 50-57 см - 8% новорожденных. Оценка по шкале Апгар через 1 и 5 минут после рождения составила 5-6 баллов у 75 новорожденных, 6-7 баллов у 55 детей и 8-9 баллов у остальных новорожденных.

Вывод: 1. Для профилактики развития инфекций мочевыводящих путей важно поддерживать нормальную микрофлору влагалища.

2. Для профилактики развития инфекций мочевыводящих путей бессимптомную бактериурию следует выявлять на ранних сроках беременности, а при отсутствии эффекта от терапии на протяжении всего курса лечения следует госпитализировать женщину.

3. У женщин с пиелонефритом стентирование более 2 месяцев увеличивает риск развития бактериурии.

4. Если женщина замечает изменение количества лейкоцитов в анализе мочи на ранних сроках беременности, ей следует немедленно обратиться к урологу и начать лечение.

5. При выявлении у беременных пиелонефрита и гидронефроза следует провести стентирование или наложение нефростомы на почку и мочеточник для улучшения качества жизни.

Литература.

1. Аксенова А.С., Козилова Н.А., Падруль М.М., Прединкторы развития преэклампсии у беременных с гипертензивным синдромом Артериальная гипертензия.-2016,-№4-С.349-363.
2. Акушерство: Учебник/Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижаков и др.; Под ред. Г.М.Савельевой.- М.: Медицина, 2000.
3. Айломазян Э.К. Акушерство//С.-Пб., 2005 г, 850с.
4. Акушерство: Учеб. Пособие для студентов учреждений, обеспечивающих получение высш. мед. образования/ Г.И.Герасимович.-Мн.: Беларусь, 2004.-815с.: ил.
5. Архипов Е. В., Сигитова О. Н. Инфекции мочевых путей у беременных: современные рекомендации по диагностике и лечению // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9, №. 6. – С. 109-114.
6. Бабенко О.М., Шериф В Сравнительная характеристика анамнеза, течения беременности и родов у женщин с преэклампсией и гестационной гипертензией''Новости медицины и фармации. 2011.-№2(381),-С.34-35
7. Davidson J.M., Homuth V., Jeyabalan A., et al. New aspects in the pathophysiology of preeclampsia // Am. Soc. Nephrol. - 2014. - Vol. 15. - P.2440-2448.
8. Никольская С.В., Новикова И.В., Баринаева А.В. и др. Акушерство и гинекология: Клин. рекомендации; Под ред. В.И. Кулакова. – М., 2005. – 390 с.
9. Капительный В.А. Течение и исходы беременности у пациенток с бессимптомной бактериурией: дис. канд. мед. наук. М., 2008.
10. Hazhir S. Asymptomatic bacteriuria in pregnant women. Urol J. 2009;4(1)6:24–27.
11. Зулкарнеева Э.М. Бессимптомная бактериурия у беременных. Журнал акушерства и женских болезней. 2010;59(6):101–107.

12. Марьянян А.Ю., Флоренсов В.В., Михалевич И.М. и др. Течение беременности у женщин с бессимптомной бактериурией. Сибирский медицинский журнал. 2013;116(1):106–108.

IMMUNE MARKERS IN THE DEVELOPMENT OF RECURRENT ENDOMETRITIS

Z.Yu. Nazarova¹

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Bukhara, Uzbekistan

ABSTRACT

Background. Chronic endometritis (CE) is a condition in which the balance between microorganisms in the endometrium is disturbed against the background of a decrease in the woman's immunity.

Purpose. To summarize the current data on the pathogenesis and diagnostic approaches of chronic endometritis with an emphasis on personalized medicine and new directions.

The review focuses on an urgent problem that significantly affects a woman's fertility — chronic endometritis (CE), which is characterized by clinical manifestations of varying severity and morphological changes in the endometrium. The main attention is paid to the methods used in the diagnosis of CE and their diagnostic value. The prospects of immunohistochemical methods of endometrial research, which can be used not only to detect the inflammatory process in the endometrium, but also to monitor the effectiveness of treatment, are shown.

Conclusion. An integrated approach to the diagnosis of CE, including ultrasound of the pelvic organs, measurement of Doppler parameters, analysis of the endometrial microbiota, diagnostic hysteroscopy followed by morphological assessment of the endometrial biopsy and determination of endometrial receptivity, led to a decrease in indicators and a constant behavioral tactic for women.

Keywords: chronic endometritis, endometrial structure, immunohistochemical study.

Corresponding author:

¹Zebiniso Nazarova, assistant of the Department of Obstetrics and gynecology, Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Bukhara, Uzbekistan, e-mail: nazarova.zebiniso@bsmi.uz

RESIDIVLANUVCHI ENDOMETRIT RIVOJLANISHIDAGI IMMUN MARKERLAR

Z.Yu. Nazarova

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston

Kirish. Surunkali endometrit (SE) - bu ayolning immunitetining pasayishi fonida endometriyadagi mikroorganizmlar o'rtasidagi muvozanat buzilgan holatdir.

Maqsad. Personallashtirilgan tibbiyot va yangi yo'nalishlarga e'tibor qaratgan holda surunkali endometritning patogenezi va diagnostik yondashuvlari bo'yicha joriy ma'lumotlarni umumlashtirish. Adabiyotlar tahlili ayolning reproduktiv faolyatiga ta'sir ko'rsatadigan surunkali endometrit (SE) ga bag'ishlangan bo'lib, u turli darajadagi klinik ko'rinishlar va endometriyning morfologik o'zgarishlari bilan tavsiflanadi. Asosiy e'tibor SE diagnostikasida qo'llaniladigan usullar va ularning diagnostik samaradorligiga qaratiladi. Endometriyni o'rganish uchun immunogistokimyoviy usullarning istiqbollari ko'rsatilgan, ular nafaqat endometriydagi

yallig'lanish jarayonini aniqlash, balki davolash samaradorligini kuzatish uchun ham ishlatilishi mumkin.

Xulosa. SE tashxisiga kompleks yondashuv, jumladan tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi, Doppler parametrlarini o'lchash, endometriy mikrobiotasini tahlil qilish, diagnostik gisteroskopiya, so'ngra endometriy biopsiyani morfologik baholash va endometriy retseptivlikni aniqlash ayollarda asoratlarni kamaytirish va keyingi olib borish usulini yaxshilashga olib keldi.

Kalit so'zlar: surunkali endometrit, endometriy tuzilishi, immunogistokimyoviy tahlil.

ИММУННЫЕ МАРКЕРЫ В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЭНДОМЕТРИТА

З.Ю. Назарова

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара,
Узбекистан

Ведение. Хронический эндометрит (ХЭ) — это состояние, при котором нарушается баланс между микроорганизмами в эндометрии на фоне снижения иммунитета женщины.

Цель. Обобщить текущие данные о патогенезе и диагностических подходах хронического эндометрита с акцентом на персонализированную медицину и новые направления. Обзор посвящен актуальной проблеме, существенно влияющей на фертильность женщины — хроническому эндометриту (ХЭ), который характеризуется клиническими проявлениями различной степени выраженности и морфологическими изменениями эндометрия. Основное внимание уделено методам, используемым в диагностике ХЭ, и их диагностической ценности. Показаны перспективы иммуногистохимических методов исследования эндометрия, которые могут быть использованы не только для выявления воспалительного процесса в эндометрии, но и для контроля эффективности лечения.

Заключение. Комплексный подход к диагностике ХЭ, включающий ультразвуковое исследование органов малого таза, измерение доплеровских показателей, анализ микробиоты эндометрия, диагностическую гистероскопию с последующей морфологической оценкой биоптата эндометрия и определением рецептивности эндометрия, привел к снижению осложнений и улучшению дальнейшей тактики женщин.

Ключевые слова: хронический эндометрит, структура эндометрия, иммуногистохимическое исследование.

INTRODUCTION.

Chronic endometritis (CE) is a syndrome characterized by clinical manifestations of varying degrees of severity and morphological changes in the endometrium as a result of prolonged exposure to an infectious factor that leads to a violation of the cyclic transformation and receptivity of the endometrium [1, 2].

The endometrium is represented by a hormone-regulated population of cells characterized by cyclic morphological and biochemical changes that are necessary to create optimal conditions for implantation and embryo development, prolonging pregnancy [1, 4]. Changes characteristic of CE can lead to disruption of the normal functioning of the reproductive system [6].

It is known that inflammation is a defense mechanism of the body, implemented in response to the action of pathogenic factors, resulting in their elimination from the body. However, the long-term inflammatory process characteristic of CE does not have a protective effect, but, on the contrary, leads to destructive changes in the endometrium [2, 7, 8].

The development of a persistent inflammatory process in the endometrium is promoted by pathogenic microorganisms, as well as autoimmune processes that disrupt the complex sequential chain of antioxidant protection [2, 7]. As a result of the influence of all factors, the

angioarchitectonics of the endometrium changes, which causes a violation of microcirculation in tissues and an increase in the coagulation potential of blood [2, 9].

The risk group for the development of CE can include women who have undergone invasive manipulations in the uterine cavity, postpartum infectious and inflammatory complications, inflammatory diseases of the urinary system, as well as those with gynecological diseases [10, 11].

To date, CE is considered as a separate nosological form, although for a long time doubts have been expressed that this pathological condition can be distinguished as a separate disease due to the absence of signs of classical pathology and taking into account the monthly rejection of the pathological endometrium [1, 2].

MATERIALS AND METHODS

To compile this systematic review, an extensive search of electronic databases including PubMed, Google Scholar and eLibrary was conducted. The systematic review was conducted in an extensive manner to maintain clarity and rigor in the study methodology. Inclusion Criteria: Publications in English and Russian that present original research, meta-analyses, or systematic reviews, studies related to reproductive gynecology, focusing on key aspects of CE pathogenesis, diagnosis, and therapy. Exclusion Criteria: Articles with low levels of evidence, including expert opinions without empirical data and uncontrolled studies, non-peer-reviewed publications (e.g., preprints without subsequent journal publication), studies with small sample sizes (<30 patients) or insufficient statistical power.

RESULTS.

Clinical manifestations of CE are non-specific. With this pathological process, patients may complain of cyclic uterine bleeding, blood discharge a few days before the onset of menstruation and after, the presence of constant pain in the lower abdomen, serous and pus-like discharge from the genital tract [1, 9, 19, 20].

When making a diagnosis of CE, it is customary to conduct basic and additional diagnostic studies [1].

The main, or mandatory, diagnostic methods that are recommended for outpatient treatment include: examination of complaints and features of the patient's anamnesis, ultrasound of the pelvic organs, PCR examination for chlamydia, trichomonas and gonorrhea, histological and bacteriological examination to determine the sensitivity to antibiotics of scrapings from the uterine cavity on the 7th-10th day of the menstrual cycle. of the loop [1].

Despite the fact that the diagnostic value of pelvic ultrasound for detecting CE is widely discussed, today this method is mandatory for making a diagnosis of CE. It is generally accepted to perform ultrasound in the first (5-7 days of the cycle) and in the second (17-22 days) phases of the menstrual cycle [18]. Since 1993, the echographic criteria for CE developed by V. N. Demidov et al. [21-23] have been applied.

It is possible to perform Doppler imaging of the pelvic vessels, but there is little information about the use of this technique in patients with CE. In the literature, there are reports of a significant decrease in the parameters of vascularization of the entire uterus and endometrium in CE compared with those in healthy women, which indicates pronounced changes in the microcirculatory bed against the background of persistent inflammation in the endometrium [17, 24, 25]. In order to detect these changes, it is recommended to use color Doppler mapping in pulsed, constant-wave, and energy modes with a transvaginal sensor [26-28].

Recently, a new diagnostic method has been used in clinical practice — ultrasound elastography, which makes it possible to assess the stiffness of the studied uterine structures [29, 30]. In women with CE and endometrial tuberculosis, endometrial stiffness indicators are significantly higher than in healthy women [29]. However, this technique is not used routinely.

In some publications, it is possible to find indications on the expediency of performing MRI of the pelvic organs in order to establish the diagnosis of CE [31]. MRI has a high resolution due to the good contrast of soft tissues and high sensitivity to inflammatory changes. MRI helps in the diagnosis of acute pelvic inflammatory diseases, as well as in the detection of CE [31]. According to the authors, the specificity and sensitivity of MRI without contrast in detecting CE and metroendometritis are 75.3% and 95.9%, respectively [31]. However, it should be noted that this technique is not widely used in the diagnosis of CE due to its high cost and due to the fact that the results of MRI are comparable with the results of ultrasound and other diagnostic methods for confirming CE.

In the study [46], the number of pinopodia, receptors, infectious agents, CD138, CD20, CD8, CD4, CD56, and HLA-DRII was evaluated by immunohistochemical method in patients with CE, the expression of TLR4, TLR2, HBD1, and TNF α was determined by reverse transcription and polymerase chain reaction, and the level of HNP1 — 3 was determined by enzyme immunoassay. After that, a 20-day course of cytokine therapy was prescribed. It turned out that after therapy, the number of pinopodia increased by 1.3 times, the detection of CD138 decreased by 1.6 times, and CD20 decreased by 1.4 times. The content of T-helper cells increased 1.7-fold, HLA-DRII-1.5-fold, TLR2 gene expression decreased 1.3-fold, TLR4 gene expression increased 1.5 — fold, TNF α -1.2-fold, HBD1 — 2.1 — fold, and HNP1–3-1.57-fold. That is, immunohistochemical analysis helps not only in detecting signs of chronic inflammation in the endometrium and making a diagnosis, but also in selecting an adequate pathogenetic treatment aimed at eliminating the inflammatory process and restoring normal endometrial architectonics [46].

In the literature, there are data on the determination of α_2 -microglobulin in menstrual blood in order to improve and simplify the diagnosis of CE [48]. However, it turned out that a decrease in the amount of α_2 -microglobulin in menstrual blood is characteristic of both patients with CE and women with luteal phase insufficiency. That is, if low values of this marker are detected, we can talk about the presence of CE in the patient only if she excludes luteal phase insufficiency. This technique is considered non-invasive and can be used for subsequent evaluation of the effectiveness of treatment of the pathology under consideration [48].

In [27], a diagnostic algorithm was proposed that includes ultrasound of the pelvic organs, assessment of Doppler parameters, analysis of the endometrial microbiota, application of diagnostic hysteroscopy followed by morphological assessment of a biopsy sample from the uterine cavity and determination of endometrial receptivity, including determination of ER α , PR, p53, bcl-2, CD56⁺, LIF, LIF-R, CD138⁺ during immunohistochemical analysis. It was shown that the developed algorithm of diagnostic measures in patients with CE and habitual miscarriage will allow to diagnose endometrial receptivity disorders with an accuracy of 92.5%, which in turn will help to develop an algorithm for managing these patients [27].

It is obvious that in CE, the interaction of bacteria with the endometrial microenvironment contributes to changes in the white blood cell population, cytokine production, and growth factors that negatively affect endometrial receptivity. However, standardization of criteria for histopathological diagnostics and methods of immunohistochemistry remains relevant today [47].

DISCUSSION

According to many studies, there is a positive correlation between reproductive losses and CE [10, 12]. It is known that among patients suffering from habitual miscarriage, 73% are found to have CE outside of pregnancy [13]. Most experts associate CE with infertility of unknown origin, habitual miscarriage, spontaneous miscarriages, and preterm birth [6, 14]. However, the literature contains contradictory data on this issue.

According to H. J. Park et al. [3], CE can be defined as a condition associated with a violation of the peaceful coexistence of microorganisms and the endometrial immune system.

Thus, A. Volodarsky-Perel et al. [15] concluded that the prevalence of CE among infertile women is higher than among fertile ones. The pregnancy outcome in infertile patients with treated CE was similar to that in those who were infertile in the absence of CE. According to E. Cicinelli et al. [4], CE is widespread among patients with unexplained infertility. Diagnosis and treatment of CE increases the frequency of spontaneous pregnancies. These data are confirmed by another study [16], which showed that the most effective method of treating CE is the administration of oral antibacterial drugs, against the background of which a significant increase in the frequency of pregnancy is observed in patients, on the basis of which the authors concluded that CE has a significant effect on implantation and reduces fertility.

At the same time, J. C. Kasius et al. [5] found no association between failed IVF attempts and CE. CE was detected in 2.8% of patients who underwent diagnostic curettage and hysteroscopy before the IVF program. The frequency of live births, including after spontaneous pregnancy, was 76% in the CE group and 54% in the control group, with no statistically significant differences. That is, according to the authors, the effect of CE on the reproductive system is minimal [5].

Nevertheless, most authors agree that patients with a history of CE, despite pre-gravidar training, are at high risk for obstetric and perinatal complications. It is known that in this category of women, infectious complications, the threat of termination of pregnancy, chronic placental insufficiency, and asphyxia at birth are significantly more often detected during pregnancy than in healthy women [17, 18].

To date, it is known what morphofunctional changes in the endometrium occur during the "implantation window", but until now, new data are being discovered on the cells involved in the implantation process, and it is not yet possible to fully understand the mechanism of their action. The search for markers of endometrial receptivity continues, which allow us to assess the degree of endometrial damage in practice, which can help in developing an algorithm for conducting pre-gravidar training [6, 18].

Volkova et al. [38] also demonstrated that the immunomorphological picture of the "thin" endometrium in 67.8% of cases is characterized by signs of CE [38].

Studies were also conducted to detect antibodies to sex hormone receptors and glycodein in patients with CE during immunohistochemical analysis [41]. As a result, in 55.9% of patients with abnormal uterine bleeding and infertility, a comprehensive clinical and morphological examination revealed CE, which was an indication for pre-gravidar training. The most significant changes were observed on the part of progesterone receptors in the early periods of the proliferation and secretion phase. This is due to poor susceptibility of the endometrium to progesterone, which, in turn, contributes to the development of an inferior endometrium and can lead to disruption of blastocyst implantation.

Similar results were obtained by L. M. Mikhaleva et al. [42]. The study concluded that the production of endometrial glycodein in the proliferative phase in patients with CE may be one of the pathogenetic mechanisms of infertility development. In addition, patients with CE showed a decrease in the number of CD4 cells with a simultaneous increase in CD8 expression and a decrease in CD20 levels. These endometrial changes should be considered in the pre-gravidar training of patients with CE.

N. A. Gombolevskaya et al. [32] identified the most important molecular and genetic markers of the inflammatory process in CE. It was found that the expression of immune response genes in the endometrium depends on the phase of the menstrual cycle and the presence of inflammation, this was confirmed by the results of other studies [41]. In chronic endometritis and lymphoid infiltration of the endometrial stroma, the expression of proinflammatory cytokines was increased. Vascular sclerosis and fibrosis of the endometrial stroma are accompanied by more pronounced changes in

the cytokine cascade [32]. These facts were confirmed by C. Tortorella et al. [43], who also identified molecular genetic markers associated with chronic endometritis.

W.J. Wang et al. [44] indicated that IL-17 expression was significantly higher in patients with CE compared to the comparison group, while IL-10 and TGF β expression was significantly lower. Moreover, autophagy protein (LC3II) expression was elevated, while mTORC1 expression was impaired.

The results of another study [45] also confirm the need for an immunohistochemical study that can reliably detect the presence of chronic inflammation in the endometrium and its severity by determining lymphocytes expressing markers of CD56⁺ and CD16⁺ NK cells, lymphocytes expressing the HLA-DR⁺ class II activation marker, and CD20⁺ lymphocytes. An increase in the content of immunocompetent cells in the endometrium indicates a long-term inflammatory process. In addition to determining markers of endometrial immunocompetent cells, it is also possible to conduct immunohistochemical studies of progesterone and estrogen receptors, Ki67, Apoprotein, EGF, VEGF, TGF α , and collagen types III and IV in CE [45].

CONCLUSION.

The incidence of CE is high, despite significant progress in the diagnosis and treatment of this disease. The incidence of pregnancy after treatment with CE remains low. To date, there is still a need to prepare the endometrium for embryo implantation, especially in women with CE and a history of unsuccessful IVF treatment outcomes. In this regard, the task of developing effective methods for the diagnosis of CE, including immunohistochemical analysis of endometrial biopsies, and implementing these methods in the algorithm of examination of patients with CE remains urgent. The study of not only the morphological picture, but also the subpopulation composition of endometrial lymphocytes increases the effectiveness of the diagnosis of CE, which makes it possible to choose the optimal treatment strategy in patients with impaired reproductive function in CE.

Consent for publication – The study is valid, and recognition by the organization is not required. The author agrees to open publication.

Availability on data and material – available.

Competing interest – no.

Financing – no financial support has been provided for this work.

Conflict of interests – The authors declare that there is no conflict of interest.

REFERENCES

1. Aagaard K, Petrosino J, Keitel W et al. The Human Microbiome Project strategy for comprehensive sampling of the human microbiome and why it matters. *J FASEB J* 2013; 27 (3): 1012–22.
2. Adegboyega PA, Pei Y, McLarty J. Relationship between eosinophils and chronic endometritis. *Hum Pathol* 2010; 41 (1): 33–7.
3. Aflatoonian R, Fazeli A. Toll-like receptors in female reproductive tract and their menstrual cycle dependent expression. *J Reprod Immunol* 2008; 77: 7–13.
4. Amsler L, Malouli D, De Filippi V. The inflammasome as a target of modulation by DNA viruses. *Future Virol Author manuscript*; available in PMC Jun 18, 2014.
5. Aslim B, Kilic E. Some probiotic properties of vaginal lactobacilli isolated from healthy women. *Jpn J Infect Dis* 2006; 59 (4): 249–53.
6. Boltaeva G. I., Yakhshieva M. F., Uzoqova M. K. ASSESSMENT OF RISK FACTORS AND EARLY DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN PERIMENOPAUSAL WOMEN //The Conference Hub. – 2025. – C. 45-47.

7. Bukharin O.V., Cherkasov S.V., Sgibnev A.A.V. et al. Characteristics of microecological disorders in endometritis. Journal of Microbiology, Epidemiology, and Immunobiology. 2009; 4: 93–6.
8. Caserta L, Labriola D, Torella M et al. The use of transvaginal ultrasound following voluntary interruption of pregnancy to reduce complications due to incomplete curettage. Minerva Ginecol 2008; 60 (1): 7–13.
9. Dimitonova SP, Danova ST, Serkedjieva JP et al. Antimicrobial activity and protective properties of vaginal lactobacilli from healthy Bulgarian women. Anaerobe 2007; 13 (5–6): 178–84.

NUTRITIONAL OBESITY IN ADOLESCENT GIRLS PROMISING STEPS IN THERAPY

Nigmatova G.M.

Email: kamola4740@gmail.com

Tashkent Medical Academy Tashkent Medical Academy

Summary

In childhood and adolescence, we can talk about predictors of reproductive disorders, one of which is overweight. It is impossible to get rid of obesity with the help of medications, and therefore their prescription is auxiliary and is an addition to diet and exercise.

Keywords: adolescent girls, obesity, diet food

АЛИМЕНТАРНОЕ ОЖИРЕНИЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ШАГИ В ТЕРАПИИ

Нигматова Г.М.

Ташкентская Медицинская Академия

Резюме

В детском и подростковом возрасте можно говорить о предикторах репродуктивных расстройств, одним из которых является избыточная масса тела. Избавиться от ожирения с помощью лекарственных препаратов невозможно, и поэтому их назначение носит вспомогательный характер и является дополнением к диетическому питанию и физическим упражнениям.

Ключевые слова: девочки-подростки, ожирение, диетическое питание

O'smir qizlardagi ozuqaviy semizlik TERAPIYADAGI QADAMLARNI ISHLAB CHIQRISH.

Nigmatova G.M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Rezyume

Bolalik va o'smirlik davrida biz reproduktiv kasalliklarning prognozlari haqida gapirishimiz mumkin, ulardan biri ortiqcha tana vaznidir. IYADAGI QADAMLARNI ISHLAB CHIQRISH. Dori vositalari yordamida semirishdan qutulish mumkin emas, shuning uchun ulardan foydalanish yordamchi xususiyatga ega va parhez ovqatlanish va jismoniy mashqlar uchun qo'shimcha hisoblanadi.

Kalit so'zlar: o'smir qizlar, semizlik, parhez ovqatlanish

Несмотря на то, что репродуктивная функция оказывается свойственной взрослому человеку, корни её формирования, как и возникновения нарушений репродуктивного здоровья, следует искать в интервале от момента образования зиготы и до точки реализации биологической функции воспроизводства потомства. Уже в детском и подростковом возрасте можно говорить о предикторах репродуктивных расстройств, одним из которых

является избыточная масса тела. На этом фоне формируются хронические заболевания, требующие диспансерного наблюдения. Поэтому очень важно выделять группы риска на формирование нарушений репродуктивного здоровья в дальнейшем[1].

Репродуктивное здоровье женщины напрямую зависит от критической массы жировой ткани, увеличения массы тела, развитие ожирения могут привести к снижению фертильности. Будучи фактором риска развития тяжелых метаболических нарушений, избыточная масса тела у девочек-подростков сопровождается высокой частотой нарушения становления менструального цикла с гиперандрогенными проявлениями, а при достижении девушками репродуктивного возраста – бесплодием, различными гиперпластическими процессами, высоким риском развития рака эндометрия, яичников, молочных желез и других гормоночувствительных органов [3,6].

Согласно общепринятой точки зрения, нарушение аппетита и переедание приводит к повышению секреции инсулина, результатом чего являются усиленный липогенез и ожирение. При этом адипоциты увеличиваются в размерах, снижается число рецепторов к инсулину. Это способствует резистентности к инсулину и, как следствие, дальнейшему повышению его секреции. Согласно другой теории повышение секреции инсулина у данной группы больных генетически обусловлено[7].

Формирование гиперинсулинемии, с одной стороны, ведет к повышению аппетита, перееданию и прибавке массы тела, с другой стороны – к снижению числа инсулиновых рецепторов в ответ на гиперсекрецию инсулина, что является защитной реакцией на развитие гипогликемии [2,5]. Генез гиперинсулинемии при ожирении сложен. Возможную роль играют нарушения гипоталамической регуляции, опосредуемые через симпатическую и парасимпатическую вегетативную нервную систему. Имеются указания на участие эндогенных опиатов, а также гормонов желудочно-кишечного тракта, в частности желудочного ингибирующего полипептида в развитии гиперинсулинемии. Важное место в формировании повышения продукции инсулина отводится особенностям питания.

Один из основных механизмов влияния половых гормонов на жировую ткань – прямая регуляция активности липопротенлипазы – главного фермента регуляции накопления триглицеридов в адипоцитах. В настоящее время известны два вида рецепторов к эстрогенам – альфа и бета. Установлено, что в жировой ткани экспрессируются бета-рецепторы. Прогестерон также участвует в регуляции жировой ткани. Он конкурирует с глюкокортикоидами за их рецепторы в адипоцитах, предотвращая таким образом воздействие глюкокортикоидов на жировую ткань в поздней лютеиновой фазе цикла. Показано, что у девочек-подростков с регулярным менструальным циклом аппетит зависит от уровня эстриола в крови, который действует на вентромедиальную область гипоталамуса и, тем самым, подавляет аппетит[6,7].

В научной литературе ожирение, развившееся в подростковом возрасте на фоне гипоталамо-гипофизарной дисфункции, описывается под различными терминами: пубертатный базофилизм, гипоталамический синдром пубертатного периода, пубертатно-юношеский диспитуитаризм, ожирение с розовыми стриями, транзиторный ювенильный диэнцефальный синдром, пубертатный гиперкортицизм. ГДПП – это заболевание подростков, основой которого является принципиально обратимая дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы на фоне возрастной нейроэндокринной перестройки организма и полового созревания [4, 6,7].

Анатомические особенности гипоталамо-гипофизарной области обуславливают ее особую уязвимость при патологических процессах в ЦНС. Гипоталамус имеет интенсивное кровоснабжение и развитую сосудистую сеть, отличающуюся высокой проницаемостью

стенок для крупных белковых молекул, что облегчает проникновение через сосудистую сеть различных токсических нейротропных агентов[3,4].

Развитие нейрогуморальных и метаболических нарушений в период полового созревания неслучайно. Именно в этот период за короткий срок происходят бурная перестройка и реактивация отдельных ядерных структур гипоталамуса, устанавливаются новые функциональные отношения между нервной и эндокринной системами. Взаимообусловленной положительной или отрицательной деятельности достигает система гипоталамус-гипофиз-периферические эндокринные железы. Усиливаются анаболические процессы, происходят большие энергетические затраты, ускоряется рост, увеличивается масса тела на фоне вариабельности темпов физического и полового развития, лабильности и напряженности метаболизма и нейроэндокринной регуляции[3,6].

Изучение гормонов гипофиза показало повышение их уровня в сыворотке крови относительно значений группы практически здоровых лиц: ТТГ (в 1,59; 1,86 и 1,91 раза), ФСГ (в 1,95; 2,2 и 2,57 раза), ЛГ (в 1,61; 1,55 и 2,28 раза соответственно 1-й, 2-й а и 3-й степени ожирения). Уровень эстрадиола у девушек с алиментарным ожирением и НМЦ имел тенденцию к увеличению при 1-й степени ожирения, а по мере увеличения массы тела его значения постепенно снижались и достигали нормативных значений. Содержание прогестерона в сыворотке крови девушек с ожирением снижался в 15,56; 17,23 и 28,51 раза. Уровень тестостерона превышал нормативные значения в 1,31; 1,4 и 1,6 раза, соответственно в группах с 1-й, 2-й а и 3-й степенями ожирения. Содержание триглицеридов в сыворотке крови у девушек с 1-й степенью ожирения составляла $1,72 \pm 0,08$ ммоль/л, у пациенток со 2-й а и 3-й степенью ожирения данный показатель возрастает до $1,98 \pm 0,08$ и $2,85 \pm 0,11$ ммоль/л, соответственно. Эти показатели статистически значимо превышают значения практически здоровых девушек в 1,14 ($P < 0,05$) и 1,65 ($P < 0,01$) раза, соответственно степеням ожирения. Содержание холестерина в ЛПОНП статистически значимо возрастает в 1,75 ($P < 0,01$); 1,84 ($P < 0,01$) и 4,13 ($P < 0,01$) раза, соответственно 1-й, 2-й а и 3-й степенях ожирения. Уровень холестерина в ЛПНП при 1-й степени ожирения сохраняется в пределах нормативных величин, а при 2-й а и 3-й степени возрастает в 1,36 ($P < 0,05$) и 2,52 ($P < 0,001$) раза, соответственно. Содержание холестерина в ЛПВП статистически значимо снижается в 1,55; 1,52 и 1,17 раза при 1-й, 2-й и 3-й степени ожирения.

Следовательно, у девушек с алиментарным ожирением отмечается повышение уровня тропных гормонов, эстрадиола и тестостерона, на фоне прогрессивного снижения прогестерона, выраженность которых зависит от степени ожирения. В зависимости от степени ожирения отмечается смешанная форма дислипидотеинемии, активизируются липолитические и протеолитические ферменты.

В наших исследованиях препарат «Инотир» применяли по одному саше в течение 6 месяцев. ИНОТИР – это комбинированный препарат, компоненты которого, действуя на различных уровнях развития инсулинорезистентности, дают доказанный и эффективный результат даже в самых сложных случаях репродукции человека. ИНОТИР содержит в своем составе 5 активных компонентов взаимодействие которых является синергическим и эффективным даже в самых сложных и комбинированных случаях.

Таким образом, препарат «Инотир» при длительном применении существенно снижает массу тела и степень алиментарного ожирения. Видимо, это связано с механизмом действия миоинозитола, который действует как прямой мессенджер информации инсулину и улучшает потребление глюкозы тканями организма, улучшая резистентность к инсулину у девочек с НМЦ и восстанавливая регулярность менструального цикла.

Основными задачами лечения девочек-подростков с ожирением являются: достижение оптимальной массы тела, профилактика развития сопутствующих заболеваний,

поддержание достигнутой массы тела и предотвращение ее увеличения, адекватный контроль сопутствующих ожирению нарушений, улучшение качества и продолжительности жизни.

Литература:

1. Баклаенко Н.Г., Гаврилова Л.В. Современное состояние охраны репродуктивного здоровья подростков // Гигиена, экология и репродуктивное здоровье подростков. – СПб., 2016. – С.6-14
2. Богданов Е.А. Гинекология детей и подростков. – М.: МИА, 2006. – 332с.
3. Богданова Е.А., Долженко И.С. Гинекологические заболевания детей и подростков – фактор нарушения репродуктивного здоровья женщины //Тезисы докладов научно-практической конференции «Охрана репродуктивного здоровья населения». – М.,2010

MORPHOLOGICAL PICTURE OF OSTEOPOROSIS IN PERIMENOPAUSE WOMEN

Nigmatova G.M. , Umarova N.M., Abdikulova N.X.

Tashkent Medical Academy, Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

Abstract. Osteoporosis today is one of the most common and chronic polyetiologial systemic diseases of the skeleton, leading to a decrease in the strength of bone tissue and the development of fractures with minor injuries.

Keywords: perimenopause, pathomorphology, tubular bone fractures

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Нигматова Г.М. , Умарова Н.М., Абдикулова Н.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Резюме. Остеопороз сегодня является одним из наиболее распространенных и хронических полиэтиологических системных заболеваний скелета, приводящих к снижению прочности костных тканей и развитию переломов при незначительных травмах. Заболевание протекает с нарушением обмена веществ и микроархитектоники костей.

Ключевые слова: перименопауза, патоморфология, переломы трубчатых костей

PERIMENOPAUZADAGI AYOLLARDA OSTEOPOROZNING MORFOLOGIK TASVIRI.

Nigmatova G.M. , Umarova N.M., Abdikulova N.X.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent davlat stomatologiya instituti, O'zbekiston

Rezyume. Osteoporoz bugungi kunda skeletning eng keng tarqalgan va surunkali polietilogik tizimli kasalliklaridan biri bo'lib, suyak to'qimalarining mustahkamligining pasayishiga va mayda shikastlanishlar bilan sinishlarning rivojlanishiga olib keladi. Kasallik metabolik kasalliklar va suyak mikroarxitekturasi bilan birga keladi.

Kalit so'zlar: perimenopauza, patomorfologiya, quvurli suyak sinishi

Аннотация

Актуальность. ОП сегодня является одним из наиболее распространенных и хронических полиэтиологических системных заболеваний скелета, приводящих к снижению прочности костных тканей и развитию переломов при незначительных травмах. Особенно подвержены снижению минеральной плотности костей женщины климактерического и постклимактерического возраста. Наряду с доказанным эффектом заместительной гормональной терапии в профилактике и лечении остеопороза большое значение имеет

изучение роли нарушений микроэлементного обмена в системе гомеостаз-кости у женщин перименопаузального возраста.

Цель исследования. Изучение патоморфологических особенностей остеопороза в перименопаузальном периоде.

Методы исследования. Изучены патоморфологические особенности костной ткани в 12 биоптатах костной ткани, полученных при оперативном лечении при переломах костей с использованием сканирующей электронной микроскопии (СЭМ) и изучения элементного состава костей с использованием детектора для регистрации спектров характеристического рентгеновского излучения.

Результаты и выводы. При изучении элементного состава костной ткани выявлено, что в климактерическом периоде у женщин их содержание будет коррелироваться с концентрацией микроэлементов в крови, что может явиться дополнительным скрининговым тестом. При этом, на первое место может выходить кальций, что может сочетаться со стадией процесса. Такие элементы как кислород, калий, фосфор и, по-видимому, магний прогрессивно уменьшаются в костях. При электронно-микроскопическом исследовании костной ткани на первое место выступают нарушения строения костных балок и Гаверсовых каналов, а также тромбоз, что особенно проявляется при 3 степени остеопороза. Выявленные в костной ткани ультраструктурные изменения при остеопорозе и дисбаланс содержания микроэлементов в костной ткани открывают дальнейшие перспективы поиска профилактических и лечебных мероприятий у женщин в перименопаузе.

Annotatsiya.

Kirish. Bugungi kunda osteoporoz skeletning eng keng tarqalgan va surunkali polietilogik tizimli kasalliklaridan biri bo'lib, suyak to'qimalarining mustahkamligining pasayishiga va kichik jarohatlar bilan sinishlarning rivojlanishiga olib keladi. Menopauza va postmenopozal yoshdagi ayollar suyak mineral zichligining pasayishiga ayniqsa sezgir. Osteoporozning oldini olish va davolashda gormonlarni almashtirish terapiyasining tasdiqlangan ta'siri bilan bir qatorda, perimenopozal ayollarda suyak gomeostazi tizimida mikroelementlar almashinuvi buzilishining rolini o'rganish katta ahamiyatga ega.

Tadqiqot maqsadi. Premenopozal davrda osteoporozning patomorfologik xususiyatlarini o'rganish.

Tadqiqot materiali va usullari. Suyak to'qimalarining patomorfologik xususiyatlari skanerlovchi elektron mikroskop (SEM) yordamida suyak sinishlarini jarrohlik davolashda olingan 12 ta suyak to'qimalarining biopsiyalarida va xarakterli rentgen nurlanishining spektrlarini qayd qilish uchun detektor yordamida suyaklarning elementar tarkibini o'rganishda o'rganildi.

Tadqiqot natijalari. Xulosa. Suyak to'qimalarining elementar tarkibini o'rganishda ayollarda klimakterik davrda ularning tarkibi qondagi mikroelementlarning kontsentratsiyasi bilan bog'liq bo'lishi aniqlandi, bu qo'shimcha skrining tekshiruvi bo'lib xizmat qilishi mumkin. Bunday holda, kaltsiy birinchi o'ringa chiqishi mumkin, bu jarayonning bosqichi bilan birlashtirilishi mumkin. Suyaklarda kislorod, kaliy, fosfor va, ehtimol, magniy kabi elementlar asta-sekin kamayadi. Suyak to'qimasini elektron mikroskopik tekshirishda eng ko'zga ko'ringan belgilar suyak nurlari va Gavers kanallari tuzilishidagi anomaliyalar, shuningdek trombozdir, bu ayniqsa 3-darajali osteoporozda namoyon bo'ladi. Osteoporozda aniqlangan suyak to'qimasida ultrastrukturaviy o'zgarishlar va suyak to'qimasida mikroelementlar tarkibining nomutanosibli perimenopozal ayollarda profilaktika va davolash choralarini izlash uchun qo'shimcha istiqbollarni ochadi.

Kalit so'zlar: perimenopauza, patomorfologiya, quvurli suyak sinishi

Annotation

Relevance. AP today is one of the most common and chronic polyetiological systemic diseases of the skeleton, leading to a decrease in the strength of bone tissue and the development of

fractures with minor injuries. Menopausal and post-menopausal women are especially susceptible to decreased bone mineral density. Along with the proven effect of hormone replacement therapy in the prevention and treatment of osteoporosis, studying the role of microelement metabolism disorders in the homeostasis-bone system in perimenopausal women is of great importance.

Purpose of the study. Study of pathomorphological features of osteoporosis in the premenopausal period.

Research methods. The pathomorphological features of bone tissue were studied in 12 bone tissue biopsies obtained during surgical treatment of bone fractures using scanning electron microscopy (SEM) and studying the elemental composition of bones using a detector for recording characteristic X-ray radiation spectra.

Results and conclusions.

When studying the elemental composition of bone tissue, it was revealed that in menopausal women their content will correlate with the concentration of trace elements in the blood, which can be an additional screening test. In this case, calcium may come first, which may be combined with the stage of the process. Elements such as oxygen, potassium, phosphorus and, apparently, magnesium progressively decrease in the bones. In electron microscopic examination of bone tissue, the first place is taken by disturbances in the structure of bone beams and Haversian canals, as well as thrombosis, which is especially evident in grade 3 osteoporosis. Ultrastructural changes identified in bone tissue during osteoporosis and an imbalance in the content of microelements in bone tissue open up further prospects for the search for preventive and therapeutic measures in perimenopausal women.

Актуальность исследования. В связи с увеличением продолжительности жизни женщин во всем мире, в целом, и в Узбекистане, в частности, особую актуальность приобретают заболевание пожилого возраста, оказывающие значительное влияние на качество жизни [2,3]. К числу таких заболеваний относится остеопороз (ОП), отличающийся высокой частотой и тяжестью осложнений. ОП сегодня является одним из наиболее распространенных и хронических полиэтиологических системных заболеваний скелета, приводящих к снижению прочности костных тканей и развитию переломов при незначительных травмах. Заболевание протекает с нарушением обмена веществ и микроархитектоники костей [1,4]. Распространённость ОП в Узбекистане мало изучена. Распространенность остеопоротических переломов тел груднопоясничных позвонков по данным Шатурсунова Ш.Ш. с соавторами [4,5,6] составляет до 14% в Сурхандарьинской, Наманганской и Ташкентской областях, По данным Алихановой Н.М с соавторами [3] ОП встречается чаще у сельских жительниц, чем в городе. Исследователями Узбекистана доказана прямая зависимость между повышением возраста женщин и выраженностью минеральной плотности костей, а также с возрастанием частоты переломов трубчатых костей [4,7]. Наряду с медицинскими проблемами, переломы костей на фоне остеопороза несут и значительное экономическое бремя. В связи с изложенным, крайне важным вопросом является поиск путей профилактики переломов костей. Наряду с доказанным эффектом заместительной гормональной терапии в профилактике и лечении остеопороза большое значение имеет изучение роли нарушений микроэлементного обмена в системе гомеостаз-кости у женщин перименопаузального возраста.

Целью настоящего исследования явилось изучение патоморфологических особенностей остеопороза в перименопаузальном периоде.

Материалы и методы исследования: Нами изучены патоморфологические особенности костной ткани в 12 биоптатах костной ткани, полученных при оперативном лечении при переломах костей. Исследования проводились в лаборатория кафедры

гистологии, эмбриологии и цитологии ФГБОУ ВО ПСПбМУ им.И.П.Павлова Минздрава России (зав. лабораторией- профессор Т.В.Павлова).

Для сканирующей электронной микроскопии (СЭМ) изучаемые кусочки опускали в глутаральдегидный фиксатор, а затем просматривали в СЭМ «FEI Quanta 200 3D» и «FEI Quanta 600 FEG»(Нидерланды). Элементный анализ был сделан с использованием детектора для регистрации спектров характеристического рентгеновского излучения фирмы «EDAX». Детекторы интегрированы со СЭМ. Исследование основано на возникновении непрерывного флуоресцентного излучения при бомбардировке исследуемых образцов пучком первичных рентгеновских лучей. Погрешность при элементном анализе составляет 0,2—0,25% (по концентрации). Проведено изучение содержания Са, О, Mg, P, К.

Возраст обследованных женщин колебался от 48 до 54 лет. У 5 из них был перелом шейки бедренной кости, в остальных случаях имел место травматический перелом трубчатых костей.

Результаты исследования.

В костной ткани тазобедренного сустава при остеопорозе 3 степени морфологически было выявлено уменьшение общей площади ее плотной субстанции. В губчатом веществе костные пластинки были истончены и перфорированы, а также, частично разрушены с образовыванием полостей. Они сливались между собой, образовывая крупные полости. В отдельных участках они были истончены и с обломанными краями. Решетчатая система трабекул становится более тонкой и частично прерывистой. Трабекулы, истончаясь частично рассасывались. В губчатом веществе происходит истончение костной ткани, однако под надкостницей сохранялось небольшое количество остеонов. При 1 степени остеопороза таких грубых изменений выявлено не было. Внутри кости микропереломы костных балочек сопровождаются мелкими кровоизлияниями. При этом формируется остеогенная клеточно-волокнистая ткань. Из нее формируется микромозоль грубоволокнистого строения. Гаверсов канал в сочетании с окружающими его концентрическими костными пластинками является структурной единицей компактного вещества кости. Строение остеона при остеохондрозе значительно нарушено при 3 степени остеопороза. Стенки Гаверсовых каналов изменены как при 1-й, так и 3-й степени. При остеохондрозе каналы различной величины, а их форма были измененными (рис.1). В ткани - крупные полости неправильной формы, с неровными краями. В части из них - тромбы. Строение остеона нарушено. Стенки Гаверсовых каналов изменены. Просвет сужен. Параллельно поверхности пластинок расположены слои маленьких звездообразных пустот, продолжающихся в многочисленные тонкие каналы, в которых находятся костные клетки, дающие отростки в каналы. Они различной величины, а их форма – изменена.

При микроскопическом исследовании костной ткани были выявлены участки с фиброзной тканью, участки некротизированной ткани, а также переходные участки между выше указанными зонами. При изучении элементного анализа было выявлено возрастание с возрастом содержания Са при уменьшении содержания О, Mg, P, К в костной ткани тазобедренного сустава больных с остеопорозом. Цифровые показатели в значительной степени отличаются в группах с 1 и 3 степенью заболевания.

Решетчатая система трабекул становится более тонкой и частично прерывистой. Трабекулы, истончаясь частично рассасывались. В губчатом веществе происходит истончение костной ткани, однако под надкостницей сохранялось небольшое количество остеонов. При 1 степени остеопороза таких грубых изменений выявлено не было. Внутри кости микропереломы костных балочек сопровождаются мелкими кровоизлияниями. При этом формируется остеогенная клеточно-волокнистая ткань. Из нее формируется

микромозоль грубоволокнистого строения. Гаверсов канал в сочетании с окружающими его concentрическими костными пластинками является структурной единицей компактного вещества кости. Строение остеона при остеохондрозе значительно нарушено при 3 степени остеопороза. Стенки Гаверсовых каналов изменены как при 1-й, так и 3-й степени. При остеохондрозе каналы различной величины, а их форма были измененными. В ткани - крупные полости неправильной формы, с неровными краями. В части из них - тромбы. Строение остеона нарушено. Стенки Гаверсовых каналов изменены. Просвет сужен. Параллельно поверхности пластинок расположены слои маленьких звездообразных пустот, продолжающихся в многочисленные тонкие каналы, в которых находятся костные клетки, дающие отростки в каналы. Они различной величины, а их форма – изменена.

При микроскопическом исследовании костной ткани были выявлены участки с фиброзной тканью, участки некротизированной ткани, а также переходные участки между выше указанными зонами. При изучении элементного анализа было выявлено возрастание с возрастом содержания Са при уменьшении содержания О, Mg, P, K в костной ткани тазобедренного сустава больных с остеопорозом. Цифровые показатели в значительной степени отличаются в группах с 1 и 3 степенью заболевания.

Выводы. Таким образом, при изучении элементного состава костной ткани выявлено, что в климактерическом периоде у женщин их содержание будет коррелироваться с концентрацией микроэлементов в крови, что может явиться дополнительным скрининговым тестом. При этом, на первое место может выходить кальций, что может сочетаться со стадией процесса. Такие элементы как кислород, калий, фосфор и, по-видимому, магний прогрессивно уменьшаются в костях. При электронно-микроскопическом исследовании костной ткани на первое место выступают нарушения строения костных балок и Гаверсовых каналов, а также тромбоз, что особенно проявляется при 3 степени остеопороза. Выявленные в костной ткани ультраструктурные изменения при остеопорозе и дисбаланс содержания микроэлементов в костной ткани открывают дальнейшие перспективы поиска профилактических и лечебных мероприятий у женщин в перименопаузе.

Литература:

1. Аверкиева Ю.В., Григорьева И.И., Роскина Т.А. Минеральная плотность кости у женщин пожилого и старческого возраста с остеоартритом коленных и тазобедренных суставов // Современная ревматология, 2020.-Т.14.-№1.-С.62-66.
2. Алиханова Н.М., Аббосходжаева Л.С., Исмаилова С.И. Распространённость постменопаузального остеопороза среди городских и сельских женщин наманганской области Республики Узбекистан // Журнал «Боль. Суставы. Позвоночник». 2012г. 3(07)
3. Алиханова Н.М., Аббосходжаева Л.С., Исмаилова С.И. Распространённость постменопаузального остеопороза среди городских и сельских женщин наманганской области Республики Узбекистан // Журнал «Боль. Суставы. Позвоночник». 2012г. 3(07)
4. Каттаходжаева М.Х., Назирова М.У. «Клинико-диагностические показатели остеопороза у женщин перименопаузального периода» Журнал Reproductive health and uro-nephrologii research 2023 №1 С52-56.

MODERN APPROACHES TO DIAGNOSIS IN UTERINE AND VAGINAL ANOMALIES

B.B.Negmadjanov, S.E.Makhmudova
Samarkand state medical university

Abstract

Congenital anomalies of sexual development often lead to serious disorders of the reproductive system and are associated with an unfavorable prognosis in terms of fertility. However, in recent years, the active development of assisted reproductive technologies has made it possible to

significantly improve reproductive outcomes in infertile patients. Timely and accurate diagnosis of congenital anomalies, as well as well-designed tactics of management of such patients remain the key factors of successful treatment in such cases.

The aim of this study is to summarize modern approaches to the diagnosis of congenital malformations of genital organs and to analyze the role of genetic factors in their formation.

Clinical, instrumental and laboratory diagnostic methods including ultrasound, MRI, endoscopic methods, as well as molecular genetic studies, which allow not only to detect anomalies but also to determine their etiology, are considered.

The work aims to raise awareness of the importance of early diagnosis and genetic counseling, and emphasizes the importance of personalized approach in planning treatment and rehabilitation of women with congenital genital malformations.

Key words: congenital genital malformations, bicornuate uterus, genetics, diagnosis, aplasia of the uterus and vagina

BACHADON VA QIN RIVOJLANISHI ANOMALIYALARINING DIAGNOSTIKASIDA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR

B.B.Negmadjanov, S.E.Makhmudova
Samarqand tibbiyot universiteti

Abstrakt

Tug'ma jinsiy anomaliyalar ko'pincha reproduktiv tizimning jiddiy buzilishiga olib keladi va natijasiz reproduktiv prognoz bilan bog'liq. So'nggi yillarda yordamchi reproduktiv texnologiyalarning rivojlanishi bepust bemorlarning reproduktiv prognozini sezilarli darajada yaxshiladi. Tug'ma jinsiy anomaliyalar uchun reproduktiv prognozni yaxshilash ko'p jihatdan anomaliyalarni o'z vaqtida tashxislash va bemorlarni oqilona boshqarishga bog'liq.

Tadqiqotning maqsadi genital organlarning tug'ma nuqsonlarini tashxislashning zamonaviy yondashuvlarini umumlashtirish va ularning shakllanishida genetik omillarning rolini tahlil qilishdir.

Maqolada klinik, instrumental va laboratoriya diagnostika usullari, jumladan ultratovush, MRT, endoskopik usullar, shuningdek, molekulyar genetik tadqiqotlar ko'rib chiqiladi, bu nafaqat anomaliyani aniqlash, balki uning etiologiyasini aniqlash imkonini beradi.

Ushbu tadqiqotda erta tashxis qo'yish va genetik maslahatning ahamiyati haqida xabardorlikni oshirishga qaratilgan bo'lib, tug'ma jinsiy nuqsonlari bo'lgan ayollarni davolash va reabilitatsiya qilishni rejalashtirishda shaxsiy yondashuv muhimligini ta'kidlaydi.

Kalit so'zlar: genital organlarning rivojlanishidagi anomaliyalar, ikki shoxli bachadon, genetika, diagnostika, bachadon va qin aplaziyasi.

FEATURES OF CLINICAL AND BIOCHEMICAL INDICATORS IN PREGNANT WOMEN WITH COVID-19

Razzakova Nilufar Saidakhmatovna
Tashkent Medical Academy

Introduction. The purpose of the study is to increase the effectiveness of complex clinical and laboratory diagnostics and management tactics based on an individual approach in existing cases of COVID-19 in pregnant women. An algorithm and a special software product have been developed that can be used in clinical practice for the management of pregnant women diagnosed with COVID-19. **Conclusion.** The obtained results showed the advantage of a personalized approach and modern diagnostic methods, which allows for an improvement in perinatal outcomes and a reduction in obstetric complications.

Keywords: Covid 19, pregnant, NEW scale, mother-fetus-placenta

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С COVID-19

Раззакова Нилуфар Сайдахматовна
Ташкентский медицинский академия

Абстракт.

Введение. Цель исследования - повышение эффективности комплексной клинико-лабораторной диагностики и тактики ведения беременных с COVID-19 на основе индивидуального подхода. Разработан алгоритм и специальный программный продукт, которые могут быть использованы в клинической практике для ведения беременных женщин с диагнозом COVID-19. Полученные результаты показали преимущество персонализированного подхода и современных методов диагностики, что позволяет улучшить перинатальные результаты и снизить акушерские осложнения.

COVID-19 BILAN KASALLANGAN HOMILADOR AYOLLARDA KLINIK VA BIOKIMYOVIY KO'RSATKICHLARNING XUSUSIYATLARI

Razzakova Nilufar Saydaxmatovna¹

¹Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

E-mail: nilufar.razzakova@mail.ru

Annotatsiya.

Kirish. Tadqiqotdan maqsad — homilador ayollarda COVID-19 bilan mavjud holatlarda kompleks klinik-laborator diagnostika va shaxsiy yondashuv asosida yuritish taktikasi samaradorligini oshirish.

COVID-19 bilan aniqlangan homilador ayollarni yuritish uchun klinik amaliyotda qo'llash mumkin bo'lgan algoritmi va maxsus dasturiy mahsulot ishlab chiqildi. Olingan natijalar shaxsiylashtirilgan yondashuv va zamonaviy diagnostika usullarining ustunligini ko'rsatdi, bu esa perinatal natijalarni yaxshilash hamda akusherlik asoratlarini kamaytirish imkonini beradi.

Kalit so'zlar: Covid 19, xomilador, *NEW shkalasi, ona-xomila -yuldosh*

Актуальность: В первом и втором триместрах беременности после перенесенной инфекции COVID-19 отмечены самопроизвольные выкидыши, дородовый разрыв плодных оболочек, преждевременные роды, обострение хронической соматической патологии (заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, аутоиммунных процессов, эндокринной патологии), послеродовые кровотечения

Изменения, происходящие во всем организме женщины во время беременности, в том числе в дыхательной и иммунной системах повышают восприимчивость женщины к тяжелой инфекции и гипоксическому дистрессу. К тому же, наблюдающиеся повышение экспрессии ACE2 во время беременности в клетках тканей матки и плаценты, увеличивает уязвимость беременной женщины к COVID-19

Целью исследования является определение роли биохимических показателей в механизме развития перинатальной патологии разработка метода ведения беременных с COVID-19

Материал и методы исследования: Основную группу составили 59 беременные женщины с подтвержденным диагностическим тестом COVID 19 (U08.9), которые разделены на 2 подгруппы: 1 группа – 32 беременные женщины с легким течением тяжести COVID 19; 2 группа – 27 беременных женщин с COVID 19 с умеренным степенью тяжести течения. Все беременные женщины имели положительный ПЦР результат. Сравнительную группу составили 38 беременных женщин с ОРВИ верхних дыхательных путей. Контрольную группу

в этом исследовании составили 30 беременных с физиологическим течением беременности без коронавирусной инфекцией COVID-19.

По модифицированной шкале NEWS-2 (табл. 2.1) низкому риску соответствует 0 баллов, среднему – 1–4 балла (госпитализировать в обычное отделение), высокому – 5–6 баллов (лечение в отделении, неинвазивная вентиляция, консультация в ОРИТ) и очень высокому – 7 баллов и больше (госпитализация в ОРИТ).

Оперативные вмешательства на органах брюшной полости (аппендэктомия, холецистэктомия и др.) были в анамнезе у 2 женщин (3,4%) в основной группе, у 3 женщин (7,9%) в сравнительной группе. У женщин контрольной группы не было выявлено. При сравнении показателей статистически значимые различия в группах сравнения не было выявлено ($p=0,01$). На органах репродуктивной системы максимальное число операций было отмечено у 6 женщин (10,2%) основной группы, у 4 женщин (10,5%) сравнительной группы и у женщин контрольной группы не было выявлено. Анализ оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы показал следующее: 2 пациенткам была выполнена тубэктомия, при этом у 1 женщины была проведена лапароскопическим доступом, у 1 – лапаротомным. У 4 женщин была произведена операция кесарево сечение. Лапароскопическая миомэктомия была произведена 2 женщинам, удаление эндометриоидной кисты яичника – 1 и гистероскопическое удаление полипов эндометрия – 2.

Внутриматочные вмешательства были зарегистрированы в 12 (9,4%) случаях по поводу самопроизвольных выкидышей, диагностического выскабливания полости матки. Сравнительный анализ проведенных гинекологических операций у женщин всех групп не выявил достоверных различий ($p<0,05$).

При сопоставлении ИМТ у пациентов с разной степенью тяжести течения COVID-19 не показало статистически значимых различий при множественном сравнении, хотя медианное значение ИМТ в группе пациентов с легкой степенью тяжести было заметно ниже ($28,7\pm 0,31$; 95% ДИ: 25,2–33,1), чем со средне тяжелой степенью тяжести ($31,7\pm 0,26$; 95% ДИ: 26,8–33,9), а корреляционный анализ выявил слабую, но статистически значимую прямую корреляцию ИМТ и степени тяжести коронавирусной инфекции ($r_s=0,11$; $p<0,05$).

Следующий показатель, изученный нами, была степень тяжести коронавирусной инфекции COVID-19 у госпитализированных беременных. Частыми жалобами были сухой кашель (39), слабость (38), першение в горле (37), повышение температуры тела (36), недомогание (36), головная боль (28). Наименьшими – нарушение обоняния (10), рвота (5), ломота в суставах (10), вялость (35), диарея (14). Почти у половины беременных наблюдалось на момент осмотра головокружение, сухость во рту, озноб, боли в поясничной области, ломота в теле, снижение аппетита.

Обсуждение результатов. Сравнение особенностей течения беременности показало достоверно меньшее число женщин с анемией, умеренной преэклампсией в группе 1 по сравнению с группой 2, достоверно большее с гестационной АГ в группе 1 по сравнению с группой 3 и достоверно меньшее с анемией, но большее с гестационной АГ в группе 1 по сравнению с группой 4.

Было проведено анализ паритета у беременных обследуемых групп (табл.1). При сравнении выявлено, что количество первородящих пациенток оказалось достоверно выше в группе с легким течением по сравнению с группой со средне тяжелым течением заболевания и группой контроля ($p<0,05$).

Сравнение исходов родоразрешения пациенток группы 1 с группой 2 выявило достоверно большее число срочных родов, достоверно меньшее число преждевременных родов. Сравнение группы 1 с группой 3 показало достоверно меньшее число родов через естественные родовые пути, но большее число ОКС. Сравнение группы 1 с контрольной

группой установило достоверно большее число женщин с острой и прогрессирующей гипоксией плода (дистресс плода).

При анализе состояния новорожденных выявлены следующие данные. У пациенток группы 1 родилось 92,9% ребенка в удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Апгар не ниже 7 баллов), массой тела $3451 \pm 430,9$ г, длиной тела $51,0 \pm 3,3$ см; трое в состоянии средней тяжести по причине интранатальной асфиксии (оценка по шкале Апгар 4–7 баллов); один в тяжелом состоянии, обусловленным недоношенностью и интранатальной асфиксией (оценка по шкале Апгар 2 балла). В соответствии с маршрутизацией в специализированный стационар были переведены 24,5% детей.

У пациенток группы 2 антенатальная диагностика функционального состояния плода по результатам кардиотокографии, ультразвукового исследования и доплерометрии констатировала преимущественно компенсированное функциональное состояние плодов. У пациенток этой группы 90,0% детей родились в удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Апгар не ниже 7 баллов), массой тела $3284,4 \pm 430,9$ г, длиной тела $57,7 \pm 3,3$ см; 26,4% детей – в состоянии средней тяжести на фоне интранатальной асфиксии (оценка по шкале Апгар не ниже 4 баллов).

Все дети пациенток групп 3 и контрольной родились в удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Апгар не ниже 7 баллов). Оценка новорожденных показала следующие результаты: в среднем масса тела детей при рождении в группе 3 составила $3483,6 \pm 513,6$ г, длина тела – $51,4 \pm 2,8$ см; в контрольной группе – $3625 \pm 367,4$ г, рост – $50,9 \pm 2,6$ см; все дети выписаны с положительной динамикой массы тела.

Сравнение исходов новорожденных выявило достоверно большее число обвитий пуповины и переводов в соответствии с маршрутизацией в специализированный стационар выявлено у женщин группы 2 в сравнении с группой контроля ($p < 0,001$).

Выводы. Исследование показало существенное влияние триместров беременности на течение заболевания COVID-19 у женщин. Частота инфицирования COVID-19 среди беременных наибольшая в третьем триместре, что может быть связано с увеличением количества *perempuan yang* проходящих обследования в этот период. Наличие сопутствующих заболеваний у пациенток увеличивает тяжесть течения COVID-19.

Во втором триместре беременности женщины чаще достигали выздоровления по сравнению с третьим триместром. Анализ данных показал прямую корреляцию между сроком беременности и степенью тяжести заболевания: чем позднее срок, тем тяжелее протекает COVID-19. Все пациентки с COVID-19 в третьем триместре были в возрасте 26-35 лет, причем количество дней пребывания в стационаре и степень тяжести заболевания коррелировали с возрастом: чем старше пациентка, тем выше показатели.

Беременные женщины с COVID-19 имеют повышенный риск преждевременных родов и антенатальной гибели плода. Анализ перинатальных исходов новорожденных выявил статистически значимую корреляцию между COVID-19 у матери и низким ростом, недоношенностью, более низкими оценками по шкале Апгар у детей.

Список литературы:

1. Ciapponi A, Bardach A, Comandé D, Berrueta M, Argento FJ, Rodriguez Cairoli F, Zamora N, Santa María V, Xiong X, Zараа S, Mazzone A, Buekens P. COVID-19 and pregnancy: An umbrella review of clinical presentation, vertical transmission, and maternal and perinatal outcomes. PLoS One. 2021 Jun 29;16(6):e0253974. doi: 10.1371/journal.pone.0253974.

2. Coler B, Wu TY, Carlson L, Burd N, Munson J, Dacanay M, Cervantes O, Esplin S, Kapur RP, Feltovich H, Adams Waldorf KM. Diminished antiviral innate immune gene expression

in the placenta following a maternal SARS-CoV-2 infection. Am J Obstet Gynecol. 2023 Apr;228(4):463.e1-463.e20. doi: 10.1016/j.ajog.2022.09.023.

3. Farrell T, Minisha F, Abu Yaqoub S, Rahim AA, Omar M, Ahmed H, Lindow S, Abraham MR, Gassim M, Al-Dewik N, Ahmed S, Al-Rifai H; Q-precious group. Impact of timing and severity of COVID-19 infection in pregnancy on intrauterine fetal growth- a registry-based study from Qatar. PLoS One. 2023 Jun 30;18(6):e0288004. doi: 10.1371/journal.pone.0288004.

4. Abdurazakova Mukhayo Dilshodovna, Babajanova Gulzhakhon Sattarovna, Razzakova Nilufar Saidakhmadovna, The Role of Chronic Cholecystitis in the Development of Obstetric Complications, American Journal of Medicine and Medical Sciences, Vol. 14 No. 2, 2024, pp. 532-536. Doi: 10.5923/j.ajmms.20241402.75.

SPECIFIC FEATURES OF ORGAN PRESERVING OPERATIONS FOR UTERINE FIBROIDS

Sh.Sh. Saparbayeva, K.A. Sattarova

Tashkent Medical Academy

Email: kamola4740sattarova@gmail.com

Abstract.

Background. Type 0, 1 and 2 are the submucosal fibroids. Submucous myomas represent one of the main indications for operative hysteroscopy. Hysteroscopic resection of submucous fibroids should be a simple, well-tolerated procedure and ideally finished in a single surgical step. Hysteroscopic myomectomy is an effective procedure. Fertility outcome and menorrhagia are improved by this procedure. However, for menorrhagia, a recurrence can occur mainly during the first year following the surgery. For bleeding outcome, a success rate from 70 to 99% has been reported by different studies **Results:** 261 studies were screened and 19 of these were read for eligibility. Three studies encompassing 56 patients in total were included. Among the overall population studied, 3 patients needed an additional procedure to completely remove the myoma and five cases of post-surgical synechiae were recorded. No complications were reported. Of 42 patients wishing for pregnancy, the cumulative live birth rates before and after the hysteroscopic myomectomy were 14.3% and 42.9%, respectively.

Conclusions: Hysteroscopic myomectomy appears to be a safe and feasible approach. Nevertheless, data reported in the literature are extremely scarce and based on studies with few patients enrolled. New evidence is needed to assess the safety and effectiveness of hysteroscopic treatment for FIGO type 3 myomas.

Keywords: myoma type 3; uterine fibroids; hysteroscopy; myomectomy; female infertility

BACHADON FIBROMIYASIDA A'ZONI SAQLAB QOLISH JARROXLIGINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Sh.Sh. Saparbayeva, K.A. Sattarova

Fon. 0, 1 va 2-toifa submukozal miomalardir. Submukoz miomalar operativ histeroskopiya uchun asosiy ko'rsatkichlardan biridir. Shilliq osti miomasining histeroskopik rezektsiyasi oddiy, yaxshi muhosaba qilinadigan va bir jarrohlik bosqichida ideal tarzda yakunlanishi kerak. Histeroskopik miyomektomiya samarali protsedura hisoblanadi. Ushbu protsedura bilan tug'ilish natijasi va menorragiya yaxshilanadi. Biroq, menorragiya uchun relaps asosan operatsiyadan keyingi birinchi yil davomida sodir bo'lishi mumkin. Turli tadqiqotlarda qon ketishining natijasi 70 dan 99% gacha bo'lgan muvaffaqiyat darajasi haqida xabar berilgan 261 ta tadqiqot tekshirildi va ulardan 19 tasi muvofiqlik uchun o'qildi. Hammasi bo'lib 56 bemorni qamrab olgan uchta tadqiqot kiritilgan. O'rganilgan umumiy aholi orasida 3 bemorga miomani to'liq olib tashlash uchun qo'shimcha protsedura kerak bo'lgan va jarrohlikdan keyingi sinexiyaning beshta holati qayd etilgan. Hech

qanday asoratlar haqida xabar berilmagan. Homilador bo'lishni istagan 42 bemorning histeroskopik miyomektomiyadan oldin va keyin jami tirik tug'ilish darajasi mos ravishda 14,3% va 42,9% ni tashkil etdi.

Xulosa: Histeroskopik miyomektomiya xavfsiz va mumkin bo'lgan yondashuv bo'lib ko'rinadi. Shunga qaramay, adabiyotda keltirilgan ma'lumotlar juda kam va kam sonli bemorlar ishtirok etgan tadqiqotlarga asoslangan. FIGO 3-toifa miomalari uchun histeroskopik davolashning xavfsizligi va samaradorligini baholash uchun yangi dalillar kerak.

Kalit so'zlar: mioma; bachadon miomasi; histeroskopiya; miyomektomiya; ayollarning bepushtligi

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНОСОХРАНИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ФИБРОМЕ МАТКИ

Ш.Ш. Сапарбаева, К.А. Саттарова

Аннотация.

Предыстория. Типы 0, 1 и 2 — это субмукозные фибромиомы. Субмукозные миомы представляют собой одно из основных показаний для оперативной гистероскопии. Гистероскопическая резекция субмукозных фибром должна быть простой, хорошо переносимой процедурой и в идеале завершаться за один хирургический этап. Гистероскопическая миомэктомия — эффективная процедура. Результат фертильности и меноррагии улучшается с помощью этой процедуры. Однако рецидив меноррагии может произойти в основном в течение первого года после операции. Что касается исхода кровотечения, то в различных исследованиях сообщалось о частоте успеха от 70 до 99%

Последняя классификация Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO) реклассифицировала миомы типа 3, изменив их классификацию с интрамуральной на субмукозную. Хотя гистероскопическая миомэктомия считается золотым стандартом лечения для пациентов с симптомами субмукозных миом, в настоящее время нет конкретных рекомендаций по лечению миом 3-го типа, а оптимальный хирургический подход остается неопределенным. Было проверено 261 исследование, и 19 из них были прочитаны на предмет соответствия требованиям. Было включено три исследования, охватывающих в общей сложности 56 пациентов. Среди всей изученной популяции 3 пациенткам потребовалась дополнительная процедура для полного удаления миомы, и было зарегистрировано пять случаев послеоперационных синехий. Осложнений не было. Из 42 пациенток, желающих забеременеть, совокупные показатели живорождения до и после гистероскопической миомэктомии составили 14,3% и 42,9% соответственно.

Выводы: Гистероскопическая миомэктомия, по-видимому, является безопасным и осуществимым подходом. Тем не менее, данные, представленные в литературе, крайне скудны и основаны на исследованиях с небольшим количеством включенных пациенток.

Необходимы новые доказательства для оценки безопасности и эффективности гистероскопического лечения миом FIGO типа 3.

Ключевые слова: миома типа 3; миома матки; гистероскопия; миомэктомия; женское бесплодие

1.Introduction. According to the World Health Organization, approximately 25% of women over the age of 35 have uterine fibroids, and most of them are asymptomatic. The main symptoms are menstrual irregularities, pressure and abdominal pain, and infertility. Submucosal fibroids or intramural fibroids cause damage to the inner lining of the uterus, which can lead to miscarriage or infertility. The latest classification of the Federation of Gynecology and Obstetrics clearly defines the type of fibroids and has develop organ preserving operations based on their location, number, and size.

Various classifications of myomas can be found in the literature. In 2011 the FIGO classification was published describing eight types of fibroids. This classification shows a more representative and understandable scheme of fibroid distribution and is already being used for creating new algorithms. Types 0, 1 and 2 are the intracavitary fibroids. Type 0 is completely intracavitary, type 1 has its largest diameter in the uterine cavity and type 2 has its largest diameter in the myometrium.

Hysteroscopic resection of submucous fibroids should be a simple, effective, well-tolerated procedure. The number and the size of myomas may influence the final outcome. In order to relieve fibroid symptoms, such as menorrhagia, complete resection of fibroids is desirable. Hysteroscopic myomectomy should be ideally performed in a single surgical step. **2. Materials and methods.**

A systematic review was conducted through a search on the following databases: MEDLINE, EMBASE, Global Health, The

Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register), Health Technology Assessment Database and Web of Science research registers. The systematic review was registered in PROSPERO (ID: CRD42023418602) before starting the search and followed the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guideline [12], validated by the Enhancing the Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR) network, and the Cochrane Handbook for Systematic Reviews [13].

We used the medical subject heading (MeSH) term “Leiomyoma” (MeSH Unique ID: D007889) in combination with “Hysteroscopy” (MeSH Unique ID: D015907) and “Uterine Myomectomy” (MeSH Unique ID: D063186) and “Myoma” (MeSH Unique ID: D009214), and “Type 3”. We selected papers written in English, since the inception of each database until 30 April 2023.

3. Results

3.1. Study Selection The literature search based on our pre-defined key search items identified 261 publications, after removing duplicates. The title and abstract of manuscripts were screened, resulting in 19 studies considered potentially eligible to be included in the review. After the evaluation of the full text, 16

studies were excluded: 11 manuscripts were articles without disaggregated data; 1 molecular and in silico study; 2 articles not considering the removal of type 3 myoma; 1 study where type 3 myoma removal was performed by other techniques; 1 additional study was not in the English language. Finally, a total number of three studies that met the abovementioned inclusion criteria were included in the present systematic review.

Analysis of the Reports

In two articles, the main outcome was to assess the effectiveness and feasibility of hysteroscopic myomectomy, whereas one retrospective case-control study aimed to evaluate surgical outcomes and the effect of hysteroscopic resection of type 3 fibroids listed are listed on the pregnancy outcomes in infertile women. The baseline characteristics of the patients included are listed.

In chronological order, the first study was a retrospective analysis conducted by Capmas et al. on 13 women affected by type 3 myoma who underwent hysteroscopic myomectomy. Among these patients, ten were suffering from AUB, two from infertility and one from pelvic pain. The mean size of the resected myomas was 3.08 cm and 31% of patients presented multiple myomas. The surgery was performed by two experienced surgeons. The procedure started with the incision of the endometrium with a twizzle electrode by a Bettocchi hysteroscope and then by a 26 Fr resectoscope with a Collins loop. Successively, myomas were resected by classical slicing. For three patients, it was not possible to obtain a total resection in a single surgical time, and for this reason they had to undergo a second operative hysteroscopy. Hysteroscopic surgery was performed according to the classic slicing technique with pseudocapsule sparing. No post-operative complications were recorded. The patient underwent a diagnostic hysteroscopy follow-up 8 weeks after the surgery in

which an intact endometrium was found. The woman then underwent in vitro fertilization (IVF) successfully. The last study included was a retrospective case-control study conducted by Han et al. with the aim of evaluating the effect of type 3 myomas on IVF cycle outcomes and whether these were modified by hysteroscopic myomectomy. In total, 101 patients with type 3 fibroid were divided into two groups: 59 non-surgical (among them, 5 had a combination of SSs with type 3 myoma and 2 a combination of SSs with multiple type 3 myomas) and 42 surgical (6 suffering from multiple type 3 myomas). These were matched to a control group of 61 patients with a normal uterus (1:1 match ratio). The myomectomy was performed by a single experienced surgeon (>10 years of experience and >500 achieved operative hysteroscopies per year) using a 26 Fr bipolar hysteroscope equipped with a 30-degree lens. In order to facilitate the myoma dislocation toward the uterine cavity, distension media pressure was gradually reduced and an intravenous infusion of 10 UI of oxytocin in 500 mL of saline solution (0.9%) at a rate of 120 mL/h was administrated during the procedure. No complications were recorded. The mean size of the resected myomas was 2.45 cm and six patients were treated for multiple myomas. All procedures were performed under ultrasound control. No residual fibroids, abnormal uterine bleeding or infection were reported at the ultrasound and diagnostic hysteroscopy follow-up performed 6–8 weeks after the surgery. Mild intrauterine adhesions were diagnosed in two patients who needed hysteroscopic adhesiolysis. Regarding the reproductive outcomes, no significant differences in terms of cumulative clinical pregnancy rate and cumulative live birth rate were reported between the control and surgery groups.

4. Discussion.

The FIGO subclassification system for uterine myomas has allowed us to overcome the limits of the old classification, which has proved to be inadequate to obtain solid evidence, and probably contributed (at least in part) to shedding light on the grey area regarding the effects and management of uterine fibroids. Nevertheless, the novelties introduced by such a new classification have offered a new point of view for clinicians and researchers, but also new clinical dilemmas.

For a long time, before the advent of the FIGO subclassification system, type 3 myomas were considered as IM ones, and therefore the effects exerted in terms of AUB and fertility have been lost and generalized among fibroids lying within the uterine wall.

Recent findings suggest that type 3 myomas may negatively impact fertility, raising questions about the effectiveness of treatment options and the best approach to addressing these lesions. A pharmacological treatment would allow for the avoidance of treatment causing undesirable scars to the uterus, but no solid evidence is available in this regard. Unfortunately, robust evidence and guidelines are still lacking about surgical treatments as well.

During pregnancy, especially in the first trimester and early second trimester, fibroids tend to grow extensively. Due to this extensive growth, the fibroid may excessively increase the blood supply, leading to inadequate oxygenation and, consequently, necrosis. There is evidence that inflammation triggered by fibroid necrosis can increase the risk of pre-term delivery. For type 3 myomas and SMs in general, given their extreme proximity to the uterine cavity, the risk of pre-term delivery may be further increased. Management of these types of myomas should therefore be considered in women with a history of subfertility and/or pre-term delivery and repeated pregnancy losses.

5. Conclusions

To the best of our knowledge, this is the first systematic review on hysteroscopic myomectomy for type 3 myomas.

The absence of established guidelines on the treatment of type 3 myoma leaves a challenging dilemma about the best approach with which to treat this population. This gap gains more importance considering the detrimental effect that type 3 myomas could exert in fertility.

To date, despite the fact that hysteroscopic myomectomy appears to be a safe and feasible approach, data reported in the literature are extremely poor and based on studies with few patients enrolled. In

light of these findings, this treatment should be confined to experienced surgeons, as surgical technical skills are needed to adequately

perform the procedure and avoid potential complications.

Further studies should focus on verifying the safety and effectiveness of hysteroscopic myomectomy for type 3 myomas, determining the optimal technique to use and exploring whether reproductive outcomes can be improved for patients who undergo this procedure.

References.

1. Laganà, A.S.; Vergara, D.; Favilli, A.; La Rosa, V.L.; Tinelli, A.; Gerli, S.; Noventa, M.; Vitagliano, A.; Triolo, O.; Rapisarda, A.M.C.; et al. Epigenetic and Genetic Landscape of Uterine Leiomyomas: A Current View over a Common Gynecological Disease. *Arch. Gynecol. Obstet.* **2017**, *296*, 855–867. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
2. Parker, W.H. Etiology, Symptomatology, and Diagnosis of Uterine Myomas. *Fertil. Steril.* **2007**, *87*, 725–736. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
3. Evans, P.; Brunsell, S. Uterine Fibroid Tumors: Diagnosis and Treatment. *Am. Fam. Physician* **2007**, *75*, 1503–1508. [[Google Scholar](#)]

STUDY OF THE REDOX BALANCE OF BLOOD PLASMA AND ABDOMINAL FLUID IN WOMEN WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Saidjalilova D.D. Kuzieva Y.M

Tashkent Medical Academy

Annotation: A total of 234 women with infertility were examined, of which 38% (n=89) were diagnosed with EGE, 16.2% (n=38) - tubal-peritoneal infertility (TPI); in 59 (25.2%), infertility of endocrine genesis was detected, in 20.6% (n=48) - the genesis of infertility could not be identified. Among the women with EGE, primary infertility was diagnosed in 60 (67.4%) of the examined women, secondary infertility - in 29 (32.6%) (Table 1). All women with EGE in combination with hormonal and surgical therapy should include antioxidant therapy to reduce the recurrence of the pathology.

Key words: external genital endometriosis, infertility, antioxidant therapy

Tashqi genital endometriozi ayollarda qon plazmasi va qorin bo'shlig'i suyuqligining redoks muvozanatini o'rganish

Saidjalilova D.D. Qo'ziyeva Y.M

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

Annotatsiya: 234 nafar bepustlik bilan kasallangan ayollar tekshirildi, ulardan 38% (n=89) EGE, 16,2% (n=38) tubal-peritoneal bepustlik (TPI); 59 (25,2%) holatda endokrin genezisning bepustligi aniqlangan, 20,6% (n=48) da bepustlik genezisini aniqlash mumkin emas. O'rganilayotgan EGE bilan kasallangan ayollar orasida birlamchi bepustlik tekshirilganlarning 60 tasida (67,4%), ikkilamchi bepustlik 29 tasida (32,6%) aniqlangan (1-jadval). EGE bo'lgan barcha ayollar patologiyani takrorlanishini kamaytirish uchun gormonal va jarrohlik terapiya bilan birgalikda antioksidant terapiyani o'z ichiga olishi kerak.

Kalit so'zlar: tashqi genital endometriozi, bepustlik, antioksidant terapiya.

Исследование окислительно-восстановительного баланса плазмы крови и брюшной жидкости у женщин с наружным генитальным эндометриозом

Саиджалилова Д.Д., Кузиева Ю.М.

Ташкентская медицинская академия

Аннотация: Были обследованы 234 женщины с бесплодием, из них у 38% (n=89) диагностирован НГЭ, у 16,2% (n=38) - бесплодие трубно-перитонеального генеза (ТПБ); у 59 (25,2%) выявлено бесплодие эндокринного генеза, у 20,6% (n=48) - генез бесплодия не

удалось выявить. У исследуемых женщин с НГЭ первичное бесплодие было диагностировано у 60 (67,4%) обследованных, вторичное бесплодие - у 29 (32,6%) (табл.1). Всем женщинам с НГЭ в комплексе с гормональной и хирургической терапией необходимо включить антиоксидантную терапию для снижения рецидивов развития патологии

Ключевые слова: наружный генитальный эндометриоз, бесплодия, антиоксидантная терапия.

Kirish. Endometriozi ginekologik kasalliklar ichida 2-o'rinni egallaydi, bu esa, o'z navbatida, ayollarning reproduktiv salomatligiga salbiy ta'sir qiladi. [1, 3, 6, 9, 10].

Butun dunyoda tashqi genital endometriozi (TGE) katta kechikish bilan tashxislanadi [1, 4, 8, 12, 14]. Bundan tashqari, kasallikning birinchi belgilari (surunkali tos og'rig'i, dismenoreya) erta yoshda paydo bo'ladi: 20 yoshgacha - bemorlarning 38 foizida, 20-24 yoshda - bemorlarning 21 foizida [1, 14]. Butunjahon endometriozi jamiyati ma'lumotlariga ko'ra, o'rtacha TGE kasallikning birinchi alomatlari boshlanganidan 6,7 yil o'tgach tashxis qilinadi [1, 14, 15]. TE ning takrorlanish darajasi turli tadqiqotlarda katta farq qiladi va 6 dan 67% gacha [3, 5, 7]. Jarrohlikdan so'ng o'rtacha har ikkinchi ayol yana operatsiya qilinadi [6, 13]. Endometriozi takroriy epizodlari ehtimoli juda yuqori: 1-2 yildan keyin kasallik bemorlarning 21% da, 5 yildan keyin - deyarli 47% da va 5 yildan keyin - bemorlarning 55% dan ko'prog'ida qayta rivojlanadi. [11]. Bundan tashqari, endometriozi bilan bog'liq bepustlik uchun operatsiya qilingan bemorlarning 41 foizi keyinchalik homilador bo'lolmaydi [10]. L.V.Adamyan va boshqalarning so'zlariga ko'ra, 1 yil ichida keyingi gormonal terapiyasiz, kasallik ayollarning 55 foizida takrorlanadi va har bir keyingi yilda endometriozi epizodi bemorlarning 10 foizida qaytalanadi [1, 2].

Tadqiqot materiali va usullari: Qarshi shahridagi "ProfMed" xususiy klinikasiga 2022-2024-yillar davomida bepustlik bilan murojaat qilgan 234 nafar ayol tibbiy ko'rikdan o'tkazildi. Ulardan 38% (n=89) TGE, 16,2% (n=38) tuboperitoneal bepustlik (TPB); 59 tasida (25,2%) endokrin kelib chiqadigan bepustlik aniqlangan, 20,6%ida (n=48) bepustlik genezisini aniqlab bo'lmadi. Bepustlik bilan og'rikan 234 ayolning tadqiqotida TGE (asosiy guruh) bo'lgan 89 ayol va TPB (taqqoslash guruhi) bo'lgan 38 ayol ishtirok etdi. Nazorat guruhiga yaxshi akusherlik va ginekologik tarixga ega bo'lgan bepustligi bo'lmagan 24 ayol kiritilgan. Bemorlarni tadqiqotga kiritish mezonlari quyidagilardan iborat edi: TGE bilan bog'liq ayollarning bepustligi, tuboperitoneal bepustligi. Cheklash mezonlari: jinsiy organlarning rivojlanish nuqsonlari, tos a'zolarining onkologik kasalliklari (shu jumladan tuxumdonlar), bepustlikning boshqa genezisi. Barcha bemorlar ambulatoriya sharoitida ayollarning bepustligini o'rganishga muvofiq to'liq klinik va laboratoriya tekshiruvdan o'tkazildi. Somatik holat, ginekologik va akusherlik tarixi, laboratoriya va klinik tadqiqotlar natijalarini hisobga olgan holda maxsus ishlab chiqilgan tekshiruv kartalari ishlatilgan. Qon plazmasi va qorin bo'shlig'i suyuqligining oksidlanish-qaytarilish balansini o'rganish Elishay usuli yordamida "HUMAN" analizatorida (Germaniya) amalga oshirildi. Jarrohlik muolajalari oldidan qo'shimcha kontraperturalar kiritilgandan so'ng darhol laparoskopiya paytida peritoneal suyuqlik duglas bo'shlig'idan aspiratsiya qilindi. Namunalar hujayra fraksiyasini olib tashlash uchun sentrifuga qilindi, keyin namunalar xona haroratida eritilgunga qadar -20 ° C da saqlanadi;

Tadqiqot natijalari: TGE (n=89) bilan og'rikan bemorlarning o'rtacha yoshi $31,2 \pm 2,9$ yil, TPB bilan og'rikan bemorlarning o'rtacha yoshi - $32,7 \pm 4,2$. TGE bilan o'rganilgan ayollarda birlamchi bepustlik tekshirilgan 60 (67,4%), ikkilamchi bepustlik - 29 (32,6%) tashxisi qo'yilgan (1-jadval). TPB bilan kasallangan ayollar guruhida esa teskari tendensiya kuzatildi va birlamchi bepustlik faqat 15 (39,5%) ayollarda va ikkilamchi bepustlik 23 (60,5%) ayollarda aniqlandi. Akusherlik tarixini tahlil qilganda, endometriozi bilan bog'liq bepustlik bilan og'rikan bemorlardan 60 (67,4%)ta bemorning anamnezida homiladorlik yo'qligi, kuzatilganlarning 17 (19,1%)tasida tabiiy tug'ilish yoki kesar kesish yo'li bilan tug'ilganligi aniqlandi, 12 (13%) ta bemorda anamnezida

abort bo'lgan (8 tasi sun'iy abort va 4 tasi - o'z-o'zidan). Anamnezida homiladorlik bo'lgan TPB bilan og'rig'an 23 (60,5%) bemorlarning 17 (73,9%) tasida tug'ish, 6 (26,1%) ta bemorda ektopik homiladorlik (barcha bemorlarda bir tomonlama tubektomiya qilingan), sun'iy abortlar qayd etilgan. Bemorning xohishiga ko'ra 13 (56,5%) ta bemorda sun'iy abort bajarilgan, 8 (34,8%) ta holatda homiladorlikning o'z-o'zidan to'xtashi kuzatilgan. Ginekologik tarixni to'plashda, TGE guruhidagi 25 (28,1%) bemordan kamida bir marta ayollar maslahatxonasi shifokori surunkali salpingooforitning kuchayishi tashxisini qo'yganligi aniqlandi, bu patologik holatni tashxislash uchun asos surunkali tos og'rig'i shikoyati bo'lgan; . Rivojlanish chastotasi bo'yicha ikkinchi o'rinni hayz davrining buzilishi, ko'pincha anovulyatsion sikl turi egalladi, ular TGE bilan kasallangan 18 (20,2%) ayollarda kuzatilgan. 13 (14,6%) bemorda endometriyning giperplastik jarayonlari (polip va giperplaziya) aniqlangan. TGE bilan og'rig'an 7 (7,9%) bemorning anamnezida bachadon bo'yining fon kasalliklari qayd etilgan. Endometrioiz bilan bog'liq bepustlik bilan kasallangan qolgan 17 (19,1%) bemorlarda sezilarli ginekologik anamnez yo'q edi.

TPB bilan kasallangan guruhdagi 16 (42,1%) bemorlarda ginekologik anamnez oldingi kichik chanoq a'zolari yallig'lanish kasalliklari bilan og'irlashdi, uning umumiy sababi urogenital infeksiya edi.

Tos a'zolarining ultratovush tekshiruv endometrioid kistalarning joylashishini va hajmini aniqlashga imkon berdi, ammo keyinchalik laparoskopiya paytida aniqlangan yuza implantlarini aniqlashga imkon bermadi. Ultratovush tekshiruv endometrioid tuxumdon kistalari yumaloq tuxumsimon shakllanishlar bo'lib, ko'p hollarda 5,0 sm gacha o'lchamdagi kistalar aniqlangan, bunda 71,9% ($n = 64$) hollarda qo'sh kontur aniqlangan, bunda ichki qatlam qalinligi. o'rtacha 0,12-0,13 sm ga to'g'ri keldi, lekin kapsulaning qalinligi 0,2-0,4 sm. Ko'pincha, datchik bilan bosilganda, kista joyidan siljigan. Tekshiruv larning yarmida kistalar bir xil konsistensiyaga ega bo'lib, ba'zi hollarda qalinlashgan shakllanishlar, asosan oval shaklda bo'lib, ichida qon quyqalari saqlaydi. Retroservikal endometrioizning ultratovushli rasmi retroservikal retrovaginal to'qimalarda joylashgan zich konsistensiyaning shakllanishi bilan tavsiflanadi, bu bachadon bo'yni ostida ham, yuqorida ham, bachadon bo'yni tomonida ham joylashadi. Tadqiqotning 2 bosqichida laparoskopik tekshiruv o'tkazildi. Asosiy guruhdagi (tashqi genital endometrioiz) ayollar orasida endometrioid kistalarning mavjudligi asosan tarqalishning I va II bosqichlarida bo'lgan 89 ayolda (100%) qayd etilgan (1-rasm). Ushbu guruhda, 40,5% hollarda ($n=36$) I bosqich tashxisi qo'yilgan, bu tuxumdonlar yuzasida kichik nuqta shakllanishlari, shuningdek, to'g'ri ichak-bachadon bo'shlig'i qorin pardasini o'z ichiga olgan shakllanishlar bilan tavsiflangan. , lekin hech qanday kist shakllanishi qayd etilmagan.

43,8% hollarda ($n=39$) tuxumdonlar endometrioizning rivojlanishining ikkinchi bosqichi tashxisi qo'yilgan bo'lsa, hosil bo'lgan tuxumdon kistalarining o'lchami ko'p hollarda 3-4 sm ($3,4 \pm 1,2$ sm) bo'lgan. peritoneal tos to'qimalarida kichik punktat shakllanishlarning mavjudligi. Tuxumdonlar va bachadon naylari atrofida ichak to'qimasini jalb qilmasdan, izolyatsiya qilingan chandiq jarayonlari ham mavjud edi. 15,7% hollarda ($n=14$) tuxumdon endometrioizning III bosqichi aniqlangan, kistaning o'rtacha hajmi $5,11 \pm 0,2$ sm. Ushbu bemorlarda bachadon ortiqlari sohasida va qisman ichak sohasida aniq chandiq jarayoni aniqlandi. Bizning tadqiqotlarimizda IV bosqich endometrioid tuxumdon kistalarining mavjudligi kuzatilmadi, ya'ni rivojlanishning ushbu bosqichiga ega bo'lgan ayollar diagnostika choralaridan mahrum edi.

Endometrioid kistalarning laparoskopik tashxisining aniqligi 100% ni tashkil etdi. Laparoskopik manipulyatsiyalarning yetarli emasligi endometrioiz o'choqlarining infiltratsion jarayonlarida o'sish chegaralarini o'rnatish qiyinligi edi. Tashxis qo'yish qiyin bo'lgan hollarda endometrioiz tashxisi olingan biopsiya namunasini yoki olib tashlangan endometriotik o'choqlarni gistologik tekshirish asosida tasdiqlandi.

Shunday qilib, TGE va bepustlik bilan og'rig'an ayollarni o'rganish shuni ko'rsatdiki, endometrioizning yetarlicha aniq klinik belgilari mavjudligiga qaramay, ayollar shikastlanishning

bosqichi va chuqurligida bir-biridan farq qiladi, bu shubhasiz qo'shimcha diagnostika choralarini va keyinchalik davolash taktikasini talab qiladi. Shuni ham ta'kidlash kerakki, kasallikning batafsil klinik ko'rinishi bilan bemorlarning hayot sifati sezilarli darajada pasayadi, reproduktiv vazifasi buziladi, bu esa ayolning reproduktiv salohiyatini to'liq amalga oshirishga imkon bermaydi. Taqdim etilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, TGE bo'lgan ayollarda oksidlovchi stress lipid peroksidlanish jarayonlari va AOD tizimi o'rtasidagi faoliyatning o'zgarishi natijasida, radikal shakllanish jarayonlari ularning ingibirlanish jarayonlaridan ustunlik qiladi. Buning sabablari endometrioid o'choqlari, qorin parda va tos a'zolaridagi faol yallig'lanish jarayonidir. TGE davrida AOD tizimining imkoniyatlari uning uzoq muddatli namoyon bo'lishi paytida oksidlanish jarayonlarini cheklash uchun yetarli emas. Bularning barchasi AOD tizimi tomonidan lipidlarni tartibga solishning buzilishi va oksidlovchi fosforillanish va LPO faolligi darajasi o'rtasidagi patologik siklning ishlashiga ijobiy munosabat tufayli oksidlovchi stressni saqlab qolish uchun qo'shimcha shart-sharoitlarni yaratadi. Binobarin, TGE bo'lgan ayollarda turli xil etiologik omillar lipid tabiatdagi yallig'lanish vositachilarining sekretsiasini kuchaytiradi va AOP tizimining yetishmovchiligi bilan endometrioid o'choqlari, qorin parda va tos a'zolarida yallig'lanish jarayoni rivojlanadi. Ko'rinish turibdiki, hayz ko'rish sikllari orasidagi qisqa vaqt oralig'ida peroksid radikallariga ta'sir qilish uchun qulay sharoitlar yaratiladi, bunda ayol tanasining immun tizimi bachadon ortiqlarida, qorin parda va boshqa to'qimalarda harakat qiladigan va o'sadigan hayz ko'rish materialidan foydalana olmaydi.

Xulosa:

Bepushtlik tarkibida tashqi genital endometriozning chastotasi 38% ni tashkil etdi. Tashqi genital endometrioz patogenezida muhim bo'g'in lipid peroksidlanishning faollashuvi va patologiyaning og'irligiga bog'liq bo'lgan mahalliy antioksidant funksiyadir. I-II bosqichdagi tashqi genital endometriozda peritoneal suyuqlikning antioksidant profilining ko'rsatkichlari III bosqichga qaraganda 1,5 baravar yuqori.

TGE bo'lgan barcha ayollar, gormonal va jarrohlik terapiya bilan birgalikda, patologiyaning qaytalanishini kamaytirish uchun antioksidant terapiyani o'z ichiga olishi kerak.

Adabiyotlar:

1. Адамян А.В., Мартиросян Я.О., Асатурова А.В. Этиопатогенез эндометриоз-ассоциированного бесплодия (обзор литературы) // Проблемы репродукции. - 2018. - №2. - С.28-33.
2. Адамян Л.В., Логинова О.Н., Соснова М.М., Арсланян К.Н. Антиоксидантная защита у больных наружным генитальным эндометриозом // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2018. - №3. - С.18-21
3. Артымук Н.В., Зотова О.А., Шакирова Е.А. и др. Эффективность комбинированного лечения эндометриом яичников // Эндоскопическая хирургия. - 2019. - №2. - С.35-39.

OPTIMIZATION OF PREGNANCY COMPLICATIONS PREVENTION IN WOMEN WITH SEVERE PREECLAMASIA AND PYELONEPHRITIS IN ANAMNESIS

Saporbaeva I.R., Babadjanova G.S.

Tashkent Medical Academy

saporbayevainoyat@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Preeclampsia is a condition that occurs as a result of dysfunction of many organ systems in a pregnant woman due to multiple organ failure. Preeclampsia is a classic pregnancy complication that affects 6-8% of pregnant women in developing countries and 0.4% in developed

countries. Each year, preeclampsia occurs in 1.5-8.0 million pregnant women in developing countries and in 50-370 thousand pregnant women in developed countries.

H.D. According to the definition by Kopsov and S. Anant Karumanchi: preeclampsia is a complex of diseases specific to pregnancy, including genetic, immunological and environmental factors, and characterized by the first appearance of gestational hypertension, proteinuria and edema after the 20th week of pregnancy. In women with a severe form of preeclampsia and pyelonephritis in the anamnesis and without preliminary preparation for pregnancy, according to the results of clinical and laboratory studies, negative changes in the hemostasis system were noted in subsequent pregnancies, including an increase in platelet aggregation, a decrease in blood clotting time, a decrease in the prothrombin index and an increase in fibrinogen, a decrease in thrombin time, and in biochemical blood tests, an increase in the concentration of alkaline phosphatase and liver transaminases was noted. In women with severe preeclampsia and pyelonephritis in the anamnesis, risk factors for pregnancy complications in subsequent pregnancies were determined as follows in the 1st and 2nd groups, respectively: chronic tonsillitis 6 and 4%, diffuse goiter 3 and 2%, cardiological type HCC 1.5 and 4%, chronic pyelonephritis in the 2nd group 17%, asymptomatic bacteriuria 12%, single kidney 4%, type II diabetes mellitus in both groups 2%, obesity 11 and 9%, chronic arterial hypertension 5 and 2%, multiple pregnancy 6 and 4%.

Keywords: pregnancy with severe preeclampsia, combination of preeclampsia with IUT , , recurrent cystitis, urogenital infections, pregnancy complications;

**ANAMNEZIDA OG'IR PREEKLAMPSIYA VA PIYELONEFRIT O'TKAZGAN
AYOLLARDA HOMILADORLIK ASORATLARINI OLDINI OLISHNI
OPTIMALLASHTIRISH**

Saporbayeva I.R., Babadjanova G.S
Toshkent tibbiyot akademiyasi

ABSTRAKT

Kirish: Preeklampsiya - bu poliorgan yetishmovchiligi tufayli homilador ayolning bir nechta organlar tizimlarining buzilishidan kelib chiqadigan holatdir. PE homiladorlikning klassik asorati bo'lib, rivojlanayotgan mamlakatlarda homilador ayollarning 6-8 foizi va rivojlangan mamlakatlarda 0,4 foizi PE dan aziyat chekadi. Har yili PE rivojlanayotgan mamlakatlarda 1,5-8,0 million ayol va rivojlangan mamlakatlarda 50-370 ming homilador ayolda uchraydi.

H.D. Kopsov va S. Anant Karumanchilarning tarifiga ko'ra: PE - genetik, immunologik va atrof-muhit omillarini o'z ichiga olgan homiladorlikka xos kasalliklar majmuasi bo'lib, homiladorlikning 20 -haftasidan keyin homiladorlik gipertenziyasi, proteinuriya va shishni.birinchi marta paydo bo'lishidir. Anamnezida og'ir PE va piyelonefrit o'tkazgan va pregravidar tayyorgarlik o'tkazilmagan ayollarda keyingi homiladorlik davrida klinik laborator natijalarga ko'ra gemostaz sistemasida salbiy o'zgarishlar kuzatilib, trombotsitlar agregatsiyasi oshdi, qon ivish vaqti qisqardi, protrombin indeksi pasayishi va fibrinogen oshishi, trombin vaqti qisqarishi, biokimyoviy qon tahlil natijalariga ko'ra ishqoriy fosfotaza konsentratsiyasi va jigar transaminazalari oshishi kabi o'zgarishlar yuzaga keldi. Anamnezida og'ir preeklampsiya va piyelinefrit o'tkazgan ayollarda keyingi homiladorlik davrida homiladorlik asoratlari kelib chiqishiga xavf soluvchi omillar mos ravishda 1- va 2- guruhlarda quyidagicha aniqlandi: surunkali tonzillit 6 va 4 %, diffuz buqoq 3 va 2%, NSD kardiologik turi, 1,5 va 4%, surunkali piyelonefrit 2-guruhda 17 %, simptomsiz bakteriuriya 12%, yagona buyrak 4%, qandli diabet II turi ikkala guruhda 2 % holatda, semizlik 11 va 9%, surunkali gipertenziya 5 va 2%, ko'p homilalik 6 va 4% holatda uchradi.

Kalit so'zlar: og'ir preeklampsiya bilan homiladorlik, PE ning SYI bilan kombinatsiyasi, pregravidar tayyorlov, qaytalanuvchi sistit, urogenital infeksiyalar, homiladorlikning asoratlari;

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ПИЕЛОНЕФРИТОМ В АНАМНЕЗЕ

Сапорбаева И.Р., Бабаджанова Г.С.
Ташкентская медицинская академия

АБСТРАКТ

Введение: Преэклампсия — это состояние, возникающее в результате нарушения работы многих систем органов у беременной женщины вследствие полиорганной недостаточности. Преэклампсия является классическим осложнением беременности, от которого страдают 6–8% беременных женщин в развивающихся странах и 0,4% в развитых странах. Ежегодно преэклампсия встречается у 1,5–8,0 млн беременных женщин в развивающихся странах и у 50–370 тыс. беременных женщин в развитых странах.

Х.Д. Согласно определению Копсова и С. Ананта Каруманчи: преэклампсия — это комплекс заболеваний, специфичных для беременности, включающий генетические, иммунологические и экологические факторы, и характеризующийся первым появлением гестационной гипертензии, протеинурии и отеков после 20-й недели беременности.

У женщин с тяжелой формой преэклампсии и пиелонефритом в анамнезе и без предварительной подготовки к беременности по результатам клинко-лабораторных исследований отмечены негативные изменения в системе гемостаза при последующих беременностях, в том числе повышение агрегации тромбоцитов, снижение времени свертывания крови, снижение протромбинового индекса и повышение фибриногена, снижение тромбинового времени, а в биохимических анализах крови отмечено повышение концентрации щелочной фосфатазы и печеночных трансаминаз. У женщин с тяжелой преэклампсией и пиелонефритом в анамнезе факторы риска осложнений беременности при последующих беременностях были определены следующим образом в 1-й и 2-й группах соответственно: хронический тонзиллит 6 и 4%, диффузный зоб 3 и 2%, НСС кардиологического типа 1,5 и 4%, хронический пиелонефрит во 2-й группе 17%, бессимптомная бактериурия 12%, единственная почка 4%, сахарный диабет II типа в обеих группах 2%, ожирение 11 и 9%, хроническая артериальная гипертензия 5 и 2%, многоплодная беременность 6 и 4%.

Ключевые слова: беременность с тяжелой преэклампсией, сочетание преэклампсии с ИМП, прегравидарная подготовка, рецидивирующий цистит, урогенитальные инфекции, осложнения беременности;

Tadqiqot maqsadi: klinik va laborator belgilaridan foydalanish orqali preklampsiyaning qaytalanishini bashorat qilish va oldini olishni optimallashtirish va asoratlangan akusherlik anamnezi bo'lgan ayollarda pregravidar tayyorlov samaradorligini aniqlash.

Tadqiqot materiali va usullari: Og'ir PE bilan og'rigan ayollarning 110 ta tug'ruq tarixi xavf omillarini aniqlash uchun retrospektiv tarzda ko'rib chiqildi. Og'ir preklampsiya bilan og'rigan 110 ta tug'ruqdan keyingi ayollar prospektiv tekshiruvdan o'tkazildi va ular 2 guruhga bo'lindi: 1-guruh: Homiladorlik davrida rivojlangan buyrak kasalligi bo'lgan 65 nafar ayollar 2-guruh: surunkali buyrak patologiyasi bo'lgan 45 nafar ayollar, 3-nazorat guruhi (n=40) amaliy sog'lom homilador ayollar.

PE zamonaviy akusherlikning eng dolzarb muammolaridan biri bo'lib, u ishonchli erta bashorat qilish va diagnostik belgilarga, samarali profilaktika va davolash choralarga ega emas. Ushbu kasallik onalar va perinatal o'limning asosiy sababi bo'lib, bu 12,1-23,2% ni tashkil qiladi. Bundan tashqari, preklampsiyaning kam simptomli va atipik shakllari soni ham ortdi [4,6,7].

PE rivojlanishining xavf omillari quyidagilardir: anamnezida preklampsiya bo'lishi, genetik moyillik, surunkali buyrak kasalligi, tizimli qizil bo'richa, antifosfolipid sindromi kabi autoimmun kasalliklar, qandli diabet, ko'p homilalik, tug'ma va orttirilgan trombofiliyalar, qon tomir kasalliklari, homilador ayolning yoshi 20 dan kichik yoki 35 yoshdan katta bo'lishi, semizlik, giyohvand moddalarni iste'mol qilish.

Dunyo bo'ylab ko'plab tadqiqotlar o'tkazilishiga qaramay, muammo hali ham hal o'z yechimini topmagan. PE ning etiologiyasi va patogenezi to'liq o'rganilmagan bo'lsada, uning etiologiyasi va patogenezi uchun ko'plab farazlar mavjud (40 dan ortiq).

Hozirgi vaqtda patogeneznig eng keng tarqalgan gipotezasi asosiy rolni platsenta gipoksiyasi natijasida kelib chiqqan angiogen va antiangiogen omillar (masalan, VEGF, PGF va ularning tirozinkinazalari bilan bog'liq retseptorlari) nomutanosibligi o'ynaydi [1,3,4].

Preklampsiya - bu poliorgan yetishmovchiligi tufayli homilador ayolning bir nechta organlar tizimlarining buzilishidan kelib chiqadigan holatdir. PE homiladorlikning klassik asorati bo'lib, rivojlanayotgan mamlakatlarda homilador ayollarning 6-8 foizi va rivojlangan mamlakatlarda 0,4 foizi PE dan aziyat chekadi. Har yili PE rivojlanayotgan mamlakatlarda 1,5-8,0 million ayol va rivojlangan mamlakatlarda 50-370 ming homilador ayolda uchraydi.

H.D. Kopsov va S. Anant Karumanchilarning tarifiga ko'ra: PE - genetik, immunologik va atrof-muhit omillarini o'z ichiga olgan homiladorlikka xos kasalliklar majmuasi bo'lib, homiladorlikning 20 -haftasidan keyin homiladorlik gipertenziyasi, proteinuriya va shishni birinchi marta paydo bo'lishidir.

"Qo'shilgan PE" atamasi surunkali arterial gipertenziya bilan birgalikda PE ning bo'lishidir. Ikkilamchi PE bilan kasallanish 5,2% ni tashkil qiladi va o'rta og'irlikdagi arterial gipertenziya bilan - 18,4%; og'ir surunkali gipertenziyada - 100% gacha. Shu narsa ma'lum bo'ldiki, ikkilamchi PE bemorlarda tug'ruqdan keyin ikki yildan ortiq davom etishi mumkin [7,8,10].

Eklampsiya, yuqorida aytib o'tilganidek, nevrologik kasalliklar bilan bog'liq bo'lmagan bir yoki bir nechta tutqanoqlar bilan PE ning birga kelishidir. E. Norwitz va D. Sharge (2003) eklampsiyani shuningdek, insult, DVS, HELLP sindromlari va kattalardagi RDS larning yaqin orada uchrashi mumkin bo'lgan asorati deb hisoblashni taklif qilishadi. Eklampsiya tutqanoqlari PE ning klinik ko'rinishlardan biri va uning yakuniy bosqichi hisoblanadi. R.L. Goldenberg va E.M. McClure (2011) eklampsiyani homilador ayollar o'limining asosiy sababi deb hisoblashadi. Eklampsiya onalar o'limining 16% holatda asosiy sababi hisoblanadi.

Shunday qilib, adabiyotlarni tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, homiladorlik davrida PE ning rivojlanishi jiddiy asoratlarga olib keladi va keyingi homiladorlik davrida uning takrorlanishiga olib kelishi mumkin. Shu sababli, homiladorlikdan oldingi davrda keyingi homiladorlikda PE ning takrorlanishining oldini olish dolzarb muammodir.

Ilmiy ish natijalari: Anamnezida og'ir PE va piyelonefrit o'tkazgan va pregravidar tayyorgarlik o'tkazilmagan ayollarda keyingi homiladorlik davrida klinik laborator natijalarga ko'ra gemostaz sistemasida salbiy o'zgarishlar kuzatilib, trombositlar agregatsiyasi oshdi, qon ivish vaqti qisqardi, protrombin indeksi pasayishi va fibrinogen oshishi, trombin vaqti qisqarishi, biokimyoviy qon tahlil natijalariga ko'ra ishqoriy fosfat konsentratsiyasi va jigar transaminazalari oshishi kabi o'zgarishlar yuzaga keldi.

Anamnezida og'ir preklampsiya va piyelonefrit o'tkazgan ayollarda keyingi homiladorlik davrida homiladorlik asoratlari kelib chiqishiga xavf soluvchi omillar mos ravishda 1- va 2-guruhlarda quyidagicha aniqlandi: surunkali tonzillit 6 va 4 %, diffuz buqoq 3 va 2%, NSD kardiologik turi, 1,5 va 4%, surunkali piyelonefrit 2-guruhda 17 %, simptomsiz bakteriuriya 12%, yagona buyrak 4%, qandli diabet II turi ikkala guruhda 2 % holatda, semizlik 11 va 9%, surunkali gipertenziya 5 va 2%, ko'p homilalik 6 va 4% holatda uchradi.

Xulosa: Anamnezida og'ir preeklampsiya va piyelonefrit o'tkazgan ayollarda klinik laborator tekshiruvlar asosida aniqlangan buyrak patologiyasi bo'yicha o'z vaqtida o'tkazilgan yallig'lanishga qarshi davo, immunitetni qo'llab quvvatlovchi pregravidar tayyorgarlik ko'rish kelgusidagi homiladorlik bilan bog'liq bo'lgan asoratlarni 4.8 marta kamayishiga olib keladi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Григорьева О. А., Беженарь В. Ф. Хроническая болезнь почек и беременность: междисциплинарная оценка гестационных рисков и осложнений (обзор литературы). – 2023. Т. 72. № 1. С. 71–80.
2. Bayor F, Adu-Bonsaffoh K, Antwi-Boasiako C. Maternal serum angiopoietins levels in pre-eclampsia and pregnancy outcomes. //Health Sci Rep. 2024 Jan 15;7(1):e1806
3. Deruelle P., Coudoux E., Ego A. et al. Risk factors for post-partum complications occurring after preeclampsia and HELLP syndrome. A study in 453 consecutive pregnancies // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. - 2006. - Vol. 125, № 1. -P. 59-65

UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA AND PREGNANCY COMPLICATIONS

M. E. Sharipova, D. D. Saidzhalolova.

Tashkent Medical Academy

Email:marhabosharipova23081982@gmail.com

The widespread occurrence of multifactorial pathology among the population is manifested by the high frequency of estrogenital pathology in women during pregnancy, which contributes to the emergence of various combined pathological processes. According to literature data, among 100 pregnant women registered at the dispensary, chronic extragenital diseases account for 61.8%, diseases of internal organs-51.9%, other organs and systems-9.9% (surgical, ophthalmological, neurological, etc.). **Materials and methods:** A prospective, cohort, randomized study was conducted to evaluate the effect of undifferentiated connective tissue dysplasia on the course of pregnancy and childbirth. 264 patients were examined. Criteria for inclusion in the study: the presence of minor abnormalities in the development of the heart and at least 5 phenotypic signs of undifferentiated connective tissue dysplasia. Exclusion criteria: rejection of additional research methods excluded from the study for various reasons. **Conclusions:** the role of undifferentiated connective tissue dysplasia as a risk factor in the development of pregnancy and childbirth complications has been determined. Early detection of signs of undifferentiated connective tissue dysplasia and a personalized approach to the management of pregnancy and childbirth in these patients will help reduce the number of gestational complications. Key words: undifferentiated connective tissue dysplasia, phenotypic signs, collagen IV.

DIFFERENSIYALANMAGAN BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA DISPLAZIYASI VA HOMILADORLIK ASORATLARI

M. E. Sharipova, D. J. Saidjalolova.

Toshkent tibbiyot akademiyasi.

Email:marhabosharipova23081982@gmail.com

Aholi orasida multifaktorial patologiyaning keng tarqalishi homiladorlik paytida ayollarda ekstrogenital patologiyaning yuqori chastotasi bilan namoyon bo'ladi, bu turli xil birlashgan patologik jarayonlarning paydo bo'lishiga yordam beradi. Adabiy ma'lumotlarga ko'ra, dispanserda ro'yxatdan o'tgan 1000 homilador ayol orasida surunkali ekstragenital kasalliklar 61,8%, 51,9% ichki organlar kasalliklari, 9,9% boshqa organlar va tizimlar (jarrohlik, oftalmik, nevrologik va boshqalar) tashkil qiladi. Materiallar va usullar: differensiyalanmagan biriktiruvchi to'qima

displaziyasi homiladorlik va tug'ish jarayoniga ta'sirini baholash uchun prospektiv, kogort, randomizatsiyalangan sinov o'tkazildi. 264 bemor tekshirildi. Tadqiqotga qo'shilish mezonlari: yurak rivojlanishidagi kichik anormalliklarning mavjudligi va DBTDning kamida 5 ta fenotipik belgisi. Istisno mezonlari: turli sabablarga ko'ra tadqiqotdan chiqarilgan qo'shimcha tekshiruv usullarini rad etish. Xulosalar: umuman olganda, differensiyalanmagan biriktiruvchi to'qima tananing tuzilishi va faoliyatining asosiy tarkibiy qismi bo'lib, uni kerakli qo'llab-quvvatlash, himoya qilish va elastiklik bilan ta'minlaydi. Differensiyalanmagan biriktiruvchi to'qima displaziya belgilarini erta aniqlash, homiladorlik va tug'ruqni boshqarishga individual yondashuv homiladorlik asoratlarning kamayishiga yordam beradi. Kalit so'zlar: differensiyalanmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi, fenotipik belgilar, kollagen IV.

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

М. Э. Шарипова, Д. Д. Саиджалолова.

Ташкентская медицинская академия.

Широкое распространение многофакторной патологии среди населения проявляется высокой частотой экстрагенитальной патологии у женщин во время беременности, что способствует возникновению различных комбинированных патологических процессов. Согласно литературным данным, среди 100 беременных женщин, состоящих на диспансерном учете, хронические экстрагенитальные заболевания составляют 61,8%, заболевания внутренних органов-51,9%, других органов и систем-9,9% (хирургические, офтальмологические, неврологические и др.). **Материалы и методы:** проспективное, когортное, рандомизированное исследование было проведено для оценки влияния недифференцированной дисплазии соединительной ткани на течение беременности и родов. Обследовано 264 пациента. Критерии включения в исследование: наличие незначительных отклонений в развитии сердца и не менее 5 фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Критерии исключения: отказ от дополнительных методов исследования, исключенных из исследования по разным причинам. **Выводы:** определена роль недифференцированной дисплазии соединительной ткани как фактора риска в развитии осложнений беременности и родов. Раннее выявление признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани и персонализированный подход к ведению беременности и родов у данных пациенток будет способствовать снижению числа гестационных осложнений. Ключевые слова: недифференцированной дисплазии соединительной ткани, фенотипические признаки, коллаген IV.

Aholi orasida multifaktorial patologiyaning keng tarqalishi homiladorlik paytida ayollarda ekstrogenital patologiyaning yuqori chastotasi bilan namoyon bo'ladi, bu turli xil birlashgan patologik jarayonlarning paydo bo'lishiga yordam beradi [7, 10]. Ko'pgina hollarda, estragenital kasalliklar homiladorlik paytida o'z-o'zidan og'irlashadi, bu esa homiladorlik kechishi va tug'ruq natijalari uchun sharoitlarning yanada yomonlashishiga olib keladi. Bundan tashqari, so'nggi yillarda tadqiqotchilar e'tiborini turli xil estragenital kasalliklar tufayli ayollarda reproduktiv buzilishlar jalb qilmoqda [12]. Zamonaviy sharoitlar ekstragenital patologiyasi bo'lgan ayollarda homiladorlikni boshqarish muammosining dolzarbligini belgilaydi. Ambulatoriya nazorati ostida bo'lgan homilador ayollarda ekstragenital patologiyaning yuqori darajasi mavjud. Adabiy ma'lumotlarga ko'ra, dispanserda ro'yxatdan o'tgan 100 homilador ayol orasida surunkali ekstragenital kasalliklar 61,8%, 51,9% ichki organlar kasalliklari, 9,9% boshqa organlar va tizimlar (jarrohlik, oftalmik, nevrologik va boshqalar) tashkil qiladi [1]. Ko'pincha, turli xil tizimli patologiyagasi bitta genezisga ega bo'lishi mumkin – biriktiruvchi to'qimalarning morfofunktsional

yetishmovchiligi. Har bir soha amaliyotida biriktiruvchi to'qima displaziyasi muammosining dolzarbligi katta fenotipik nomutanosiblik bilan bog'liq bo'lib, bu patologik holatni tashxislashni murakkablashtiradi, ba'zi hollarda klinik ko'rinishlarning og'irlashtiradi [2]. A'zolarining morfofunktsional o'zgarishi homiladorlik, tug'ish, tug'ruqdan keyingi, shuningdek erta neonatal davrlar jarayoniga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Homiladorlik biriktiruvchi to'qima displaziyasining rivojlanishi uchun zamin bo'lib xizmat qilishi mumkin: biriktiruvchi to'qima dismorfogenezi belgilarining ko'payishi va ularning kuchayishi kuzatiladi [3].

Materiallar va usullar DBTD homiladorlik va tug'ish jarayoniga ta'sirini baholash uchun prospektiv, kogort, randomizatsiyalangan sinov o'tkazildi. 264 bemor tekshirildi. Tadqiqotga qo'shilish mezonlari: yurak rivojlanishidagi kichik anormalliklarning mavjudligi va DBTDning kamida 4 ta fenotipik belgisi. Istisno mezonlari: turli sabablarga ko'ra tadqiqotdan chiqarilgan qo'shimcha tekshiruv usullarini rad etish.

Tadqiqotga qo'shilish va chiqarib tashlash mezonlariga ko'ra, biz 202 ayolning asl tadqiqotlarini kuzatdik. DBTD ta'sirini baholash uchun bemorlarning 2 guruhi tuzildi. Asosiy guruh 115 nafar bemordan iborat bo'lib, ularda tekshiruv bosqichida yurak rivojlanishining kichik anomaliyalari va DBTDning kamida 4 ta fenotipik belgilari aniqlangan. Taqqoslash guruhi DBTD belgilari bo'lmagan 87 homilador ayolni tashkil etdi. Birlamchi tibbiy hujjatlar ma'lumotlari (homilador ayolning individual kartalari, tug'ilish tarixi) tahlil qilindi. Menstrüel tsiklning xususiyatlari (menarxning yoshi, hayz davrining davomiyligi, hayzdan qon ketish davomiyligi) o'rganildi, ekstragenital patologiyaning tabiati va mavjudligi, ikkala guruhdagi bemorlarda homiladorlik va tug'ish jarayoni tahlil qilindi.

Ayollarda differensiyalashmagan biriktiruvchi to'qima bo'yicha tadqiqotlar ushbu turdagi to'qimalarning biologik xususiyatlarini tushunishda, turli kasalliklarni tashxislash va davolashda hamda ayollar salomatligini saqlashga qaratilgan yangi terapevtik yondashuvlarni ishlab chiqishda muhim rol o'ynaydi.

Ayollarda differensilanmagan biriktiruvchi to'qima (DBTD) diagnostikasi murakkab bo'lishi mumkin va keng qamrovli yondashuvni talab qiladi. Ayollarda DBTD tashxisini qo'yish uchun ishlatilishi mumkin bo'lgan ba'zi usullar:

1. Klinik tekshiruv: shifokor bemorni tekshiradi va biriktiruvchi to'qima tuzilishi va funksiyasi bilan bog'liq simptomlarni to'liq tahlil qiladi. Bo'g'imlarning egiluvchanligi, gipermobillik, teri muammolari, bo'g'im va mushak og'rig'i kabi belgilarga e'tibor berish muhimdir.
2. Umumiy qon testlari: artrit, fibromiyalgiya va boshqalar kabi DBTD bilan bog'liq umumiy kasalliklarni aniqlash uchun oqsillar, yallig'lanish belgilari, metabolik kasalliklar va endokrin gormonlar darajasi uchun qon tekshiruvi o'tkazilishi mumkin.

Ayollarda differensiyalanmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi diagnostikasi keng qamrovli yondashuvni talab qiladi va klinik tekshiruv va genetik tekshiruvdan instrumental va laboratoriya tekshiruvlariga qadar turli xil usullarni o'z ichiga olishi mumkin. DBTDga shubha bo'lsa, har tomonlama tashxis qo'yish va individual davolash rejasini ishlab chiqish uchun malakali shifokor bilan maslahatlashish muhimdir.

Xulosalar.

Umuman olganda, differensiyalanmagan biriktiruvchi to'qima tananing tuzilishi va faoliyatining asosiy tarkibiy qismi bo'lib, uni kerakli qo'llab-quvvatlash, himoya qilish va elastiklik bilan ta'minlaydi. Uning tanadagi rolini ortiqcha baholab bo'lmaydi va u holda tananing normal ishlashi imkonsiz bo'lar edi. Homiladorlik va tug'ish asoratlari rivojlanishida xavf omili sifatida farqlanmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasining roli aniqlandi. DBTD birinchi trimestrda homila tushish xavfini mos ravishda 2,7 baravar, II va III trimestrlarda 3,4 va 3,9 baravar oshiradi. DBTD namoyon bo'lgan homilador ayollar orasida platsenta buzilishining rivojlanishi 16,8%, nazorat guruhida esa 4,9% ni tashkil etdi.

Shunday qilib, ushbu bemorlarda differensiyalanmagan biriktiruvchi to'qima displaziya belgilarini vaqtida aniqlash, homiladorlik va tug'ruqni individual olib boorish asoratlarning kamayishiga yordam beradi.

Adabiyot:

1. Schechtman, M. M. homilador ayollarda ekstragenital patologiya bo'yicha qo'llanma / M. M. Schechtman. - Moskva: Triada-X, 2011 Yil. 892 s. edn: QLZKSJ.
2. Kadurina, T. I. birlashtiruvchi to'qima displazi: shifokorlar uchun qo'llanma / T. I. Kadurina, V. N. Gorbunova. Spb. : ELBI-Spb, 2009 yil. 704 s. edn: QLTVMF.
3. Birlashtiruvchi to'qima displazi va uning ayollar salomatligiga ta'siri / I. yu.Ilyina [va boshqalar] // fikr rahbari. – 2020. – № 2 (31). 76-79 betlar. – edn: CFFWSC.
4. Badrieva, yu. n. mitral qopqoq prolapsasi bo'lgan ayollarda biriktiruvchi to'qimalarning farqlanmagan displazi fonida homiladorlik kursining xususiyatlari / yu. N. Badrieva / fan va ta'limning zamonaviy muammolari. – 2015. – № 4. 299-sahifa. – edn: UDWXVF. Zemtovskiy, E. V.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE ENDOMETRIUM IN MISCARRIAGE

Nigmatova N.M., Bekbaulieva G.N.

Department of Obstetrics and Gynecology. Tashkent Medical Academy, Tashkent.

Resume. Relevance: the problem of miscarriage is not only a medical but also a social problem. Chronic endometritis is a low-grade disease, but at the same time it is an acute problem in gynecology. **Objective of the study:** This work is aimed at studying immunohistochemical markers and the microbiological profile of the endometrium in patients who have previously had unsuccessful attempts to carry a pregnancy. This research involved a forward-looking study with 50 participants, specifically focusing on 30 women experiencing miscarriage during their initial pregnancy stage, who served as the primary group, and 20 women who constituted a control group. The women underwent endometrial pipelle biopsy to detect inflammation of CD 20, one of the signs of chronic endometritis. **Results and discussion:** Among the women studied, cervical pathology was detected in 20%; in the main group, chronic salpingo-oophoritis was detected in almost half of the patients, while in the comparison group there was not a single case. In the main group, immunohistochemical analysis was performed and revealed in 72% of women, the CD20 marker. In the main group, specific changes from the uterine cavity were revealed in 55% of women, while in the comparison group this percentage was 5%.

Key words: Chronic endometritis, miscarriage, CD20, specific microorganisms, biopsy, immunohistochemistry.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Нигматова Н.М., Бекбаулиева Г.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии. Ташкентская медицинская академия, Ташкент.

Резюме. Актуальность: проблема невынашивания беременности является не только медицинской, но и социальной проблемой. Хронический эндометрит является болезнью малотекучей, но в то же время является острой проблемой в гинекологии. **Цель исследования :** В рамках данной работы проводится исследование иммуногистохимических маркеров и микробиологического профиля эндометрия у пациенток, имевших ранее неудачные попытки вынашивания беременности. **Материалы и методы:** Проведено проспективное исследование 50 женщинам, из которых 30 женщин первого триместра с диагнозом невынашивание беременности составили основную группу и 20 женщин группу сравнения. Женщинам была проведена пайпель биопсия эндометрия с целью выявления

воспаления CD 20 , один из признаков хронического эндометрита . **Результаты и обсуждение:** Среди исследуемых женщин выявлено патология шейки матки у 20 %, в основной группе хронический сальпингоофарит был выявлен почти у половина пациенток, тогда как в группе сравнения ни одного случая не было. У 72% пациенток из основной группы иммуногистохимическое исследование выявило присутствие маркера CD20. В то же время, специфические аномалии в матке были обнаружены у более чем половины женщин из основной группы, в то время как в контрольной группе этот показатель составил лишь 5%.

Ключевые слова: Хронический эндометрит, невынашивание беременности, CD20, специфические микроорганизмы, биопсия, иммуногистохимия.

HOMILA KO'TARAOLMASLIKNI ENDOMETRIUMNING KLINIK VA MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI

Nigmatova N.M., Bekbaulieva G.N.

Akusherlik va ginekologiya kafedrası. Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent.

Rezyume. Muvofiqligi: Abort muammosi nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy muammodir. Surunkali endometrit past oqim kasalligidir, lekin ayni paytda ginekologiyada o'tkir muammo hisoblanadi.

Tadqiqot maqsadi: Ushbu ishning bir qismi sifatida ilgari homiladorlikda muvaffaqiyatsiz urinishlar bo'lgan bemorlarda immunohistokimyoviy markerlar va endometriumning mikrobiologik profili o'rganilmoqda. **Materiallar va usullar:** 50 nafar ayolda istiqbolli tadqiqot o'tkazildi, ulardan 30 nafari birinchi trimestrdagi homiladorlik tashxisi bilan asosiy guruhni, 20 nafari esa taqqoslash guruhini tashkil etdi. Ayollarga surunkali endometrit belgilaridan biri bo'lgan CD20 yallig'lanishini aniqlash uchun endometrium pipel biopsiyasi o'tkazildi. **Natijalar va muhokama:** O'rganilgan ayollar orasida bachadon bo'yni patologiyasi 20% da aniqlangan; asosiy guruhda surunkali salpingo-ooforit bemorlarning deyarli yarmida aniqlangan, taqqoslash guruhida esa bitta holat yo'q. Asosiy guruhda immunohistokimyoviy tahlil ayollarning 72 foizida CD20 belgisini aniqladi. Asosiy guruhda bachadon bo'shlig'idagi o'ziga xos o'zgarishlar ayollarning 55 foizida aniqlangan bo'lsa, taqqoslash guruhida bu foiz 5 foizni tashkil etdi.

Kalit so'zlar: Surunkali endometrit, abort, CD20, o'ziga xos mikroorganizmlar, biopsiya, immunohistokimyo.

Актуальность: проблема невынашивания беременности остается актуальной и для медицины, и для общества. По данным Всемирной организации здравоохранения, примерно 20% желаемых беременностей прерываются досрочно, что включает 15% самопроизвольных выкидышей и 5% преждевременных родов. Несмотря на достижения в диагностике и терапии, этот показатель остается стабильным, что свидетельствует о важности продолжения исследований и разработки новых решений. (6.) Многообразие причин, по которым беременность может не удался, обусловлено взаимодействием целого ряда факторов, которые могут действовать как одновременно, так и поочередно. К числу факторов, способствующих развитию данного заболевания, относятся генетическая предрасположенность, анатомические особенности организма, сбои в функционировании эндокринной системы, иммунные нарушения и патологии системы гемостаза. (1,2,3) Последние научные работы всё чаще фокусируются на иммунитете как ключевом элементе в развитии привычного невынашивания беременности, выявляя его влияние на различные звенья иммунной защиты и признавая его определяющим фактором в возникновении невыразимых для медицины репродуктивных потерь.(4,5). Хронический эндометрит (ХЭ) занимает лидирующую позицию среди факторов, приводящих к невынашиванию беременности, наблюдаясь у более чем 70% пациенток. (8) Успешная имплантация

эндометрия обусловлена гармоничным функционированием на генетическом, белковом и тканевом уровнях регуляции. (7).

Цель исследования : В рамках данной работы проводится исследование иммуногистохимических маркеров и микробиологического профиля эндометрия у пациенток, имевших ранее неудачные попытки вынашивания беременности.

Материалы и методы:

Исследование, имевшее проспективный характер и сравнительный дизайн (случай-контроль) проведенной в 9 межрайонном перинатальном центре г. Ташкента охватило группу женщин в возрасте от 20 до 39 лет, которые не были беременны ранее, прошли курс прегравидарной подготовки и имели нормальный индекс массы тела. Участниками исследования могли стать только лица в возрасте от 20 до 39 лет, не принимавшие гормональные лекарства, не имевшие в прошлом онкологических заболеваний, не страдавшие ожирением (с индексом массы тела менее 28), 50 пациенток стали участницами клинического исследования, направленного на изучение эффективности кортикостероидов и антифосфолипидных средств при лечении эндометриоза вне матки. Для проведения сравнительного анализа было сформировано две группы: основная, в которую вошло 30 женщин, и контрольная, состоящая из 20 пациенток. В основной группе женщин средний возраст приближался к 29 годам, с небольшим разбросом в пределах, характерных для репродуктивного периода. В контрольной группе средний возраст оказался чуть моложе – около 28,8 лет, также демонстрируя колебания в рамках этого же возрастного спектра.

Исследование проводилось с участием добровольцев, которые дали согласие на участие после ознакомления с информацией о процедуре. Эндометриальную биопсию в двух исследуемых группах выполняли с использованием аспирационной кюретки ProfiCombi, ориентируясь на 7-9-й день после овуляции, что соответствовало фазе лютеиновой стадии менструального цикла каждой из участниц. Анализ проводился на взятых образцах тканей эндометрия. Для фиксации биоптических проб использовался 10%-ный раствор нейтрального формалина с добавлением фосфатного буфера. После обработки образцы были embedded в парафин. Из парафиновых блоков с помощью микротомы Microm HM 304 E изготавливали ультратонкие срезы, толщиной 3-4 микрона, которые затем наносили на покровные стекла Thermo SuperFrost, поверхность которых была предварительно обработана силанизированным покрытием.

Для проведения иммуногистохимического анализа были использованы стандартные методики, включающие первичные антитела для визуализации использовалась система Uno Vue Mouse/Rabbit Detection System в сочетании с маркером CD20. Биологический материал фиксировался на микроскопических слайдах посредством специального биологического раствора Biomount.

Выявление уровня экспрессии маркеров проводилось с использованием иммуногистохимических методов на микроскопе Nikon Eclipse 50i, оборудованном системами цифровой визуализации и программным обеспечением NiSElements. Для точной оценки экспрессии в каждом образце обрабатывали три независимых области, используя макроскопическое увеличение 400 крат, что обеспечивало возможность четкого определения и подсчета клеток, позитивно окрашенных DAB-реагентом. Определение возбудителей в анализируемых образцах и оценка их реакции для идентификации антибактериальной чувствительности микроорганизмов была проведена при помощи автоматизированной микробиологической платформы VITEK2. Для этого использовались специализированные диагностические наборы, обеспечивающие определение как грамположительных, так и грамотрицательных микробов, а также видов, требующих специфических условий культивирования, например, анаэробов и микроаэробов.

При обнаружении клинически значимых бактерий, процедура предусматривала ведение записей о ходе их размножения на начальных стадиях культивирования, классификацию микроорганизма по видам и оценку его чувствительности к широкому спектру антибактериальных средств. Для анализа количественных данных применялся критерий Колмогорова-Смирнова, а полученные данные визуализируются в виде интервалов, которые демонстрируют диапазон от 25-го до 75-го перцентилей.

Для выявления ключевых различий между исследуемыми группами мы прибегли к непараметрическим статистическим методам. В качестве инструмента для оценки значимости выявленных различий нами был выбран тест Манна-Уитни. Анализ качественных характеристик в сравниваемых подгруппах осуществлялся с помощью χ^2 критерия.

Статистическая значимость результатов определялась при значении p менее 0,05. Анализ данных осуществлялся с помощью статистического пакета «Statistica» версии 8.0.

Результаты и обсуждение

В исследовании приняли участие 50 женщин в репродуктивном возрасте. Среди них 30 человек (более двух третей) имели в анамнезе невынашивание беременности, а 20 (остальная часть) - не имели проблем с репродуктивной системой и проходили обследование в рамках подготовки к беременности. Исследование выявило значительную распространенность гинекологических заболеваний среди женщин с историей невынашивания беременности.

Среди пациенток, страдающих невынашиванием беременности, 20% имели диагностированные патологии шейки матки, в то время как в контрольной группе наблюдалась значительно более высокая частота этих заболеваний. Частое возникновение хронического сальпингоофорита, известного как фактор, способствующий невынашиванию беременности, было выявлено у значительного числа женщин, страдающих этим недугом, в отличие от контрольной группы, где этот диагноз отсутствовал.

В группе пациенток, составляющей основную выборку, зачатие посредством вспомогательных репродуктивных технологий закончилось прерыванием беременности у 7 женщин, что составляет почти 18%. У пациенток, столкнувшихся с невынашиванием беременности, диагностирована высокая доля различных гинекологических проблем - 62,5% (с достоверностью $p=0,01$, подтвержденной χ^2 -тестом). Использование иммуногистохимических методов в исследовании эндометрия выявило высокую частоту хронического эндометрита – 72,5% у женщин с анамнезом невынашивания беременности. У участников контрольной группы такие изменения не были обнаружены. ($p<0,001$). Уровень экспрессии маркера CD20 в эндометрии пациенток с невынашиванием беременности оказался статистически значимо выше ($p<0,001$) и составил среднее значение 15,40 (с интервалом 13,60-18,60). В ходе исследования микроорганизмы. В группе женщин, столкнувшихся с замерзшей беременностью (17 человек), обнаружены специфические изменения в матке у более чем половины (55%), тогда как в контрольной группе (1 женщина из 20) подобные изменения были зарегистрированы лишь у 5% ($\chi^2 = 14,10$; $p = 0,0002$). Изучение этих изменений на клеточном уровне, полученных из матки, выявило изменения представлены в таблице 1.

Анализ данных, собранных у 30 пациенток, подтвердил, что все они являлись носителями микробов, нечувствительных к бензилпенициллину, ампициллину и противомикробному средству триметоприм/сульфаметаксозолу. Проведенное сравнительное исследование с контрольной группой из 20 пациенток показало статистически значимые различия в частоте встречаемости *Escherichia coli* (27,50% против 6,00%, $p = 0,03$) между группами. В то же время, различия в частоте встречаемости *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus agalactiae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Candida albicans* и *Candida glabrata* не оказались статистически

значимыми. При этом у части пациенток (27,5%) наблюдалась резистентность к амоксициллину, дополненному клавулановой кислотой.

В ходе всех исследований *Enterococcus faecalis* демонстрировал резистентность к действию гентамицина, эритромицина и тетрациклина.

В 2 из 4 случаев (50%) *Enterococcus faecalis* выявил устойчивость к ципрофлоксацину, левофлоксацину и ванкомицину. Важно подчеркнуть, что у четверти (24,14%) пациенток с хроническим эндометритом в маточной полости не были обнаружены микроорганизмы, что свидетельствует о риске необоснованного применения антибиотиков и, как следствие, увеличения уровня антибиотикорезистентности.

Выводы

1. У женщин, переживших выкидыш, выявлена повышенная частота гинекологических заболеваний, которая составляет 62,5%. Данное наблюдение подтверждено статистически значимым образом ($p=0,01$), что было установлено с помощью теста хи-квадрат, показавшего значение 7,50.

2. Участники основной группы демонстрировали среднюю экспрессию гена CD20 в эндометрии на уровне 15,40, что статистически значимо отличается от контрольной группы ($p<0,001$), где измерение экспрессии не было возможно.

3. Невынашивание беременности оказывает влияние на функционирование местного иммунитета. Женщины, пережившие выкидыш, демонстрировали среднюю экспрессию CD20 в эндометрии на уровне 15,40, с диапазоном от 13,60 до 18,60. Отклонение в показателях по сравнению с группой, не подвергавшейся анализу экспрессии CD20, оказалось существенным и подтверждено статистически ($p<0,001$), что свидетельствует о значимости полученных результатов.

4. В ходе исследования приняли участие 15 женщин, среди которых 37,5% были диагностированы с эндометритом - состоянием, характеризующимся избыточным размножением микроорганизмов в эндометрии. В контрольной группе наблюдалась одна пациентка, у которой (5% от общего числа) наблюдался рост микроорганизмов, что было выявлено на среде обогащения (с достоверностью $p = 0,002$, по критерию хи-квадрат, $\chi^2 = 10,00$).

Литература

1. Булатова Ю.С., Тетрашвили Н.К., Вишнякова П.А., Высоких М.Ю., Марей М.В., Бобров М.Ю. и др. Митохондриальные белки микровезикул плазмы периферической крови как триггеры асептических воспалительных реакций у женщин с угрожающим и привычным выкидышем и физиологическим течением беременности. *Акушерство и гинекология*. 2018; 4: 42-8.
2. Булатова Ю.С., Тетрашвили Н.К., Высоких М.Ю. Провоспалительные факторы митохондриального происхождения в патогенезе привычных выкидышей и ранних преждевременных родов. *Акушерство и гинекология*. 2017; 8: 5-9.
3. Доброхотова Ю.Э., Ганковская Л.В., Боровкова Е.И., Зайдиева З.С., Скальная В.С. Модулирование локальной экспрессии факторов врожденного иммунитета у пациенток с хроническим эндометритом и бесплодием. *Акушерство и гинекология*. 2019; 5: 125-32.)
4. Кречетова Л.В., Степанова Е.О., Николаева М.А., Вторушина В.В., Голубева Е.Л., Хачатрян Н.А. и др. Динамика субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови женщин с привычным выкидышем при предгестационной иммуноцитотерапии. *Акушерство и гинекология*. 2015; 4: 37-43.
5. Кречетова Л.В., Хачатрян Н.А., Тетрашвили Н.К., Вторушина В.В., Степанова Е.О., Голубева Е.Л. и др. Динамика выработки антиотцовских антилейкоцитарных антител при

иммунизации алогичными клетками женщин с привычным выкидышем. Акушерство и гинекология. 2015; 3: 16-20.).

6. Особенности комплексной прегравидарной подготовки женщин с привычным невынашиванием беременности инфекционного генеза / Л. В. Ткаченко, Н. А. Линченко, М. В. Андреева, Е. П. Шевцова // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2022. – Т. 19, № 1. – С. 129-132. – DOI 10.19163/1994-9480-2022-19-1-129-132. – EDN NEKIGP.

7. Современные представления о нарушениях состояния эндометрия при привычном невынашивании / Т. А. Базиева, И. М. Ордянец, Б. А. Джабраилова, Р. У. Тунгузбиева // Медицинский вестник Юга России. – 2022. – Т. 13, № 4. – С. 53-57. – DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-4-53-57. – EDN ADXAAD.

12 during pregnancy, their causes, clinical course, risks, treatment, and preventive measures. A study on the characteristics of urinary tract infections was conducted among 150 pregnant women at the Surkhandarya Regional Perinatal Center. The World Health Organization has provided guidelines on the importance, diagnosis, and treatment of urinary tract infections during pregnancy.

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) has published scientific articles on the prevention and treatment of infections during pregnancy.

The European Association of Urology (EAU) has studied the effects of urinary tract infections on pregnancy and childbirth.

Keywords: pregnancy, urinary tract infection, asymptomatic bacteriuria, bacteria, pyelonephritis, gestational diabetes, perinatal complications, antibiotic therapy, infection prevention.

SIYDIK YÖLLARI INFEKSIYALARI BILAN KECHADIGAN HOMILADORLIK XUSUSIYATLARI

Ziyoda Abrorovna Muminova, Sultonov Ravshan Komiljonovich, Yo'ldosheva Bibi Anbarra'no Shoymardon qizi Termiz Iqtisodiyot va servis universiteti, Tibbiyot bo'limi katta o'quvchisi, t.f.n e-mail: ravshansultonov605@gmail.com Termiz iqtisodiyot va servis universiteti Akusherlik va ginekologiya yonalishi 1-kurs magistr

Anotatsiya: Homiladorlik davrida ayol organizmida ko'plab fiziologik o'zgarishlar sodir bo'ladi. Bu o'zgarishlar immun tizimi, gormonal fon, siydik chiqarish tizimi faoliyatiga ham ta'sir ko'rsatadi. Aynan shu sababli homiladorlik davrida siydik yo'llari infeksiyalariga chalinish xavfi ortadi. Bu holat esa homila rivojlanishini orqada qolishiga chala tug'ruq, tug'ruq asratlariga va ona salomatligiga jiddiy tahdid solishi mumkin. Mazkur maqolada siydik yo'llari infeksiyalarining homiladorlik davridagi xususiyatlari, keltirib chiqqarish sabablari, klinik kechishi, xavflari, davolash va oldini olish choralariga e'tibor qaratiladi. Surxondaryo viloyati perenatal markazida o'tkazilgan tadqiqotda siydik yo'llari infeksiyasi xususiyatlari to'g'risida 150 nafar xomiladorlarda tadqiqot o'tkazildi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti – Homiladorlikda siydik yo'llari infeksiyalarining ahamiyati, diagnostikasi va davolash usullari bo'yicha tavsiyalar bergan.

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) – AQShning akusherlik va ginekologiya kolleji homiladorlik paytida infeksiyalarni oldini olish va davolash bo'yicha ilmiy maqolalar chop etgan.

Evropa Urologiya Assotsiatsiyasi (EAU) – Siydik yo'llari infeksiyalarining homiladorlik va tug'ruqqa ta'sirini o'rgangan.

Kalit so'zlar:

homiladorlik, siydik yo'llari infeksiyasi, asimptomatik bakteriuriya, bakteriyalar, pyelonefrit, gestatsion diabet, perinatal asoratlar, antibiotik terapiya, infeksiya profilaktikasi

ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

**Зиёда Аббаровна Муминова, Султанов Равшан Комилжонович, Йулдошева Биби
Анбаррано Шоймардон кизи**

Аннотация: Во время беременности в организме женщины происходят многочисленные физиологические изменения. Эти изменения также влияют на иммунную систему, гормональный фон и функционирование мочевыделительной системы. Именно по этой причине во время беременности увеличивается риск мочевых инфекций. Это состояние может серьезно угрожать развитию плода, привести к преждевременным родам, осложнениям при родах и угрозе для здоровья матери. В данной статье рассматриваются особенности мочевых инфекций в период беременности, их причины, клиническое течение, риски, лечение и профилактика. Американский колледж акушеров и гинекологов (ACOG) опубликовал научные статьи по профилактике и лечению инфекций в период беременности. Европейская ассоциация урологии (EAU) исследовала влияние мочевых инфекций на беременность и роды.

Ключевые слова: беременность, инфекция мочевых путей, бессимптомная бактериурия, бактерии, пиелонефрит, гестационный диабет, перинатальные осложнения, антибиотикотерапия, профилактика инфекций

Mavzuning dolzarbligi: Homiladorlik- bu fiziologik jarayon xisoblanadi, ammo ba'zi homiladorda bir qancha kasalliklar uchraib turadi. Bu kasalliklarni vaqtida aniqlab to'g'ri davo qilinsa ona va bola sog'ligiga ta'sir ko'rsatmaydi. Bu kasalliklardan biri siydik yo'llari infeksiyalari orqali kelib chiqadigan kasalliklar xisoblanadi.

Homiladorlik vaqtida SYI ning rivojlanishiga quyidagi omillar tufayli kelib chiqadi:

Garmonalniy o'zgarishlar-estrogen va progesteron gormoni oshishi natijasida siydik yo'llari mushaklari bo'shashadi, bu esa siydik oqimini sekinlashtiradi. Siydik pufagi tonusi pasayadi. Bu holatlar natijasida siydik pufagidan siydikning orqaga oqishi (refluks), buyrak jomlarining kengayishi, siydik yo'llarining yuqori qismlarida gipokineziya yoki disfunktsiya kuzatiladi. Natijada fiziologik gidronefroz (siydik yig'ilishi) yuzaga keladi.

Kattalashgan bachadon buyraklar va siydik yo'llariga bosim o'tkazadi, bu esa siydik dimlanishiga olib keladi. Immunitetning pasayishi bakteriyalarga qarshi tabiiy himoyani susaytiradi.

Qo'shimcha xavf omillari: Homiladorlikning chegaraviy yoki patologik holatlari: ko'p suv, egizak homila, katta bola, tor chanoq. Ayollarda jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari.

Gestatsion diabet- bunda homiladorlik vaqtida rivojlanadigan diabetning bir shakli hisoblanadi.

Tug'ma yoki orttirilgan siydik yo'llari kasalliklari: tosh, polikistoz, interstitsial nefrid, va boshqa kasalliklar natijasida kelib chiqishi mumkin. Homiladorlikda davolanmagan bakteriyuriyalar.

Asoratlar xavfi: Agar bu infeksiyalar vaqtida aniqlanmasa yoki davolanmasa:

Onada: sepsis, DVS-sindrom, shok, respirator distress sindromi, hatto o'lim.

Homila uchun xavflar: Erta tug'ruq xavfi. Homila rivojlanishining orqada qolishi. Past vaznli bola tug'ilishi. Amniotik suyuqlikning infeksiyalanishi. Buyrak yetishmovchiligi va sepsis kuzatilishi mumkin.

Diagnostika: Tadqiqot davomida 150 nafar homilador ayollarda SYI ni aniqlash uchun quyidagi tekshiruvlar o'tkazildi: Umumiy siydik tahlili- siydik yo'llari infeksiyalari bilan chalingan homiladorlarda peshobda leykotsitlar aniqlanadi. Bu siydik yo'llarida infeksiya hisobiga yallig'lanish jarayoni bôlayotganligidan dalolat beradi. Bakteriologik tekshiruv -(yoki bakteriologik ekish) mikroorganizmlarni aniqlash va baholash uchun o'tkaziladi.

Bakteriyalarning mavjudligi – organizmda infeksiya keltirib chiqaruvchi mikroblar bor yoki yo'qligi aniqlanadi. Bakteriya turi – aniqlangan mikroorganizmning turi (masalan, Escherichia coli,

Staphylococcus aureus, Streptococcus agalactiae va boshqalar) Koloniya soni – mikroorganizmlarning soni, bu infeksiyaning og'irligini aniqlashga yordam beradi. Masalan, siydikda $>10^5$ CFU/ml bo'lsa, bu infeksiyani ko'rsatadi. Antibiotiklarga sezuvchanlik (antibiotikogramma) – aniqlangan bakteriyalar qaysi antibiotiklarga sezgir yoki chidamli ekanligi ko'rsatiladi. Bu davolash uchun to'g'ri dori tanlashda muhim hisoblanadi. Ultrasonografiya (buyrak va siydik yo'llarining holatini baholash)

Davolash: Homiladorlik davrida SYI ni davolashda ehtiyotkorlik zarur, chunki dori vositalari homila uchun xavfsiz bo'lishi kerak. Odatda quyidagi antibiotiklar qo'llaniladi: Amoksiklav tabletka Amoksitsillin-klavulanat Fosfamitsin trometalol Tsefalosporinlar (I–III avlod) Nitrofurantoin (faqat 1–2-trimestrda) Davolash shifokor nazorati ostida olib borilishi shart Siydik yo'llari infeksiyalari og'irlik darajalariga qarab, hamda antibiotikka sezuvchanligini tekshirgan holatda antibiotik buyuriladi. Og'ir holatlarda bemor statsionar sharoitda davolanadi.

Oldini olish: SYI ning homiladorlikda oldini olish uchun homilador ayollarga quyidagilarga amal qilish tavsiya etildi: Yetarli suyuqlik ichish Shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish Siydik tahlillarini muntazam topshirish Siydik chiqarishni kechiktirmaslik Immunitetni mustahkamlash

Tadqiqot davomida Surxondaryo viloyati perenatal markazida 150 nafar homilador ayol tekshiruvdan o'tkazildi. Ularning ichida 64 nafarida (42,7%) siydik yo'llari infeksiyasi aniqlangan bo'lib, bu yuqori ko'rsatkichlardan biri hisoblanadi. Infeksiyalarning shakllari tahlil qilinganda, 28 nafarida (18,7%) asimptomatik bakteriuriya, 22 nafarida (14,7%) sistit va 14 nafarida (9,3%) piyelonefrit kuzatildi. 86 nafar (57,3%) homilador ayolda esa siydik yo'llari infeksiyasi aniqlanmadi. bu uchraydigan shakl bo'lib, u klinik belgilersiz kechishi sababli ko'p hollarda faqat laborator tahlillar orqali aniqlangan. Piyelonefrit holatlari esa nisbatan kam bo'lsa-da, homiladorlik davrida jiddiy asoratlar chaqirishi mumkinligi bilan ahamiyatli hisoblanadi.

Ushbu natijalar siydik yo'llari infeksiyalarini erta aniqlash va ularni davolash bo'yicha muntazam skrining va profilaktika choralarini kuchaytirish zarurligini ko'rsatadi.

Xulosa: Siydik yo'llari infeksiyalari homiladorl patologik holatdir. Tadqiqotlar natijasiga ko'ra homiladorlik davrida gigienaga rioya qilish, tekshiruvlardan tez-tez o'tib turish peshob va qon tahlillarini topshirish tavsiya etildi. Vaqtida aniqlanmagan asimptomatik bakteriuriya jiddiy asoratlarga olib keladi. Erta diagnostika va to'g'ri davolash usullari ona va homilaning sog'lig'ini saqlab qolishda muhim rol o'ynaydi.

Adabiyotlar:

1. Delzell JE Jr, Lefevre ML. Urinary tract infections during pregnancy. Am Fam Physician. 2000;61(3):713–721.
2. Schnarr J, Smaill F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy. Eur J Clin Invest. 2008;38 Suppl 2:50–57.
3. Gilstrap LC, Ramin SM. Urinary tract infections during pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2001;28(3):581–591.
4. US Preventive Services Task Force. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults: recommendation statement. Ann Intern Med. 2008;149(1):43–47.
5. Архипов Е. В., Сигитова О. Н. Инфекции мочевых путей у беременных: современные рекомендации по диагностике и лечению // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9. – №. 6. – С. 109–114. f
6. Базаев В. В. и др. Обструктивная уропатия беременных, обусловленная мочекаменной болезнью. Современные подходы к лечению // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018. – Т. 18. – №. 1. – С. 37–43.

TABLE OF CONTENT		Page
M.A. Fayzullayeva, D.I. Tugizova	REHABILITATION OF WOMEN AFTER UNILATERAL SALPINGECTOMY (LITERATURE REVIEW)	2
D.Q. Inadullayeva, L.M. Abdullayeva	PROGNOSIS OF OBSTETRIC AND PERINATAL COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA	10
D.N.Khodjaeva, D.D.Saidzhalilova, D.A. Ayupova	CHANGES IN DOPPLER PARAMETERS IN PREGNANT WOMEN WITH SEVERE PREECLAMPSIA	15
S.I.Kurbanova, G.S. Babadjanova	FEATURES OF MENSTRUAL FUNCTION AND THE NATURE OF ITS DISORDERS IN WOMEN WITH UTERINE FIBROIDS	20
U.Lutfillayeva, M.O. Abdiyeva, G.N. Bekbauliyeva	MODERN ASPECTS OF DIAGNOSIS OF CERVICAL BACKGROUND DISEASES	25
G.A. Matyokubova, M.O. Abdieva	PREVENTION OF OSTEOPOROSIS IN PREMENOPAUSAL WOMEN: A REVIEW	29
G.D. Matrizaeva, M.Z. Kurbanyazova U.B. Shonazarova	IMPROVING OVARIAN STIMULATION IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME AND THIN ENDOMETRIUM	33
K.M. Matrizaeva, M.A. Yusupova	PREVENTION OF OBSTETRIC COMPLICATIONS OF ASYMPTOMATIC BACTERIURIA IN PREGNANT WOMEN	37
D.B. Mirzaeva	RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF HYPERTENSIVE DISORDERS IN PREGNANT WOMEN	40
Z.A. Mo'minova, R.K. Sultonov, Sh.O'. Tojiyeva	CLINICAL CASE ANALYSIS IN WOMEN WITH A UTERINE SCAR DURING HIGH-RISK PREGNANCY	45
Yaqubova M.D. Muminova Z.A.	IMMUNOLOGICAL CHANGES DURING PREGNANCY: THE ROLE OF CYTOKINES IL-10 AND TNFA	48
N.D. Muratova, N.A. Miralimova	COMPLETE RUPTURE OF THE UTERUS AFTER MYOMECTOMY (CLINICAL CASE)	53
D.K. Najmutdinova, K.E. Tadjitdinova	INFLUENCE OF MATERNAL RISK FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF PREECLAMPSIA	56
K.P. Nasriddinova, O.A. Yakubova	PREVENTION OF REPRODUCTIVE LOSS IN WOMEN WITH TORCH INFECTION AND CHANGES IN THE LEVEL OF VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF)	60
Z.S. Nasimova	UTERINE SCAR DEFICIENCY AS A CAUSE OF INFERTILITY: CURRENT DIAGNOSTIC AND TREATMENT STRATEGIES	64
D.Y. Nabieva	THE EFFECT OF THE INTESTINAL MICROBIOTA ON PREMATURE OVARIAN INSUFFICIENCY	68

Z.S. Nasimova	MORPHOLOGICAL MARKERS OF FETOPLACENTAL COMPLEX DYSFUNCTION IN IRON DEFICIENCY ANEMIA AMONG WOMEN WITH HEAVY MENSTRUATION	71
Z.A. Nasirova	MINIMIZATION OF RISK FACTORS FOR PLACENTAL ABRUPTION: DATA FROM A RETROSPECTIVE STUDY	76
Z.Q.Nazirbayeva, S.A. Matyaqubova	OBSTETRIC AND PERINATAL COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH URINARY TRACT INFECTION	81
Z.Yu. Nazarova	IMMUNE MARKERS IN THE DEVELOPMENT OF RECURRENT ENDOMETRITIS	85
G.M. Nigmatova	NUTRITIONAL OBESITY IN ADOLESCENT GIRLS PROMISING STEPS IN THERAPY	91
G.M. Nigmatova, N.M. Umarova, N.X. Abdiqulova	MORPHOLOGICAL PICTURE OF OSTEOPOROSIS IN PERIMENOPAUSE WOMEN	94
N.S. Razzakova	FEATURES OF CLINICAL AND BIOCHEMICAL INDICATORS IN PREGNANT WOMEN WITH COVID-19	98
Sh.Sh. Saparbayeva, K.A. Sattarova	SPECIFIC FEATURES OF ORGAN PRESERVING OPERATIONS FOR UTERINE FIBROIDS	104
D.D.Saidjalilova Y.M. Kuzieva	STUDY OF THE REDOX BALANCE OF BLOOD PLASMA AND ABDOMINAL FLUID IN WOMEN WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS	111
I.R. Saporbaeva, G.S. Babadjanova	OPTIMIZATION OF PREGNANCY COMPLICATIONS PREVENTION IN WOMEN WITH SEVERE PREECLAMASIA AND PYELONEPHRITIS IN ANAMNESIS	114
M.E. Sharipova, D.D. Saidzhalolova.	UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA AND PREGNANCY COMPLICATIONS	118
N.M. Nigmatova G.N. Bekbaulieva	CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE ENDOMETRIUM IN MISCARRIAGE	126
Z.A. Muminova, R.K. Sultonov, B.SH. Yo‘ldosheva	FEATURES OF PREGNANCY COMPLICATED BY URINARY TRACT INFECTIONS	