O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN
AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI

Young Ob&Gyn

II YOSHLAR ILMIY-AMALIY ANJUMAN

II МОЛОДЕЖНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

28 APREL 2023

TEZISLAR TO'PLAMI

AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYANING DOLZARB MASALALARI

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi
Министерство Здравоохранения республики Узбекистан

«Respublika ixtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi» DM
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии»

«Akusherlik va ginekologiyaning dolzarb masalalari»
II Yoshlar ilmiy-amaliy anjumani

II Молодежная научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»

TEZISLAR TO'PLAMI

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

28-aprel, Toshkent
28-апрель, Ташкент

Tezislar to‘plamini nashr etish O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi bilan kelishilgan.

Chop etiladigan tezislarning mazmuni va ma'lumotlarning haqiqiyligiga konferensiya tashkiliy qo‘mitasi javobgar emas.

Публикация сборника тезисов согласована с Министерством здравоохранения республики Узбекистан.

Оргкомитет конференции не несет ответственности за содержание и достоверность публикуемых тезисов.

Mundarija/Оглавление

Bektemirova B.B. BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA DIFFERENSIALLASHMAGAN DISPLAZIYASI OG'IRLIK DARAJALARINING TUG'RUQ VA ERTA CHILLA DAVRI KECHISHIGA TA'SIRI 9

Beshimova R.S. SEMIZLIK VA UNING GINEKOLOGIK KASALLIKLARINING SHAKILLANISHIDAGI O`RNI. 10

Egamova M.B. AUTOIMMUN TIREOIDIT KASALLIGI BO'LGAN AYOLLARDA GORMONAL KONTRASEPSIYA VOSITALARI TANLOVINI OPTIMALLASHTIRISH 11

Gaybullaeva Z.F. HOMILADORLIKNI MEDIKAMENTOZ YO'L BILAN TO'XTATISHDA GEMOSTAZ HOLATINI TEKSHIRISH 12

Jabborova M.A. XOMILA ICHI INFEKSIYASIDA FETOPLASENTAR TIZIMDAGI MORFOLOGIK O'ZGARISHLARNI O'RGANISH VA KORREKSIYA QILISH 13

Isroilova R.S. HOMILADOR AYOLLARDA BACHADON BO'YNI KASALLIKLARI DIAGNOSTIKASINI OPTIMALLASHTIRISH 14

Abdukomilova M.I. HOMILADORLIKDA COVID-19 INFEKSIYASI BILAN KASALLANISHNING YO'LDOSH VA CHAQALOQ HOLATIGA TA'SIRI 15

Kazaxbayeva X.Z. HOMILADOR AYOLLARDA I TRIMESTRIDA O'Z-O'ZIDAN HOMILA TUSHISHI TAHDID QILISHDA PROGESTERONNING TURLI SHAKLLARINI QO'LLASH NATIJASIDA HOMILANING HAYOT SIFATINI BAHOLASH 16

Кенжаева Д.А., Донабоева З.Ж. МУДДАТИДАН ОЛДИНГИ ТУҒРУҚЛАРДА COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИНИ ЎРНИ 17

Muxtorova S.A. QOG'ONOQ PARDALARINING TUG'RUQDAN OLDIN YORILISHIDA TUG'RUQ INDUKSIYASI SAMARASINI BAHOLASH 19

Matrizayeva Q.M. HOMILADORLARDAGI SIMPTOMSIZ BAKTERIURIYANI OLIB BORISHNI TAKOMILLASHTIRISH 20

Nasirova D.Y. POTENSIAL SENSIBILIZATSIYALOVCHI FAKTORI MAVJUDLIGIDA REZUS IMMUNIZATSIYA PROFILAKTIKASI 21

Nabiyeva R.M. KECHKI O'GIR PREKLAMPSIYA BILAN ASORATLANGAN HOMILADORLIKLARNING TUG'RUQ NATIJALARI PROGNOZI 22

Nurimbetova D.S. XORIOAMNIONIT VA QOG'ONOQ PARDA YORILISHI BILAN BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA XAVF OMILLARI VA KLINIK VA BIOKIMYOVIY KO'RSATKICHLAR 23

Oblayorova M.I, Olimova M.J. TUG'RUQ MUASSASALARIDA ROBSON TASNIFI YORDAMIDA KESAR KESISH CHASTOTASINI BAHOLASH (FARG'ONA VILOYAT PERINATAL MARKAZI MISOLIDA). 24

Qarshiyeva Sh.M. METABOLIK SINDROM BILAN KASALLANGAN AYOLLARDA KLIMAKTERIK BUZULISHLARNING RIVOJLANISH XAVF OMILLARI 25

Раджабова Р.Ш. МУДДАТДАН ОЛДИН ҲОМИЛА ОЛДИ СУВИНИНГ КЕТИШИНИ ТАШХИСЛАШДА БАКТЕРИОЛОГИК ЭКМА ЭКИШ ТЕКШИРУВИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ. 27

Rasulova P.R. HOMILADORLIK DAVRIDA TANA VAZNINIG OSHISHI VA UNING ASORATLARI.....28

Sadullayeva D.A. XORAZM VILOYATIDA ONALAR O'LIMINING MINTAQAVIY XUSUSIYATLARI VA XAVF OMILLARINI O'RGANISH.....29

Salayeva N.M. QIZLARDA VULVOVAGINIT UCHRASH CHASTOTASINI ONASINING PERINATAL DAVRDAGI INFITSIRLANISHGA BOG`LIQLIGINI ANIQLASH.....30

Sayitxonova M.Z. UCHINCHI TRIMESTRDA HOMILADOR AYOLLARDA KORONAVIRUS INFEKSIYASIDAN KEYINGI ASORATLAR XAVFI.....31

Sabirova I.S. PLASENTANING ANOMAL JOYLASHUVI BO`LGAN AYOLLARNING AKUSHERLIK VA PERENATAL ASORATLARI 32

Эшонқулова С.А. ГЕСТАЦИОН ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ТУҒРУҚ ИНДУКЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ 33

Jumayeva G.Sh QIN ORQALI TUG'RUQDAN SO'NG CHANOQ TUBI HOLATIGA EPIZIOTOMIYANI TA'SIRI 34

Soliyeva X.A. SEMIZLIK BOR AYOLLARDA PREGRAVIDAR CHORA - TADBIRLARNI TAKOMILLSHTIRISH. 35

Turopova S.Q. KESAR KESISH OPERATSIYASIDAN KEYINGI YIRINGLI SEPTIK ASORATLAR KUZATILGAN AYOLLAR KLINIK XARAKTERISTIKASI.....36

Tillayeva M.A. YUVENIL DAVRDA BACHADONDAN ANOMAL QON KETISHINI TASHXISLASH VA OLIB BORISH TAKTIKASI.....37

Умиркулов Б.С. ЎТКИР РЕСПИРАТОР ВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР БИЛАН ОҒРИГАН ҲОМИЛАДОРЛАРНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ САМАРАДОРЛИГИ 38

Usmonova Y.Z., Fayzullayeva S.Sh. QOG'ANOQ PARDANING TUG'RUQDAN OLDIN ERTA YORILISHI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA KUZATILADIGAN ASORATLAR 40

Usmonova M. KESARCHA KESISH AMALIYOTIDAN KEYIN UCHRAYDIGAN ASORATLARNI BAHOLASH 40

Xatamova O'.R. TUG'RUQDA VAKUUM EKSTRAKSIYASINI QO'LLASHNING AHAMIYATI 41

Xudoyqulova Z.S. O'SMIR QIZLAR MENSTRUAL VA REPRODUKTIV FUNKSIYALARI XUSUSIYATLARI TAXLILI 42

Ярматова Ш.З. РЕПРОДУКТИВ ЙЎҚОТИШЛАР КУЗАТИЛГАН АЁЛЛАРДА ЭКУ МУОЛАЖАСИ САМАРАДОРЛИГИГА ТАЪСИР КЎРСАТУВЧИ ОНА ТОМОНИ ОМИЛЛАРИ 43

Shaymurodova M.U. HOMILADORLIKNING OXIRGI DAVRIDA COVID-19 BILAN KASALLANGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK, TUG'ISH VA YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARNING HOLATI……...……44

Ширинбоева Р.Ф. ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР ВА ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ЭРТА ҚОН КЕТИШЛАРНИ КАМАЙТИРИШНИНГ ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ 45

Абдуллаева Н.Э. МАКРОСОМИЯ ПЛОДА: ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ 47

Акбаева А.Т., Искендерова А.К. ДОСРОЧНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ.....48

Аъзамова Д.А. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ.....49

Азимова Ш.Т. ПОЗДНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ И ИХ АНАЛИЗ 50

Актамова Н. ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА.....52

Ахмаджонова М.Н. ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ. 53

Бабаджанова М.Ш. ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ РОДИЛЬНИЦ И МЕДРАБОТНИКОВ В ВЫБОРЕ МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ 53

Болотбек кызы Бермет ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДОЛОГИИ ВОЗ «ЧТО КРОЕТСЯ ЗА ЦИФРАМИ» В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....55

Бурханов Х.О. ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ВНУТРИУТРОБНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА……..56

Джумаева С.Т. Турсунова М.Р. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 57

Зубайдиллоева З.Х., Уктамова Ю.У. ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА: БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ 58

Илесова Н.Н. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ У ДЕВОЧЕК 59

Йулдошева П.Ж. СПОСОБ ОСТАНОВКИ АТОНИЧЕСКОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ БАЛЛОННОЙ ТАМПОНАДЫ 61

Кадырова З.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЯХ ВЛАГАЛИЩА.....62

Кадирова З.С. АДЕНОМА ГИПОФИЗА ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА В ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА КАК ФАКТОР МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ.....64

Курбаниязова Ф.З. МЕТОДЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕВОЧЕК.....65

Кутлимуратова Б.А. ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ.....67

Курбоналиева Р.Б. АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ.....68

Мавлянова Ш.А. ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ. ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕНЫХ ЖЕНЩИН.....69

Мамаражабов Э.Т. ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ИСХОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ.....70

Матякубова С.А. СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕ РОДОВЫХ МЕТРОЭНДОМЕТРИТОВ.....71

Мусозода Д.М. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТОК.....72

Мухаммаджонова М.М. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВАГИНАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА, ЦЕРВИКАЛЬНОГО ПЕССАРИЯ И КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО РИСКА.....73

Насретдинова Д.Р. ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ТРОМБОЦИТОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.....75

Насридинова Х.С. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....76

Намозова З.С., Шарипова Ф. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН).....77

_Toc128952873

Рахманова М.И. ПОИСК РЕЗЕРВОВ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У ЖЕНЩИН С ОПЕРИРОВАННОЙ МАТКОЙ.....78

Расулова Г.Р. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЖИН С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.....80

Топволдиева М.Р. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....81

Тешаева Ш.К. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА У БЕРЕМЕННЫХ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ.....82

Рахмонова Ш.Х ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРИОЗА НА РАЗВИТИЕ БЕСПЛОДИЕ 83

Рустамова Ш.М. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 84

Салимбоева Н.З. ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ФАКТОРА РОСТА ПЛАЦЕНТЫ В КРОВИ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА (СОРП) У ЖЕНЩИН 86

Сеттарова Д.М. РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНДРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА.....87

Стрюкова О.В. РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ФИМБРИАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ В СРОКЕ 15-16 НЕДЕЛЬ 89

Тиллабаева Д.М. РОЛЬ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ГЕНЕЗЕ ДИСМЕНОРЕИ 90

Турсунова Н. БЕРЕМЕННОСТЬ И ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ 91

Умурзакова Д.Ф. РОЛЬ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖДА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К БЕРЕМЕННОСТИ 92

Файзуллаева С.Ш., Усмонова Ю.З. ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОЦЕНОЗА МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ 93

Хамраева М.Э. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО АРТИФИЦИАЛЬНОГО АБОРТА. 95

Худойдодова Н.Ф., Олимова Ё.К. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАННИХ НЕОНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В СТАЦИОНАРЕ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ 96

Шопулотова З.А, Шопулотов Ш.А. ПРОЯВЛЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ 97

Шопулотов Ш.А., Шопулотова З.А. СИМПТОМЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И ПРЕМЕНОПАУЗА 99

Шукурова М.Р. Эшонова К.Г. ПОЗДНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ А НУЖНЫ ЛИ КОРТИКОСТЕРОИДЫ?.....100

Эркинова Н.Г. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ. 102

Эркинбаева Д.Э. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ ПАТОЛОГИЙ ГИСТЕРОСКОПОМ.....102

Эркинбек кызы Нуржан. РОЛЬ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ НА ДОРОДОВОМ УХОДЕ. 103

Abdujapparova N.E. PREVENTION OF COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITHE COVID-19 FOR A NEONATAL OUTCOMES.....104

Abdurashidova X.B. THE USE OF MEDICAL OZONE IN COMBINATION WITH ANTIVIRAL DRUGS FOR THE TREATMENT OF WOMEN WITH HERPES INFECTION ON THE BACKGROUND OF FPI. 106

Abdullaeva Sh.U. OPTIMIZATION OF THE MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH ARTERIAL HYPOTENSION ACCOMPANIED BY FETOPLACENTAL INSUFFICIENCY 106

Batirova M.A. HYPOTHALAMIC SYNDROME AS CAUSE OF RECCURENT ANOMAL UTERINE BLEEDING IN ADOLECSENT GIRLS 108

Faizulloeva N.Sh. SUBCLINICAL AUTOIMMUNE REACTIONS IN RECURRENS MISCARRIAGE.....109

Jumayeva M.M. CORRELATION BETWEEN BIOCHEMICAL MONITORING AND MEASUREMENT WAVE VELOCITY OF BLOOD FLOW IN THE UMBLICAL CORD OF THE HUMAN FETUS. 109

Khikmatillaeva N.A. PROGNOSTIC CRITERIA FOR THE OUTCOME OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN WOMEN WITH LOW OVARIAN RESERVE.....110

Marozikova M.I. PARAMETERS OF HORMONAL AND LIPID STATUS IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA. 111

Mamirova M.U. THE EFFECTIVENESS OF VARIOUS TYPES OF CONTRACEPTIVES FOR UTERINE FIBROIDS 111

Olimova O.S., Nazarbayeva Z.K. BIRTH AND EARLY POSTPARTUM OUTCOMES IN WOMEN WITH URINARY SYSTEM INFECTION DURING PREGNANCY 112

Rakhimova Z.I. INFLUENCE OF FRACTIONS OF PEPTIDES OF AVERAGE MOLECULAR WEIGHT ONTHE BLOOD COAGULATION SYSTEM WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY. 113

Rajabova O.I ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEFORE SURGERY VS AFTER CORD CLAMPING IN ELECTIVE CESAREAN DELIVERY: A DOUBLE-BLIND, PROSPECTIVE, RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL 114

Rukhiddinova N.N. COLPOSCOPY AS A DIAGNOSTIC METHOD FOR THE EARLY DETECTION OF CERVICAL DISEASES. 114

Sattaralieva X.B. STUDYING THE FEATURES OF THE FORMATION OF THE REPRODUCTIVE HEALTH OF ADOLESCENT GIRLS AND WAYS TO PREVENT DISORDERS LIVING IN THE GOITER - ENDEMIC REGION OF THE ANDIJAN REGION. 115

Urinova D.B. STUDYING THE ROLE OF HYPERHOMOCYSTEINEMIA IN THE DEVELOPMENT OF PRE-ECLAMPSIA. 115

BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA DIFFERENSIALLASHMAGAN DISPLAZIYASI OG'IRLIK DARAJALARINING TUG'RUQ VA ERTA CHILLA DAVRI KECHISHIGA TA'SIRI

Bektemirova B.B.
Ilmiy rahbar: *Saidjalilova D.D. t.f.d., professor*
9-tug'ruq kompleksi, Toshkent, O'zbekiston

Dolzarbligi: ko'plab mualliflarning fikriga ko'ra biriktiruvchi to'qima differensiallashmagan displaziyasi reproduktiv yoshdagi ayollarning 40-80%ida uchraydi va u homiladorlik, tug'ruq va chilla davri kechishiga, perinatal natijalarga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Shu bilan birga bu patologiya reproduktiv faoliyatga ta'sir ko'rsatuvchi yurak qon-tomir, tayanch-harakat, siydik ajratish, gemostaz tizimlarida ham bir qator buzilishlarga sabab bo'ladi. Shu sababli biriktiruvchi to'qima differensiallashmagan displaziyasini akusherlikdagi ahamiyatini o'rganish homiladorlikning asoratlarsiz kechishiga va perinatal natijalarni yaxshilashga, profilaktik chora-tadbirlarni ishlab chiqishga imkon beradi.

Tadqiqot maqsadi: biriktiruvchi to'qima differensiallashmagan displaziyasi og'irlik darajalariga bog'liq holda ayollarda tug'ruq va erta chilla davri kechishing klinik xususiyatlarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari: 2019-2022-yillarda Toshkent shahar 9-tug'ruq kompleksida tug'rug'i qabul qilingan 95 ta ayol tadqiqotga qamrab olindi. Ular bo'g'imlar gipermobilligi, teri cho'ziluvchanligining ortishi, skolioz, son-chanoq bo'g'imlarining tug'ma displaziyasi yoki chiqishi, spontan pnevmotoroks, nefroptoz, buyrak va/yoki siydik chiqarish yo'llarining ikkilanishi, qon ketishiga moyillik, miopiya, oyoq venalarining varikoz kengayishi kabi biriktiruvchi to'qima differensiallashmagan displaziyasining tashqi va ichki fenotipik belgilaridan 5 ta va undan ko'pi mavjudligiga ko'ra tanlab olindi. Ayollar Smolnova T.Y. mezonlariga ko'ra 3 ta guruhga bo'lindi: 1-guruh – yengil belgilar mavjud 38 ta ayol (40%), 2-guruh – o'rta og'irlikdagi 43 ta (45.3%) ayol, 3-guruh – displaziyaning o'gir kechishi mavjud 14 ta ayol (14.7%). Ma'lumotlarni statistik tahlil qilish uchun Microsoft Excel 2016 va Statistica 6.0 dan foydalanildi.

Natijalar va muhokama: ayollarning o'rtacha yoshi 1-guruhda 24,8±1,1, 2-guruhda 24,9±1,1, 3-guruhda 24,6±1,1 ni tashkil qildi ($p>0,05$). 1-guruhda 78%, 2-guruhda 73%, 3-guruhda 72,8% ayol ishlaydi ($p>0,05$). Deyarli barcha ayollar ijtimoiy-iqtisodiy jihatdan yaxshi sharoitda yashaydi: 1-guruhda 93,4%, 2-guruhda 95%, 3-guruhda 92,4%($p>0,05$). 95 ta homilador ayoldan 91 tasida (95,8%) tug'ruq sodir bo'lgan, 15 tasida muddatidan oldingi tug'ruq (15,7%). 3-guruhdagi ayollar asoratlarga ko'proq moyil bo'lgan: o'z-o'zidan homila tushishi 14,3% homiladorda ($p<0,05$), muddatidan oldingi tug'ruq 35,7% ayolda ($p<0,01$) kuzatilgan. 1- va 2-guruh uchun bu ko'rsatkich mos ravishda 2,63%-2,3% va 13,2%-11,6% ni tashkil qilgan. Biriktiruvchi to'qima differensiallashmagan displaziyasi og'ir darajasi mavjud homiladorlarda muddatidagi tug'ruq boshqa guruhlardagi ayollarga nisbatan asoratlarning ko'proq uchrashi bilan kechgan. Xususan, qog'anoq pardasining tug'ruqdan oldin yorilishi 1-guruhda 6 ta homiladorda (15.8%), 2-guruhda 7 ta homiladorda (16,3%), 3-guruhda esa 6 ta homiladorda (42,9%) kuzatildi ($p<0,05$). Tug'ruq faoliyatining sustligi 1-guruhdagilarning 13,2%ida (5ta), 2-guruhda 9,3% (4ta) ayolda, 3-guruhda esa 50% (7ta) ayolda uchradi ($p=0,001$). Diskoordinatsiyalashgan tug'ruq faoliyati yengil darajali biriktiruvchi to'qima differensiallashmagan displaziyasi mavjud ayollarning 5 tasida (13,2%), o'rta darajalilarning 5 tasida (11,6%), og'ir darajali displaziya mavjud homiladorlarning 6 tasida (42,9%) kuzatildi ($p<0,01$). 1-guruhdagi ayollarning 10,5%ida (4ta), 2-guruhdagilarning 11,6%ida (5ta), 3-guruhning esa 35,7%ida (5ta) homilaning o'tkir gipoksiyasi kuzatildi. Differensiallashmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi yengil darajasi mavjud homiladorlarning 21%ida, o'rta darajalilarning 14%ida, og'ir darajadagilarning 14,3%ida tug'ruq operativ yakunlangan. Chilla davri va biriktiruvchi to'qima differensiallashmagan displaziyasi darajalari o'rtasidagi bog'liqlik o'rganilganda, biriktiruvchi to'qima differensiallashmagan displaziyasi og'ir darajasi mavjud bemorlarda endometrit yengil

darajadagilarga nisbatan kamroq uchraganligi aniqlandi (mos ravishda 21,4% va 42,1%, p<0,05). Erta chilla davridagi kamqonlik og'ir darajasi esa 3-guruhda 1-guruhdagidan ko'proq uchradi (35,7% va 13,2%, p<0,05).

Xulosa: Demak, biriktiruvchi to'qima differensiallashmagan displaziyasi mavjud homiladorlarda tug'ruq va erta chilla davrining kechishi uning darajalariga bog'liq. Biriktiruvchi to'qima differensiallashmagan displaziyasi og'ir darajasi bo'lgan ayollarda homila o'z-o'zidan tushishi, muddatidan oldingi tug'ruqlar ko'proq uchraydi. Shuningdek, bu kontingentdagi ayollar tug'ruq davrida tug'ruq faoliyati sustligi, diskoordinatsiyalashgan tug'ruq faoliyati, qog'anoq pardasining tug'ruqdan oldin yorilishi, homila o'tkir gipoksiyasi va erta chilla davrida esa kamqonlik og'ir darajasiga moyil hisoblanadilar.

SEMIZLIK VA UNING GINEKOLOGIK KASALLIKLARINING SHAKILLANISHIDAGI O`RNI.

Beshimova R.S.

Ilmiy rahbar: *Xodjayeva D.N., k.m.n.*

9-tug'ruq kompleksi, Toshkent, O'zbekiston.

Mavzuning dolzarbligi: Bugungi kunda dunyo aholisining qariyb 30% da semizlik kuzatilib, 1,7 mlrd insonni tashkil etadi,Jaxon Sog'liqni Saqlash tashkiloti(JSST) tomonidan yuqumli bo'lmagan epidemiya deb ta'riflagan. JSST ning prognozlariga ko'ra, 2025-yilga qadar xozirgi o'sish sura'tini saqlab turganda, dunyoda 300 mlndan ortiq odam shu tashxis bilan yashaydi.(James W.P.2014). Endogen va ekzogen omillar, shu jumladan noto'gri ovqatlanish, texnologik jixatdan o'zgartirilgan maxsulotlardan foydalanish, noqulay ekologik sharoitlar, surunkali va somatik kasalliklarning chastotasi kombinatsiyasi semirib ketgan odamlarning soni tobora oshib borishiga olib keldi. Semirib ketish, ayniqsa, ayollarda reproduktiv kasalliklarning rivojlanishida muhim rol o'ynaydi, bu anovulyatsiya, hayz ko'rish buzilishi, BAKK, bepushtlik, yordamchi reproduktiv terapiyani o'tkazishda qiyinchiliklar, abort qilish xavfi va homiladorlikning turli asoratlari va homiladorlik va tug'ilishning salbiy natijalari.

Tadqiqot maqsadi: Reproduktiv yoshdagi ayollarda ginekologik kasalliklarni rivojlanishida semizlikni o'rnini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari: 2015-2021-yillar davomida ginekologiya bo'limiga(n=80) qabul qilingan ayollar tarixiga asoslangan ginekologik va reproduktiv tarixni retrospektiv tahlil qilish. 1- va 2-darajada semizlik kuzatilgan 60 nafar ayol tekshirildi. Asosiy guruh 30 nafar ayoldan iborat bo'lib, ular uglevod-yog almashinuvini yaxshilaydigan dori vositalari bilan kombinatsiyalangan terapiyani olishdi. Taqqoslash guruhi vazn yo'qotish uchun jismoniy faollik va parhez terapiyasidan foydalangan 30 nafar ayoldan iborat bo'ldi. Nazorat guruhiga 20 nafar semirib ketgan ayollar kirdi.

Tadqiqot natijalari: Tanlab olingan semizlik kuzatilgan reproduktiv yoshdagi ayollarda bepushtlik-15% shundan 10%-birlamchi bepushtlik, 5%-ikkilamchi bapushtlik, 8,75%-TPS, 11,25%-anamnezida homiladorlikning erta muddatlarida homilaning o'z-o'zidan tushishi va o'smasligi, 6,25%- AMK, 18,75%-arterial gipertenziya, 10%-anovulyator xayz sikli kuzatildi. 1-guruh I va II darajali semizlik kuzatilgan ayollarga uglevod-yog'almashinuvini yaxshilaydigan "metformin" dori vositasi berildi, 2-guruhga jismoniy faollik va parhez terapiyasidan foydalanildi. 1-guruh ayollarga "metformin" dori vositasi va jismoniy faollik, parhez birgalikda qo'llanganda 8%-ayollarda ovulyator hayz sikli tiklangan, 5%-ayolda tuxumdon kistalarini konservativ davolashga erishilgan, 8%-birlamchi va 3%-ikkilamchi bepushtlik kuzatilgan ayolda tabiiy homiladorlik, 2%-ayolda EKO dan keying ijobiy natija olingan.

Xulosalar: Semizlik kuzatilgan reproduktiv yoshdagi ayollarda normal tana vaznidagi ayollarga nisbatan ginekologik kasalliklar uchrash chastotasi yuqori. Ayollarga jismoniy faollik va parhez terapiyasiga uglevod-yog' almashinuvini yaxshilaydigan dori vositalarini qo'shib qabul qilish ijobiy natijalarga olib keladi.

AUTOIMMUN TIREOIDIT KASALLIGI BO'LGAN AYOLLARDA GORMONAL KONTRASEPSIYA VOSITALARI TANLOVINI OPTIMALLASHTIRISH

Egamova M. B.
Ilmiy rahbar: *Raxmanova N.X., PhD, dotsent*
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali, Urganch, O'zbekiston

Dolzarbligi. Ayollarda eng ko'p uchraydigan autoimmun kasalliklardan biri bu ko'pincha ginekologik va akusherlik patologiyasiga sabab bo'luvchi autoimmun tireoditdir. AIT (autoimmun tireoidit) kasalligi reproduktiv yoshdagi ayollar orasida 5-26 % ni tashkil qiladi. Shu paytgacha o'tkazilgan tadqiqotlarda, AIT kasalligi bo'lgan ayollarda gormonal kontrasepsiya vositalarini qo'llash davomida reproduktiv tizimdagi o'zgarishlar haqida aniq ma'lumotlar keltirilmagan.

Tadqiqot maqsadi. Reproduktiv yoshdagi autoimmun tireoidit bilan kasallangan ayollar orasida gormonal kontrasepsiya vositalarini qo'llashning samaradorligi va xavfsizligini oshirish.

Tadqiqot materiallari va usullari: tadqiqot uchun 50 ta ayol tanlab olindi va 4 guruhga bo'lib o'rganildi. 1-guruh KOK (kombinirlangan oral kontraseptivlar) qabul qiluvchi AIT kasalligi bo'lgan 25 ta ayol. 2-guruh KOK qabul qiluvchi sog'lom nazorat guruhidagi 5 ta ayol. 3-guruh SPT (sof progesteronli tabletkalar) qabul qiluvchi AIT kasalligi bo'lgan 25 ta ayol. 4-guruh SPT qabul qiluvchi sog'lom nazorat guruhidagi 5 ta ayol. Tadqiqot usullari klinik, anamnestik, instrumental, laborator.

Natijalar. AIT kasalligi o'rta (26-35) repraduktiv yoshdagi ayollarda ko'p uchrashi aniqlandi.Tekshirish maqsadida olingan AIT bilan kasallangan reproduktiv sistema funksiyasi buzilgan ayollar orasida birlamchi bepushtlik 20% (n=10), ikkilamchi bepushtlik 38% (n=19), yelbo'g'oz bo'lmagan va nobud bo'lgan homila pufagi, erta tug'ruq 24% (n=12), hayz sikli buzilishlari 18% (n=9) ni tashkil qildi. 1-guruh ayollarda qalqonsimon bez hajmi 6 oy davomida 42% holatda me'yoriy hajmga o'tishi, TTG (tireotrop gormon) darajasida yuqori ko'rsatkich 4,53 (mME/l) dan 3,9 (mME/l) gacha pasayishi kuzatildi; 2-guruh sog'lom nazorat guruhidagi ayollarda qalqonsimon bez hajmida 6 oy davomida sezilarli o'zgarish kuzatilmadi, TTG darajasi me'yor chegarasida 2,3(mME/l) dan 2,1(mME/l) gacha pasayishi; 3-guruh ayollarda qalqonsimon bez hajmi 6 oy davomida 42% holatda me'yoriy hajmga o'tishi, TTG darajasi me'yor chegarasida 3,95 (mME/l) aniqlandi; 4-guruh sog'lom nazorat guruhidagi ayollarda qalqonsimon bez hajmi 6 oy davomida davomida sezilarli o'zgarish kuzatilmadi, TTG darajasi me'yor chegarasida 2,5 (mME/l). At-TPO darajasi 1-guruhda 110,5(mME/l) dan 31,3(mME/l) ga o'zgardi. 2-guruhda 8,6(mME/l) dan 8,4(mME/l)ga, 3-guruhda 197,3 dan 34,7 ga, 4-guruhda 9,5 dan 9,3 ga o'zgarishi aniqlandi.barcha guruhlarda erkin T4 darajasida sezilarli farqlar aniqlanmadi. Gonadotropinlar darajasida ijobiy dinamika qayd etildi. AIT kasalligi bo'lgan ayollarda GK larni qo'llash natijasida LG darajasida pasayish tendentsiyasi kuzatildi, 1- guruhda sezilarli - 9,4 IE/I dan 9,1 IE/I gacha, 2-garuhda 9,3 IE/I dan 9,2 IE/I ga, 3-guruhda 8,9 IE/I dan 8,7 IE/I ga, 4-guruhda 3,8 IE/I dan 3,6 IE/I ga pasayishi kuztildi. Prolaktin darajasi 1 guruhda 575 ng/ml dan 570 ng/ml gacha, 2-guruhda 486 ng/ml dan 484 ng/ml gacha, 3-guruhda 571,4-570 gacha, 4-guruhda 456,5 ng/ml 455 ng/ml gacha. Tanlab olingan guruhlarda estradiol va progesteronning qiymatlari sezilarli darajada yuqori edi. Estradiol darajasi 1- guruhda 0,41 nmol/l dan 0,56 nmol/l gacha, 2-guruhda 0,64 nmol/l dan 0.7 nmol/l ga, 3-guruhda 0,25 nmol/l dan 0,33 nmol/l ga, 0,75 nmol/l dan 0,79 nmol/l ga oshdi. Progesteron darajasi 1-guruhda 0,7 ng/ml dan 1,0 ng/ml gacha, 2-guruhda 0,9 ng/ml dan 1,0 ng/ml ga, 3-guruhda 1,05 ng/ml dan 1,1 ng/ml ga, 4-guruhda 1,4 ng/ml dan 1,7 ng/ml ga oshdi. Testosteron darajasi barcha guruhlarda sezilarli darajada kamaydi. 1-guruhda 2,8 nmol/l dan 2,5 nmol/l ni, 2-guruhda 3,38 nmol/l dan 3,2 nmol/l gacha, 3-guruhda 3,6 nmol/l dan 3,4 nmol/l gacha, 4-guruhda 2,3 nmol/l dan 2,2 nmol/l gacha pasaydi.

Xulosa. AIT kasalligi bo'lgan ayollarda gormonal kontrasepsiya vositalarini qo'llash davomida qalqonsimon bez hajmini va TTG darajasini pasayishi aniqlandi. Erkin T4 ko'rsatkichida hamda ganodotrop va steroid gormonlar darajasida esa sezilarli o'zgarishlar kuzatilmadi. AIT kasalligi

bo'lgan ayollarda tadqiqot natijasida kombinirlangan oral kontrasepsiya vositalarini sof progesteronli tabletkalarga qaraganda samarali ekanligi aniqlandi.

HOMILADORLIKNI MEDIKAMENTOZ YO'L BILAN TO'XTATISHDA GEMOSTAZ HOLATINI TEKSHIRISH

Gaybullaeva Z.F.
Ilmiy rahbar: *Nasirova Z.A., PhD*
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Dolzarbligi: Butun dunyoda har bir to'rtinchi ayol umri mobaynida homiladorlikni to'xtatish muolajasiga bir yoki bir necha marta murojaat qiladi. Dunyo bo'yicha abortlarning yillik soni taxminan 56 millionni tashkil etadi, ulardan 25 millioni xavfsiz emas, buning natijasida 22 000 ayol vafot etadi va u onalar o'limining barcha holatlarini qariyb 8% ini tashkil etadi.
Abortdan keyingi asoratlar rivojlanishining ehtimolligi o'tkazilgan muolajalar soni ortishi bilan avj olib bormoqda. I.S. Savelevaning ma'lumotlariga ko'ra, anamnezida ikkitagacha homiladorlikni to'xtatishning mavjudligi 3-4 % holatlarda asoratlarga olib keladi; anamnezida uch-to'rtta abort 20% holatlarda asoratlanadi; oltitadan ko'p abortni o'tkazgan ayollar esa 100% holatda asoratlar paydo bo'lish xavfiga duchor bo'lishadi.
Tadqiqot maqsadi: Homiladorlikni medikamentoz yo'l bilan to'xtatishda gemostaz holatini o'rganish.
Tadqiqot materiallari va usullari: Tadqiqot SamDTU DKTF akusherlik va ginekologiya kafedrasida (kafedra mudiri – t.f.n., dotsent L.R.Agababyan) o'tkazilgan. Tadqiqot 2020 yildan 2022 yilga qadar olib borildi. Tadqiqot ob'ektini Samarqand shahrida iste'qomat qiluvchi 22 yoshdan 40 yoshgacha bo'lgan 105 nafar ayol tashkil etib, ularga 2-son tug'ruqxonasida amenoreyaning 63 kunigacha bo'lgan muddatda bachadondagi istalmagan homiladorlikning tibbiy to'xtatilishi amalga oshirilgan. Abortdan keyingi kontratsepsiya maqsadida tarkibida 30 mkg etinilestradiol va 2 mg xlormadinon atsetat (XMA) ("Belara") bo'lgan past dozali kombinirlangan oral kontratseptiv tayinlangan.
Tadqiqot usullari: umumklinik tekshiruv; ginekologik tekshiruv; rekalsifikatsiyaning faollashgan vaqti (RFV soniyalarda); faollashgan qisman tromboplastin vaqti (FQTV soniyalarda); trombin vaqti (TV soniyalarda); xalqaro me'yorlashtirilgan nisbat (XMN); fibrinogen (g/l da); trombotsitlar soni aniqlandi.
Natijalar va muhokama: Medikamentoz abort o'tkazilgandan keyin gemostaz tizimida bir qancha o'zgarishlar yuzaga keldi. Bunda faollashgan qisman tromboplastin vaqti (FQTV soniyalarda) 6,5% ga, trombin vaqti (TV) 5,0%, fibrinogen konsentratsiyasining oshishi 6,1% kuzatildi. Rekalsifikatsiyaning faollashgan vaqti (RFV soniyalarda) kamaydi. D- dimer miqdori medikamentoz abort fonida o'zgarmadi va 0,1±0,02 mkg/ml atrofida saqlanib qoldi. Trombotsitlar miqdori nazorat guruhiga nisbatan 6%ga kamaydi. Bu ko'rsatkichlar 1 -jadvalda batafsil yoritilgan.

1 -jadval.

Tekshirilgan ayollarda gemostaz ko'rsatkichlari.

Ko'rsatkichlar	Asosiy guruh	Qiyosiy guruh	Nazorat guruhi
FQTV, soniya	31,8±2,7	27,9±2,1	28,1±1,8
TV	17,2±1,2	15,8±1,4	15,6±1,2
Fibrinogen	3,5±0,8	3,2±1,1	3,2±1,4
RFV, soniya	101,1±4,8	104,2±4,6	105,6±5,5
D- dimer, mkg/ml	0,1±0,02	0,1±0,02	0,1±0,02
MNO	1,0±0,1	1,1±0,1	1,1±0,2
Trombotsitlar, 10^9/l	258,6±18,4	270,5±19,2	271,4±21,2

Shunday qilib, medikamentoz abortdan keyin, mifepriston va mizoprostol fonida gemostaz tizimida o‘zgarishlar vujudga keladi. Medikamentoz abort o‘tkazilgandan aralash oral kontratsepsiya va antiagregantlar bilan reabilitatsiya davomida gemostaz tizimi o‘rganildi. Bunda faollashgan qisman tromboplastin vaqti (FQTV soniyalarda), trombin vaqti (TV), fibrinogen konsentratsiyasi kuzatildi. Rekalsifikatsiyaning faollashgan vaqti (RFV soniyalarda) 6 oy dan keyin referens ko‘rsatkichlarga yaqinlashdi. D- dimer miqdori medikamentoz abortdan keyin reabilitatsiya fonida o‘zgarmadi va 0,1±0,02 mkg/ml atrofida saqlanib qoldi. Trombotsitlar miqdori nazorat guruhiga nisbatan deyarli farq qilmadi. Bu ko‘rsatkichlar 2 -jadvalda batafsil yoritilgan.

2 -jadval.

AOK qabuli vaqtida gemostaz ko‘rsatkichlari.

Ko‘rsatkichlar	Homiladorlikni to‘xtatishgacha (n=70)	AOK qabul qilganda (n=56)		
		1 oydan keyin	3 oydan keyin	6 oydan keyin
FQTV, soniya	28,1±1,8	27,9±2,1	28,2±1,1	26,9±2,2
TV	15,6±1,2	15,8±1,4	16,2±1,6	15,9±0,9
Fibrinogen	3,2±1,4	3,2±1,1	3,2±1,0	3,3±0,8
RFV, soniya	105,6±5,5	104,2±4,6	105,2±4,2	105,3±3,6
D- dimer, mkg/ml	0,1±0,02	0,1±0,02	0,1±0,02	0,1±0,02
MNO	1,1±0,2	1,1±0,1	1,1±0,2	1,1±0,1
Trombotsitlar, 10^9/l	271,4±21,2	270,5±19,2	271,5±18,2	272,5±17,8

Shunday qilib, medikamentoz abortdan keyin, mifepriston va mizoprostol fonida gemostaz tizimida o‘zgarishlar vujudga kelishi, bunda yana kontratsepsiya tavsiya qilganda gemostaz tizimidagi o‘zgarishlarni oldini olish uchun atsetil salitsil kislotasi kompleks buyurilganda, gemostaz tizimida deyarli farq uchramadi.

Xulosalar: Mifepriston va mizoprostol yordamida homiladorlikni to‘xtatish yuqori samarali usul hisoblanadi, ammo bu gemostatik muvozanatning buzilishiga olib keladi va gemostazning qon tomir-trombotsitlar va koagulyasion bog‘lanishida o‘zgarishlarga olib keladi. Medikamentoz abortdan keyin AOK vositasi atsetilsalitsil kislotasi (75 mg) bilan birgalikda qo‘lash gemostaz tizimidagi o‘zgarishlarni oldini olishga yordam beradi hamda buning natijasida AOK vositasining ham maqbulligini oshiradi.

XOMILA ICHI INFEKSIYASIDA FETOPLASENTAR TIZIMDAGI MORFOLOGIK O‘ZGARISHLARNI O‘RGANISH VA KORREKSIYA QILISH

Jabborova M.A.

Ilmiy rahbar: *Shokirova S.M., dotsent*

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti, Andijon, O‘zbekiston

Kirish: Xomila ichi infeksiyasi antenatal xavf bo’lib zamonaviy profilaktik chora-tadbirlar, diagnostik chuqur morfologik o’zgarishlar, xomila ichi infeksiyasi natijasida yuzaga keladigan salbiy perinatal asoratlar uchrash chastotasini kamaytirishga xizmat qiladi. Xomiladorlik paytida TORCH-infeksiyasi yuqtirish xomilaning barcha tizimlari,ayniqsa, uning markaziy asab tizimiga ta’sir ko’rsatadi. Xomila biofizik profili, asoratlangan yo’ldosh morfologik tekshiruvi olinadigan natijaga olinadigan medikamentoz davo korreksiyasiga imkon yaratadi.

Xomila ichi infeksiyasida xomila-yo’ldosh-bachadon qon tizimida chuqur morfologik o’zgarishlarga olib keladi. O’z navbatida patologik organik o’zgarishlar xomilani rivojlanishdan ortda qolishiga, yo’ldosh infarktiga, xomila gipoksiyasi va xomilaning nobud bo’lishiga olib keladi.

Tadqiqot maqsadi: Ilmiy izlanishdan maqsad homiladorayollarda fetoplasentar etishmovchiligini oldini olish va davolashga qaratilgan chora-tadbirlar kompleksini ishlab chiqish.
Tekshirish materiallari va usullari: Biz 2020-2022 yillarda Andijon shahar 2-tug'ruq kompleksida davolangan fetoplasentar etishmovchilik tashxisi qo'yilgan 18-30 optimal reproduktiv yoshdagi 40 nafar xomilador ayollar (30 asosiy guruh, 10 ta nazorat guruhi) tekshirish natijalari tahlil qilingan.
Tadqiqot natijalari: Bir yil davomida dinamikada vaqt va yosh jihatdan xomila ichi infeksiyasida fetoplatsentar etishmovchilik I, II, III darajalari bilan xastalangan xomilador ayollarda umumiy klinik tahlillar: 18 yoshdan 20 yoshgacha xomilador ayollarda surunkali kamqonlik xastaligi fonida 29,2% fetoplatsentar etishmovchilik I, II darajasi rivojlangan. 21 yoshdan 25 yoshgacha 38,4%, 26 yoshdan 30 yoshgacha 32,4% rivojlangan. Xomila ichi infeksiyasi xususan, tahlilda aniqlangan virus etiologiyali 27,2%, bakterial etiologiyali 17,5%, aralash tipdagi 26,3% fetoplatsentar etishmovchilik bilan xastalangan bemorlar yo'ldoshdan namuna olinganda chuqur morfologik o'zgarishlar: yo'ldoshning bachadonga qaragan yuzasida: distrofik ohaklanish o'choqlari, sinstitotrofoblastlarni, o'choqli fibrinoid o'zgarishi, qon quyilishlar, xorion varsinalarni yalong'ochlanishi, pervaskulyar shish, tarqoq fibrinoid o'zgarishlar, destruksiyasilashgan yirik destsedual hujayralar aniqlandi. Yo'ldoshning xomila qismi tomonidan olingan namunada: xorion varsinalarni, distrofik ohaklanish, qon quyilishlar, fibrinoidni cho'kishi, pervaskulyar shish, ayrim venoz tomirlarni destruksiyasi, yorilishi qon quyilishlar, trombozi, stromasida kollegenizatsiya, oz miqdorda limfoid infiltratsiya natija olindi. Xomilador ayollarda petoplatsentar etishmovchilik kasalligining yangi tug'ilgan chaqaloqlarga asoratlanishi 27% og'ir xastaliklar bilan tug'ilishi, 6% ante- va prenatal chaqaloqlar o'limiga olib keldi.
Xulosa. Maqolada xomilador ayol va xomilani tug'ruqqacha va tug'ruqdan keyin biofizik profil bo'yicha olib borish tartibi ona va bola chuqur asoratlar va o'limini oldini olish choralarini ishlab chiqishga qaratilgan tahlillar olib borildi. Olingan natijalar asosida patogenetik davolash medikamentoz usullarini korreksiya qilish, kutilayotgan natijalarni ijobiy tarafga o'zgartirish imkoniyati ishlab chiqiladi. Tadqiqot natijalari mintaqada xomilador ayollar va tug'ish yoshidagi ayollarda TORCH infeksiyalari bilan kasallanishning oldini olish va darajasini pasaytirish bo'yicha ilmiy asoslangan takliflarni ishlab chiqish va joriy etish imkoniyatini berdi.

HOMILADOR AYOLLARDA BACHADON BO'YNI KASALLIKLARI DIAGNOSTIKASINI OPTIMALLASHTIRISH

Isroilova R.S.
Ilmiy rahbar: *Choriyeva G.Z., t.f.n.*
Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston.

Dolzarbligi. Homilador ayollarda bachadon bo'yni patologiyalarining ko'p uchrashi bachadon bo'yni kasalliklari diagnostikasini optimallashtirishni talab etadi. Bu esa ushbu xastaliklarni tashxislashning maqbul va ishonchli usullarini tanlash zarurati bilan bog'liq.
Maqsad. Bachadon bo'yni kasalliklarini muqobil diagnostika qilish uchun tashxislash usullarini optimallashtirish.
Materiallar va usullar. Kuzatuv davomida 40 nafar bemor prospektiv tekshiruvdan o'tkazildi. Asosiy guruhni bachadon bo'yni patologiyasi aniqlangan va hozirgi homiladorlikdan oldin davom etib kelayotgan va homiladorlik aniqlanganda tashxis qo'yilgan 25 nafar bemor tashkil etadi. Nazorat guruhi sifatida bachadon bo'yni patologiyasi bo'lmagan 15 nafar ayol tekshirildi.
Birinchi homiladorlik bo'lganlari birinchi guruhda 12 (48,0%) bemor va ikkinchi guruhda 3 (20,0%), qayta homiladorlar esa mos ravishda 13 (52,0%) va 12 (80,0%) ayollar edi. Barcha bemorlarda umumiy klinik tekshiruv usullar bilan bir qatorda har oy oddiy va kengaytirilgan bachadon bo'yni kolposkopiyasi, bachadon bo'yni va qin ajralmalarini bakterioskopik va

bakteriologik tekshirish, bachadon bo‘ynini sitologik tekshirish, PSR usuli kabi tadqiqotlar o‘tkazildi.

Natijalar. Qin va bachadon bo‘yni ajralmalari tekshirilganda ikkala guruhda ham deyarli bir xilda nospesifik vaginit, genital kandidoz, bakterial vaginozga xos bo'lgan mikrob florasining patologik turlari qayd etildi. Asosiy guruh homilador ayollarning 15 ta (60%) va nazorat guruhining 12 tasi (80%) da bachadon bo‘yni sitologik tekshiruvida CIN-1 ga, CIN-2 ga esa mos ravishda 10 tasi (40%) va (20%) ga to‘g‘ri keldi. Asosiy guruhda 14 ta (56%) bemorda ektopiya, 4 ta (16%) eroziya va 8 ta (32%) bemorda poliplar aniqlangan. Asosiy guruh ayollarida homiladorlikdan oldin bachadon bo‘yni patologiyasini aniqlash chastotasi: ektopiya – 16 ta (64%), eroziya - 3 (12%), poliplar - 7 (28%) da aniqlangan. Asosiy guruhning homilador ayollarida o‘tkazilgan morfologik tadqiqotda barcha holatlarda bachadon bo‘yni to‘qimalarida yallig‘lanish jarayonining belgilari tasdiqlangan. Servitsitning kolposkopik rasmi asosiy guruhdagi 7 ta (28%) homilador ayollarda va nazorat guruhidagi 3ta (20%) homilador ayollarda topilgan. Bachadon bo‘yni patologiyasi bo‘lgan bemorlarda tug‘ish asoratlarining yuqori darajasi qayd etilgan: muddatidan oldin tug‘ruq 5 ta(20%), amniotik suyuqlikning muddatdan oldin ketishi 8 ta(32%), tug‘ruq faoliyatidagi anomaliyalar 4 ta (16%), I-II daraja bachadon bo‘yni yorilishi chastotasi 4 ta(16%) , nazorat guruhida 1 ta(6,6%) kuzatilganligi juda muhim.

Xulosa. 1. Homilador ayollarda bachadon bo‘ynining eng tipik kasalliklari ektopiya, eroziya va poliplardir. 2. Homilador ayollarda bachadon bo‘yni patologiyasining mavjudligi ko‘pchilik hollarda reproduktiv tizimning pastki qismlarining yallig‘lanish kasalliklari (bakterial va virusli infektsiya) bilan kechadi. 3. Homilador ayolni kuzatish jarayonida kolposkopiya, sitologik tekshiruv, PSR diagnostikasi va ultratovush tekshiruvidan foydalanishni o‘z ichiga olgan holda, bachadon bo‘yni holatini har tomonlama dinamik monitoring qilish kerak.

HOMILADORLIKDA COVID-19 INFEKSIYASI BILAN KASALLANISHNING YO’LDOSH VA CHAQALOQ HOLATIGA TA’SIRI

Abdukomilova M. I.

Ilmiy rahbar: *Najmutdinova D.K.*

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O’zbekiston.

Mavzuning dolzarbligi. Bugungi kunga kelib COVID-19 bilan kasallanish holatlari ancha kamayganligiga qaramasdan ushbu kasallikning asoratlari yetarlicha ko'rinmoqda. Homilador ayollarning COVID-19 bilan kasallanishi oqibatida giperkoagulyatsiya, homila-yo'ldosh-bachadon qon aylanishining buzilishi, yangi tug'ilgan chaqaloqlar asfiksiyasi, kam foizlarda bo'lsada o'lim holatlari ham ro'yhatga olingan. Undan tashqari COVID-19 infeksiyasi bilan zararlanish ayollarda yurak kasalliklari (miokardit, yurak yetishmovchiligi)ga sabab bo'lgan, bu esa o’z navbatida homiladorlikni erta to’xtatishga sabab bo’ladi, buning natijasida ham yangi tug’ilgan chaqaloqlarda bir qancha asoratlar yuzaga keladi.

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

Tadqiqod materiallari va usullari. Tekshiruv uchun 60 ta homilador ayollar olindi, bu ayollarning 22 tasi homiladorlikning 2- va 3- trimestrida COVID-19 infeksiyasi bilan kasallangan, Polimeraza zanjirlar reaksiyasi (PZR) nalizda musbat natija olingan (asosiy guruhi), 38 ta ayol homiladorlik asoratsiz o’tgan (yoki COVID-19 infeksiyasini o’tqazmagan?) ayollar (nazorat guruhi). Ayollar 20 yoshdan 36 yoshgacha bo’lgan oraliqda bo’lishgan. Homiladorlarda umumiy akusherlik ko’rigi, labarator tekshiruvlardan umumiy qon, siydik tahlili, koagulogramma, qin bakteriologik tekshiruvi, ultratovush tekshiruvi; yangi tug’ilgan chaqaloq holatini Apgar shkalasi bo’yicha baholash; yo’ldoshni morfologik va gistologik tekshiruvlari o’tkazildi.

Tadqiqod natijalari. Kuzatuvda asosiy guruhdagi ayollarning 8 tasi (36%) 2- trimestrda COVID-19 infeksiyasi bilan kasallangan va 6 tasida (27%) kasallik o’rta og’ir darajada, tana

haroratining 38,5-39°C gacha ko'tarilishi bilan o'tkazgan, statsionarda davolangan. Ayollarning 14 tasi (63%) 3- trimestrda kasallangan, 8 tasida (36%) kasallik tana haroratining 38,5-39°C gacha ko'tarilishi, umumiy holsizlik, yo'tal kabi asoratlar bilan kechgan, statsionarda davolangan. Qolgan 8 ta (36%) ayollarda tekshiruvda tasodifiy musbat natija olingan, shikoyatlar bo'lmagan. COVID-19 bilan og'rigan ayollarning hammasi ultratovush tekshiruvidan o'tkazilgan. 16 tasida (73%) homila-yo'ldosh-bachadon qon aylanishining buzilishi II A va B darajalari kuzatilgan, 11 tasida (50%) homila disstressi (nomuqobil holati) aniqlanganligi sababli homiladorlikni muddatidan oldin shoshilinch kesarcha kesish amaliyoti yo'li bilan tugatish amalga oshirilgan, qolgan 5 ta (23%) ayollarda homiladorlikni tug'ruqni induksiyalash yo'li bilan to'xtatish amalga oshirilgan. 38 ta nazorat guruhidagi ayollarning 100% da homiladorlik fiziologik tug'ruq yo'li bilan muddatga yetib tug'ilgan. Asosiy guruhidagi ayollar yo'ldoshining morfologik tekshiruvida: 13 ta (59%) yo'ldoshda vazn normadan yuqoriligi, 14 tasida (64%) yo'ldoshda shish, 18 tasida (82%) kaltsifikatlar aniqlangan. Nazorat guruhdagi ayollarda yo'ldosh vazni va o'lchamarida o'zgarishlar anilanmadi. Gistologik tekshiruv hulosalariga ko'ra asosiy guruhdagi ayollarning 20 tasida (91%) surunkali villit va intervilluzit aniqlangan. COVID-19 infeksiyasini o'rta og'ir darajada o'tkazgan 14 ta (64%) bemorning hammasida, yengil darajada o'tkazgan ayollarning 4 tasida (18%) detsidual arteriopatiya, ateroz, fibrinoid nekroz aniqlangan. Shartli sog'lom ayollarning yo'ldoshlarida 23 tasida (60%) kaltsifikatlar va fibrin to'qima ko'payganligi aniqlangan. Vorsinkalararo tromblar uchrashi COVID-19 bilan og'rigan ayollarning barchasida uchragan bo'lib, ushbu tromblarning 80% yo'ldoshning homila qismiga tegishli. COVID-19 bilan og'rigan ayollardan tug'ilgan chaqaloqlarning 16 tasi (73%) muddatiga yetmasdan tug'ilgan, Apgar shkalasi bo'yicha baholash natijalari quyidagicha: chaqaloqlarning 11 tasida (50%) 1 - minutda o'rtacha - 5 ball, 5 tasida (23%) - 6,4 ball; 5 daqiqadan so'ng esa – 10 tasida (45%) o'rtacha - 6.4 ball, 6 tasida (27%) - 7 ballni tashkil qilgan. Muddatga yetib tug'ilgan 6 ta (27%) chaqaloqlarda 1-minutta o'rtacha 6,6 ball, 5 minutdan keyingi - o'rtacha 7,8 ballni tashkil etgan. Nazorat guruhi ayollarda chaqaloqlar 1-minutta - o'rtacha 6,8 ball, 5-minutta esa - o'rtacha 7,6 ball bilan baholangan.

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

HOMILADOR AYOLLARDA I TRIMESTRIDA O'Z-O'ZIDAN HOMILA TUSHISHI TAHDID QILISHDA PROGESTERONNING TURLI SHAKLLARINI QO'LLASH NATIJASIDA HOMILANING HAYOT SIFATINI BAHOLASH

Kazaxbayeva X.Z.

Ilmiy rahbar: *Sodiqova D.R., t.f.n.*

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston.

Mavzuning dolzarbligi: Mikronlashtirilgan progesteronning klinik samaradorligi va qulay tomonlari ko'p yillik klinik amaliyotlar natijasi sifatida qayd etilgan. Progesteron miometriyga tokolitik ta'sir ko'rsatadi, kalsiyning silliq mushak hujayralari sitoplazmasiga harakatini tartibga soladi, miometriyda oksitotsin retseptorlari hosil bo'lishini cheklaydi va uning bachadonga ta'sirini bloklaydi, prostaglandinlarning hosil bo'lishi va faolligini pasaytiradi.

Tadqiqod maqsadi: Homilador ayollarda o'z-o'zidan homila tushish xavfida progesteronning tuli shakllarini foydalanishda natijaligi va homila hayot sifatini baholash.

Tadqiqod materiallari va usullari: Prospektiv ilmiy izlanishlar orqali Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi tug'ruq kompleksiga 2022 yil sentabr va noyabr oylarida murojaat qilgan 34 ta homildor ayollarda I trimestrida o'z-o'zidan homila tushishi tahdid qilgan

7-12 haftalik, bir homilali 18-25 yosh ayollar qamrab olingan. Tekshiruv usullari umumiy klinik-laborator, instrumental va statistik usullardan iborat.

Natijalar va muhokama: Homildor ayollarda I trimestrida o'z-o'zidan homila tushishi tahdid qilgan 7-12 haftalik bir homilali ayollarni 2 guruhga ajratib o'rganildiki, shulardan birinchi guruhda qorinni pastgi bo'limida simillovchi og'riqlarga, qonli ajralmalarsiz 20 (59%), ikkinchi guruhda qorinni pastgi bo'limida simillovchi og'riqlarga, qonli ajralmalar bilan 14 (41%) shikoyat qilgan bemorlar tashkil etishdi. Homilador ayollarda anamnezida homiladorlik birinchi 7-12 haftalik homilador ayollar 12 (35,3%), ikkinchi homiladorlik oldingi homiladorlikda abortlar o'tqazmagan 8 (23,5%), uchinchi homiladorlik oldingi homiladorligida bir yoki ikkita abortlar o'tqazgan 14 (41,2%). Birinchi guruhda qorinni pastgi bo'limida simillovchi og'riqlarga, qonli ajralmalarsiz ayollarda 20 (59%) mikronlashtirilgan progesteron 200 mg dan 3 mahal vaginal qo'llanilishi, ikkinchi guruhda qorinni pastgi bo'limida simillovchi og'riqlarga, qonli ajralmalar bilan 10 (29,4%) 1 marta per os 40 mg didrogesteron keyin har 8 soatda 10 mg dan didrogesteron (o'tkir simptomlar yo'qolgunga qadar) qabul qilishgan, qorinni pastgi bo'limida simillovchi og'riqlarga, qonli ajralmalar bilan 4 (11,6%) mikronlashtirilgan progesteron 200 mg dan 3 mahal vaginal qo'llanilishi. Tadqiqot natijasi shuni ko'rsatdiki 1-guruhdagi ayollarda 2-guruh ayollariga nisbatan o'z-o'zidan homila tushish xavfli belgilari sezilarli darajada pasaygan.

Xulosa: O'z-o'zidan homila tushish tahdid qiluvchi homilador ayollarda mikronlashtirilgan progesteronni qonli ajralmalarsiz klinik belgilari bo'lgan homilador ayollarda vaginal qo'llanilganda homilani saqlab qolishga erishildi. Agarda klinik belgilarda qonli ajralmalar bartaraf etish uchun mikronlashtirilgan progesteronni vaginal qo'llanilishida homilaning hayot sifati 3 (75%) saqlanib qolindi.

МУДДАТИДАН ОЛДИНГИ ТУҒРУҚЛАРДА COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИНИ ЎРНИ

Кенжаева Д.А., Донабоева З.Ж.

Илмий рахбар: *Элтазарова Г.Ш., т.ф.н.*

Самарқанд Давлат Тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Долзарблиги. Турли мамлакатларда ҳозирги вақтда миллиардлаб одамларни COVID-19 билан касалланиши давом этмоқда. COVID-19 ни бошдан кечирган ҳомиладор аёлларда муддатидан олдинги туғруқ (39%), ҳомилани ривожланишдан орқада қолиш синдроми (10%) ва ҳомилани ўз-ўзидан тушиб қолиши, респиратор дистресс синдром, фетал дистресс синдром 4% дан ва коагулопатия каби асоратлар 2% учраган. Турли экстрагенитал касалликлари мавжуд ҳомиладорлар юқори хавф гуруҳига киради. Айниқса COVID-19 инфекцияси билан ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи уч ойлик муддатларида касалланиш она ва ҳомила учун ҳам турли асоратларини ривожланишига сабаб бўлади. Бу экстрагенитал касалликлар - юрак-қон томир, нафас тизими касалликлари зотилжам, бронхиал астма ва диабет, артериал гипертония, сурункали яллиғланиш касалликларидир. Организмнинг кўплаб тизимларида патологик ўзгаришлар юзага келади. Ушбу касалликлар билан бир қаторда ҳомиладорлик даврида, ҳомиладор ва ҳомила учун акушерлик ва перинатал асоратларни кўпайишига сабаб бўлади. Акушерлик тактикасини қўллашда қуйдагилар инобатга олинади. Беморнинг аҳволи, ҳомиланинг ҳолати ва ҳомиладорлик муддати. Коронавирус COVID-19 вируси фонида, ҳомиладорликни хусусиятларини ва оқибатларини ўрганиш устувор масалалардан бири.

Тадқиқотнинг мақсади, коронавирус COVID-19 инфекцияси фонида муддатидан олдинги туғруқларни ва перинатал оқибатларни ўрганиш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Самарқанд вилоят перинатал марказида коронавирус COVID-19 билан касаланиб даволанган 20 нафар ҳомиладорларда муддатидан олдинги туғруқлар ўрганилди, 1-асосий гуруҳ (1-АГ). 2-таққослаш гуруҳи (2-ТГ) COVID-19 вируси бошдан кечирган, туғруқгача даволанмаган ва муддатидан олдинги

туғруқ бўлиб ўтган 20 нафар аёллар селектив ажратиб олинди. Анамнезидан коронавирус COVID-19 билан касаланмаган 20 – нафар ҳомиладорлар 3-назорат гуруҳи (3-НГ) деб олинди.

Текшириш натижалари, 1-АГ да туғруқлар вақтида муддатида бўлиб ўтди-18 нафари (90%) ва 2 нафари муддатидан олдин туғилди (10%). АШБ буйича 7-8 балга 18 нафари (90%), 6-7 балга 1 нафари (5%), 5-6 балга 1 нафари (5%) туғилди. 15 нафарида қоғоноқ сувлари тоза (75%), уларнинг 3 нафарида қоғоноқ сувлари лойқа эканлиги кузатилди (15%). 3 нафарида қоғоноқ сувлари кўп ва лойқа бўлди (15%). 2 нафарида қоғоноқ сувлари кам ва барчасида сувлари лойқалиги аниқланди (10%). 2-ТГ да барча туғруқлар муддатидан олдин бўлиб ўтди. Ҳомиладорликни 24 -, 26-, 32-, 33-хафталик муддатида 1 нафардан ва 34-хафталик муддатида 4 нафарида (20%) антенатал туғуқлар ўтказилди. 2 нафарида (10%) ҳомиладорликни 32 хафталик муддатида туғруқ содир бўлган ва чақалоқларнинг 1 нафари (5%) АШБ 1-2 балга ва яна 1 нафари (5%) АШБ 3-4 балга туғилиб ҳаётининг биринчи кунлари нобуд бўлди. 1 нафарида (5%) ҳомиладорликни 33 хафтасида муддатидан олдинги туғруқ юз берган. Чақалоқ АШБ 3-4 балга баҳоланган ва ҳаётининг биринчи кунлари нобуд бўлган. 9 нафар (45%) ҳомиладорларда туғруқ гестациянинг 34 хафталик муддатида кузатилган. Шундан 2 нафар (22,2%) чақалоқлар АШБ 5-6 балга туғилган ва ҳаётининг биринчи ва иккинчи кунлари эрта неонатал ўлим юз берди. Уларда туғма зотилжам аломатлари кузатилди. Эрта неонатал ўлим кузатилган 5 нафар (25%) чақалоқларда ўткир респиратор дистресс синдром кузатилди. Қолган 7 нафар (77,8%) чақалоқлар АШБ 7-8 балга туғилди ва яшаб кетди. Ушбу 20 нафар чақалоқларда туғма ривожланиш аномалиялари аниқланмади. Қоғоноқ сувларининг кўплиги 7 нафарида (35%), камлиги 10 нафарида (50%) ва меёрида бўлиши 3 нафарида (15%) кузатилди. Барчасида қоғоноқ сувлари лойқалиги билан тарифланди. 3-НГ да барча аёлларда муддатидаги туғруқ бўлиб ўрди-20 нафар (100%). АШБ буйича 3 нафари (15%) 7-8 балга, 15 нафари (75%) 7-7 балга ва қолган 2 нафари (10%) 6-7 балга баҳоланди. 15 нафарида (75%) қоғоноқ сувлари тоза бўлди, уларнинг 3 нафарида (20%) қоғоноқ сувлари лойқалиги топилди. 4 нафарида кўп сувлик анқланди, шундан 2 нафарида (50%) қоғоноқ сувлари лойқа бўлди. 1 нафарида (5%) қоғоноқ сувлари кам ва лойқалиги учради. Шундай қилиб, 1-АГ да чақалоқларнинг ўрта оғир аҳволда туғилиши (10%) сабаби онанинг ҳомиладорликда COVID-19 билан касаланганлигига боғлиқ дейиш мумкин. Чақалоқларнинг оғир туғилиши асосан қоғоноқ сувларининг камлиги ва лойқалиги фонида учради. 2-ТГ да ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши 8 нафарида (40%) кузатилди. Қолган 12 нафарида (60%) муддатидан олдинги туғруқлар юз берди. Чақалоқларнинг 5 нафарида (25%) ўткир респиратор дистресс синдром кузатилди ва эрта неонатал ўлим юз берди. Шулардан 2 нафар (22,2%) чақалоқлар туғма зотилжам билан туғилиб нобуд бўлди. Фақат 7 нафар (77,8%) чақалоқлар АШБ 7-8 балга туғилди ва яшаб кетди. Шундай қилиб, муддатидан олдинги туғруқлар, чақалоқларнинг антенатал нобуд бўлиши, оғир туғилиши, перинатал касалланиши ва эрта неонатал ўлим юз бериши COVID-19 билан касаланган ҳамда ҳомиладорликда туғруқгача давлоланмаганларда кузатилди. 3-НГ да қоғоноқ сувлари лойқалиги жами 6 нафарида (30%) учради. Аммо чақалоқлар оғир туғилмади. COVID-19 билан касаланмаган ҳомиладорларда қоғоноқ сувларининг лойқалиги фонида чақалоқлар оғир туғилмади. Демак чақалоқларнинг оғир туғилиши COVID-19 билан касаланган ҳомиладорларда кузатилди.

Хулосалар. Туғруқни кечиши 1-АГда 2 нафарида (10%) муддатидан олдинги туғилиш кузатилди. Чақалоқларнинг ўрта оғир аҳволда туғилиши (10%) сабаби онанинг ҳомиладорликда COVID-19 билан касаланганлигига боғлиқ дейиш мумкин. Чақалоқларнинг оғир туғилиши асосан қоғоноқ сувларининг камлиги ва лойқалиги фонида учради. 2-ТГ даги барча аёлларда муддатидан олдинги туғруқлар кузатилди. Шундан ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши 8 нафарида (40%) юз берди. Қолган 12 нафарида (60%) муддатидан олдинги туғруқлар бўлиб ўтди. Муддатидан олдинги туғруқлар, чақалоқларнинг антенатал нобуд бўлиши, оғир туғилиши, перинатал

касалланиши ва эрта неонатал ўлим юз бериши COVID-19 билан касаланган ҳамда ҳомиладорликда туғруқгача давлоланмаганларда кузатилди. 3-НГ даги барча аёлларда муддатидаги туғруқлар бўлиб ўрди. Перинатал оқибатлар, 1-АГ да чақалоқларнинг ўрта оғир аҳволда туғилиши (10%) сабаби онанинг ҳомиладорликда COVID-19 билан касаланганлигига боғлиқ дейиш мумкин. Чақалоқларнинг оғир туғилиши асосан қоғоноқ сувларининг камлиги ва лойқалиги фонида учради. 2-ТГ да чақалоқларнинг 5 нафарида (25%) ўткир респиратор дистресс синдром кузатилди ва эрта неонатал ўлим юз берди. Шулардан 2 нафар (22,2%) чақалоқлар туғма зотилжам билан туғилиб нобуд бўлди. Фақат 7 нафар (77,8%) чақалоқлар АШБ 7-8 балга туғилди ва яшаб кетди. Барча муддатидан олдин туғилган чақалоқларда туғма ривожланиш аномалиялари топилмади. Муддатидан олдинги туғруқлар юз берган барча ҳомиладорларда, пренатал скринингда қоғоноқ сувларининг лойқалиги билан ифодаланди. 3-НГ да қоғоноқ сувлари лойқалиги жами 6 нафарида (30%) учради. Аммо чақалоқлар оғир туғилмаган. COVID-19 билан касаланмаган ҳомиладорларда қоғоноқ сувларининг лойқалиги фонида чақалоқлар оғир туғилмади. Демак чақалоқларнинг оғир туғилиши COVID-19 билан касаланган ҳомиладорларда кузатилди.

QOG‘ONOQ PARDALARINING TUG‘RUQDAN OLDIN YORILISHIDA TUG‘RUQ INDUKSIYASI SAMARASINI BAHOLASH

Muxtorova S.A.
Ilmiy rahbar: *Kamilova I.A., DSc*
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, Toshkent, O’zbekiston

Mavzuning dolzarbligi. Zamonaviy akusherlikda qog‘onoq pardalarining tug‘ruqdan oldin yorilishi ko‘rsatkichi butun jahonda 1-19,8% tashkil etmoqda. Toshkent tibbiyot akademiyasi ko‘p tarmoqli klinikasinig tug‘ruq kompleksida bu ko‘rsatkichda tug‘ruq induksiyasi zaruriyati 2% ga yaqinlashib qoldi. Qog‘onoq pardalarining tug‘ruqdan oldin yorilishida uchraydigan asoratlar homila suvlari va suvsiz oraliq muddatiga bog‘liq bo‘lib hattoki, homila antenatal o‘limi bilan asoratlanishi mumkin. Suvsiz oraliq 24-72 soat bo‘lsa, infeksion kasalliklar bilan bog‘liq perinatal homila o‘limi 3,57 % , 72 soatdan ortiq bo’lganda 5,6%ni tashkil etadi. Ushbu asoratlarning oldini olish uchun prostaglandin E2 preparatlari bachadon bo’yni yetiltirish va tabiiy tug‘ruqni qo‘zg‘atishda qo‘llanilib kelmoqda.

Tadqiqot maqsadi: tug‘ruq induksiyasi o‘tkazilgan qog‘onoq pardalarining tug‘ruqdan oldin yorilishi tashxisi qo‘yilgan ayollarda tug‘ruqni kechishi va asoratlarini o‘rganish.

Tadqiqot material va usullari. Prospektiv ilmiy izlanish orqali Toshkent tibbiyot akademiyasi ko‘p tarmoqli klinikasi tug‘ruq kompleksiga 2022 yil mart va aprel oylarida murojaat qilgan 58 ta xomiladorlik muddati 37-41 haftalik, bir homilali ayollar qamrab olingan. Asosiy (birinchi) guruh 34 ta homilador ayollarda qog‘onoq pardalarining tug‘ruqdan oldin yorilishi tashxisi qo‘yilgan va tug‘ruq Glandin E2 (Dinoproston, 3mg) 2 ta tur intraservikal tabletka bilan indutsirlangan, nazorat (ikkinchi) guruhi 24 ayol tabiiy fiziologik tug‘ruq sodir bo’lgan ayoldan iborat. Tekshiruv usullar umumiy klinik-laborator, maxsus akusherlik ko‘rigi, instrumental va statistik usullardan iborat. Bachadon bo‘yni Bishop shakalasi yordamida 6 ballgacha “yetilmagan”, 6-8 ball “yetarlicha yetilmagan”, 8 balldan katta bo‘lsa “yetilgan” baholandi.

Tadqiqot natijalari. Tug‘ruq induksiyasi uchun ko‘rsatmalar: qog‘onoq pardalarining tug‘ruqdan oldin yorilishi 34 (100%), bemorni tashkil etdi. Tekshiruvga qamrab olingan ayollar o‘rtacha yoshi - asosiy guruhda 28 yosh; nazorat guruhida 25 yosh. Asosiy guruhda 20 (58,8%) – birinchi tug‘uvchi, 14 (41,2%) qayta tug‘uvchi; nazorat guruhida 12 (50%) – birinchi tug‘uvchi, 12 (50%) – qayta tug‘uvchi ayollar tashkil etdi. Asosiy guruhda hamma bemorlar tug‘ruq induksiyasidan oldin Bishop shkalasi bo‘yicha bachadon bo‘yni “yetilmagan” sifatida baholangan: 28 (82,4%) bemor - “yetilgan” bachadon bo‘yni tarzda baholanib, 12 (35,3%) bemor- I tur; 22 (64,7%) bemor – II tur tug‘ruq induksiyasi samara berganligi tufayli tabiiy

fiziologik yo‘l bilan tug‘ruq tugatildi. Ushbu guruhda 6 (17,6%) bemorda Bishop shkalasi bo‘yicha bachadon bo‘yni “yetilmagan”ligi tufayli tug’ruq operativ yo‘l blan tugatildi. Tug‘ruq asoratlari: tug’ruqning faol fazasi cho’ziluvchanligi asosiy guruhda - 2 (5,9%); nazorat guruhida ham ushbu ko’rsatkich - 2 (8,%) bemorni ko‘rsatdi. Tug’ruq travmatizmi asosiy guruhda 12 (35,3%); nazorat guruhida - 3 (12,5%) tashkil etadi. Asosiy guruhda 4 (11,8%) holatda tug‘ruqning uchinchi davrda yo‘ldoshni qo‘l bilan ajratish amaliyoti bajarildi. Tug‘ruq vaqtida yo‘qotilgan qon miqdori asosiy guruhda 292 ml; nazorat guruhida 500 ml taashkil etdi. Tug‘ruq davomiyligi asosiy guruhda 6 soat; nazorat guruhida 15 soatni tashkil etdi. Suvsiz oraliq muddat asosiy guruhda 33 soatni tashkil etdi. O’tkazilgan antibiotik profilaktikaga qaramay 4 (11,8%) bemorda xorioamnionit rivojlandi. Apgar shkalasi bo‘yicha tug’ilgan chaqaloq holati asosiy guruhda o’rtacha 8 ball; nazorat guruhida 7 ball bilan baholandi.

Xulosa. Tug‘ruq induksiyasini o‘tkazish orqali qog‘onoq pardalarining tug‘ruqdan oldin yorilishida operativ tug‘ruqlar ko’rsatkichi 6 marta kamayganligi tug‘ruq induksiyasi samaradorligini ko‘rsatdi. Qog‘onoq pardalarining tug‘ruqdan oldin yorilishi tug‘ruq induksiyasi zaruriyati ilk tug‘uvchi va yoshi katta ayollarda yuqori (58,8% va o’rtacha 28 yosh) o’rinda turadi. Xoriamnionit rivojlanish xavfi suvsiz oraliq muddatiga bog’liq.

HOMILADORLARDAGI SIMPTOMSIZ BAKTERIURIYANI OLIB BORISHNI TAKOMILLASHTIRISH

Matrizayeva Q.M.

Ilmiy rahbar: *Yusupova M.A., t.f.d.*

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali, Urganch, O’zbekiston

Muammoning dolzarbligi: So‘nggi o‘n yil ichida siydik yo’llari infeksiyalari bilan kasallanishning ko‘payishi kuzatilmoqda, bu homilador ayollarda ekstragenital kasalliklar orasida yurak-qon tomir tizimi patologiyasidan keyingi ikkinchi o‘rinni egallaydi. Buyraklardagi infeksion o‘choqning mavjudligi, hatto simptomsiz kechganda ham homila ichi infeksiyasini rivojlantiradi, natijada, homila tushish xavfi, platsenta birikish anomaliyalari va platsentaning erta ajralishi, ko‘psuvlilik kabi asoratlar rivojlanishi mumkin. Homilador ayollarda simptomsiz bakteriuriya 2,5% - 11,5% hollarda uchraydi.

Tadqiqotning maqsadi: Simptomsiz bakteriuriyasi bor homilador ayollarni olib borish usullarini takomillashtirish yo‘li orqali akusherlik va perinatal asoratlarni kamaytirish.

Tadqiqot materiallari va usullari: 1-guruh- (n-30) simptomsiz bakteriuriyaga o’zi va eri davolangan homilador ayollar; 2-guruh-(n-30) simptomsiz bakteriuriya aniqlangan va davolangan ayollar, lekin erlari tekshirinmagan va davolanmaganlar; 3-nazorat guruhi (n-24) , simptomsiz bakteriuriyasi yo’q, amaliy sog‘lom homilador ayollar; tibbiy-ijtimoiy (yashash sharoitini o'rganish, rivojlanish xavf omillarini aniqlash); klinik (anamnez yig’ish, an'anaviy ginekologik tekshiruv); laborator-instrumental (UTT, siydikni bakteriologik ekish, bakterioskopik tekshirish, siydik va spermada aniqlangan bakteriyalarning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash); mikrobiologik (qin mikroflorasini aniqlash).

Natija: Viloyat sanitariya epidemiologiya osoyishtaligi va Jamoat salomatlik xizmati boshqarmasidan olgan ma’lumotlarimizga ko’ra, 2020-yilda ham 2021-yilda ham uchrash chastotasi bo‘yicha boshqa bakteriyalardan E.coli 37 (45.2%), 48(33.8%)nafar va St.epidermidis 20(24.4%), 24(17%) nafarni tashkil qilib boshqa turlarga qaraganda ko‘proq uchradi. Bu ko‘rsatgichlar bizning natijalarimiz bilan ham mos keldi: ikkala guruhda ham E.coli ko‘p aniqlandi 15 (50%), 16(53.3%)nafarni tashkil qildi. St.epidermidis 1-va 2- guruhlarda mos ravishda 6(20%), 5 (16.7%)nafarda kuzatildi. Son jihatdan ko‘p uchrasada asoratlari bo‘yicha bu bakteriya xavfi pastligi aniqlandi. Klebsiella pneumonia ikkala guruhda ham 6.7 %dan kuzatildi va shu ayollarda ko‘proq ilk taksikoz, preeklampsiya yuzaga keldi. St.aureus guruhlarda 16.7% , 3% ayolda aniqlanib, ayollar davolanishiga qaramasdan SYPni boshqa qo‘zg‘atuvchilarga nisbatan ko‘proq yuzaga keltirdi. Erkaklarda ayollardan farqli siydik va spermasida E.coli kam

miqdorda aniqlandi. Uchrash chastotasi bo‘yicha eng ko‘p St.aureus 6(20%), 4(13.3%) nafarda, Klebsiella pneumonia 3(10%), 5(16.7%)nafarda, Enterococcus spp.4(13.3%), 2(6.7%) nafarda kuzatildi. Siydikda uchragan qo‘zg‘atuvchi sperma suyuqligida ham patologik konsentratsiyada bo‘lib, aynan shu erkaklarning ayoli siydik KOE yuqori bo‘ldi. Faqat 2-guruhda 1homila tushishi, 2 o‘smay qolgan homila, og‘ir qusish 1 nafarda kuzatildi. 1-guruhga qaraganda 2-guruhda tug‘ruqni operativ olib borish ko‘rsatgichlari 10,2%ga, kontrol guruhga nisbatan esa 18,6 % ga yuqori bo‘ldi. Q.P.T.O.Y. 1-guruhga nisbatan 2-guruhda 24,1% ko‘p kuzatildi. Shundan bir ayolda xorioamnionit rivojlandi. Gestatsion pielonefrit ham shu guruhda kuzatilib, shu ayolda preeklampsiya og‘ir daraja va N.J.Y.B.K bilan asoratlandi.

Xulosa: Erkaklari davolanmagan ayollarda yuzaga kelgan asoratlar to‘liq simptomsiz bakteriuriyaning ta’sirida rivojlanmagan bo‘lishi mumkin, lekin u yuzaga keladigan asoratlarni kuchaytirgan bo‘lish ehtimoli yuqori. Yuzaga kelgan asoratlar ham og‘irlik darajasiga ko‘ra ikkinchi guruh ayollarida yuqori bo‘ldi. Ayniqsa ayol va tug‘ilajak farzand otasining tekshirinmaganligi va davolanmaganligi erkakdan infeksiya qayta-qayta ayolga yuqishi natijasida ayollarni faqatgina o‘zlarining davolanganlari yetarli emasligini isbotladi.

POTENSIAL SENSIBILIZATSIYALOVCHI FAKTORI MAVJUDLIGIDA REZUS IMMUNIZATSIYA PROFILAKTIKASI

Nasirova D.Y.

Ilmiy rahbar: *Saidjalilova D. D., t.f.d, professor*

9-Tug'ruq kompleksi Toshkent, O'zbekiston.

Dolzarbligi: Hozirgi vaqtgacha, dalillarga asoslangan tibbiyotda ko’p miqdorda tekshirishlar olib borilganiga va perinatal tibbiyotning sezilarli rivojlanishiga qaramasdan rezus nomutanosiblik bilan bog’liq homiladorlik fonida kechuvchi asoratlarni o’rganish va oldini olish dolzarb masala bo’lib qolmoqda. Immun nomutanosiblikdagi homiladorlik fonida homila va yangi tug'ilgan chaqaloqning gemolitik kasalligi muammosi ham to'liq hal qilinmagan.Rezus immunizatsiyali homiladorlarni olib borishning zamonaviy strategiyasi homilaning rezus omilini va qon guruhini ona qornidaligidayoq erta diagnostika qilish, invaziv diagnostik va davolash muolajalarini kam miqdorda ishlatgan holda, homila kamqonlik darajasini aniq baholash, sensibilizatsiyalanmagan homiladorlarda immunizatsiya rivojlanishini oldini olishni o’z ichiga oladi. Shuni alohida ta’kidlab o’tish kerakki, profilaktika chora-tadbirlarining ahamiyati nihoyatda muhim,negaki “…kelajak profilaktika tibbiyotiga tegishli. Bu fan davolash bilan qo’lma qo’l bo’lib insoniyatga shubhasiz foyda keltiradi…” (N.I.Pirogov).

Tadqiqot maqsadi: Antirezus antitanalar titri bo’lmagan rezus manfiy qonga ega jinsiy yo’llardan qonli ajralma kelishi kuzatilgan homiladorlarda rejadan tashqari qo'shimcha rezus immunizatsiya profilaktikasini samaradorligini baholash.

Tadqiqot materiali va usullari: Antirezus antitanalar titri bo’lmagan rezus manfiy qonga ega, homiladorlikni tushish xavfi bilan birga jinsiy yo’llardan qonli ajralma kelishi kuzatilgan 60 ta homiladorlar kuzatildi. Ulardan asosiy guruhni prenatal profilaktika rejadan tashqari qo'shimcha rezus immunizatsiya profilaktikasini olgan 31 nafar ayollar tashkil qildi.Taqqoslash guruhi homiladorlikni jinsiy yo’llardan qonli ajralma kelishi kuzatilgan 29 ayoldan iborat bo’lib, ular qo'shimcha rezus immunizatsiya profilaktikasini olmaganlar. Asosiy guruhdagi 31nafar homiladorlarga kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 48 soat ichida mushak orasiga inson immunoglobulini anti-Rho [D] 250 mkg (1250XB) yuborildi,shuningdek rejadagi homiladorlikni 28-32 haftalikda hamda tug’ruqdan keyin 72 soatdan so’ng o’tkazildi.Profilaktika o’tkazilgandan 10 kundan keyin, tug’ruqdan so’ng tekshirildi.Tug’ruqdan keyin kuzatish imkoniyati bo’lmagan ayollarni bu guruhdan chiqarildi.1:8 gacha bo’lgan Anti-Rho[D] antitanalar titri o’sishga moyil emas deb hisoblandi.

Tadqiqot natijalari: Asosiy guruhdagi homiladorlarga profilaktika o’tkazilgandan 10 kundan so’ng anti-Rh antitanalar titri aniqlandi va 11 (35,4%) nafar homilador ayolda 1:4 nisbatda, 7

(22,6%) nafarida - 1:2 nisbatda, 13 (41,9%) nafarida esa titr chiqmadi. Preparatning yarim yemirilish davri hisobga olinib,yuqorida qayd etilgan titrlar qoldiq sifatida qaraldi. Bu bemorda 1- va 3-oydan so'ng anti-Rh antitanalar titri tekshiruvlarida antitanalar qayd etilmagan.Taqqoslash guruhidagi homiladorlarni dinamik kuzatuv paytida homiladorlikning 28-haftaligida 2 (6,9%) nafar homiladorda 1:2 nisbatda; 5 (17,2%) nafar homiladorda 1:4 nisbatda va 4 (13,7%)nafar homiladorda 1:8 nisbatda anti-Rho [D]-antitanalar titri aniqlandi va shu tufayli rezus immunizatsiya profilaktikasi olinmadi. Qolgan 18 (62%) nafar homiladorlarda 28 va 30 haftalik muddatda rezus immunizatsiya profilaktikasi o'tkazilgan. Rezus immunizatsiya o'tkazilmagan 2 (18,2%) nafar homiladorda gestatsiyaning 32 haftasidan so'ng 1:32; 9 (81,8%) nafar homiladorda 1:64 nisbatda anti-Rho [D]-antitanalar titri aniqlandi. Asosiy guruhdagi barcha homiladorlarda gestatsiyaning 37-40 haftaligida tug'ruq amalga oshirildi. Tug'ruqdan oldin anti-Rho [D]-antitanalar titri 1:2 nisbatda bo'lganlar 4 (12,9%) nafarida mavjud bo'lib, bu titr homiladorlikning 32 haftaligida rejalashtirilgan profilaktikasi qoldiqi sifatida qabul qilindi va tug'ruqdan keyingi profilaktikani o'tkazish qaroriga ta'sir qilmadi. Asosiy guruhda tug'ruqdan so'ng 10chi kunida 31 nafar tuqqan ayollarni ichidan 3 (9,7%) nafarida antitanalar organizmdan to'liq chiqmaganlgi sababli anti-Rho [D]-antitanalar titri 1:2 nisbatda aniqlandi.Keyingi kuzatuv davrlarida bemorlarning hech birida antitanalar aniqlanmadi,bu rezus immunizatsiya profilaktikasini samarali amalga oshirilayotganidan dalolat beradi.Taqqoslash guruhidagi emlanmagan homiladorlarga tug'ruqdan keyingi profilaktika o'tkazildi (n=18). Tug'ruqdan keyingi davrda 1 nafar (5,5%) ayol qonida preparat yuborilgandan so'ng 10-kunida 1:16 nisbatda anti-Rho [D]-antitanalar titri aniqlandi.Dinamikada kuzatilganda bu bemorda homiladorlikning 1-va 3-oylarida 1:4 nisbatda anti-Rho [D]-antitanalar titri qayd etilgan.Bu bizga profilaktika samarasiz degan xulosaga kelishga imkon beradi.

Xulosa: Rezus manfiy homiladorlarda homilaning antenatal salomatligini muhofaza qilishning asosiy maqsadi rezus sensibilizatsiya rivojlanmagan ayollarda immunizatsiya rivojlanishini oldini olishga qaratilgan profilaktik chora-tadbirlardir. Jinsiy yo'ldan qonli ajralma kelishi bilan homiladorlikni o'z o'zidan tushish xavfi bo'lgan homiladorlar rezus immunizatsiya rivojlanishi uchun xavf omilidan biridir. Antenatal va tug'ruqdan keyingi profilaktikaning belgilangan muddatlari bilan birgalikda ushbu toifadagi bemorlarga rezus immunizatsiyaning rejadan tashqari profilaktikasini o'tkazish Rh-D-antigeniga nisbatan onada immunizatsiya rivojlanishi to'sqinlik qiladi.Eng yaxshi natijalar asosiy guruhda erishildi, rezus immunizatsiyani 100%holatlarda oldi olindi. Xulosa qilib shuni ta'kidlab o'tish joizki, homilaning gemolitik kasalligidan perinatal kasallanish va o'limni sezilarli darajada kamaytirish homiladorlik davrida va tug'ruqdan keyingi erta davrda populyatsiya darajasida rezus izoimmunizatsiyaning o'z vaqtida va potensial sensibilizatsiyalovchi faktori mavjudligida qo'shimcha rezus-immunizatsiya profilaktikasi o'tkazish zarur.

KECHKI O'GIR PREKLAMPSIYA BILAN ASORATLANGAN HOMILADORLIKLARNING TUG'RUQ NATIJALARI PROGNOZI

Nabiyeva R.M.

***Ilmiy rahbarlar**: Kayumova D.T., t.f.d., Ataxodjayeva F.A., t.f.d.*

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Dolzarbligi: Homiladorlikni to'xtatish kechki og'ir preklampsiya uchun yagona samarali davolash usuli hisoblanadi. Maqbul tug'ruq usuli va muddatini tanlash og'ir perinatal asoratlar rivojlanishini sezilarli darajada kamayishiga olib kelishi mumkin. Ko'plab ilmiy izlanishlar o'tkazilganligiga qaramasdan, hozirgi kunda tug'ruq usullarini va muddatini tanlashda hamon tortishuvlar mavjud.

Tadqiqot maqsadi: Kechki preklampsiya bilan asoratlangan homiladorliklarda, tug'ruq usuli va muddatini vujudga keluvchi perinatal asoratlarga ta'sirini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari: Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi tug'ruq kompleksida 32 ta og'ir preklampsiya kuzatilgan homilador ayollarda prospektiv kogort tadqiqot (prospective cohort study) o'tkazildi. Ko'p o'zgaruvchan logistik regressiya (multivariable logistic regression) analizi asosida perinatal asoratlar uchrash koefitsenti [odd ratio (OR)] va 95% ishonch oralig'i [95% confidence intervals (95% CI)] hisoblandi. Bir nechta mustaqil o'zgaruvchilar sifatida tug'ruq usuli (vaginal yoki operativ tug'ruq) hamda tug'ruq muddati [32^0-36^6 hafta (1-guruh) va $\geq 37^0$ hafta (2-guruh)], natija sifatida esa og'ir perinatal asoratlar (o'g'ir darajali neonatal asfiksiya, resspirator-distress sindrom, homilaning o'sishdan ortda qolish sindromi, tug'ma pnevmoniya, ichak parezi, chanoq-bosh disproporsiyasi, normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishi) olindi.
Natijalar va muhokama: Umumiy kesarcha kesish darajasi 75% ni tashkil etdi. Spontan tug'ruq faoliyati boshlangan homilador ayollarning 66,67 % i tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'gan. Qolgan 33,33 % holatda tug'ruqning I davrida og'ir perinatal asoratlar (chanoq-bosh disproporsiyasi, normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishi) vujudga kelganligi sababli homiladorlik operativ yo'l bilan tugatildi. Perinatal kasallanish xavfi 1-guruhda 2-guruhga nisbatan yuqori bo'lgan (80% vs 18,8%, $P< 0.05$). Og'ir darajali neonatal asfiksiya uchrash koefitsenti operativ yo'l bilan tug'gan, 1-guruhdagi homilador ayollarda (OR 4,40 95% CI: 0.5099-37.9699), homilaning o'sishdan ortda qolish sindromi koefitsenti nisbatan, 2-guruhdagi tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'gan ayollarda (OR 1,25 95% CI: 0.1678 -9.3143) yuqori bo'lgan, biroq, perinatal o'lim ko'rsatkichlari ikkala guruhda ham operativ ham vaginal tug'ruq usulida deyarli farq qilmagan (OR 0.4545 95% CI: 0.0351-5.8938).
Xulosalar: O'g'ir preklampsiya bilan asoratlangan, 32^0-36^6 hafta muddatidagi homiladorliklar ko'p holatlarda operativ yo'l bilan yakunlandi, biroq, og'ir darajali neonatal asfiksiya bilan, gestatsiya yoshiga kichik chaqaloqlar tug'ilish xavfi sezilarli darajada yuqoriligi kuzatildi. Perinatal o'lim ko'rsatkichlari esa tug'ruq usuli va muddati bilan bog'liq emas. Shunday qilib, bunday bemorlarda tug'ruq induksiyasi, $\geq 37^0$ hafta muddatda mumkin bo'lgan variant sifatida ko'rib chiqilishi kerak. Bunday natijalarni tasdiqlash uchun albatta kattaroq namunalar talab etiladi.

XORIOAMNIONIT VA QOG'ONOQ PARDA YORILISHI BILAN BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA XAVF OMILLARI VA KLINIK VA BIOKIMYOVIY KO'RSATKICHLAR

Nurimbetova D.S.
***Ilmiy rahbarlar**: Magzumova N.M., t.f.d., professor.*
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Dolzarbligi. Akusherlikdagi yuqumli va septik asoratlar eng dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda. JSST ma'lumotlariga ko'ra, homilador ayollarda qog'onoq pardoning tug'ruqgacha yorilishi 2,7-19% ni, xorioamnionit taxminan 15% uchraydi.
Maqsad: Xorioamnionit va qog'onoq pardaning tug'ruqgacha yorilishi bilan bo'lgan homilador ayollarda yallig'lanish reaktsiyasining ko'rsatkichlarini o'rganish.
Material va usillar: Gestatsiya muddati 37-41 hafta bo'lgan xorioamnionitning klinik belgilari bo'lgan 30ta homilador ayol va 90ta qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin yorilishi bilan bo'lgan 90ta homilador ayol tekshiruvdan o'tqazildi. O'tkazilgan klinik va laboratoriya tekshiruvlar - umumiy qon tahlili, umumiy siydik tahlili, bioximik tekshiruvlar.
Natijalar: O'rtacha yosh ko'rsatkishi 24-32 yoshni tashkil qildi.Tarix o'rganilgan. Somatik kasalliklarning temir tanqisligi anemiyasi 97,4 % ni, har 3- homilador ayolda qalqonsimon bez kasalligi va har 6- homilador ayolda semizlik kuzatildi. Qog'onoq pardaning tug'ruqgacha yorilishi fonida xorioamnioniti bo'lgan ayollarning 64,1% va 53,8% ida endometrit va bachadon ortiqlari yallig'lanish kasalliklari kuzatildi. Xorioamnionit bilan kasallangan ayollarning anamnezida 33,3 foizida jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar (SYYK), 71,8

foizida virusli infektsiya (HSV, CMV) aniqlandi. Homiladorlik davrida xorioamnionit bilan tug'uvch ayollarning 64,1% da va qog'onoq pardaning tug'ruqgacha yorilishi bilan bo'lgan homilador ayollarning 67,5% da o'tkir respirator kasalliklar kuzatilgan. Xorioamnionit va qog'onoq pardaning tug'ruqgacha yorilishi bilan bo'lgan ayollarda leykotsitoz, eritrotsitopeniya, anemiya va eritrositlar sho'kish tezlegining ortishi kuzatildi. Organizmning yallig'lanish reaktsiyasining ko'rsatkichlari, C-reaktiv oqsil, laktat degidrogenaza (LDH) va 25 (OH) D3 vitamini darajasi o'rganildi. Olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki,qog'onoq pardaning tug'ruqgacha yorilishi fonida o'tkir fazali oqsil bo'lgan C-reaktiv oqsil nazorat guruhiga qaraganda 3 yoki undan ko'p marta yuqori bo'lgan. Laktat degidrogenaza (LDH) inson tanasi hujayralari tomonidan ishlab chiqariladigan ferment bo'lib, glikolizda (energiya uchun glyukoza parchalanishi) ishtirok etadi, uning darajasi organlar va to'qimalar shikastlanganda ortadi. Xorioamnionit bilan og'rigan ayollarda LDH darajasi nazorat guruhi ma'lumotlariga nisbatan 2 baravardan ko'proq oshdi (P<0,001). 25 (OH) D3 darajasini o'rganish qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin yorilishi bilan homilador ayollarda uning etishmovchiligini ko'rsatdi, xorioamnionitda esa aniq tanqislik kuzatildi. Shunday qilib, uzoq vaqt suvsiz davr infektsiyaning kuchayishi va akusherlik va perinatal patologiyaning kuchayishiga olib keladigan xorioamnionitning rivojlanishi omilidir.

Xulosa. Xorioamnionit fonida va xorioamnionitsiz qog'onoq pardoning tug'ruqgasha yorilishi bilan bo'lgan homilador ayollarda laboratoriya ma'lumotlarini tahlil qilish bir qator o'zgarishlarni ko'rsatdi. Qog'onoq pardoning tug'ruqgasha yorilishi va xorioamnionit bilan og'rigan ayollarda leykotsitoz, eritrotsitopeniya, gemoglobin susayishi, trombotsitlarning pasayishi va eritrositlar sho'kish tezligining 1,6 baravar oshishi kuzatildi. Shu bilan birga, C-reaktiv oqsil 3 martadan ko'proq, LDG, moshevina, kreatinin va fibrinogen darajasi oshdi. Bemorlarning ikkala guruhida jigar fermentlari ko'tarilgan. D vitaminining sezilarli darajada pastligi aniqlandi.

TUG'RUQ MUASSASALARIDA ROBSON TASNIFI YORDAMIDA KESAR KESISH CHASTOTASINI BAHOLASH (FARG'ONA VILOYAT PERINATAL MARKAZI MISOLIDA).

Oblayorova M.I, Olimova M.J.
Ilmiy rahbar: *Suyarqulova M.E., PhD*
Fargo'na jamoat salomatligi tibbiyot instituti, Farg'ona, O'zbekiston

Dolzarbligi: 2015-yilda JSST KK chastotasining 10% dan oshishi onalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlar o'limining kamayishi bilan bog'lik emasligini va ushbu jarrohlik amaliyotini faqat jiddiy tibbiy ko'rsatmaga ko'ra o'tkazish kerakligini aytgan e'lon qilgan. Kesar kesish chastotasining pasayishi kuzatilmayapti va turli mualliflarning fikriga ko'ra, tug'ruqga ko'maklashish tizimining muassasalarida 11 dan 40% gacha yoki undan ko'pni tashkil qilmoqda.2001 yilda Britaniyalik akusher-ginekolog Maykl Robson birinchi marta kesar kesish uchun innovatsion tasniflash tizimini nashr etdi. 2015 yilda tasniflash tizimi JSST tomonidan ma'qullanib, uni JSST a'zo davlatlarni akusherlik klinikalarida qo'llash tavsiya qilingan. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 07.10.2021 yildagi 245-buyrug'iga muvofiq, akusherlik amaliyotida Robson tasnifini joriy qilish bo'yicha milliy klinik qo'llanma tasdiqlangan.

Tadqiqotning maqsadi: Robson texnikasi yordamida Farg'ona viloyati perinatal markazida kesar kesish amaliyoti orqali tug'ish chastotasini baholash, ushbu ko'rsatkichni kamaytirish imkoniyatlarini aniqlash. 2022 - yilda perinatal markazda kesar kesish bilan kasallanish darajasiga eng katta ta'sir ko'rsatadigan guruhlarni aniqlash. 2022 yilda har bir guruhda (10 guruhli Robson tasnifi bo'yicha) umumiy kesar kesish bilan kasallanish dinamikasini tahlil qilish va uning sabablarini tushuntirish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Farg'ona viloyati perinatal markazida 2022-yil 6916 nafar tug'ruq holatini retrospektiv o'rganish o'tkazildi, ma'lumotlar robsonning 10 guruhli shkalasi

asosida tahlil qilindi. Tasniflash prinsipiga ko'ra, har bir bemor faqat bitta aniq guruhga kirishi mumkin.

Natijalar va muhokama: Farg'ona viloyat perinatal markazida 2022 yil davomida 6916 tug'ilish bo'lib ulardan Muddatdagi tug'ilish -5294(76.5 %), muddatidan oldingi tug'ilish – 1578 (22.8 %), muddatdan o'tgan tug'ilish 44(0,6%). 2022 yil davomida 2542 ta kesar kesish amaliyoti o'tkazilgan bo'lib, ulardan rejalashtirilgan - 282 ta 9.5%, shoshilinch - 2260 ta 90.5%. 1-Guruhning umumiy hajmi 16.8 % , guruhdagi kesar kesish chastotasi 10.2 %,bu gr ning umumiy kesar kesishdagi ulushi 1.7 %.Ushbu guruhda kesar kesish uchun asosiy ko'rsatkichlar tos-bosh nomutanosibligi, homila distressi, NJYBK edi. 2-Guruhning umumiy hajmi 4.3 %, guruhdagi kesar kesish chastotasi 45.9 %, bu guruhning umumiy kesar kesishdagi ulushi 1.97%. Ushbu guruhda, kesar kesish ko'rsatilgan preeklamsiya va eklamsiya, somatik kasalliklar bilan homilador ayollar bo'lgan. 3-Guruhning umumiy hajmi 24.6%, guruhdagi kesar kesish chastotasi 13.6 %,bu guruhning umumiy kesar kesishdagi ulushi 3.4%.Ushbu guruhda kesar kesish uchun asosiy ko'rsatkichlar tos-bosh nomutanosibligi, homila distressi, NJYBK, tug'ruq faoliyati sustligi edi. 4-Guruh umumiy hajmi 7.1%, guruhdagi kesar kesish chastotasi 37.3 %, bu guruhning umumiy kesar kesishdagi ulushi 2.6 %.Ushbu guruhda, keyinchalik kesar kesish ko'rsatilgan preeklamsiya, Asoratlangan akusherlik anamnezi, yo'ldoshni oldinda yotishi , somatik kasalliklar bilan homilador ayollar. 5-Guruhning umumiy hajmi 16.2 %, guruhdagi kesar kesish chastotasi 95.5 %, bu guruhning umumiy kesar kesishdagi ulushi 15.6 %.Ushbu guruhda kesar kesish uchun asosiy ko'rsatkichlar bir va undan ortiq bachadon chandig'i bo'lganlar edi 6-Guruh umumiy hajmi 2.8 %, guruhdagi kesar kesish chastotasi 74.6 %,bu guruhning umumiy kesar kesishdagi ulushi 2.1 %. Ushbu guruhda kesar kesish uchun asosiy ko'rsatkichlar homilani chanog'i bilan kelgan yirik homilali birinchi tug'uvchilar edi. 7-Guruh umumiy hajmi 1.6 %, guruhdagi kesar kesish chastotasi 97.3 %, ushbu guruhning umumiy kesar kesishdagi ulushi 1.6 % ni tashkil qiladi. Ushbu guruhda kesar kesish uchun asosiy ko'rsatkichlar homilani chanog'i bilan kelgan bir va undan ortiq bachadon chandig'i bo'lgan ayollar edi. 8-Guruhning umumiy hajmi 3.8 %, guruhdagi kesar kesish chastotasi 35.2 %, bu guruhning umumiy kesar kesishdagi ulushi 1.3 %. Ushbu guruhda kesar kesish uchun asosiy ko'rsatkichlar bir va undan ortiq bachadon chandig'i bo'lgan ko'p homilali ayollar edi. 9-Guruhning umumiy hajmi 0.3 %, guruhdagi kesar kesish chastotasi 62.5 %, bu guruhning umumiy kesar kesishdagi ulushi 0.36 %.Ushbu guruhda kesar kesish uchun asosiy ko'rsatkichlar homilasi ko'ndalang yoki qiyshiq kelgan, bir va undan ortiq bachadon chandig'i bo'lganlar edi/ 10-Guruhning umumiy hajmi 22.3 %, guruhdagi kesar kesish chastotasi 27.5 %, bu guruhning umumiy kesar kesishdagi ulushi 6.1 %.Ushbu guruhda kesar kesish uchun asosiy ko'rsatkichlar. Ushbu guruhda homilador ayollar preeklamsiya va eklampsiya, NJYBK, og'ir somatik kasalliklar, keyinchalik kesar kesish ko'rsatilgan.

Xulosa: 1-zahira. Kesar kesish amaliyotining ko’payishi perinatal o’limning kamayishiga olib kelmadi. 2-zahira. Ayollardagi bitta bachadon chandig’I bor ayollar 50 % gacha tabiiy tug’ruq yo’llari orqali tug’ishlari mumkin. 3-zahira. Homilador ayollarda homilani chanog’I bilan kelganda 3600.0 gacha tabiiy tug’ruq yo’llari orqali tug’ishlari mumkin.4-zahira. Erta tug’ruqlarda kesar kesish chastotasining oshishi perinatal o’limni kamaytiradi. 5. Qayta tug’uvchi homilador ayollardagi AAA, somatik kasalliklar, preeklamsiya kabi kasalliklar oldini olish orqali chastotani kamaytirish mumkin. Jadval har hafta to'ldirilishi kerak, bu yetishmayotgan ma'lumotlarga ega bo'lgan ishlarni o'z vaqtida tuzatishga imkon beradi, so'ngra oylik va yillik xulosa qilinadi.

METABOLIK SINDROM BILAN KASALLANGAN AYOLLARDA KLIMAKTERIK BUZULISHLARNING RIVOJLANISH XAVF OMILLARI

Qarshiyeva Sh.M.

Ilmiy rahbar: *Muminova Z.A., t.f.n. dosent*

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O‘zbekiston

Dolzarbligi: Menopauza davri ayollar orasida eng ko‘p xavotirlarning paydo bo‘lishiga sabab bo‘luvchi davr hisoblanadi. Ular orasida esa, ayollar ortiqcha tana vazniga ega bo‘lishdan ko‘proq qo‘rqadilar. O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash vazirligining 2019-2022-yildagi Oziqlantirish bo‘yicha O‘zbekiston milliy tadqiqoti natijalari shuni ko‘rsatadiki, O‘zbekiston sharoitida, metabolik sindrom bilan kasallangan ayollar 20-39 yoshdagi ayollarga nisbatan, 40-55 yoshdagi ayollarda ko‘proq uchramoqda. Bu yosh aynan perimenopauza davriga to‘g‘ri keladi. Bu davrda ayol organizmida gormonal o‘zgarishlar rivojlanishi kuzatiladi. Bizga ma’lumki, esterogen gormoni energiya balansining boshqariluvida va jinsiy gormonlar yog‘ to‘qimasi metabolizmi va boshqa organlar uchun ham ahamiyatlidir. Esterogen gormonining ishlab chiqarilishining keskin kamayishi va nosog‘lom turmush tarzi oqibatida, ayol sog‘lig‘iga jiddiy ta’sir ko‘rsatuvchi, xavf omillarining kelib chiqishi kuzatiladi. Bunday xavf omillariga esa, yurak-qon tomir aterosklerotik kasalligi, insulinga rezistentlik, va qandli diabet va osteoporoz kasalliklari kiradi.

Maqsad: Metabolik sindrom bilan kasallangan perimenopauza va klimaks davridagi ayollarda rivojlanishi mumkin bo‘lgan xavf omillarini kuzatish va o‘rganish.

Material va usullar: Ushbu tadqiqot Toshkent tibbiyot akademiyasi Akusherlik va ginekologiya kafedrasining bazalaridan biri bo’lgan 9-sonli tug‘ruq kompleksining ishchi xodimlari va ginekologiya bo‘limiga murojaat qilib kelgan ayollar orasida o‘tkazildi. Tadqiqotda, 42-56-yosh oralig‘idagi 72 nafar ayollar ko‘rikdan o‘tkazildi va 4 guruhga bo‘lindi. 1-guruh: 20 nafar metabolik sindromi bor ammo, klimakterik o‘zgarishlar hali kuzatilmagan ayollar; 2-guruh: 20 nafar metabolik sindromsiz, klimaks davridagi ayollar; 3-guruh: 20 nafar metabolik sindrom bilan kasallangan va klimaks davridagi ayollar. 4-guruh (nazorat) 12-nafar ayol nazorat guruhini tashkil qilib, shartli sog‘lom ayollardir. Ushbu tadqiqot: ovqatlanish ratsioniga oid so‘rovnomalar, klimakterik simptomlarning namoyon bo‘lishiga oid so‘rovnomalar va retrospektiv va anamnez yig‘ish hamda klinik (tana vazni indeksi, arterial qon bosimi), laborator (qondagi glukoza miqdori, insulin, lipid spektori) tekshiruvlari orqali o‘tkazildi.

Natijalar: Tadqiqot natijalariga ko‘ra, tahlillar 42-56 yoshgacha bo‘lgan ayollarni ko‘rsatdi. *1-guruhdagi* ayollarning o‘rtacha yoshi 45,2±4 yoshni, *2-guruhdagi* ayollar o‘rtacha yoshi 51,6±3 yoshni va *3-guruhdagi* ayollarning o‘rtacha yoshi esa 52,6±3 yoshni tashkil qildi. *1-guruhdagi* ayollarda klimakterik o‘zgarishlar kuzatilmagan holda, metabolik sindromning total semizlik bilan kasallanish holati 40%ni tashkil qildi va *2-guruhdagi* ayollarning ham shuncha miqdori ya’ni, 40%i abdominal semizlikka va 15%i esa total semizlikka uchradi. Bu holat klimaks davridagi gormonal o‘zgarishlar sababli bo‘lganligini anglatadi. Arterial qon bosimining ko‘tarilishi *1-guruhdagi* ayollarning 20%ida*, 2-guruhdagi* ayollarning esa 35%ida qayd etilgan. Insulinga rezistenlik holati bo‘yicha *1-guruhdagi* ayollarning 15%i, 2-guruhdagi ayollarning 10%i tashkil qildi. Bundan tashqari, *1-guruhdagi* ayollarning 3 nafar (15%)ida ham semizlik va gipertenziya, 2 nafar (10%)ida semizlik va insulinga rezistentlik kuzatildi. *3-guruhdagi* ayollar ham klimakterik, ham metabolic o‘zgarishlarga uchragan ayollar kategoriyasini tashkil qilib, ularning 6-nafar (30%)ida yurak qon tomir kasalligi (stenokardiya, koronar arteriya kasalligi), 5-nafar (25%)ida qandli diabet, 2-nafar (10%)ida osteoporoz va 7- nafar (35%)ida gipertenziya kasalligi kuzatildi.

Xulosa: Metabolik sindromi bor ayollarda, yurak-qon tomir kasalliklari, insulinga rezistentlik va qandli diabet, gipertoniya kasalligi kabi xavf omillarining uchrashi, metabolik sindromsiz ayollarga nisbatan ko‘proq miqdorni tashkil qilmoqda. Klimaks davridagi gormonal o‘zgarishlar, ayollardagi metabolik o‘zgarish tufayli yuzaga kelgan jaroyonlarni yanada kuchaytirib yubormoqda, va jarayonning salbiy tomonga ketishiga olib kelmoqda.

МУДДАТДАН ОЛДИН ҲОМИЛА ОЛДИ СУВИНИНГ КЕТИШИНИ ТАШХИСЛАШДА БАКТЕРИОЛОГИК ЭКМА ЭКИШ ТЕКШИРУВИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ.

Раджабова Р.Ш.

Илмий раҳбар: *Ахмедова М.О., врач акушер-гинеколог.*

Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги. Замонавий шароитда репродуктив тиббиёт олдида аёллар ва болалар саломатлигини мустаҳкамлашга қаратилган давлат сиёсати тамойилларини янада ҳаётга татбиқ этиш бўйича масъулиятли вазифа турибди. Перинатал тиббиётнинг асосий муаммоларидан бири эрта туғилиш ва муддатдан олдинги туғруқ бўлиб, бу кам вазнли чақалоқларнинг туғилиш даражасига, оналар ва перинатал касалланиш ва ўлимга сезиларли таъсир кўрсатади. Ҳар йили дунёда 15 миллионга яқин бола муддатидан олдин туғилади, улардан 1 миллиондан ортиғи ҳаётнинг биринчи йилида вафот этади ва тирик қолганлар орасида эрта туғилганлиги сабабли кўплаб ногиронлар бор. Эрта туғилиш сабаблари орасида Қоғаноқ парданинг муддатдан олдин ёрилиши (ҚПМОЁ) (кейингиларида ҚПМОЁ деб юритилади) этакчи ўринлардан бирини эгаллайди. ҚПМОЁ-ҳомиладорлик асорати, 22 дан 37 ҳафтагача бўлган даврда бачадоннинг мунтазам қисқариши бошланишидан олдин қоғаноқ парданинг ўз-ўзидан ёрилиши. Қоғаноқ парданинг муддатдан олдин ёрилиши барча ҳомиладорликнинг 2-20% ни ташкил қилади ва перинатал ўлим кўрсаткичи 18-20 %. ҚПМОЁнинг 8–10% муддатдаги ҳомиладорликда кузатилади; 2-4% да муддатига етмаган бир ҳомилалик ва 7-20% кўп ҳомилалик.Умуман олганда, эрта ҳомиладорликда ҚПМОЁ 20-40% ни ташкил қилади, бунинг 30-40%и муддатдан олдинги туғруқ билан якунланади. Ҳомиладорликнинг ҳар қандай босқичида ҚПМОЁ қуйидаги асоратлар хавфини оширади: Аёлдаги инфекциялар (амниотик инфекция [хориоамнионит]), янги туғилган чақалоқ (сепсис) ёки иккаласида ҳам; ҳомиланинг нотўғри жойлашиши; плацентанинг кўчиши. Шуларни ҳисобга олган ҳолда диагностика ва даволаш тадбирини тўғри танлаш ва олиб бориш жуда муҳимдир.

Тадқиқот мақсади. Муддатдан олдин ҳомила олди сувининг кетиши билан кечадиган ҳомиладорликда бактериолик экма экиш усулининг самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот РИАГИАТМ ДМга қоғаноқ парданинг муддатдан олдин ёрилиши ташҳиси билан келган, ҳомила муддати 28-36 ҳафталик 40та ҳомиладор аёлларда проспектив назорат остида ўтказилди. Тадқиқотимиз мақсадидан келиб чиққан ҳолда, улар 2 гуруҳга ажратилди ва уларнинг 20 таси ҚПМОЁ ташҳисли бактериологик экма экиш текширувидан ўтган ва 20таси юқоридаги ташҳисли бактериологик экма экиш текширувидан ўтмаганларни ташкил этди. Статистик таҳлил қилишда STATISTICA 6.0 дастурий таъминотидан фойдаланилди.

Текширув натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Биз тадқиқотимизда ҚПМОЁ ташхисли 20 та бактериологик экма экиш диагностикаси ўтқизилган ҳомиладорлар аёлларда антибиотикларга сезувчанликлари текширилганда гентамицин, цефтриаксон, левофлоксацин, ципрофлоксацин. цефаперазон/сулбактамларга нисбатан сезувчанлик аниқланди, олиб борилаётган антибиотик терапия яьни эритромицинга нисбатан сезувчанлик аниқланмади. Лекин бу текширувда аниқланган антибиотикка нисбатан даволаш олиб борилмади аксинча, текширувдан олдинги даволаш схемаси бўйича (эритромицин 500 мг 3 курс) давом эттирилди. Ҳомиладорлик муддати 3 кундан 12 кунгача узайтирилди ва туғруқ асоратларсиз якунланди. Ҳамда чақалоқлар Апгар шкаласи бўйича баҳоланганда қуйидагича 6/7 балл – 22%, 7/8 балл – 65%, 8/9 балл – 13% натижалар олинди, уларда инфекцион асоратлар кузатилмади.

Мақсадимиздан келиб чиққан ҳолда, текширувдаги 40 та аёлдан 20тасида бактериологик экма экиш диагностикаси ўтказилмади. Ҳамда антибиотик терапия эритромицин 500 мг дозада 3 курс давом эттирилди. Ҳомиладорлик муддати 5 кундан 14 кунгача узайтирилди

ва туғруқ асоратларсиз якунланди. Ҳамда чақалоқлар Апгар шкаласи бўйича баҳоланганда қуйидагича 6/7 балл – 23%, 7/8 балл – 62%, 8/9 балл – 15% натижалар олинди, уларда ҳам инфекцион асоратлар кузатилмади.

Хулоса. Шундай қилиб, ҚПМОЁ ташхисли хомиладор аёллар 2 гуруҳга ажратиб ўрганилганда, бактериологик экма экиш текшируви ўтқизилмаган 1-гуруҳ аёлларда олинган ижобий натижалар шуни кўрсатдики, бактериологик экма экиш текшируви ўз тасдиғини топмаган усул деб инобатга олишимиз мумкин. Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда: 1. ҚПМОЁ диагностикасида 1 кунда 1 марта қонда лейкоцитоз миқдорини текшириш, ҳар 4 соатда ҳомиладор аёл пульсини, тана ҳароратини ва ҳомила юрак уришини назорат қилиш, қин оқмалари хусусиятини баҳолаш лозим. 2. Антибиотик терапия яьни Эритромицин 500 мг 3 маҳалдан схема бўйича беришимиз ва ушбу терапияни ҳомиладор аёллар бактериологик экма экиш текширувидан ўтмаган ҳолатида ҳам даволаш чора усули сифатида давом эттиришимиз, ҳомиладорлик муддатини узайтиришимиз ҳамда ижобий натижага эришишимиз мумкин.

HOMILADORLIK DAVRIDA TANA VAZNINIG OSHISHI VA UNING ASORATLARI

Rasulova P. R.

Ilmiy rahbar: *Nasirova Z.A., PhD*

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Samarqand, O‘zbekiston

Dolzarbligi: Homiladorlik davrida ortiqcha tana vazni sodir bo‘lganda, homiladorlik, tug‘ruq, tug‘ruqdan keyingi davrlarda patologik o‘zgarishlar xavfi sezilarli darajada oshishi, homiladorlikning muddatidan oldin tugashi, turli xil kasalliklarga chalingan bolalar tug‘ilishi kuzatilishi mumkin (Buxarova E. A., 2021). Barcha asoratlarning o‘ziga xos xususiyati davolashning erta boshlanishi, uzoq muddat davom etishi va samaradorsizligi bo‘lib, bu o‘z navbatida ona va bolada turli xil kasalliklar va o‘limning oshishiga olib keladi (Hutcheon J. A. et al., 2018). Reproduktiv yoshdagi yosh ayollarning 30% da semizlik alomatlari kuzatiladi.

Tadqiqot maqsadi. Homiladorlik davrida tana massasi oshishining asosiy sabablarini tahlil qilib, yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan asoratlarini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Samarqand shahar 2-sonli tug‘ruq kompleksiga murojaat qilgan bemorlarning 141 nafari tadqiqot yuzasidan tibbiy ko‘rikdan o‘tkazildi. Shulardan 54 nafar bemorlarda tana vaznining oshishi (TMI 25-30) yoki semizlik (TMI-30 dan yuqori) (asosiy guruh) aniqlandi. Ko‘rikdan o‘tkazilganlarning 87 nafarida tana vaznining me’yorda (TMI 19-20) ekanligi tasdiqlandi (nazorat guruhi). Ilmiy tadqiqotda quyidagi tekshirish usullaridan foydalanildi: antropometriya, asosiy yog‘ burmalarini o‘lchash (kaliperometriya), klinik laborator va akusherlik tekshirish usullari, ultratovushli feto- va platsentometriya.

Natijalar va muhokama: Anamnestik ma’lumotlarni tahlil qilish mobaynida tana vaznining oshishi va semizlik kuzatilgan bemorlarda irsiy, ijtimoiy-biologik va somatik xavf omillarining yuqori chastotasi aniqlandi. Gipertenziya alomatlari yoki homiladorlikdan oldin qon bosimining doimiy ko‘tarilishi homilador ayollarning yarmida (asosiy va nazorat guruhlarida mos ravishda 26-45,8 va 10-12,6%), bepushtlik va hayz davrining buzilishi (mos ravishda 7-12,5 va 2-1,9%) kuzatildi. Shunisi e’tiborga loyiqki, ortiqcha vazngа ega bo‘lgan ayollarning ko‘pchiligida oldingi homiladorlik jarayoni murakkab bo‘lgan: abort (16-29,6%) va preeklampsiya (24-43,6%) dastlabki normal TMI (4-3,8 va 24-29,3%) bilan solishtirganda sezilarli darajada tez-tez sodir bo‘lgan. O‘rganilayotgan asosiy guruhlardagi ayollarning ayni vaqtdagi homiladorlik jarayonini tahlil qilishda asoratlarning yuqori darajasi aniqlanganiga qaramay, ushbu bemorlarda nazorat guruhidagi ayollar kabi homiladorlikning birinchi yarmi taxminan bir xil chastotada homiladorlar qusishi bilan birga kelgan (mos ravishda 13–23,0% va 16–18,4%). SHu bilan birga toksikoz bilan bog‘liq tana vaznining kamayishi nazorat guruhidagilarga nisbatan semizlik va tana vaznining oshishi kuzatilganlarda kamroq aniqlandi (mos ravishda 7-43% va 4-30%). Xuddi shunday holat homiladorlik birinchi yarmida homila tushishi xavfi tendentsiyasi (mos ravishda

32-24%) kuzatildi. Tana vazni oshgan bemorlarda homiladorlikning eng ko‘p uchraydigan va og‘ir asoratlaridan biri bu preeklampsiya (46-80,6%) bo‘ldi. Tana vazni oshgan ayollarda preeklampsiya xavfi normal tana vazniga ega (23-27,0%) bemorlarga qaraganda 2,5 marta ko‘p bo‘lib chiqdi. Tadqiqot davomida asosiy guruhdagi bemorlarda homiladorlik paytida preeklampsiyaning erta klinik belgilari aniqlandi. Tana vazni oshgan semirib homilador ayollarda preeklampsiya homiladorlikning 30-31 haftasida rivojlanib, asosan gipertenziya bilan davom etadi va ko‘pincha davo muolajalariga rezistent bo‘lib chiqishi ma’lum bo‘ldi. Tana vazni normal homilador ayollarda preeklampsiya homiladorlikning 33-34 haftasida ya’ni kechroq boshlangan. Semizlik darajasining oshishi bilan homiladorlik jarayonining og‘ir kechishi ham oshdi. Tana vazni oshgan ayollarda preeklampsiyaning og‘ir shakllari normal tana vazniga ega bo‘lgan homilador ayollarga nisbatan 3 marta ko‘p uchrashi aniqlangan. Homiladorlikning ikkinchi yarmida tana vazni oshgan bemorlarda abortlar soni 2 ta (3,4%), erta tug‘ilishlar soni esa 5 ta (9,4%) ni tashkil etdi. Nazorat guruhida homiladorlikni muddatidan oldin tugash chastotasi 15 martaga kam (6-7%) bo‘lib chiqdi. Bundan tashqari tana vazni oshgan homilador ayollarda fetoplatsentar etishmovchilik chastotasi yuqori bo‘lib 11 (19, 3%) nafar bemorlarda kuzatildi. Nazorat guruhida esa bu ko‘rsatkich 9 (10, 6%) nafarni tashkil etdi. Homiladorlik davrida asosiy guruhdagi homilador ayollarda ko‘psuvlilik (12-20,6%) va kamsuvlilik (9-15,5%) tez-tez aniqlangan. Nazorat guruhida bu ko‘rsatkichlar mos ravishda 9-11 va 5-5,8% ni tashkil etdi. Tug‘ruq jarayonining tahlili shuni ko‘rsatdiki, tana vazni oshgan bemorlarda tug‘ruq davomida eng ko‘p uchraydigan asoratlaridan biri qog‘onoq pardasining muddatidan oldin yorilishi– 17 nafar (29,3%). Bu ona-yo‘ldosh-homila tizimidagi metabolik va gormonal o‘zgarishlar natijasida yuzaga keladigan morfologik o‘zgarishlar bilan bog‘liq bo‘ladi. Tug‘ruq yo‘li yumshoq to‘qimalarining shikastlanishi 19 ta (32,7%) holatda qayd etilgan. Tana vazni oshgan ayollarda tug‘ruq faoliyatining anomaliyasi mushaklarning qisqaruvchanlik xususiyatining pasayishi bilan bog‘liq bo‘lib 12(21%) ta holatda aniqlandi. Nazorat guruhida tug‘ruqdagi barcha asoratlar kamroq uchraydi: qog‘onoq pardasining muddatidan oldin yorilishi - 16 (18,3%) nafar, tug‘ruq yo‘li yumshoq to‘qimalarining shikastlanishi - 13 (14,9%) nafar, tug‘ruq faoliyati anomaliyalari - 5 (5,7%) nafar, atonik qon ketish - 4 (4,5%) nafar bemorlarda kuzatildi. Ortiqcha tana vazniga ega bo‘lgan ayollarda tug‘ruqning kesar kesish usuli bilan ehtimoli ko‘proq bo‘lgan. Bu homiladorlik, tug‘ruq asoratlari, shuningdek, ushbu bemorlarda og‘irlashgan akusherlik anamnezi bilan bog‘liq (mos ravishda 18-31,5 va 11-12,9%). Tabiiy tug‘ruq yo‘li orqali tug‘ruq jarayonining umumiy davomiyligi ikkala tadqiqot guruhida taxminan bir xil bo‘ldi.

Xulosalar. Olib borilgan tadqiqot davomida to‘plangan ma’lumotlarga asoslanib quyidagi muammolarga aniqlik kiritildi: homiladorlik davrida tana vaznining oshishi ayniqsa homiladorlikning ikkinchi yarmida turli xildagi akusherlik va perinatal asoratlarni rivojlantirishi mumkin; nafaqat semirishning o‘zi, balki homiladorlik davrida patologik tana vaznining ortishi ham juda noqulay omil bo‘lib hisoblanadi. Shu munosabat bilan, semizlik bilan og‘rigan bemorlar orasida to‘g‘ri ovqatlanish va ratsional jismoniy faoliyat haqida tushuntirish ishlarini kerakli tartibda olib borilishini ta’minlash lozim.

XORAZM VILOYATIDA ONALAR O’LIMINING MINTAQAVIY XUSUSIYATLARI VA XAVF OMILLARINI O’RGANISH

Sadullayeva D.A.

Ilmiy rahbar: *Ikramova X.S., assistent*

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch Filiali, Urganch, O`zbekiston.

Muammoning dolzarbligi: Onalar o’limi muammosi dolzarb bo’lib qolmoqda, uning darajasi O’zbekiston Respublikasida 2019 yil 145 nafarni, 2020 yil esa 155 nafarni tashkil qilib, oldingi yildan 10 nafarga oshgan va uning bir qator sub’ektlarida, shu jumladan, Xorazm viloyatida (2019-yilda 6 ta 2020-yilda 5 ta 2021 yilda 8 ta) yuqori raqamlar saqlanib qolmoqda va

sabablarning hali to'liq o'rganilmaganligi shu soxada ilmiy izlanishlar olib borishga asos borligini ko'rsatadi.

Tadqiqotning maqsadi: Xorazm viloyatida prognostik jihatdan salbiy xavf omillarini aniqlash orqali onalar o'limini oldini olishning real imkoniyatlarini o'rganish

Tadqiqotning vazifalari: Xorazm viloyatida 11 yil maboynida yuzaga kelgan onalar o`limini hududiy taqsimlanishini o`rganish. Og'ir ekstragenital kasalliklarga chalingan homilador, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrda bo'lgan ayollarni, davolash dinamikasida salbiy oqibatlarni prognozlovchi prediktorlarini aniqlash.

Tadqiqot usullari: Xorazm viloyatida 2011 yildan 2021 yilgacha kuzatilgan onalar o`limi xujjatlarini yig`ish: Homilador ayol va tuqqan ayolning individual kartasi, bemor ambulator tibbiy karta, tug`ruq tibbiy kartasi, patologoanatomik autopsiya bayonnomasi, onalar o`limi bo`yicha tibbiy ekspert xulosasi, onalar o`limiga berilgan taqrizlar.

Tadqiqot materiallari: 2011-2021 yillarda o`lgan onalar soni (86 ta), shulardan topilgan ma`lumotlar (55 ta), tibbiy xujjatlari to`liq (36 ta), onalar o`limi holatiga taqriz (15 ta), onalar o`limi bo`yicha ekspertlar xulosasi (4 ta).

Natija: O`lim dinamikasi 2014 yildan boshlab 2020 yilgacha bo`lgan oralikda 7% ga pasaygan. 2021 yilda yana 3.5% ga ko`tarilgan. 11 yil maboynida umumiy o`lgan onalar hisobidan Xiva tumani 15.1%, Hazarasp tumani 12.7%, Urganch tumani 11.6%, Urganch shahar 10.4% va Bog`ot tumani 9.3% ni tashkil qildi. Yashash joyi bo`yicha ayollarning 96% qishloq hududidan va 4% shaharda yashagan. O`lgan onalar asosan 26-30 yosh 28% va 31-35 yoshda 30% xollarda kuzatildi. Homiladorlik muddatiga ko`ra 25-38 xafta oralig`ida 92% ayol o`lgan. Shulardan yetim qolgan farzandlar soni 57 nafarni tashkil qildi. O`z sog`ligiga befarqligi va qarindoshlarining tibbiy yordamdan voz kechib ketilgan hollardagi o`lim 9.43% ni tashqil qildi. O`lim muqarrar holatlardan. Qog`onoq suvlari emboliyasi 9.43%. O`pka arteriyasi tromboemboliyasi 13.2% da kuzatildi. Onalar o`limini keltirib chiqargan eng ko`p akusherlik holatlardan. Preeklamsiya 22.64%, NJYVOK 11.32%, HELLP sindromi 7.54%. Qon ketishlar 18.86% hollarda kuzatilgan. Yatragen sabablarga ko`ra nobud bo`lgan ayollar 13.19% ni tashkil etdi.

Xulosa: O`lgan onalarni kech ro`yhatga olinganlari va to`liq tekshiruvdan o`tkazilmaganligi 15.09% ni va umuman ro`yhatga olinmaganlari 3.77% holtlarda bo`lib, ular asosan samatik kasalligi bor ayollar edi.

QIZLARDA VULVOVAGINIT UCHRASH CHASTOTASINI ONASINING PERINATAL DAVRDAGI INFITSIRLANISHGA BOG`LIQLIGINI ANIQLASH

Salayeva N.M.

Ilmiy rahbar: *Raxmanova N.X., PhD dotsent*

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch, O`zbekiston

Dolzarbligi: So'ngi yillarda gestatsiya davridagi infitsirlanishning muttasil o'sishi va ularning akusherlik va ginekologik patologiya, perinatal patologiya, bolalar kasalligini yuzaga keltirish foizi oshishi kuzatilmoqda. Vulvovaginit keng tarqalgan kasallik bo'lib qizlarning ginekologik kasalliklari orasida birinchi o'rinni egallaydi va tadqiqotchilarning fikricha qizlardagi ginekologik kasalliklarning 15 % dan 93 % gacha to'g'ri keladi (Богданова.Е.А., 2000; ПлиеваЗ.А., 2000; Гауле О.Ф., 2001). Qizlardagi vulvovaginit ijtimoiy va tibbiy ahamiyatga ega bo'lib reproduktiv tizimning shakillanishiga va tananing boshqa organlari va tizimlarining holatiga salbiy ta'sir ko'rsatmoqda. Vulvovaginitning uzoq davom etishi vulva sinexiyasi kabi patologiyaning paydo bo'lishiga olib keladi. Yangi tug'ilgan qizlarning qin mikrobiotsenozi holati va uning ona qin mikrobiotsenozi holatiga bog'liqligi hozirgacha munozaraligicha qolmoqda. Onaning sog'ligi uning bolalari salomatligining asosiy omili bo'lib, ayollarning somatik va reproduktiv salomatligidagi o`zgarishlar qizlar mikrobiotsenozining shakllanishiga salbiy ta'sir qiladi, yuqumli asoratlarni rivojlanish xavfini oshiradi. Mikrobiotsenozning o'zaro

bog'liqligini hisobga olgan holda, onaning somatik va reproduktiv salomatligidagi o`zgarishlarning nospetsifik vulvovaginitli qizlarning reproduktiv tizimining shakllanishiga ta'sirini o'rganish muhimdir.

Tadqiqot maqsadi: Qizlardagi vulvovaginitni uchrash chastotasini onaning gestatsiya davridagi infitsirlanishiga bog'liqligini aniqlash, erta prognozlash va oldini olish bo'yicha amaliy tavsiyalar ishlab chiqish.

Tadqiqod materiallari va usullari: Xorazm viloyatida yashovchi nospetsifik vulvovaginit bilan kasallangan 50 nafar (asosiy guruh) qizlar onasining va vulvovaginit bilan kasallanmagan 20 nafar (nazorat guruhi) qizlar onasining salomatlik holati va mikrobiotsenozini tahlil qildik.

Tadqiqot usullari: -anamnestik ma`lumotlar (rivojlanish xavf omillarini aniqlash); -klinik (tashqi jinsiy organlar tekshiruvi, to'g'ri ichak orqali tekshirish, UTT)**;** -klinik-laborator (qin surtmasi mikroskopik va bakteriologik tekshiruvi, kaprologik tekshiruv, IFA-immunoferment analiz tekshiruvi)

Natijalar va muhokama: 2021-yil sentabr oyidan 2022-yil iyul oyigacha Akusherlik va ginekologiya kafedrasiga murojaat qilgan vulvovaginit bilan kasallangan n=50 qizlar onalarining 90% ida (n=45) og`ir akusherlik anamnezi aniqlandi. Jumladan, mazkur farzandidagi homiladorlikgacha bo'lgan bola o`z-o`zidan tushishlar 26% (n=13) , abortlar 30% (n=15), to`xtatilgan homiladorliklar 8% (n=4), o'lik tug'ilish 4% (n=2), ektopik homiladorlik 4% (n=2), bepushtlik holatlari 18% (n=9) kuzatilganligi aniqlandi. Vulvovaginit bilan kasallangan qizlarni onalarini anamnezini o'rganishda ayollarning 96% (n=48) da turli xil ginekologik kasalliklar mavjudligi aniqlandi. Shuningdek, asosiy guruhdagi ayollarning qin mikroflorasini o'rganish natijalari shuni ko'rsatdiki, ularning 88% (n=44) jinsiy a'zolarning yallig`lanish kasalliklari aniqlandi. Shundan, jinsiy a'zolarda bakterial vaginoz 14% (n=7), vaginal kandidoz 14% (n=7), nospetsifik kolpit 34% (n=17), surunkali adneksit 26% (n=13) aniqlandi. Vulvovaginit bilan kasallangan qizlar onalarining 64% (n=13) da jinsiy a`zolarning virusli infeksiyalari aniqlandi. Jumladan, sitomegalovirus (SMV) 56% (n=28), gerpes virusi 60% (n=30), rubella 22% (n=11), toxsoplazmoz 24% (n=12), xlamidiya 18% (n=9), ureaplazma 12% (n=6) onalarida homiladorlik paytida uchraganligi aniqlandi. Vulvovaginit bilan kasallangan qizlar onalarini mazkur homiladorlikdagi asoratlari 82% (n=41) ayollarni tashkil etdi. Shulardan, xomiladorlar qusishi (yengil.o`rta, og`ir darajalari) belgilari 52% (n=26), yengil preeklampsiya ko'rsatkichlari 26% (n=13), homiladorlik davrida kamqonlik 78% (n=39) bilan kasallangan. Homiladorlikda abort xavfi 38% (n=19), ko`psuvlilik 24% (n=12), kamsuvlilik 12% (n=6) ayolda kuzatilgan. Bundan tashqari homiladorlik davrida 68% (n=34) ayolda siydik yo`li infeksiyasi bilan kasallanish kuzatilgan. Homiladorlik davrida 12% (n=6) ayol xoriamnionit, 16% (n=13) ayol esa kolpit bilan kasallangan. Shu bilan birga, 66% (n=33) ayol homiladorlik davrida O`RK bilan kasallangan.

Xulosa: Vulvovaginit aniqlangan qizlarda onasining homiladorlik davridagi tekshiruv natijalariga muvofiq, xomila ichi davridagi infitsirlanish qizlar tug`ilganidan keyingi qin mikroflorasiga va vulvovaginit uchrash chastotasiga ta`sir qilishi aniqlandi. Ayollar jinsiy a`zolari sanatsiyasi, infeksiyalarini o`z vaqtida davolash, yangi tug`ilgan chaqaloqlarning vulvovaginit rivojlanish sabablarini erta bartaraaf qilib, uning asorati bo`lgan vulva sinexiyasi, uretrit, anusitni vaqtida davolash akusher-ginekologlar, pediatrlar va oila shifokorlarining e`tiboridan chetda qolmasligi kerak.

UCHINCHI TRIMESTRDA HOMILADOR AYOLLARDA KORONAVIRUS INFEKSIYASIDAN KEYINGI ASORATLAR XAVFI

Sayitxonova M.Z.

Ilmiy rahbar: *Muminova Z.A., t.f.d.*

9-Tug'ruq kompleksi, Toshkent, O'zbekiston

Dolzarbligi: Homiladorlik davrida COVID-19 bilan kasallanish bo'yicha nashr etilgan tadqiqotlar sonining ko'payishiga qaramay, homilador ayollarda COVID-19 ning kechishi, o'ziga

xos akusherlik va perinatal asoratlari, shuningdek vertikal infektsiya haqida ob'ektiv xulosalar chiqarish uchun sifatli ma'lumotlar yetarli emas. Ba'zi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, homiladorlik paytida SARS-CoV-2 infektsiyasini o'tkazgan ayollarda homiladorlik va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning salbiy oqibatlari xavfi yuqori, ammo bu aloqalar hali ham aniq emas.
Tadqiqot maqsadi: Koronavirus infektsiyasini o'tkazgan ayollarda homiladorlikning asoratlar bilan kechishi xavf omillarini izlash va aniqlash.
Tadqiqot materiallari va usullari: Retrospektiv tadqiqotda 42 ta anamnezida Covid-19 bilan kasallangan 18 yoshdan 44 yoshgacha bo'lgan homilador ayollar ishtirok etdi. Barcha homilador ayollarda Covid-19 infeksiyasi SARS-CoV-2 virusi RNKsini polimeraza zanjiri reaktsiyasi usulidada tekshirib ijobiy natija olish asosida tasdiqlangan.
Tadqiqot natijalari: Homilador ayollarning aksariyati (72,2%) Covid-19 infeksiyasini yengil alomatlar bilan o'tkazgan. O'rta og'irlikda o'tkazgan ayollar-21,3%ni va og'ir darajada kechirganlar 6,5%ni tashkil etadi. Ekstragenital patologiya tarkibida semirish ustunlik qildi – 43,8%. COVID-19 bilan homiladorlik asoratlari tarkibida temir tanqisligi kamqonligi – 45.7%, preeklampsiya – 7.4%, muddatdan oldingi tug'ruq xavfi - 35,3% ustunlik qildi. Muddatdan oldingi tug'ruq 29,2% hollarda sodir bo'lgan. Kesarcha kesish amaliyoti 32,8% hollarda amalga oshirilgan. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda asoratlar darajasi 8,6% ni tashkil etdi. Reanimatsiya bo'limiga yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 5,8 foizi terapiya uchun yuborilgan.
Xulosalar: Ko'pchilik homilador ayollar COVID-19 infeksiyasini yengil darajasini o'tkazgan. COVID-19 o'tkazmagan homilador ayollar bilan solishtirganda SARS-CoV-2 bilan kasallangan homilador ayollarda preeklampsiya, muddatdan oldingi tug'ruq, kesarcha kesish amaliyoti bilan tug'ish holatlari ko'proq. SARS-CoV-2 virusini vertikal o'tish holati aniqlanmadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda asoratlarning chastotasi umumiy aholi ko'rsatkichlariga to'g'ri keldi.

PLASENTANING ANOMAL JOYLASHUVI BO`LGAN AYOLLARNING AKUSHERLIK VA PERENATAL ASORATLARI

Sabirova I.S
Ilmiy rahbar: *Zakirxodjayeva D.A., t.f.n., dotsent*
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Toshkent, O'zbekiston

Dolzarbligi: Zamonaviy akusherlikning asosiy muammolaridan biri onalar va perinatal o'limning oldini olish bo'yicha samarali chora-tadbirlar ishlab chiqishdir. Ushbu integral ko'rsatkichlarning oshishiga ta'sir qiluvchi sabablar orasida platsentaning anomal joylashuvi, ya'ni bachadonning pastki segmentida, qisman yoki to'liq ko'rinadigan qismdan pastda joylashganligini ta'kidlash kerak. Muammoning akusherlik jihati platsentaning anomal joylashuvi natijasida qon ketishida homiladorlikni saqlab qolish yoki uzaytirish masalasini hal qilishdan iborat. Perinatologiyada bu muammo intrauterin o'sishning kechikishi va homiladorlikning muddatidan oldin tugashiga sabab bo`ladi.
Tadqiqot maqsadi: Plasentaning anomal joylashuvi bo`lgan ayollarning akusherlik vaperinatal asoratlarni o`rganish.
Tadqiqot materiallari va usullari: Bu tadqiqotni o'tkazish uchun I.I. Irgashev nomidagi 4-shahar klinik shifoxonasining tug'ruqxonasida 2020-2021 yillarda platsentaning anomal joylashuvi bo'lgan 560 nafar homilador ayollarning kasallik tarixi ajratib olinib retrospektiv tahlil o'tkazildi.
Natijalar va muhokama: Tekshiruvdan o'tgan ayollarning yoshi 18-45 da bo'lib, o'rtacha 26,08±0,311 yoshni tashkil etdi. Ular orasida birinchi marta tuqqanlar 318 (56.7 %), ikkinchi va undan ko'p marta tuqqanlar 199 (35.5%), besh va undan ko'p tuqqanlar esa 44 (7.8%) tani tashkil etdi. 1- marta tug'uvchilarning o'rtacha yoshi 21,3 ni, 2-4 marta tug'uvchilar o'rtacha yoshi 27,4 ni, 5 va undan ko'p marta tuqqanlarning o'rtacha yoshi esa 32,9 ni tashkil qildi. 332 (59.3%) nafar ayol tabiiy tug'ruq yo'llari orqali, qolgan 228 (40.7%) nafarida esa kesarcha kesish amaliyoti orqali homiladorlik yakunlangan. Bemorlarning reproduktiv anamnezida 20 (3,57%)

tasida muddatidan oldingi tug'ruq kuzatilgan. Ulardan 8 (1,43%) tasida takroriy muddatidan oldingi tug'ruq bo'lgan. 110 (19.6%) nafarda homiladorlikning turli bosqichlarida spontan tushishlar kuzatilgan. Shuningdek, 16 (2,8%)ta ayolda erta neonatal o'lim va 8 (1,43%) ta o'lik tug'ilish holatlari qayd etilgan. Plasentaning anomal joylashuvi bo'lgan ayollarda homiladorlik jarayonining borishini o'rganish shuni ko'rsatdiki. Asosiy guruhdagi 312 (55.7%) bemorlarda ekstragenital kasalliklar, 220 (39.3%) yuqumli va yallig'lanish kasalliklari 28 (5%) bemorlarda qo'shma kasalliklar qayd etilgan. Homiladorlik davrida qon ketish 290 (51,7%) homila-platsenta kompleksining buzilishi (kompensatsiyalangan platsenta etishmovchiligi) 180 (32.1%) va platsentaning muddatidan oldin ajralishi, Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda asfiksiya va markaziy nerv sistemasi patologiyasi va intrauterin infektsiya xavfi yuqori(16.2%). Bachadon va qo'shimchalarning surunkali yallig'lanishi, bachadon bo'yni patologiyasi, 90 (16%) tuxumdonlar disfunktsiyasi.290 (51,7%) va spontan abortlar 95 (16,9%) bilan tugadi, homiladorlik davri va tug'ilishning asoratlari, o'lik tug'ilish 28 (5%) gipertenziv kasalliklar 37 (6,7%) hollarda aniqlangan. Erta chilla davrida 20 (3.6%) gipotonik qon ketish, tug'ruqdan keyingi endometrit va laktostaz bilan asoratlangan.

Xulosalar: Shunday qilib, tadqiqotimiz natijalariga ko'ra, plasentaning anomal joylashuvi bo'lgan ayollarda tug'ruqning eng ko'p uchraydigan homiladorlik davrida qon ketish, homila-platsenta kompleksining buzilishi (kompensatsiyalangan platsenta etishmovchiligi) va platsentaning muddatidan oldin ajralishi, Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda asfiksiya va markaziy nerv sistemasi patologiyasi va intrauterin infektsiya xavfi yuqoriligi sababli onalar va bolalar o`limining ortishiga olib keladi.

ГЕСТАЦИОН ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ТУҒРУҚ ИНДУКЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИНИ ҚИЁСИЙ БАҲОЛАШ

Эшонқулова С.А.

Илмий рахбар: *Қаюмова Д.Т.*

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Мавзуниинг долзарблиги. Ҳозирги вақтгача бутун дунёда ҳомиладорлар ва туғувчи аёллар орасида гипертензив синдромлар кўрсаткичи юқорилигича 8-10% дан 17-24% гача қолмокда. Жаҳон Соғликни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига кўра, ҳомиладорлик ва туғруқ билан боғлиқ гипертензив синдромлар билан ҳар минутда ўртача битта аёл ҳаётдан кўз юммокда. Гипертензив синдромлар тўхтовсиз ривожланувчи ҳолатлар гуруҳига кириб, оқибатини олдиндан башорат килиб бўлмайди. Бундай ҳолатларда ягона «даъволаш» туғдириш ҳисобланади. Ҳомиладор аёлни туғруққа рационал таёрлаш учун бачадон бўйнининг биологик етилишига ижобий таъсир этувчи замонавий воситалардан ва туғруқ фаолияти индукциясидан фойдаланилади. Тошкент тиббиёт академиясида бачадон бўйнини етилтиришда Простагландин Е2 вагинал таблеткасидан фойдаланилади.Ўз вақтида етилган бачадон бўйни табиий туғруқ бошланишинг асосий калити ҳисобланади ва бу орқали оператив туғруқлар миқдорини камайтиришга эришилади.

Тадқиқод мақсади. Туғруқ индукцияси ўтказилган гестацион гипертензияли хомиладор аёлларда туғруқни кечиши ва асоратларини ўрганиш.

Тадқиқод материали ва усуллари. Проспектив илмий изланиш орқали Тошкент Тиббиёт Академияси Кўп Тармоқли Клиникаси Туғруқ комплексига 2022-йил август ва декабрь ойларида мурожаат қилган 30 та, хомиладорлик муддати 38-40 ҳафталик, бир хомилали, гестацион гипертензияли аёллар қамраб олинган. Асосий (биринчи) гуруҳ 15 та хомиладор аёлларда туғруқ Гландин Е2 (Динопростон 3 мг) вагинал таблетка билан индуцирланган, назорат (иккинчи) гуруҳи табиий бошланган 15 та туғруқ Per vias naturalis содир бўлган аёлдан иборат. Текширув усуллари умумий клиник-лаборатор, махсус акушерлик кўриги ва инструментал усуллардан иборат.Бачадон бўйни етилганлиги Бишоп

шкаласи бўйича қуйидагича баҳоланади: Етилмаган 0-5 балл, Етарлича етилмаган 6-8 балл, Етилган 9≤ балл.

Тадқиқод натижалари. Туғруқ индукцияси учун кўрсатма асосий гурухда етилган муддатда гестацион гипертензия 15 (100%) беморни ташкил этди ва ҳамма туғруқ индукцияси ўтказишдан олдин Бишоп шкаласи бўйича бачадон бўйни "етилмаган" деб баҳоланган. Асосий гуруҳда 4 (26,67%) беморда 2 доза Гландин Е2 билан индукция натижасида туғруқ амниотомиясиз, 3 (20%) беморда - 2 доза Гландин Е2+амниотомия+эпидурал анестезия билан, 1 (6,67%) - 1 доза Гландин Е2 билан амниотомиясиз, 1 (6,67%) - 1 доза Гландин Е2+амниотомия билан, 1 (6,67%) - беморда 2 доза Гландин Е2 амниотомиясиз, 1 (6,67%) - беморда 1 доза Гландин Е2+эпидурал анестезия билан туғруқ Per vias naturalis содир бўлди. Туғруқ асоратлари: 3 (20%) бемор 2 доза Гландин Е2 билан индукция самарасизлиги учун, 1(6,67%) беморда - 1 доза Гландин Е2 қўлланилгандан кейин бачадон бўйни етилган деб баҳоланди, лекин чаноқ-бош диспропорцияси ҳисобига туғруқ оператив йўл билан якунланди. Назорат гуруҳидаги аёлларда асоратлар кузатилмади, таббий туғруқ йўллари орқали туғруқ содир бўлди. Иккала гуруҳдаги жами аёллардан туғилган чақалоклар қониқарли ҳолатда, туғруқ травмаси кузатилмади.

Хулоса. Туғруқ индукциясини ўтказиш хомиладорликни давом эттириш она ва ҳомила учун хавф соладиган ҳолатда мақсадга мувофиқ булади. Индукция ўтказиш кесар кесиш амалиётини бажаришга имконияти мавжуд муассасада амалга оширилиши керак. Индукция самарадорлиги бачадон бўйнининг етилганлигига, хомиладорлик муддатига ва хомила ҳолатига боғлиқ.

QIN ORQALI TUG'RUQDAN SO'NG CHANOQ TUBI HOLATIGA EPIZIOTOMIYANI TA'SIRI

Jumayeva G.Sh

Ilmiy rahbar: *Srojidinova N.Z.*

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O`zbekiston

Mavzuning dolzarbligi. Zamonaviy akusherlik amaliyotida muhum muammolaridan biri, ayollarda tabiiy tugruq yo'llari orqali tug'ruq olib borilganda ona tomondat tug'ruq travmatizmi asoratini rivojlanish xavfi hisoblanadi. Hozirda genitaliy prolapsi asosan tug'ruq yo'llari travmasidan keyin 38,9 % holatlarda uchraydi. Genitaliy prolapsi korreksiyasi genitaliy yaxshi sifatli o'smalaridan va endometriozdan keyin 15-18% tashkil qiladi. Fiziologik tug'ruqlarda epiziotomiyadan keyin oraliqni ratsional tiklanishi hozirgi vaqtga qadar juda dolzarb muammolardan biri bo'lib kelmoqda.

Tadqiqot maqsadi. Qin orqali tug'ruqdan so'ng chanoq tubi holatiga epiziotomiyani ta'sirinini kuzatish va o'rganish.

Tadqiqot materiallari va tekshiruv usullari. Epiziotomiya o'tkazilgan ayollar chanoq tubi holatini baholash maqsadida umumiy klinik-labarator tekshirishlar, maxsuslashgan ginekologik ko'ruv - ko'zgu va qin orqali, instrumental tekshiruvlar: UZD va Doppler tekshiruvi o'tkazilgan.

Tadqiqot natijalari. Tekshiruvlar uchun 32 ta homilador ayolda o'rganilib ularni 3 ta guruhga ajratib olindi. 1 guruh n=12 ta tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'uvchi homilador ayollarda epiziotomiya amaliyoti bajarilgan: 2 guruh n=10 ta tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'uvchi homilador ayollarda oraliq yirtilishi xavfi bilan asoratlangan; 3 guruh nazorat guruhidagi n=10 ta tabiiy tug'ruq yo'llari orqali travmasiz tuqqan homilador ayollar. Tekshiruvlar natijasida shuni ko'rsatadiki tug'ruq davrida ayolda chanoq tubi muskullari funksiyasining shikastlanish sabablari homilaning bosh aylanmasi o'lcham 103 mm yuqori 7 (21.8%), qin zamburug'li yallig'lanish kasalliklari (kandidoz) 10 (31,2%), homila 3800 grammdan yuqori 8 (25%), homila boshi katta o'lchamda tug'ilishi 4 (12.5%), muddatdan o'tgan homila 3 (9.5%) kuzatildi. Birinchi tug'uvchi homilador ayollar yosh nisbati bo'yicha oraliq yirtilish xavflilik darajasi shuni

kor‘satadiki 18-25 yosh oralig‘ida 19 ta tug‘uvchi homilador ayollarda epiziotomiya amaliyoti va oraliq yirtilish xavfi 10 (52,6%), 26-35 yosh oralig‘ida 13 ta tug‘uvchi homilador ayollarda epiziotomiya amaliyoti va oraliq yirtilish xavfi 12 (92,3%) ni tashkil etdi.

Xulosa. O‘tqazilgan natijalar shuni ko‘rsatadiki oraliqni kengaytirish maqsadida epiziotomiya amalga oshirish zarur bo‘lsa, anal sfinkteri kompleksini himoyalash maqsadida perineotomiyaga nisbatan epiziotomiya afzal hisoblanadi. Oraliq yirtilish xavfi yuqori bo‘lgan birinchi va qayta tug‘uvchi homilador ayollarda epiziotomiya amaliyoti bajarilganda chanoq tubi muskullarining holatining qayta tiklanishi, tabiiy yo‘llar orqali jarohatsiz tug‘uvchi ayollarga nisbatan chanoq muskullarining qayta tiklanish samarodorligi yuqori deb baholandi.

SEMIZLIK BOR AYOLLARDA PREGRAVIDAR CHORA - TADBIRLARNI TAKOMILLSHTIRISH.

Soliyeva X.A.

Ilmiy rahbar: *Abdullyeva L.M., t.f.d*

23 - oilaviy poliklinikasi, Toshkent, O`zbekiston.

Dolbzarligi: Akusherlik amaliyotida patologiyaning ekstragenital turlari orasida homilador ayollarda semirish ko’p ahamiyatga ega. Akusherlik va perinatal asoratlarning chastotasi va ushbu patologiyaning nisbati yuqori darajada saqlanib qolmoqda. Hozirgi vaqtda semizlik ayollarda reproduktiv tizim disfunktsiyasining asosiy sabablaridan biri sifatida qaralmoqda. II va ayniqsa III darajali semizligi bo'lgan ayollarda gipertonik tipdagi vegetativ-qon tomir distoniyasi, genital tomirlari varikozi, oshqozon-ichak traktining jigar kasalliklari kabi kasalliklar tez-tez uchrab turishi aniqlandi. Tez semirib ketayotgan ayollarda, normal tana vazniga ega bo'lgan ayollarga nisbatan menstrual disfunktsiya, tuxumdon disfunktsiyasi, bepushtlik yuzaga keladi. Homiladorlik davrida semirish ko'pincha ona va homila uchun jiddiy asoratlarni rivojlanishi bilan birga keladi. Shu munosabat bilan alimentar-konstitutsiyaviy semirib ketgan ayollarni pregravid tayyorlash kompleksini ishlab chiqish juda dolzarb vazifadir.

Tadqiqot maqsadi: Alimentar - konstitutsiyaviy semirib ketgan ayollar uchun homiladorlik jarayonining xarakterli asoratlarini hisobga olgan holda, ona va homila uchun homiladorlik natijalarini yaxshilash uchun pregravidar tayyorgarlikni ishlab chiqish. O’rganilayotgan kontingentni tibbiy-ijtimoiy xususiyatlarini ko’rsatish. Alimentar-konstitutsiyaviy semizlik bilan og’rigan ayollarni oldindan o’qitish algoritmni ishlab chiqish tayyorgarlik va pregravidar tayyorgarliksiz guruhlarda homiladorlik va uning natijalarini qiyosiy tahlil qilish.

Tadqiqot usullari va materiallari: Asosiy guruh - 30 nafar homilador alimentar-konstitutsiyaviy semizlik bor ayolda oldin pregravidar tayyorgarlik o'tkaziladi, buning uchun pregravidar tayyorlash, umumiy qabul qilingandan tashqari; Reduxin-forte, Ekobiont (prebiyotik), Hofitol preparatlari (gepatoprotektor), Flebodia-600 (venotonik) qo'llaniladi. Taqqoslash guruhi - 30 nafar homilador, semirishning alimentar - konstitutsiyaviy turi bor ayolda oldin pregravidar tayyorgarlik o'tkazilmaydi. Nazorat guruhi – 30 nafar shartli sog'lom homilador ayollar yoshi bo'yicha taqqoslanadigan ayollar. Ayollarning barcha guruhlari quyidagi tadqiqotlardan o'tadilar: Umumiy klinik va akusherlik tadqiqot usullari, biokimyoviy ko'rsatkichlarni o'rganish (jigar funktsiyasi testlari, qon lipidlari), qonning uglevod spektrini o'rganish (glikozillangan gemoglobin, C-peptid, insulin), tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi, tomirlarini dopplerografiyasi.

Natijalar: Toshkentda birinchi marta semirishning alimentar-konstitutsiyaviy turiga ega bo‘lgan ayollarda homiladorlikning xarakterli asoratlarini o‘rganish asosida pregravidar tayyorlash kompleksi ishlab chiqildi. O'tkazilgan tadqiqotlar davomida semirishning alimentar-konstitutsiyaviy turi bo'lgan ayollarni homiladorlik jarayonining o'ziga xos asoratlarini hisobga olgan holda, natijalarni yaxshilash uchun, ona va homila uchun homiladorlikda pregravidar tayyorlash kompleksi ishlab chiqildi. Semirib ketish eng keng tarqalgan metabolik kasallik. So'nggi yillarda uning chastotasi ortib bormoqda va iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda 20-

50% ga etadi. Homilador ayollar orasida bu patologiya 15,5 % dan 26,9% gacha . Semirib ketish, turli organlar va tizimlarning faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan, homiladorlik, tug'ish, tug'ruqdan keyingi davrning patologik kursi xavfini, turli xil fetopatiyali bolalarning tug'ilish chastotasini, perinatal kasallanish va o'limni oshiradi, ularning chastotasi 20,7 % dan 95,0% gacha.

Xulosalar: Semizligi bor bemorni poliklinikalar, tug‘ruq majmualari ba`zalarida pregravidar tayyorgarlik o'tkazilgach. Ushbu semizlik bor ayollarda turli organlar va tizimlarning faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatishini, homiladorlik, tug'ish, tug'ruqdan keyingi davrning patologik kursi xavfini, turli xil fetopatiyali bolalarning tug'ilish chastotasini, perinatal kasallanish va o'limni kamaytirishga erishildi.

KESAR KESISH OPERATSIYASIDAN KEYINGI YIRINGLI SEPTIK ASORATLAR KUZATILGAN AYOLLAR KLINIK XARAKTERISTIKASI

Turopova S.Q.

Ilmiy rahbar: *Nasirova Z.A., PhD*

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Samarqand, O‘zbekiston

Dolzarbligi: Akusherlik fani hamda tibbiyotning ko‘pgina sohalarida zamonaviy texnologiyalarning rivojlanishi va takomillashuvi kesar kesish (KK) operatsiyasiga ko‘rsatmalarning kengayishiga olib keldi. Buning natijasida, hozirgi kunda KK – eng ko‘p tarqalgan operativ amaliyotlardan biri hisoblanadi.

Tadqiqot maqsadi: kesar kesish operatsiyasidan keyingi yiringli septik asoratlar kuzatilgan ayollar klinik anamnestik holatini o‘rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Tadqiqot SamDTU DKTF akusherlik va ginekologiya kafedrasida (kafedra mudiri – t.f.n., dotsent L.R.Agababyan) o‘tkazilgan. Retrospektiv guruhni 40 ta kesar kesishdan keyin yiringli septik asoratlar kuzatilgan ayollar tashkil qiladi; prospektiv guruh: asosiy guruh- kesar kesish operatsiyasini o‘tkazgan va yiringli septik asoratlar profilaktikasi o‘tkazilgan 35 ta ayol; qiyosiy guruh- kesar kesish operatsiyasini o‘tkazgan va yiringli septik asoratlar profilaktikasi o‘tkazilmagan 35 ta ayol tashkil qiladi.

Natijalar va muhokama: Tekshirilgan 2 ta guruh ayollari o‘zaro klinik ko‘rsatkichlari bo‘yicha sezilarli darajada farq qilishmagan. Ayollar yoshi barcha guruhlarda 18 yoshdan – 40 yoshgacha bo‘lgan. Guruhlarda o‘rtacha yosh ko‘rsatkichlari deyarli farq qilmagan. Barcha ikkala guruh ayollarining o‘rtacha yoshi 28,7±0,7 yilni tashkil etdi.

Homiladorlik va tug‘ruqlar pariteti bo‘yicha ham ayollar guruhi deyarli bir xil bo‘lgan. Birinchi marta homilador bo‘lib, birinchi marta tuqqanlar 12,7% (9 nafar ayollar) ni tashkil etgan. Anamnezida hozirgi tug‘ruqdan oldin o‘z-o‘zidan bola tashlash holati 4 nafar ayolda kuzatilgan. Qolgan (94,4%) tekshirilganlar takroran homilador bo‘lib, takroran tuqqanlar bo‘lishgan. Anamnezida hozirgi tug‘ruqdan oldin 17 nafar ayolda (23,9%), jumladan, 11 nafarida (15,5%) – bir necha marta homiladorlikni sun’iy tushirish holati kuzatilgan. Olingan ma’lumotlar shunday xulosa qilishga imkon beradiki, kuzatilayotgan ayollarning katta qismi ilgari kontratsepsiya usullaridan foydalanishmagan yoki homiladorlikdan saqlanishning samarasi past usullarini qo‘llashgan va oilani rejalashtirishni abortlar bilan tartibga solishgan. Tekshirilayotgan ayollarning somatik kasalliklar bo‘yicha salomatlik indeksi nisbatan qoniqarli bo‘lgan. Jinsiy a’zolarning yallig‘lanish kasalliklari va bachadon bo‘yni kasalliklari asosiy guruhda 19,4%, qiyosiy guruhda 25,7% va asosiy guruhga nisbatan 1,3 marta ko‘p uchragan; bepushtlik asosiy guruhda 8,3% uchragan bo‘lsa, qiyosiy guruhda 11,4% uchragan. E’tiborli jihati shundan iboratki, qiyosiy guruhda o‘z o‘zidan o‘lgan homila tushishlari asosiy guruhga nisbatan 2 marta ziyod kuzatilgan (2,8% va 5,7%). Endometriyning giperplastik jarayonlari asosiy ayollar guruhida qiyosiy guruhga nisbatan 1,2 marta ko‘proq uchragan. Asosiy ayollar guruhidan 22 nafar (61,1%), qiyosiy guruhidan 24 nafar (64,8%) ayol ilgari ginekologik kasalliklarni o‘tkazishgan. Hozirgi homiladorlik 58 nafar (81,7%) ayolda kamqonlik bilan asoratlangan, shu

jumladan, engil darajali kamqonlik bilan 26 nafari (36,6%), o‘rta og‘ir darajali kamqonlik bilan 28 nafari (39,4%). Homilaning tushish xavfi tashxisi bilan qiyosiy guruh ayollari asosiy guruhga nisbatan 1,7 marta ziyod davo olishgan (8,3% va 14,3%). Turli darajada ifodalangan preeklampsiya va eklampsiya hozirgi homiladorlikning kechishini 8 nafar (11,3%) ayolda qiyinlashtirgan, mazkur patologiya shu ayollarning 4 nafariga (5,6%) abdominal tug‘ruq uchun ko‘rsatma bo‘lib xizmat qilgan. Asosiy guruh ayollarda 4 holatda (11,1%) vaqtidan oldin tug‘ruq xavfi, 2 holatda (5,6%) gestatsion pielonefrit kuzatilgan, bu qiyosiy guruhga nisbatan 2 marta kam uchragan. Kesar kesish bo‘ladigan ayollarda juda ham ko‘p vulvo-vaginit uchragan (16,7% va 22,9%) va bu o‘z navbatida yiringli-yallig‘lanish kasalliklari uchun zamin yaratadi.

Xulosalar: O‘tkazilgan tadqiqotlarga ko‘ra, operatsiyaga eng ko‘p ko‘rsatmalar chandiqning nosozligi yoki anamnezida chandiqning borligi (18,3%), somatik patologiya (11,3%), tug‘ruq faoliyati anomaliyalari (11,3%), homila va chanoq o‘lchamlarining nomutanosibligi (9,9%), yo‘ldoshning oldinda yotishi (7,0%), homilaning chanog‘i bilan oldinda kelishi (7,0%) bo‘lgan. SHunday qilib, biz kuzatayotgan kesar kesishni o‘tkazgan ayollarning klinik tavsifi deyarli bir xilligidan dalolat beradi.

YUVENIL DAVRDA BACHADONDAN ANOMAL QON KETISHINI TASHXISLASH VA OLIB BORISH TAKTIKASI

Tillayeva M.A

Ilmiy rahbar: *Babadjanova G.S.*

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O’zbekiston

Dolzarbligi: Bachadondan anomal qon ketishi o’smir yoshdagi qizlarning shifokorga murojaat qiladigan eng ko’p muammolardan biri.BAQK nafaqat tibbiy, balki sotsial muammolardan biri bo’lb ,keyinchalik reproduktiv salomatlikka ham salbiy ta’sir ko’rsatadi.Uchrash chastotasi bo’yicha BAQK pubertat davrdagi ginekologik kasalliklar orasida 10-37,5%ni tashkil qiladi.BAQKning asosiy sabablaridan biri anovulyatsiya (gipotalamik-gipofizar-tuxumdon sistema buzilishi natijasida).Ikkinchi o’rindagi ko’p uchraydigan sabablardan biri koagulyatsiya patologiyasidir.

Maqsadi: o’smir yoshdagi qizlarda BAQK sababini aniqlash va davo usulini tanlash.

Tadqiqot materiallari va usullari: Ilmiy izlanishimiz Toshkent shahridagi bir necha poliklinikalarda olib borildi.Ilmiy tadqiqotimiz davomida 11-16 yosh oralig’idagi 30nafar BAQK bilan o’smir yoshdagi qizlar tekshirildi va kuzatib borildi.Menorragiya 7kundan ko’p yoki regulyar intervalda 80mldan ko’p qon ketishiga qarab bemorlar tanlab olindi.Barcha bemorlarda umumiy qon ,qon biximiya ,koagulogramma ,Von Willebrand omili antigeni,FSG,LG,progesteron,prolaktin,TTG laboratoriya tekshiruvlari olindi.Shu bilan birgalikda barcha bemorlarda kichik tos azolari uttsi va MRT tekshiruvlari o’tkazildi.Bemorlardan 8tasi faqatgina gormonal davo(levonolgestrel 1,5mg+etinil estradiol 0,3mg),12tasi gormonal davo(levonolgestrel 1,5mg+etinil estradiol 0,3mg) va Fe preparatlari,8tasi faqatgina Fe preparatlarini qabul qilgan.

Natijalar :tekshiruvlar natijasida 30nafar qizlardan 20tasida(66,7%) hech qanday patologiya aniqlanmadi.10nafar qizdan 7tasida(23,3%) gemotologik buzilish,2tasida(6,7%) gipotireoidizm,1tasida polikistik tuxumdon sindromi (3,33%)aniqlandi.Gemotologik buzilish mavjud 7nafar qizlardan 2tasida von Willibrand kasalligi,2tasida idiopatik o’tkir trombisitopenik purpura,3tasida surunkali trombositopenik purpura aniqlandi.Ularga desmopressin bilan davo muolajasi davom ettirildi.Gemoglobin ko’rsatkichlariga ko’ra faqatgina gormonal davo olgan bemorlarda gemoglobin ko’rsatkichi 10-15g/lga,gormonal davo va Fe preparatlari olgan bemorlarda 15-20g/l ,faqat temir preparatlari olgan bemorlarda 5g/lga oshgani aniqlandi

Xulosa: Xulosa qilib aytish mumkinki,to’g’ri qilingan tekshiruvlar va to’g’ri qo’yilgan tashxis hamda unga mos bo’lgan davo muolajasini tanlash BAQKning keyingi asoratlarini oldini oladi.Keyinchalik ayolning reproduktiv salomatligidagi buzilishlarga barham beradi.

ЎТКИР РЕСПИРАТОР ВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР БИЛАН ОҒРИГАН ҲОМИЛАДОРЛАРНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ САМАРАДОРЛИГИ

Умиркулов Б.С.
Илмий рахбар: *Элтазарова Г.Ш., т.ф.н.*
Республика перинатал маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Долзарблиги. Ўткир респиратор вирусли инфекциялар кенг тарқалган касалликлар бўлиб, барча юқумли касалликларнинг қарийб 90% ни ташкил қилади. Ҳомиладорлик даврида ЎРВИ беморларнинг 2-9%да кузатилади. Ҳомиладор аёлларда инфекцияга алоҳида мойиллик йўқ. Аммо ҳомиладор аёлларда юқумли ва вирусллар келтириб чиқорган нафас олиш касалликлари, кўпинча оғирроқ ўтади. Асоратларни келиб чиқиши ҳам юқори даражада. Ҳомиладор аёллар ЎРВИ билан оғриганидан сўнг, онадан 20,0% гача ва ҳомилада 25,0% гача асоратларнинг юзага келиши даражаси ортади. Ҳомиладорларда коронавирус билан касалланиш 5,3% учраган. Ҳомиладорлик даврида экстрагенитал патологиялар таркибида ЎРВИ етакчи ўринни эгаллайди. Ўткир инфекцияларнинг умумий касалланишининг 2/3 қисмидан кўпроғини ташкил этади. Бу ҳомиладор аёлларларда физиологик имунитетнинг сусайиши билан тушинтирилади. Клиник жиҳатдан, улар орасида катарал ва интоксикация синдромлари кўп учраган. Касаллик ўткир шаклда тана ҳароратининг кўтарилиши билан характерланади 30,1% ҳолларда тана ҳарорати 38,0 ° С ва ундан юқори даражага кўтарилган. Шу билан бирга, ҳарорат реакцияси ҳомиладорликнинг I ва II уч ойлик муддатида аниқ намоён бўлган. Интоксикация белгилари ва умумий ҳолсизлик диярли барча беморларда қайд этилган. Бош оғриғи 34,1% ҳолларда намоён бўлган. Катарал синдром касалликнинг 1-2-куни қуруқ йўтал шаклида 34,1% ва терлаш, ютиш пайтида томоқ оғриғи ҳомиладорлик муддатидан қаътий назар, ҳомиладор аёлларнинг 64,6% да кузатилган. Ўткир респиратор вирусли инфекциялардан сўнг ҳомиладор аёлларда энг кўп учрайдиган асоратлар: турли даражадаги преэклампсиялар - 87,3%, ҳомиладорлик пиелонефрит - 10,4%, фетоплацентар етишмовчилик ривожланиши - 62,9%, ҳомила гипоксияси - 45,2%, бачадон қон айланишининг бузилиши -37%. ҳомилани ривожланишдан орқада қолиш синдроми турли даражалари - 26,7%, ҳомиланинг инфекция билан туғилиши - 27,4%. Ҳомилани ўз-ўзидан тушиш хавфи 50% кузатилган. ЎРВИ билан касалланган ҳомиладорларда, гестациянинг она ва ҳомила томонидан асоратланиши - унинг муддатларига боғлиқ қуйидагича кузатилган. Биринчи уч ойлик муддатида - 30,3%, иккинчи уч ойлик муддатида - 25,6%, учинчи уч ойлик муддатида - 20,5% да. Ҳомиланинг инфекция билан туғилиши 89,7% каби асоратлар энг кўп учраган. Касалликнинг дастлабки босқичларида ҳомиланинг эрта ўз-ўзидан тушиб кетишига 13-18% сабаб бўлади. ЎРВИ билан қанча ҳомиладорликнинг эрта муддатларида оғриб утса, касалликни кечиш оғирлик даражасига боғлик шунча жиддий асоратларга олиб келади. Хатто ҳомила ривожланиш аномалиялари юз бериши мумкин. ЎРВИ билан туғруққа яқин касалланса, туғрукдан кейинги чилла даври асоратларнинг кўп учраши кузатилади. Туғрукдан кейинги яллиғланиш касалликлари, ҳомилани инфекция билан туғилиши, болаларда жисмоний ва ақлий ривожланишдан орқада қолиш каби асоратлар учрайди. Адабиётларда ЎРВИ клинаси бошланиши билан биринчи 24-48 соатларида вирусга қарши даво бошланганда касаллик енгил кечиши ва тез тузалиши айтилган. Интоксикация белгиларининг кам намоён бўлганлиги билан кечиши ҳақида маълумотлар мавжуд. ЎРВИ билан касалланган ҳомиладорларда, даволаш усулларини қўллаш самарадорлигини баҳолаш ва гестацияни оқибатларини ўрганиш перинатология фанининг устивор муаммолардан биридир.

Тадқиқотнинг мақсади. Ўткир респиратор вирусли инфекциялар билан оғриган ҳомиладорларни даволаш тактикасини самарадорлигини баҳолаш ва гестацияни оқибатларини ўрганиш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Самарқанд ВПМ га 2022 йил 10 ой давомида 10629 нафар ҳомиладорлар муроажат қилган. Шундан 9466 нафар ЭГК билан даволанишга ва туғруқга мурожаат қилиб келган. Ушбу ҳомиладорлар орасидан, ўткир респиратор вирусли инфекциялар билан оғриган 30 нафар ҳомиладорлар 1-асосий гуруҳ (1-АГ) этиб белгиланди, n=30. Уларда даво курси ўтказилди. Анамнезида ЎРВИ билан касалланган аммо даволанмаган ва туғруқга келган 20 нафар ҳомиладорлар 2-таққос гуруҳи (2-ТГ) деб кўрсатилди, n=20. Жами тадқиқот учун n=50 нафар ҳомиладорлар олинди.

Текшириш натижалари. Самарқанд вилоят перинатал марказига 2022 йил 10 ой давомида 10629 нафар ҳомиладорлар муроажат қилиб келган. Шундан 1076 (10,1%) нафари инфекцион бўлимига госпитилизация қилинди. Уларнинг 81 нафарида (7,5%) ўркир респиратор касалликлар (ЎРК) ва 94 нафарида (8,7%) ўткир респиратор вирусли инфекциялар (ЎРВИ) клиникаси учради. Жами 175 нафарида (16,3%) ЎРК ва ЎРВИ симптомлари кузатилди. Ҳомиладорликни кечиши, 1-АГ да ЎРВИ симптомлари (умумий ҳолсизлик, совқотиш, мушак ва бўғинларда оғриқ бўлиши, тана хароратини ошиши) ҳомиладорликни 4-12 хафталик муддатида 3 нафарида (10%), ЎРК симптомлари (бурин битиши, аксириш, тумов белгилари (бурин оқиши), кўздан ёш келиши ва қуруқ йўтал) 2 нафарида (6,7%) кузатилди. 13-21 хафта, 22-28 хафта ва 37-41 хафталик муддатларида ЎРВИ симптомлари 2 нафардан (6,7%) ва ЎРК симптомлари 1 нафардан (3,3%) учради. Асосан ҳомиладорликни 29-36 хафталик муддатида ЎРВИ симптомлари 21 нафарида (70%) аниқланди. Уларнинг 19 нафарида (63,3%) ЎРК симптомлари ҳам кузатилди. ЎРВИ фонида, ҳомилани эрта тушиш хавфи 2 нафарида (6,7%) ва кеч тушиш хавфи 1 нафарида (3,3%) учради. Ҳомилани муддатидан олдин туғилиш хавфи 13 нафарни (43,3%) ташкил қилди. Даволаш. Катарал белгилар бўлганда, вирусга қарши препаратлар-ацикловир, улкарил. Иммунитетни ошириш мақсадида виферрон шамчалари, қўлланилди. Интоксикация белгилари қўшилганда, пенциллин, цефалоспоринлар, амоксиклав 1000 мг. таб ва мукалтин таблетка кўринишида, парацетамол шамчалари қўшимча тавсия қилинди.
Туғруқ вақтида, қоғоноқ сувларининг барвақт кетиши 5 нафарида (16,7%) кузатилди. Чақалоқлар 3 нафари (10%) Апгар шкаласи бўйича (АШБ) 6-7 балга ва қолган 27 нафари (90%) 8-9 балга туғилди. 1 нафар (3,3%) чақалоқ ҳомила инфекцияси билан туғилди. Чилла даврида бачадон субинвалюцияси 1 нафарида (3,3%) учради. 2-ТГда, ЎРВИ симптомлари ҳомиладорликни 4-12 хафталик муддатида 2 нафарида (10%) бир вақтда ЎРК симптомлари ҳам 2 нафарида (10%) учради. 22-28 хафталикда, ЎРВИ симптомлари 4 нафарида (20%) ва ЎРК симптомлари 3 нафарида (15%) аниқланди. 29-36 хафталикда ЎРВИ симптомлари 11 нафарида (55%) да, ЎРК симптомлари 6 нафарида (30%) ва 37-41 хафталик муддатларида ЎРВИ симптомлари 3 нафарида (15%), ЎРК симптомлари 2 нафарида (10%) кузатилди. ЎРВИ фонида, ҳомилани эрта тушиш хавфи 2 нафарида (10%) учради. Ҳомилани муддатидан олдин туғилиш хавфи 9 нафарида (45%%) ташкил қили. Даволанмаган гуруҳда туғруқ вақтида, қоғоноқ сувларининг барвақт кетиши 6 нафарида (30%) кузатилди. Чақалоқлар 1 нафари (5%) АШБ 5-6 балга, 4 нафари (20%) 6-7 балга ва 15 нафари (75%) 8-9 балга туғилди. 3 нафар (15%) чақалоқ ҳомилани инфекцияси билан туғилиши кузатилди. Чилла даврида бачадон субинвалюцияси 2 нафарида (10%), туғруқдан кейинги эндометрит 1 нафарида (5%) учради.

Хулоса. ЎРВИ ва ЎРК симптомлари 16,3% кузатилди. 1-АГ даволанган гуруҳда чилла даври асоратлари 20% ва чақалоқларни ўрта оғир аҳволда туғилиши 10% кузатилди. ТГда, даволанмаган ҳомилаорларда чилла даври асоратлари 45% ва чақалоқларни оғир ва ўрта оғир аҳволда туғилиши 25% бўлди. Натижа ҳомиладорлик даврида ЎРВИ симптомлари бўлганда даволашнинг самарадорлигини кўрсатди.

QOG'ANOQ PARDANING TUG'RUQDAN OLDIN ERTA YORILISHI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA KUZATILADIGAN ASORATLAR

Usmonova Y.Z., Fayzullayeva S.Sh.
Ilmiy rahbar: *Navruzova R.S.*
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Toshkent, O'zbekiston

Dolzarbligi: Hozirgi kunda qog'anoq pardaning tug'ruqdan oldin erta yorilishi (QPTOEY) zamonaviy akusherlik amaliyotidagi muhim muammolardan biri bo'lib kelmoqda. Ko'pincha QPTOEY homiladorlik va tug'ruqning fiziologik kechishini buzadi hamda muddatidan oldingi tug'ruq, tug'ruqning latent va faol fazalari cho'zilishi, homilada gipoksiya rivojlanishi, ona va homilaning infeksiyalanishi kabi asoratlarga olib kelishi mumkin. Ona uchun katta xavf tug'ruq jarayoni va natijalarini yomonlashtiradigan asoratlardan biri xorionamnionitdir.
Tadqiqot maqsadi: Qog'anoq pardaning tug'ruqdan oldin erta yorilishi bo'lgan homilador ayollarda tug'ruqda va erta chilla davrida kuzatiladigan asoratlarni o'rganish.
Tadqiqot materiallari va usullari: Bu tadqiqotni o'tkazish uchun I.I. Irgashev nomidagi 4-shahar klinik shifoxonasining tug'ruqxonasida 2020-2021 yillarda QPTOEY bo'lgan 552 nafar homilador ayollarning kasallik tarixi ajratib olinib retrospektiv tahlil o'tkazildi.
Natijalar va muhokama: Tekshiruvdan o'tgan ayollarning yoshi 18-45 da bo'lib, o'rtacha 26,08±0,311 yoshni tashkil etdi. Ular orasida birinchi marta tuqqanlar 316 (57,2 %), ikkinchi va undan ko'p marta tuqqanlar 193 (35%), besh va undan ko'p tuqqanlar esa 43 (7,8%) tani tashkil etdi. 1- marta tug'uvchilarning o'rtacha yoshi 21,3 ni, 2-4 marta tug'uvchilar o'rtacha yoshi 27,4 ni, 5 va undan ko'p marta tuqqanlarning o'rtacha yoshi esa 32,9 ni tashkil qildi. 321 (58,1%) nafar ayol tabiiy tug'ruq yo'llari orqali, qolgan 231 (41,9%) nafarida esa kesarcha kesish amaliyoti orqali homiladorlik yakunlangan. Bemorlarning reproduktiv anamnezida 18 (3,26%) tasida muddatidan oldingi tug'ruq kuzatilgan. Ulardan 6 (1,08%) tasida takroriy muddatidan oldingi tug'ruq bo'lgan. 112 (20,3%) nafarda homiladorlikning turli bosqichlarida spontan tushishlar kuzatilgan. Shuningdek, 14 (2,5%)ta ayolda erta neonatal o'lim va 9 ta (1,6%) o'lik tug'ilish holatlari qayd etilgan. QPTOEY bo'lgan ayollarda homiladorlik jarayonining borishini o'rganish shuni ko'rsatdiki, 385 (69,7%) ayol homiladorlik davrida o'tkir respirator virusli infeksiya (O'RVI) bilan kasallangan. QPTOEY bilan kasallangan bemorlarning 340 (61,6%)tasida homiladorlik turli darajadagi anemiya fonida davom etgan. Tahlillar shuni ko'rsatdiki, tug'ruqda eng ko'p uchraydigan asorat muddatidan oldingi tug'ruq bo'lib, u 278 (50,4%)ta, tug'ruq davomiyligining cho'zilishi 206 (37,4%) ni tashkil qiladi, ularning deyarli yarmi 101 (18,3%)da tug'ruqning latent fazasining cho'zilib ketishi kuzatilgan. Gipertenziv kasalliklar 37 (6,7%) hollarda aniqlangan. Homilaning distressi 11 (2%) ida, xorioamnionit 20 (3,6%) hollarda qayd etilgan. Bulardan tashqari kuzatilgan asoratlarga tug'ruq obstruksiyasi, normal joylashgan yo'ldoshning vaqtidan oldin ko'chishi, kindik tizimchasining tushib qolishi, homila yelkasi distotsiyasi, asinklitizm kabilar 15 (2,7%) ni tashkil etdi. Tug'ruq yo'llarining jarohatlanish chastotasi 28,4% ni tashkil etdi, ulardan oraliqning 1-darajali yirtilishi (11,3%) va qin orqa devori shilliq qavatining yirtilishi (17,1%), erta chilla davrida (1,3%) gipotonik qon ketish, tug'ruqdan keyingi endometrit va laktostaz bilan asoratlangan.
Xulosalar: Shunday qilib, tadqiqotimiz natijalariga ko'ra, QPTOEY bo'lgan ayollarda tug'ruqning eng ko'p uchraydigan asoratlari muddatdan oldingi tug'ruq, tug'ruq davomiyligining cho'zilishi, gipertenziv kasalliklar va xorioamnionitdir. Shuningdek, bemorlarning ushbu kontingentida tug'ruq yo'llari jarohatlanishining foizi yuqoriligi aniqlandi.

KESARCHA KESISH AMALIYOTIDAN KEYIN UCHRAYDIGAN ASORATLARNI BAHOLASH

Usmonova M.
Ilmiy rahbar: *Kayumova D.T.*
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Mavzuning dolzarbligi: Oxirgi o'n yillikda kesarcha kesish orqali tug'ruqni yakunlash sezilarli miqdorda ko'paydi. Avval kesarcha kesish amaliyoti hayot uchun xavfli vaziyatlarda ishlatilgan bo'lsa, sog'liqni saqlash sohasidagi yutuqlar tufayli bugungi kunda xavfsiz jarrohlik amaliyoti sifatida qaraladi va unga ko'rsatmalar kengaytirilgan. Biroq ko'pchilik tadqiqotlar kesarcha kesish amaliyotini noxush oqibatlari uchrashini tasdiqladi.
Tadqiqot maqsadi: Kesarcha kesish amaliyoti bilan bog'liq ona tomonidan uchraydigan asoratlarni o'rganish.
Tadqiqot material va usullari: Prospektiv ilmiy izlanish orqali Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi tug'ruq kompleksiga 2022 yil sentyabr, oktyabr va noyabr oylarida murojaat qilgan 450 ta operativ tug'ruq o'tkazgan ayollar qamrab olingan. Asosiy (birinchi) guruhda 245 ta ayolda shoshilinch (dastlabki 12 soat ichida operativ tug'ruq ko'rsatmasi bo'lgan) operativ tug'ruq, nazorat (ikkinchi) guruhi 205 ayol rejali operativ tug'ruq o'tkazgan ayoldan iborat. Tekshiruv usullar umumiy klinik-laborator, maxsus akusherlik ko'rigi, instrumental va statistik usullardan iborat. Tekshiruv vaqtida barcha asoratlar sifatida: qon yo'qotish (1500ml dan ortiq), operatsiya vaqtidagi asoratlar (ichki organlar jarohati), og'riqsizlantirish natijasidagi asoratlar, gisterektomiya va boshqa qayta jarrohlik amaliyotlari, sepsis, endometrit (isitma, yiringli ajralmalar), jarohat infeksiyalari, siydik yo'llari infeksiyasi, pnevmoniya, o'pka shishi, ichaklar o'tkazuvchanligi yo'qolishi va chuqur venalar trombozi o'rganildi. Og'ir asoratlar sifatida gisterektomiya, chuqur venalar trombozi, qon yo'qotish (1500ml dan ortiq), sepsis, o'pka shishi baholandi.
Tadqiqot natijalari: operativ tug'ruqqa ko'rsatmalar asosiy guruhda homila nomuqobil holati 92 (32,5%), homila noto'g'ri joylashishi 104 (42,4%), qayta kesarcha kesish amaliyoti 4 (1,6%), yo'ldoshni vaqtidan ilgari ko'chishi 10 (4%), somatik kasalliklar 28 (11,4%), tug'ruq stressi 4 (1,6%) va boshqa sabablar 3 (1,2%). operativ tug'ruqqa ko'rsatmalar nazorat guruhida homila nomuqobil holati 6 (2,9%), homila noto'g'ri joylashishi 106 (51,7%), qayta kesarcha kesish amaliyoti 60 (29,3%), yo'ldoshni vaqtidan ilgari ko'chishi 4 (1,96%), somatik kasalliklar 14 (11,4%), tug'ruq stressi 9 (4,4%) va boshqa sabablar 6 (2,9%).
Tekshiruvga qamrab olingan ayollar o'rtacha yoshi 18-41 yosh atrofida, asosiy guruhda 30 yosh; nazorat guruhida 31 yosh. Asosiy guruhda 154 (63%) – birinchi tug'uvchi, 91 (37%) qayta tug'uvchi; nazorat guruhida 40 (38%) – birinchi tug'uvchi, 65 (62%) – qayta tug'uvchi ayollar tashkil etdi. Tadqiqot guruhlarida asoratlar uchrash darajasini tahlili shuni ko'rsatdiki, umuman olganda asoratlar ko'rsatkichi 122 (27,1%) ni tashkil etdi. Asosiy guruhda ya'ni shoshilinch kesarcha kesish amaliyoti o'tkazilganda ko'rsatkich 78 (31,8%) bo'lsa, nazorat guruhida 44 (21,4%) ni tashkil etdi. Operativ tug'ruqdan keyingi asoratlar ichida bachadon devori yoki qon tomirlari yorilishi -6 (1,3%), siydik qopi, siydik yo'li yoki ichak jarohatlanishi 3 (0,7%), qayta operatsiya o'tkazish 7 (1,6%) ni tashkil etdi. Qon yo'qotish (1500 mldan ortiq) asosiy guruhda 26 (10,6%) bo'lib, nazorat guruhida 12 (5,9%) nisbatan yuqori ko'rsatkichni qayd etdi. Og'riqsizlantirish natijasidagi asoratlar ko'rsatkichida asosiy guruh 10 (4%) va nazorat guruhi 9 (4,4%) o'rtasida sezilarli darajada farq yo'q ekan. Endometrit tashxisi asosiy guruhda 21 (8,6%) holda, nazorat guruhida 4 (2%) holda qo'yilgan. Sepsis nazorat guruhida 1 (0,5%) ayolda uchrab, asosiy guruhda pnevmoniya 1 (0,5%) holda uchrashi alohida e'tiborga loyiqdir. Jarohat infeksiyasi ko'rsatkichi asosiy guruhda 8 (3,3%) va nazorat guruhida 7 (3,4%) ni tashkil etdi.
Xulosa: Bizning tadqiqotlarimiz shuni ko'rsatdiki, shoshilinch kesarcha kesish amaliyotidan so'ng asoratlar rejali operativ tug'ruqqa qaraganda ko'proq uchraydi. Asoratlar ichida qon yo'qotish eng yuqori o'rinda turadi. Endometrit tashxisi shoshilinch ravishda kesarcha kesish o'tkazishdan keyin rejali operatsiyaga nisbatan 4 marta ko'proq uchraydi.

TUG'RUQDA VAKUUM EKSTRAKSIYASINI QO'LLASHNING AHAMIYATI

Xatamova O'.R.
Ilmiy rahbar: *Shokirova S.M.*
Andijon Davlat Tibbiyot Institut, Andijon, O`zbekiston

Dolzarbligi: Hozirgi kunda mintaqamiz bo'yicha tug'ruqning ikkinchi davrining cho'zilishi ayollarning 11.2-11.8 % da uchramoqda. Bunday ayollarning 90 % kesar kesish operatsiyasi orqali tug'dirilyapti. Bu esa so'nggi 20 yil ichida operativ tug'ruqlar sonini ortishi, akusherlik asoratlarining keskin ortishiga sabab bo'lyapti. Natijada chandiqli bachadon bilan homiladorlik foizi keskin ortib ketdi. Buning oldini olish, akusherlik asoratlarini kamaytirish uchun tug'ruqning ikkinchi davri cho'zilgan holatlarda tabiiy tug'ruq yo'llari orqali instrumental tug'dirish usullarini qo'llash maqsadga muvofiqdir. Xususan vacuum ekstraksiya bilan tug'dirish operativ tug'ruqlarni kamayishiga olib keladi.

Tekshiruv maqsadi. Tug'ruqning ikkinchi davri cho'zilgan ayollarda vacuum ekstraksiya bilan tug'dirishning ahamiyatini o'rganish

Tadqiqot materiali va tekshiruv usullari. Izlanish davomida qo'yilgan maqsadni amalga oshirish uchun 20 nafar ayollar tug'ruq tarixini taxlili olib borish rejalashtirildi. Tekshiriluvchilarning 14 nafari 2021-2022 yillar davomida Andijon shaxar 2-tug'ruq kompleksida tug'ruq kuchlari sustligi sababli VE bilan tug'dirilgan ayollardan iborat. Buning uchun umumiy klinik tahlillar (umumiy qon va siydik tahlillari, qon bioximik tahlili, Nechiporenko tahlili, 3 nuqtadan surtma tahlili), akusherlik tekshiruvlari va Instrumental tekshiruvlar (dopplerometriya) natijalaridan foydalaniladi

Tekshiruv natijalari. Tug'ruq ikkinchi davrining cho'zilishi natijasida homilada gipoksiya yuzaga keladi va bu tezkor akusherlik aralashuvini talab qiladi.

Tug'ruq II davri cho'zilgan ayollarning 6 (30%) kesar kesish operatsiyasi orqali, 14 (70%) VE bilan tug'dirilgan. Kesar kesish bilan tug'dirilgan ayollarning 1 (16.67%) da operatsiyadan keyingi isitma, 1 (16.67%) da ichaklar parezi, 2 (33.34%) da chilla davrida qon gipotonik ketish, 2 (33.34%) da hech qanday asorat kuzatilmagan. Ayollarning 6 (100%) da operatsiyadan keyingi kamqonlik yuzaga kelgan. VE bilan tug'dirilgan ayollarning 14 (100%) da epiziotomiya, epiziografiya operatsiyalari amalga oshirilgan. Ulardan 12 (85,7%) da hech qanday asorat kuzatilmagan; 1 (7.15%) da tug'ruqdan keyingi jaroxat choklarining ochilib ketishi; 1 (7,15 %) da tug'ruqdan keyingi jaroxat choklarining yiringlab ketishi kuzatilgan.

Xulosa. Tug'ruqning ikkinchi davri sustligi yuzaga kelganda homilani tug'ruq yo'llarida uzoq vaqt turib qolib, homila o'tkir gipoksiyasi yuzaga kelishini oldini olish, sog'lom chaqaloq tug'ilishni ta'minlash, tug'uvchi ayolga yordam qilish, kesar kesish operatsiyasini oldini olib, chandiqli bachadon bilan homiladorliklar yuzaga kelishini kamaytirish maqsadida tug'ruqda vacuum ekstraksiyani qo'llanilsa ayolda va homilada yuzaga kelishi mumkun bo'lgan asoratlarni kamaytirish mumkun. Faqat VE bilan tug'dirishda ayolga VE qo'llash uchun barcha shart sharoitlar bo'lishi, VE dan kechiktirmasdan o'z vaqtida qo'llash, VE bilan tug'dirishni tajribali akusher ginekolog tomonidan qo'llanishi, homila uchun VE chashkasining optimal o'lchamdagisini tanlash, VE ni birinchi urunishdayoq to'g'ri qo'llab homilani bir urinishda tug'dirib olish orqali tug'ruqda yuzaga keladigan ham ayoldagi, ham homiladagi asoratlarni keskin kamaytirishga erishish mumkun

O'SMIR QIZLAR MENSTRUAL VA REPRODUKTIV FUNKSIYALARI XUSUSIYATLARI TAXLILI

Xudoyqulova Z.S.

Ilmiy rahbar: *Negmadjanov B. B., t.f.d. prof.*

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Tadqiqot dolzarbligi: Hozirgi jamiyatda o'smir qizlarning menstrual va reproduktiv salomatligi asosiy masala hisoblanadi. Zamonaviy sharoitda o'smirlarning reproduktiv salomatligi atrof-muhit va jamiyatning negativ ta'siri natijasida zararlanmoqda. So'nggi paytlarda o'smirlarda menstrual va reproduktiv funktsiya kasalliklari soni ko'p uchramokda. Shu sababli 15-18

yoshdagi o'smir qizlar salomatligi jiddiy e'tibor talab qilmoqda. Hozirgi vaqtda ginekologik patologiyalar sonida o'sish kuzatilmokda, o'smir qizlarda menstrual tsikl buzilishlar chastotasi 2-3 marta oshgan. Aholi salomatligi holati va har qanday jamiyatning rivojlanishi ko'p jihatdan yoshlar salomatligi, uning demografik zaxirasi, madaniy, intellektual va kasb-hunar ishlab chiqarish salohiyatini shakllantiradigan o'smirlar salomatlik darajasi bilan belgilanadi. Fertil yoshdagi ayollarning sog'lig'i hayotning birinchi kunlaridan boshlab belgilanadi. Bolalikda ayol jinsiy a'zolarining ko'plab kasalliklarga chalinganligi sabab, jinsiy xatti-harakatlarning poydevori qo'yiladi, anormal reproduktiv munosabatlar shakllanadi. Faqat balog'at yoshidagi yoshlarning sog'lig'i muammosini hal qilish orqali sog'lom avlod tug'ilishini kutish mumkin. Zamonaviy sharoitda dunyoning turli mamlakatlaridagi bolalar populyatsiyasining jinsiy rivojlanish ko'rsatkichlari ko'p yo'nalishli tendentsiyalarga ega. Rivojlangan mamlakatlarda balog'atga etish jarayonlarining barqarorlashishi, shu bilan birga tana vazni ko'rsatkichlarning oshishi kuzatilmoqda. MDH mamlakatlarida, aksincha, tana tuzilishi astenizatsiyasi fonida jinsiy rivojlanishdan orqada qolgan, astenik va tana vazni yetishmaydigan tipdagi o'smir qizlar soni ko'paymoqda. Hozirgi bosqichda balog'at davrida quyidagilar : o'smirlarning sog'lig'ining yomonlashishi; nogironlikning ko'payishi; erta faol balog'at yoshiga moyillik; jinsiy rivojlanishning sustlashishi sodir bo'lmoqda. O'smirlik-bu o'tish davri bo'lib, u orqali yoshlar nafaqat balog'at yoshiga erishish uchun yangi imkoniyatlarga ega bo'ladilar, balki tez jismoniy o'sish, fiziologik va psixosotsial o'zgarishlar, ikkilamchi jinsiy xususiyatlarning rivojlanishi va reproduktiv kamolot davri kabi o’zgarishlar qizlardagi o'smirlikni anglatadigan muhim davr sifatida qaraladi. Menarxe-bu birinchi hayz davri o'smirlik davrida sodir bo'ladi va bu ayol hayotida muhim ahamiyatga ega bo'lgan fiziologik va rivojlanish hodisasidir. Ayollarning reproduktiv salomatligi ko'plab omillarga bog'liq bo'lib, erta tug'ilish tarixi jinsiy rivojlanishga salbiy ta'sir ko'rsatishi va kelajakda reproduktiv funktsiyaga ta'sir qilishi mumkin. Ushbu buzilishlar sababini aniqlash ginekologiyada murakkab muammolardan biri hisoblanadi. Bu gipotalamo-gipofizar sohaning periferik ekstra - va interoreseptorlar bilan murakkab aloqasi va organizmdagi turli kasalliklar natijasida gomeostaz buzilishlar bilan bog'liq deb tushintiriladi. O'smir yoshda reproduktiv funktsiyaning buzilishi ijtimoiy xarakterga ega bo'lib, ish qobiliyatining pasayishiga, kelgusida bepushtlikka olib keladi.

РЕПРОДУКТИВ ЙЎҚОТИШЛАР КУЗАТИЛГАН АЁЛЛАРДА ЭКУ МУОЛАЖАСИ САМАРАДОРЛИГИГА ТАЪСИР КЎРСАТУВЧИ ОНА ТОМОНИ ОМИЛЛАРИ

Ярматова Ш.З.
Илмий раҳбар: *Ихтиярова Г.А., т.ф.д.проф.*
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон.

Долзарблиги: ЭКУ (экстракорпорал уруғлантириш) да кузатиладиган имплантация нуқсонлари ёки самарасизлиги кўп ҳолларда оналарда мавжуд бўлган хавф омилларига боғлиқ, аммо уларни ўз вақтида тўғрилаш орқали ушбу жараён самарадорлигини оширишга эришиш мумкин. Кундан кунга ЭКУ муолажасининг самарадорлигини оширишга қаратилган чора-тадбирлар кўламнинг кенгаяётганлиги туфайли уни маълум миқдорда оширишга эришилди, аммо уни тўлиқ самарага эга бўлиш ҳақида мушоҳада юритиш ҳали ерталигини бугунги кундаги статистик таҳлил натижалари тасдиқламоқда. Бунда шифокор тактикасининг тўлиқ аниқ эмаслиги ҳам ўз ҳиссани қўшмоқда.
Тадқиқот мақсади: Бир нечта адабиётларда келтирилган ЭКУ муолажаларининг самарадорлигини пасайтирувчи она томонидан куазтилган омиллар статистик ретроспектив таҳлил натижаларидан умумий хулоса чиқариш.
Тадқиқот материаллари ва усуллари: Ушбу тадқиқотда биз Elsiever, PubMed, Cyberleninka тиббий сайтларидан олинган 23 та тадқиқот натижаларидан фойдаланилди. Бунда тадқиқот репрезентативлгини ошириш мақсадида беморларнинг тахминий ёши ва анамнез маълумотлари ўхшаш бўлган манбалар ажратиб олинди.Статистик тадқиқот

натижалари Фишер-Стьдент ҳамда Пирсон квадратлар усулларидан фойдаланилиб амалга оширилди.

Натижалар ва муҳокамалар: Тадқиқот натижасида ЭКУ муолажаси давомида она томонидан таъсир этувчи омилларга: сурункали эндометрит 48%, тромбофилиялар 22%, турли хил соматик патологиялар 30% сабаб деб кўрсатилган. Бунда сурункали эндометрит мавжуд аёлларда ҳомиладорлик давригача бўлган тайёргарликда мажмуавий давони қўллаш (антибактериал, вирусга қарши, яллиғланишга қарши, иммунитетни рағбатлантирувчи ва физиотерапия) ҳамда индивидуал ёндашув лозим. Тромбофилиялар кузатилаг аёлларда эса, паст молекулали гепаринни ва антиагрегантларни қўллаш мақсадга мувофиқ.

Хулоса. Она томонидан кузатилган ҳомиладорлик имплантациясига таъсир этувчи хавф омилларини бартараф этиш, ушбу аёлларни ҳомиладорликгача тайёргарликга мажмуавий ҳамда индивидуал ёндашув орқали ҳомила имплантациясини яхшилаш ва ЭКУ муолажаси самарадорлигини ошириш имконияти мавжуд.

HOMILADORLIKNING OXIRGI DAVRIDA COVID-19 BILAN KASALLANGAN AYOLLARDA HOMILADORLIK, TUG'ISH VA YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARNING HOLATI

Shaymurodova M.U.

Ilmiy raxbar: *Yuldasheva D.Y., dotsent*

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston

Dolzarbligi: Xomiladorlikning oxirgi muddatlarida COVID-2019 bilan kasallangan ayollarda homilani muddandan oldin tug'ilishining umumiy ulushi 24,3% ni tashkil etdi (14/56;95% ishonch oralig'i,12,5-38,6); qog'anoq pardasining tug'ruqdan oldin yorilishi 20,7%da sodir bo'lgan (6/34;95% ishonch oralig'i 9,5-34,9), preeklampsiya 16,2%da(2/19;95% ishonch oralig'i 4,2-34,1 oralig'i) va homila rivojlanishining ortda qolish sindromi 11,7%(2/29; 95% ishonch oralig'i, 3,2-24,4) ni tashkil etdi,bundan tashqari xabar berilishicha 84% (50/58) tug'ruq kesarcha kesish yo'li bilan olib borilgan,perinatal o'limning umumiy ulushi 11,1% (5/60; 95% ishonch oralig'i 84,8–19,6) va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 57,2% (3/12; 95% ishonch oralig'i 3,6–99,8) qismi neonatal reanimasiya bo'limiga yotqizilgan.

Tadqiqot maqsadi: homiladorlikning oxirgi davrlarida COVID-2019 bilan kasallangan ayollarda homiladorlik, tug'ruqni olib borish va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning holatini o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari: O'rganilayotgan ayollar homiladorlik va tug'ish davrida Toshkent tibbiyot akademiyasining 2-klinikasining akusherlik va ginekologik majmuasi hamda TTA 2-klinikasining ayollar salomatligi markazida nazoratda bo'lgan, shuningdek, bu ayollar ushbu klinikalarning 1 va 2 akusherlik bo'limlarida tug'ruq olib borilgan**.**Biz 2020-2023 yillardagi 50 ta homiladorlikning oxirgi davrida COVID-2019 o'tkazgan ayollarni kasallik tarixlarini retrospektiv va prospektiv o'rgandik.Bizga murojaat qilgan ayollardan 50 ta tug'ruqni taxlil qildik.Taxlil qilish uchun bemorlarni 3 guruhga bo'ldik.Ular:1gruppaga 20 ta homiladorlikning 28-haftasidan 36,6 haftalikkacha bo'lgan muddatda COVID-2019 o'tkazgan homilador ayollar,2gruppaga 30 ta homiladorlikning 37-haftasidan keyin COVID-2019 o'tkazgan homilador ayollar,3 gruppa 30ta anamnezida COVID-2019 o'tkazmagan homilador ayollar. Tadqiqot uchun tanlov mezoni bo'lib homiladorlikning oxirgi davrida ya'ni 28-haftasidan so'ng COVID-2019 o'tkazgan homilador ayollarning klinik va PZR testi musbat chiqqanligi bo'ldi. Tadqiqot usullari quyidagilarni o'z ichiga olgan: COVID-2019 kassallik fonida homiladorlik kechishini retrospektiv va prospektiv tahlili (anamnez yig'ish), akusherlik va ginekologik tekshiruv, umumiy klinik, biokimyoviy tahlillar va PZR tekshiruvi

Natijalar va muhokama: Kuzatuv davomida aniqlandiki COVID-19 bilan kasallangan homilador ayollarda 1-guruhga nisbatan 2-guruhda kasallik simptomlari kuchliroq namoyon bo'ldi.1-guruhda simptomsiz forma 14%ni,engil daraja 26%ni o'rta og'ir daraja 15%ni,og'ir daraja 9%ni tashkil qilgan bo'lsa, 2-guruhda simptomsiz forma 8%ni,engil daraja 37%ni o'rta og'ir daraja 42%ni,og'ir daraja 13%ni tashkil qildi.Qiyosiy guruhga nisbatan asosiy guruhda homilador ayollar tana massa indeksi yuqori ko'rsatkichlarda (IMT 30-34,9 12%)namoyon bo'ldi. Homilador ayollarda qancha kechki davrlarda COVID-2019 bilan kasallanish kuzatilsa shuncha o'pka saturatsiyasi past korsatkichlarda namoyon bo'ldi.1-guruhga nisbatan 2-guruhda saturatsiya past korsatkich(60%)ni tashkil etdi. Tug'ilgan chaqaloqlardagi COVID-2019 bilan zararlanish 1-guruhda 3,6%ni 2-guruhda 6,3%ni ;tug'ma pnevmoniya 1-guruhda 34,7%ni 2-guruhda 39,6%ni; distress sindromi 1-guruhda 34,7%ni 2-guruhda 32,4%ni ;gipoksik ishemik ensefalopatiya 1-guruhda 34,7%ni 2-guruhda 18,4%ni tashkil etdi.

XULOSA: 37 xaftadan keyin COVID -2019 simptomlari og'irroq namoyon bo'lganini aniqladik: ikkala guruxda tam bilish yo'qolishi (68;64%), xid bilish yo'qolishi (68;45%), mushaklarda og'rik (69;62%) deyarli bir xil foizda uchradi, lekin istma ko'tarilishi va yo'tal 2 gurux xomiladorlarda ikki barovar ko'p uchraganini aniqladik (69; 45%). 37 xaftadan keyin COVID-2019 simptomlari og'irroq namoyon bo'lganini anglatadi. Akusherlik holatini baholagandan, aniqlandi: 1-guruxda muddatdan oldingi tug'ruq 75%, 2 guruxda esa 16,6%,antenatal xomila o'limi 5% birinchi guruxda va 10 % ikkinchi guruxda tashkil kildi. Homila rivojlanishdan ortda qolish sindromi va qon aylanish buzilishi 2-daraja birinchi guruxda 5; 15%, ikkinchi guruxda esa 6,66 va 20% uchradi. Tug'ruqdan keyingi davrda onalar axvolini og'irlashishi 1-guruxda 5%, 2-guruxda 6,6% uchradi, gematometra 1-guruxda 60% , 2-guruxda 46,6%, bachadon bo'shlig'ini qo'l bilan tozalash ikkala guruxda deyarli bir xil uchradi (20,3; 23,3%).

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР ВА ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ЭРТА ҚОН КЕТИШЛАРНИ КАМАЙТИРИШНИНГ ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ

Ширинбоева Р.Ф.

Илмий рахбар: *Элтазарова Г.Ш., т.ф.н.*

Самарқанд Давлат Тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Долзарблиги. Вирусли гепатит бутун дунё бўйлаб энг муҳим соғлиқни сақлаш соҳасининг муаммоларидан биридир. Маълум бўлган барча нозологик шакллардан энг долзарблари гепатит В ва С. Бу уларнинг кенг тарқалганлиги, инсон саломатлиги ва меҳнат қобилиятига салбий таъсири, шунингдек сурункали гепатит, жигар циррози, гепатоцеллюляр карсинома каби нохуш оқибатларнинг кўпроқ ривожланиши билан боғлиқ. Гепатит В кенг тарқалган юқумли касаллик сифатида таснифланади. Тахминан 2 миллиард одамлар гепатит В вируси (ГВ) билан касалланган ва ҳар йили 2 миллионга яқин бемор ГВ инфекцияси билан боғлиқ патологиядан вафот этади. Дунёда гепатит С вируси (ГС) билан касалланганлар сони (ЖССТ маълумотларига кўра) 250 миллион кишидан ошади. Уларнинг аксарияти яширин ташувчилардир. Сурункали инфекцияга ўтиш ўткир гепатит С билан оғриган беморларнинг 65-85% да ривожланади, вирус организмда ўнлаб йиллар давомида кўпаяди. Кейинги 20 йил давомида ЎГС ташхиси қўйилган шахслар орасида ҳар бешинчида сурункали гепатит ва жигар циррози, ҳар йигирматасида жигар саратони ривожланди. Гепатит В ва С ҳомиладор аёлларда энг кўп учрайдиган инфекциялардан биридир, шунинг учун илмий тиббиёт ва амалий соғлиқни сақлаш вирусли жараённинг ҳомиладорлик, туғиш ва туғруқдан кейинги даврга таъсири муаммосига дуч келмоқда. Вирусли гепатитларнинг ҳомиладорликни кечиши ва натижаларига таъсири. Бугунги кунда ҳомиладор аёлларда вирусли гепатитнинг клиник ва лаборатория диагностикасида ягона тактика ишлаб чиқилмаган. Парэнтерал вирусли гепатит билан касалланган аёлларда ҳомиладорлик давридаги асоратлар сони касал

бўлмаган аёлларга қараганда деярли икки баравар, туғруқдаги асоратлар эса 1,5 баравар кўпайган. ГС нинг салбий таъсири нафақат онанинг соғлиғига, балки ривожланаётган ҳомилага соғлигига ҳам негатив таъсир кўрсатади. ГВ билан оғриган ҳомиладор аёлларда соғлом ҳомиладор аёлларга қараганда кўпроқ ҳомиланинг аҳволини ёмонлашиши ва перинатал ўлим юқори фоизларда кузатилади. Вирусли гепатит билан ҳомиладорлик кечиши кўпинча, анемия (58,2%), ҳомила-плацентар етишмовчилик (47,3%), ҳомилани ўз - ўзидан тушиш хавфи (41,8%), муддатидан олдин туғилиш (18,2%) каби асоратларни ривожланиши билан мураккаблашади. Туғруқда, туғруқ кучлари аномалиялари 29,1% гача ва туғруқдан кейинги эрта чилла даврда қон кетиши 10,9% гача учрайди. Гепатитларни ўрганишдаги катта ютуқларга қарамай, ушбу касалликнинг эпидемиологияси, клиникаси ва перинатологиясининг баъзи муҳим масалалари ҳалигача ўрганиш керак бўлган муаммолардандир. Гепатитнинг эпидемиологик кенг тарқалиши, репродуктив ёшдаги аҳолининг фаол жалб этилиши, улар орасида сурункали инфекцияга чалинган одамларнинг тўпланиши, акушерлик ва педиатрияда вирусли гепатит муаммосининг долзарблигини белгилайди. Шу муносабат билан ҳомиладор аёлларда касаллик клиникасини ўз вақтида аниқлаш, ташхис қўйиш, эпидемиологияси, касалликнинг оғирлигини баҳолаш, рационал даволаш ва акушерлик тактикасини танлаш муҳимдир. Бу ўз навбатида олдиндан асоратларни олдини олишга, она ва ҳомила ҳаёти учун хавфни камайтиришга хизмат қилади.

Тадқиқотнинг мақсади. Гепатитлар билан касалланган ҳомиладорларда туғруқдан кейинги эрта қон кетишларни ўрганиш ва камайтиришда янги технологияларни қўллаш.

Материаллар ва текшириш усуллари. Самарқанд вилоят перинатал маркази инфекцион бўлимида 2021 йил гепатит билан касалланиб даволанган ва туғруққа келган ҳомиладорлар n=30, 1-асосий гуруҳ (1-АГ). Гепатит билан касалланмаган ҳомиладорлар ва туғруққа келганлар 2 - назорат гуруҳи (2-НГ) n=40. Жами тадқиқот учун n=70 нафар ҳомиладорлар олинди.

Текшириш натижалари. 2020 йилда жами туғруқлар 8258 нафар, шундан патологик туғруқлар 7097 (86%), 2021 йилда 9149 нафар, уларнинг 7955 нафарида(87%) патологик туғруқлар кузатилган. Барча ҳомиладорларда экстрагенитал касаллаклар мавжуд. Ушбу касалликлар орасида жигар касалликлари (гепатит В ва С) 2020 йил 452 нафарида (5,5%) ва 2021 йилда 348 нафарида (3,8%) ни ташкил қилган. Туғруқдан кейинги умумий эрта қон кетишлар 2020 йил 31 нафарида (0,4%), кеч қон кетишлар 2 нафарида (0,02%) ва 2021 йил 44 нафарида (0,5%) ҳамда кеч қон кетишлар 1 нафарида (0,01%) учради. Жигар касалликлари билан туққанлар орасида туғруқдан кейинги эрта қон кетишлар 2020 йил 29 нафарида (6,4%) ва 2021 йил 31 нафарида (8,9%) кузатилган. 1-АГ да туғруқда, 2 нафарида (6,7%) муддатидан олдинги туғруқ ва қолган 28 нафарида (93,3%) муддатидаги туғруқлар бўлиб ўтди. Туғруқлар асосан 25 нафарида (83,3%) таббий туғруқ йўллари орқали бўлиб ўтди 5 нафарида (16,7%) акушерлик кўрсатмалари (ҳомиланинг ноаниқ ҳолати, бачадондаги чандиқ, бош-чаноқ диспропорцияси) бўйича кесар кесиш операцияси ўтказилди. Туғруқнинг асоратланиши қоғоноқ сувларини вақтидан олдин барвақт кетиши 3 нафарида (10%), муддатидан олдинги туғруқ 2 нафарида (6,7%), туғруқдан кейинги эрта чилла даврида қон кетиш 1 нафарида (3,3%), чилла даврида бачадон субинвалюцияси 1 нафарида (3,3%) учради. Туғруқдан кейинги эрта қон кетишда янги технологиялар жорий қилинди. Ҳомила туғилиши билан плацента ажиралишини кутмай ёки кесар кесиш операциясида бола олиниши билан пабал 100 мкг/мл 1 мл томир ичига бир минут давомида юборилди. Натижада туғруқдан кейинги эрта қон кетишлар янги технологиялар асосида 2021 йил 8,9% дан 3,3% га камайди. 2-НГ да туғруқлар барчасида муддатида бўлиб ўтди. Туғруқлар асосан 36 нафарида (90%) таббий туғруқ йўллари орқали бўлиб ўтди. 4 нафарида (10%) акушерлик кўрсатмалари (бачадондаги чандиқ, бош-чаноқ диспропорцияси) бўйича кесар кесиш операцияси ўтказилди. Туғруқнинг асоратланиши қоғоноқ сувларини вақтидан олдин барвақт кетиши 5 нафарида (12,5%) учради. Чилла даврида бачадон субинвалюцияси 1 нафарида (2,5%) кузатилди. Ушбу 1-нафар

субинвалюция кузатилган туққан аёлда туғруқдан кейинги кеч қон кетиш кузатилди (2,5%). Натижа туғруқдан кейин рутин пабал препаратини қўллаш мақсадга мувофиқлигини кўрсатди.

Хулоса. Жигар касалликлари (гепатит В ва С) 2020 йил 452 нафар (5,5%) ва 2021 йилда 348 нафар (3,8%) ни ташкил қилди. Жигар касалликлари билан туққанлар орасида туғруқдан кейинги эрта қон кетишлар 2020 йил 39 нафарида (8,6%) ва 2021 йил 31 нафарида (8,9%) кузатилди. 1-АГ да туғруқдан кейинги эрта қон кетишда янги технологиялар жорий қилинди. Ҳомила туғилиши билан плацента ажиралишини кутмай ёки кесар кесиш операциясида бола олиниши билан пабал 100 мкг/мл 1 мл томир ичига бир минут давомида юборилди. Натижада туғруқдан кейинги эрта қон кетишлар янги технологиялар асосида 2021 йил 8,9% дан 3,3% га камайди. 2-НГ да 1-нафар субинвалюция кузатилган туққан аёлда туғруқдан кейинги кеч қон кетиш кузатилди (2,5%). Натижа туғруқдан кейин рутин пабал препаратини қўллаш мақсадга мувофиқлигини кўрсатди.

МАКРОСОМИЯ ПЛОДА: ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Абдуллаева Н.Э.

Научный руководитель: *Закирова Н.И., д.м.н., проф.*

Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Самарканд, Узбекистан.

Актуальность. Макросомия плода – одно из приоритетных направлений современного акушерства, сопровождающееся большим процентом осложнений, как для матери, так и для плода. Дебаты о том, является ли крупный плод патологией или макросомию можно считать вариантом нормы, продолжаются уже не первое столетие. Еще 3 века назад итальянский доктор Бернулли в своем трактате «Великое будущее великой империи» писал: «Женщины, рожающие богатырей, рожают будущих воинов, героев и должны быть почитаемы как мученицы во имя Италии». Высокая частота встречаемости, осложненное течение беременности и родов обусловливают актуальность данной проблемы.

Цель исследования: Изучить исходы беременности и родов у женщин, родивших детей с крупной массой тела.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ клинико-анамнестических данных, особенностей течения беременности, родов, состояния новорожденных у 90 беременных с макросомией. Была разработана карта учета, включающая данные анамнеза матери, паритета родов, методов родоразрешения, осложнения родов.

Результаты и обсуждение. Результаты нашего исследования показали, что за последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты рождения новорожденных с макросомией. Возраст пациенток колебался от 18 до 35 лет, составляя в среднем 26,0±3,3 года. При анализе соматического анамнеза пациенток выявлено, что чаще новорожденные с макросомией рождались у женщин с ожирением. Анализ паритета родов показал, что число первородящих и повторнородящих среди обследованных составил 42% и 58% соответственно. Среди беременных, родивших крупных детей было в 2 раза больше домохозяек, при этом наблюдалась высокая общая прибавка массы тела у беременных крупным плодом, которая, в определенной степени, зависела от питания. Прибавка массы 15 кг и более при беременности наблюдалась у 28,8% женщин с плодом более 4000 г, а прибавка 20 кг и более зарегистрирована у 8,8% женщин. Течение беременности у женщин в 18(20%) случаях осложнилось угрозой прерывания беременности во I и II триместре, ОРВИ - у 10(11%), обострением хронического пиелонефрита- у 6(6,7%), анемией- у 24(26,6%) , хроническим гепатитом- у 4(2,2%). Этим женщинам в течении данной беременности проводилась неоднократное лечение, были выписаны в удовлетворительном состоянии. Роды осложнились неудовлетворительным прогрессом

родов - у 12(13,3%), они имело место 2 раза чаще у женщин с ожирением, несвоевременным излитием околоплодных вод (ДРПО) – у 17(18,9%) женщин. У 62 (69%) женщин роды велись консервативно, через естественные родового пути, в 28 случаях (31%) произведена операция кесарева сечения, показаниями к которой явились: диспропорция головки плода с размерами таза, причинами чего явились наличие неправильного биомеханизма родов - в 5(17,9%) случаях , аномалии размеров таза (общеравномерно суженный таз- в 4(14,3%) случаев и плоский таз - в 5(17,8%)), рубцы на матке 8 (28,6%), неубедительное состояние плода 6(21,4%). Частота послеродовых кровотечений составила 8% и была связана чаще с послеродовом травматизмом (в виде разрывов промежности, влагалища и шейки матки), атонией матки.

Нарушения плодово-плацентарного кровотока имели место у 17 беременных с макросомией плода. По данным плацентометрии толщина плаценты у пациенток находилась в пределах 3,9±0,9см. Нарушение сроков созревания плаценты выявлено у 11 (12,2%) беременных при макросомии плода, причем позднее старение отмечено у 4(4,4%) При исследовании последов была установлена более высокая масса и объем плаценты. Средняя масса плаценты составила 678,4±78,6 г, объем плаценты- 254,4±103,1 см^3.

Выводы: 1.Установлена зависимость развития крупного плода от конституциональных особенностей матери, паритета родов, питания, социального положения женщин. 2. Макросомия в 53,3% случаев осложняет течение беременности, у 28,5% женщин имеют место осложненные роды. 3. В большинстве случаев (69%) при макросомии роды возможны через естественные родовые пути. 4. Для профилактики осложнений беременности и родов при макросомии плода рекомендуется индивидуальный подход к ведению беременности и родов с учетом массы плода, акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, регуляция родовой деятельности.

ДОСРОЧНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Акбаева А.Т., Искендерова А.К.

***Научный руководитель**: Стакеева Ч.А., к.м.н., доцент, Жолдошбекова Г.Ж.*

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. Вопросы оказания помощи при антенатальной гибели плода во II триместре беременности до настоящего времени остаются дискуссионными. Еще большей проблемой становится прерывание беременности у женщин с рубцом на матке, т.к. рост частоты кесарево сечения во всем мире ведет к стремительному увеличению число женщин фертильного возраста с рубцом на матке.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность медикаментозного прерывания беременности у пациенток с антенатальной гибелью плода во II триместре беременности и рубцом на матке после предыдущего кесарево сечения.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 15 пациенток с антенатальной гибелью плода в сроке беременности 27-28 недель и одним рубцом на матке после кесарева сечения. С целью медикаментозного прерывания беременности использовали комбинированный прием препаратов (мифепристона 200 мг и мизопростол 100 мг). Возраст пациенток находился в интервале от 28 до 32 лет. Предыдущее кесарево сечение выполнено в нижнем маточном сегменте в сроках от 34 до 39 недель беременности. В анамнезе 12 беременных были роды через естественные родовые пути, у 3 пациенток в анамнезе было только оперативное родоразрешение. Всем пациенткам проведены общепринятые обязательные общеклинические и гинекологические методы исследования. По данным УЗИ признаков несостоятельности рубца не было ни у одной из 15 женщин.

Результаты. Средний интервал между началом стимуляции и появлением родовой деятельности составил 6,6±2,2 часа. Интервал увеличивался с увеличением срока

беременности (p=0,0001) и был значимо больше у беременных, не рожавших через естественные родовые пути (p=0,0001). Общая продолжительность родов составила 8±1,7 часов. Масса плода находилась в пределах 850-930г. Объем послеродового кровотечения составил 280±56 мл. Положительный эффект был достигнут в 100% случаев. Таким образом, медикаментозное прерывание беременности у пациенток с рубцом на матке и антенатальной гибелью плода во II триместре должно проводиться во всех случаях в отсутствие противопоказаний. Данный подход позволит сократить число неоправданных кесаревых сечений и осложнений, связанных с ними, что, несомненно, улучшит репродуктивное здоровье женщин.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Аъзамова Д. А.
***Научный руководитель**: Сафаров А. Т., к.м.н.*
Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Одной из наиболее актуальных проблем практической гинекологии являются гиперпластические процессы эндометрия. При отсутствии надлежащего лечения гиперпластические процессы эндометрия могут приводить к возникновению рака эндометрия.

Цель: анализ клинико-лабораторных особенностей течения гиперпластических процессов эндометрия в репродуктивном возрасте.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 43 женщины оптимального детородного возраста в 2018-2022 годах с гистологически подтвержденным диагнозом - гиперплазия эндометрия. Проанализирован гормональный статус женщин благоприятного детородного возраста и морфологическая структура эндометрия. Для оценки эффективности гормонального лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин оптимального детородного возраста мы разделили основную группы на 2 подгруппы : I А -женщины оптимального репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия г (n-22), которым в качестве лечения мы использовали комбинированный эстроген-гестагенный препарат фирмы «BAYER SCHERING PHARMA» ЯРИНА (этинилэстрадиол 30 мкг, дроспиренон 3 мг); I Б группа - женщины оптимального репродуктивного возраста (n-21) с гиперпластическими процессами эндометрия, которые в качестве лечения принимали препарат Дюфастон (дидрогестерон 10 мг). Всем женщинам проводили противовоспалительное, иммунокоррегирующее лечение, санацию влагалища, а также, по показаниям, назначали антимикробные препараты. В контрольную группу вошли 40 здоровых женщин оптимального детородного возраста.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин в исследовании составил 26 +_1,2. Исследование менструальной функции показало, что средний возраст становления менструации составляет 13,2, 1,8 года. Лидирующая позиция в структуре жалоб у женщин основной группы – у 23 (48%) пациенток нарушения овариально-менструальный цикла, в 8 (19%) случаях – имел место болевой синдром, бесплодие наблюдалось в 5 (12%) случаях. Бессимптомное течение наблюдалось у 11 (27%) обследованных пациенток. По результатам ультразвукового и гистоскопического исследований, к сожалению, это было 100%. По результатам гистологического исследования полости матки в основной группе пациенток гиперплазия эндометрия обнаруживается во всех случаях, простая железистая гиперплазия обнаруживается у 44% женщин; железисто-кистозная гиперплазия внучки-31%, железистый полип функционального типа - 12%; железистый полип базального типа - 13% женщин.

женщины. Во время ультразвукового исследования на 3,6-й день менструального цикла, через 5-6 месяцев после начала лечения, у всех женщин не было микроскопических признаков гиперплазии эндометрия. Уровень гормонов определялся в 1 фазе второго менструального цикла после отмены Ярины и Дюфастона, был схож с показателями пациенток контрольной группы. В течение 10-12 месяцев после включения в исследование 8 (32%) женщин, принимавших препарат Ярина, забеременели. В большинстве случаев беременность наступила на 3-4 менструальных цикла после отмены. Среди женщин, принимавших препарат Дюфастон, беременность наступила только в 1 (4%) случае.

Выводы: Своевременная диагностика и комплексное лечение процесса гиперплазии эндометрия у женщин детородного возраста предотвратят развитие более серьезных форм заболевания, уменьшат количество рецидивов и восстановят репродуктивную функцию.

ПОЗДНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ И ИХ АНАЛИЗ

Азимова Ш.Т.

Научный руководитель: *Агабабян Л.Р., к.м.н., доцент*

Самаркандсий государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Будучи угрожающим жизни состоянием, патологические (кровопотеря 500 мл и более) и\или массивные (кровопотеря более 1000-1200 мл или более 1,5% от массы тела) акушерские кровотечения, возникающие во время беременности, родов и послеродового периода, занимают одно из ведущих мест среди акушерских осложнений. Изучено, что до 80% всех материнских смертей происходят по ятрогенным причинам, т.е. являются следствием действий медицинского персонала, которые можно предотвратить. Проблема поздних послеродовых осложнений до настоящего момента остается крайне актуальной. Перспективны разработка современных алгоритмов лечения, основанных на знаниях патогенеза, и использование новейших фармакологических и хирургических технологий, выстраивание механизмов преемственности между всеми этапами оказания акушерской и гинекологической помощи родившей женщине. В последние годы интерес к проблеме поздних послеродовых осложнений значительно вырос, что связано с отсутствием единого лечебного алгоритма профилактики, выявления и ведения подобного контингента больных. В связи с этим, предупреждение развития этих патологических состояний имеет приоритетное значение среди всех мероприятий, посвященных снижению материнской смертности.

Целью исследования явилось изучение причин развития акушерских послеродовых кровотечений, данных клинических обследований и результатов терапии, полученных в период с 2021 по 2022 годы с последующей разработкой их ведения и улучшения исходов лечения пациенток с кровотечениями в послеродовом периоде.

Материал и методы обследования. Исследование выполнено на базе кафедры акушерства и гинекологии ФПДО Самаркандского Медицинского университета и Городского родильного дома №2. Проведен ретро- и проспективный анализ ведения и лечения 52 пациенток с кровотечениями в послеродовом периоде. Возраст больных варьировал от 18 до 39 лет и в среднем составлял 26,4+3,2 года.

Результаты исследования. Изучение акушерского анамнеза показало, что17-32,7% пациенток родоразрешились путем оперативного вмешательства, у остальных 35-67,3% роды произошли самопроизвольно через естественные родовые пути. Группы были сопоставлены по паритету (первородящие -1-ая группа и повторнородящие - 2-ая группа). Количество самопроизвольных родов превалировало над оперативными как в 1-ой, так и во 2-ой группе, при этом соотношение естественных и оперативных родов

составило 6:1 в 1-й группе и 3,5:1 – во 2-й. У 11-21,2% пациенток 1-й группы послеродовой период осложнился плотным прикреплением плаценты, что потребовало проведения ручного отделения и выделения последа. Во 2-й группе внутриматочное вмешательство было выполнено 9-17,3% больным. В этой же группе 5-9,6% пациенткам проведено ручное обследование стенок полости матки по поводу родов с рубцом на матке и 2-3,8% женщинам по паритету родов. В раннем послеродовом периоде общее число внутриматочных вмешательств составило 20-38,5%. Женский организм реагирует на кровопотерю различно и это зависит от общего состояния, наличия анемии и ее выраженности, от массы женщины и других факторов. Факторы, предрасполагающие к кровотечению в последовом и раннем послеродовом периодах были различны: перенесенные аборты, многочисленные беременности, рубец на матке, опухоли и аномалии развития матки, тяжелый гестоз, ожирение, многоплодная беременность, крупный плод, многоводие, тяжелые экстрагенитальные заболевания матери, применение препаратов, мертвый плод, дефект гемостаза и др.). Интранатальными факторами риска кровотечений могли быть и такие факторы, как затяжные, быстрые и стремительные роды, оперативное родоразрешение, неправильное ведение (чрезмерно активное) третьего периода родов (грубое использование ручных приемов, массажа матки, попыток выделения, не отделившегося последа). У большинства (48-92,3%) женщин отдельно и в различных сочетаниях имелась соматическая патология (гипертоническая болезнь, заболевание сердца, сахарных диабет, заболевания печени и др.) и имело место наличие акушерско-гинекологических факторов (предлежание и отслойка плаценты, рубцы на матке, эклампсии и др.), которые способствовали развитию таких осложнений, как кровотечения. Большинство пациенток были выписаны в удовлетворительном состоянии на 3–4-е сутки. На 5–7-е сутки в связи с тяжестью состояния ребенка выписаны 18-34,6% женщин. На 2 неделе после родов у ряда родильниц появились различные жалобы: повышение температуры тела (у каждой третьей родильницы), боли в нижних отделах живота (22-42,3%), усиление кровяных выделений из половых путей (28-53,8%) и другие жалобы, в связи с чем пациентки были госпитализированы в гинекологическое отделение стационара. Отягощающими факторами состояния больных были анемия средней и тяжелой степеней (у 9-17,3% и – у 6-11,5% пациенток соответственно), геморрагический шок 1-й степени отмечался в 2-х случаях. Послеродовые кровотечения со смертельным исходом имели место при неполном оказании медицинской помощи. Неблагоприятный исход акушерских кровотечений был связан с: недостаточным антенатальным уходом 9-17,3%; поздней диагностикой кровотечения и неудовлетворительным мониторингом за состоянием беременной и родильницы в связи с неадекватной оценкой кровопотери 8-15,4%; запоздалым гемостазом 5-9,6%; неправильным выбором метода родоразрешения 4-7,7%; нарушением протокола ведения родов 4-7,7%.

Выводы. Таким образом, проблема поздних послеродовых осложнений до настоящего времени остается крайне актуальной. Модернизация алгоритмов лечения данной патологии и разработка новых подходов являются перспективным и востребованным.

Для профилактики патологических кровотечений необходимо оздоровление беременных и их соматического статуса, устранение неблагоприятных факторов, ведущих к развитию кровоточивости, а также важны своевременная диагностика, рациональная тактика ведения родов и раннего послеродового периода, правильное ведение последового периода, своевременная диагностика коагулопатии и улучшение подготовки персонала к оказанию экстренной помощи.

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА.

Актамова Н.

***Научный руководитель**: Ахмедова А.Т., PhD*

Самаркандский Государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. При беременности повышается патогенность флоры полости рта за счет усиления пролиферации условно-патогенных микроорганизмов. Интенсивность и распространенность кариеса зубов и заболеваний периодонта в период беременности увеличивается, что отмечается многими исследователями на протяжении длительного промежутка времени. До сих пор отсутствуют конкретные схемы этиопатогенетического лечения и профилактики кариеса зубов и болезней периодонта в период беременности.

Цель исследования: изучить профилактику гнойно-септических заболеваний у беременных с заболеваниями полости рта.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 70 пациенток поступившие в родильный комплекс №2 г. Самарканда с диагнозом беременность в сроке от 37-40 недель, с сопутствующим заболеванием полости рта. Возраст обследованных пациенток был от 20 до 35 лет, в среднем 27,8± 3,5 лет. Беременных женщин исследования мы разделили на две группы**.** Основную группу n-35-составили беременные женщины в сроке беременности 37-40 недель, с заболеваниями полости рта. Группу сравнения n-35-составили беременные женщины в сроке беременности 37-40 недель, без заболеваний полости рта.

Результаты и обсуждение: У женщин на с заболеваниями полости рта, беременность протекала с сопутствующей железодефицитной анемией, у 92%, а также гестозом, кольпитом, угрожающим самопроизвольным выкидышем, с преэклампсией лёгкой степени, хронической гипоксией плода. При анализе родов и послеродового периода через естесственные родовые пути показал, что в основной группе n-35, наблюдали чаще дородовый разрыв плодных оболочек в 24% случаев, в сравнении с группой контроля n-35 в 9%, преждевременный разрыв плодных оболочек в основной группе у 29%, в группе контроля у 11%, изменения цвета околоплодных вод в I группе у 36%, во I I группе в 14% случаях.В послеродовом периоде у 35% основной группы пациенток наблюдалось пов ышение температуры (SIRS) тела на вторые сутки до 37,6-37,8^{o}C, а в группе сравнения только у 6%. Послеродовая тахикардия (SIRS) диагностирована в I группе 31%, во I I группе в 12% случаях. При анализе родов и послеродового периода путём операции кесарево сечения: В в основной группе n-35, у 7 пациенток наблюдали SIRS реакцию, на 2-3 сутки после операции, у 5 послеродовый эндометрит, у 2-септическое состояние на 4-5 сутки. Во II группе у 3 пациенток, SIRS реакцию, на 2-3 сутки после операции, у послеродовый эндометрит у 2, септическое состояния не было диагностировано (Таблица 2).Гнойно-воспалительные заболевания продолжают оставаться одной их актуальных проблем современного акушерства. Внедрение в акушерскую практику более полувека назад антибиотиков способствовало резкому снижению частоты послеродовых инфекционных заболеваний. Однако в последнее десятилетие во всем мире отмечают рост послеродовых инфекций. Частота гнойно-септических заболеваний у родильниц составляет до 10% всех акушерско-гинекологических нозологий. После КС у 60% родильниц возникают те или иные формы гнойно-септических заболеваний.Таким образом, из полученных результатов исследование можно сделать вывод, что заболевания полости рта (хронический или острый инфекционный очаг) приводит к выраженным функциональным и морфологическим нарушениям (метаболическим, иммунным, аутоиммунным, гемостазиологическим, гормональным), повреждению рецепторного аппарата и тканей матки, которые усугубляют течение беременности, периода родов и послеродового периода.

ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ.

Ахмаджонова М.Н.
Научный руководитель: *Юлдашева О.С., доцент*
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Актуальность: На сегодняшний день вагинальные роды являются единственным резервом снижения частоты повторных оперативных родов. Первое место среди показаний к повторной операции кесарево сечения является рубец на матке. В 2015 году ВОЗ объявила, что увеличение частоты КС более 10% не связано со снижением материнской и неонатальной смертности, и эта операция должна выполняться только по строгим медицинским показаниям.

Цель исследования: изучить акушерские исходы естественных родов у женщин с рубцом на матке.

Материалы и методы исследования: Мы провели ретроспективный 25 анализ историй болезни родильного дома 2 города Андижан 2022года.

Результаты и обсуждение: В ходе проведенного анализа историй родов в акушерском комплексе 2города Андижана получены следующие результаты: возраст обследованных рожениц: до 18 лет - 2%, 20-30 лет - 80%, 30-40 лет- 18%; в целом все беременные с рубцом на матке были в оптимальном репродуктивном возрасте. У 87% беременных отмечена экстрагенитальная патология, в частности анемия беременных и инфекция мочевыделительной системы.20 рожениц поступили в первом периоде родов операция кесерево сечение, у них было произведена, 3 года назад в нижнем маточном сегменте по относительным показаниям, послеоперационный период протекал без осложнений, данная беременность протекала без осложнений. Всем роженицам была начата партограмма где производилась запись характера родовой деятельности продвижение и конфигурация головки плода а также состояние матери. У всех 20 рожениц роды закончились через естественные родовые пути без осложнений состояние новорожденных оценено как удовлетворительное. У 5 рожениц на основании партограммы была диагностировано затяжные роды, у 2 проведена амниотомия и стимуляция оксиоцином у 3 произведено экстренное кесерево сечение показанием явилось дистресс плода.

Выводы: В результате клинического анализа беременности и родов, сделан вывод, что вагинальные роды у женщин с рубцом на матке возможны лишь в определенных условиях: 1. Предыдущая операция была в нижнем маточном сегменте, 2. Интервал между беременностями 3 и более года, 3. Если нет тазо-головной диспропорции и состояние плода удовлитворительное. 4. Произошло своевременное излитие околоплодных вод. 5 Операция была произведена по относительным показаниям. 6 Послеоперационный период протекал без осложнений. Дальнейшее изучение этого вопроса позволит отыскать пути снижения частоты оперативных родов и разработать тактику ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке.

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ РОДИЛЬНИЦ И МЕДРАБОТНИКОВ В ВЫБОРЕ МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Бабаджанова М.Ш.
Научный руководитель*: Уринбаева Н.А., д.м.н.*
Республиканский Перинатальный Центр, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. По данным ВОЗ, за последние тридцать лет кесарево сечение в мире стали проводить намного чаще – если частота КС в 1990 г. составила с 7%, то 2018г. частота КС в мире составила 21%. Неуклонный рост показателей кесарево сечения отмечается и в нашей стране, которые могут иметь серьезные неблагоприятные последствия. Абсолютные показания к операции кесарева сечения не изменились за последние 50 лет, а

частота кесарева сечения растет за счет женщин низкого риска. Мировое сообщество обеспокоено проблемой необоснованных операций кесарева сечения. В нашей стране клиническими протоколами не предусмотрено выбор родоразрешения путем кесарева сечения по желанию женщины, тем не менее, причины предпочтения рожениц и медработников в пользу кесарева сечения имеют немаловажную роль.

Целью исследования явилось изучение причин предпочтений роженицами и медработниками метода родоразрешения путем кесарева сечения.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в РПЦ и ФОПЦ. Нами были разработаны анкеты с вопросами для медработников (включает 19 вопросов) и родильниц (включает 22 вопроса). Проведено анкетирование 90 родильниц: родившие путем КС - 44 женщин составили 1 группу, родившие через естественные родовые пути 46 женщин составили 2 группу исследуемых. Медработники вошли в 3 группу (всего 88 медработников, из них акушер-гинекологи-40, анестезиолог-реаниматологи-9, неонатологи-18, акушерки, операционные медсестры, анестезистки-21). Большинство родильниц были в возрастной категории 20-29 лет (64%), в возрастной категории 18-20 лет – 5%, в категории 30-35 лет – 21%, в возрастной категории 35 лет и старше -10%. 59% родильниц были первородящими, 41% - повторнородящими. Домохозяйками были 49 родильниц, 31 – работающие, 10 родильниц были студентками. Медработники имели опыт работы от 1 года до 33 лет. Дизайн исследования – качественное исследование методом анонимного анкетирования. Причинами предпочтений кесарева сечения над естественными родами у родильниц, родивших путем КС явилось в основном страх боли (76%), боязнь травмы ребенка (65%), страх разрыва промежности (61%), страх несостоятельности мышц тазового дна и синдром широкого влагалища (75%) при естественных родах. В группе родивших через естественные родовые пути отдали предпочтение в пользу КС из за страха болезненных родов 62% родильниц, из за боязни травмы ребенка - 75%, из за страха несостоятельности мышц тазового дна и разрывов промежности - 52% родильниц. Предпочтение к КС по сравнению с естественными родами в группе медработников отдали 79% из-за страха несостоятельности тазового дна и синдрома широкого влагалища, 76% - из за риска травмы ребенка, а риск травмы промежности и болезненность родов беспокоили немногих – всего 32-33% медработников. По вопросу кесарево сечения по желанию женщины без медицинских показаний, было определено, что 31% родильниц, которые родили путем КС, одобряют кесарево сечение по желанию женщины, а среди родивших через естественные родовые пути таких женщин было всего 8%. Среди медработников КС по желанию женщины не одобрили 84%, но согласились, что можно проводить КС без медицинских показаний – 16% медработников. Несмотря на то, что большинство медработников были против КС без медицинских показаний а также, большинство (89%) из них считали, что текущая частота КС в их учреждении высокий, в ряде состояниях, где возможны безопасные роды через естественные родовые пути (ягодичное предлежание, двойня, ЭКО), большинство медработников выбрали КС как оптимальный метод родоразрешения: при тазовом предлежании-72%, двойне-53%, беременности после ЭКО-76%, при этом таких медработников больше в родильном учреждении 1 (94%), где уровень КС выше, по сравнению с родильным учреждением 2 (61%). Большинство медработников (74%) отметили, что они рекомендуют женщинам с рубцом на матке естественные роды, однако 85% родильниц с рубцом на матке отметили, что им не предлагали роды естественным путем. Среди женщин, родивших через естественные родовые пути 67% считают, что естественные роды являются более травматичными для ребенка нежели оперативные, а среди родивших путем КС так считают 80% родильниц. Медработников, которые считают, что роды через естественные родовые пути более безопасны, чем КС – 57%, но 43% из них считают, КС в настоящих условиях безопасна. На вопрос об информировании беременных о таких рисках КС, как послеродовое кровотечение, врастание плаценты, анестезиологические и гнойно септические осложнения, 84% медработников ответили

положительно, но при этом 48% родивших путем КС ответили, что их не информировали о таких рисках. По мнению 85% медработников, решение о методе родоразрешения должен принимать только врач, такого же мнения придерживаются 53% родильниц, а 23% родильниц считают, что врачи должны принять решение совместно с беременной, 14% из них считают, что при этом должны участвовать и родственники беременной.

Таким образом, изучение мнений родильниц показало, что большинство женщин не имеют достаточную информацию о преимуществах родов через естественные родовые пути по сравнению с операцией кесарева сечения, многие из них считают операцию кесарево сечение безопасной и более благоприятной для рождения ребенка, большинство беременных не были подготовлены к родам психологически, в родах большинство из них страдали от болезненных схваток, недостаточно получили психологическую поддержку от медработников; среди медработников немало тех, которые считают операцию кесарево сечение безопасной и мало уделяют внимание информированию пациенток о преимуществах и осложнениях различных методов родоразрешения.

Выводы: 1. На антенатальном уровне больше внимания нужно уделять психологической поддержке беременных при подготовке к родам для уменьшения страха и боязни естественных родов, во время родов необходимо более широко применять методы медикаментозного и немедикаментозного обезболивания родов. 2. Медработники при принятии решения о методе родоразрешения должны предоставлять пациентке информированный выбор с данными о всех преимуществах и недостатках каждого метода родоразрешения. 3. Медработники должны поддерживать выбор женщины родов через естественные родовые пути при состояниях, где по данным доказательной медицины, риск осложнений вагинальных родов для матери и плода невысокий.

ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДОЛОГИИ ВОЗ «ЧТО КРОЕТСЯ ЗА ЦИФРАМИ» В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Болотбек кызы Бермет

Научный руководитель: *Стакеева Ч.А., к.м.н, Амираева Ж.Н.*

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Актуальность: Конфиденциальное расследование случаев материнской смертности (КРМС) является международным золотым стандартом детального расследования гибели женщин.

Цель исследования: провести анализ факторов риска материнской смертности в Кыргызской Республике методом КРМС.

Материалы и методы: Методология КРМС базируется на принципах анонимности (никто не знает в каком лечебном учреждении произошел этот случай, и кто оказывал помощь этой пациентке), что позволяет медицинскому работнику высказать в стандартной анкете, не опасаясь огласки, свое видение случая. Далее, случай предоставляется на рассмотрение многопрофильного комитета по КРМС, где анализируются все данные.

Результаты: Методом КРМС проведен анализ 148 случаев гибели женщин во время беременности, родов и послеродовом периоде в Кыргызской Республике в 2014-2015гг. Средний возраст умерших женщин составил 32,5 года и находился в пределах 17 – 48 лет. Самая низкая частота случаев гибели отмечалась в возрасте 20-24 года (32,9 на 100 000 родивших), в то время как относительный риск умереть в группе 35-39 летних был выше в 3 раза (107,4 случаев против 32,9), а в группе старше 40 лет – в 5 раз (158,0 против 32,9). Наиболее высокий риск умереть был в группе первородящих (45 – 30,4%), когда RR составил 3,2. Большая часть умерших женщин имела среднее образование – 91 (61,5%). Лишь 11 (7,4%) женщин имели высшее образование, а 10 (6,8%) женщин имели только

начальное образование. Несмотря на то, что большая часть женщин состояла в браке (123 – 83,1%), замужество не делало женщину менее уязвимой. Согласно данных опросных листов, треть умерших (51 женщина или 34,5%) испытывали те или иные семейные проблемы, наиболее значимыми из которых были насилие со стороны мужа – в 21 случае из 51 (41,2%), употребление мужем / сожителем алкоголя и наркотиков – 25 (49,0%), настаивание родственников на прерывание беременности – 15 (29,4%) случаев. Внутренняя миграция была отмечена в 15 случаях (10,1%), внешняя – в 9 (6,1%). Основная причина миграции – отсутствие работы. Так, 122 (82,4%) погибших женщин были домохозяйками, постоянную работу имели лишь 8 (5,4%) погибших, в 18 (12,2%) анкетах были указаны такие категории, как «самозанятая, фермер, рабочая, имеет разовую работу». Т.е. только 17,6% (26) женщин имели работу.

Выводы: Наряду с вышеизложенным, по данным Национального статистического комитета КР за отчетный период доля занятых в общей популяции женщин репродуктивного возраста составила порядка 49%, что значительно (в 2,8 раза) превышает процент имеющих работу в структуре умерших женщин (49% против 17,6%). Таким образом, самыми уязвимыми были женщины, не имеющие постоянную работу в возрасте старше 35 лет.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ВНУТРИУТРОБНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА

Бурханов Х.О.

Научный руководитель: *Ильясов А.Б.*

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

Актуальность. На сегодняшний день врожденные и наследственные заболевания у детей представляют серьезную медицинскую и социальную проблему, которая остается весьма актуальной. Так, в мире ежегодно рождается от 10 до 20 млн детей с врожденными пороками. В человеческой популяции частота врожденной и наследственной патологии достигает примерно 5% от общего числа всех новорожденных детей, и при этом на долю пороков развития приходится 2,5%, хромосомных нарушений – 0,8%, моногенных заболеваний – около 1%.

Цель исследования. Ранняя внутриутробная диагностика генетической патологии у плода.

Материалы и методы. С целью ранней внутриутробной диагностики генетической патологии у плода за период с 2019-2022 года в РСНПМЦ АиГ проведено более **200** инвазивных процедур. И них БВХ проведено в 3% случаев, кордоцентез – в 74%, амниоцентез – в 23%.

Результаты и обсуждение. Известно, что инвазивные процедуры, проводимые у беременных женщин на малых сроках гестации являются технически сложными операциями, сопровождающимися высоким риском развития интра и послеоперационных осложнений, в основном связанные с течением беременности и состоянием плода. Все инвазивные вмешательства проводились с применением биопсийной насадки на ультразвуковой датчик, и специального холдера, а также контроль угла оптимального входа иглы в пуповину дало возможность исключить развитие возможных осложнений. Исход беременности после проведенных инвазивных процедур. В ходе проведенного нами исследования установлено, что в 99,5 % случаев, инвазивная пренатальная диагностика позволила достоверно определить генетическую информацию у плода. В 90,3% – беременность завершилась родами здоровым плодом, т.е. удалось предотвратить необоснованное прерывание беременности. В 9,2% – беременность прервана после получения результатов цитогенетического анализа и заключения генетика.

Выводы. Проведенного нами исследования показали, что применение инвазивных вмешательств на ранних сроках беременности с целью выявления генетической патологии, позволили нам исключить хромосомную патологию в 90% в группе высокого риска и тем самым предотвратить необоснованное прерывание желанной беременности и дать возможность рождению здорового долгожданного ребенка. И только в 10% аномалия подтверждена. Таким образом, инвазивная пренательная диагностика, с последующим цитогенетическим исследованием, считается одним из эффективных методов внутриутробной оценки состояния плода и является завершающим звеном пренатального скрининга с целью выявления генетических патологий.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Джумаева С.Т. Турсунова М.Р.
Научный руководитель: *Муминова Н.Х., д.м.н.*
Центр развития повышения квалификации медицинских работников
Филиал Навои, Навои, Узбекистан

Актуальность. Качество жизни женщин репродуктивного периода имеет ряд своих особенностей и гинекологические заболевания имеют немаловажную роль в его становлении. Эндометриоз-встречается у 6–10% женщин репродуктивного возраста. Согласно-литературным - данным, 35–50% пациенток с диагнозом эндометриоза страдают от бесплодия, а 25–50% бесплодных женщин имеют эндометриоз (ЭН).

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

Материал и методы исследования Были организовны 2 группы-основная- 38 женщин репродуктивного возраста с эндометриозом (ЭН) и из них с сочетанной с поликистозом яичников (ПКЯ) были 5 -всем проанализировали течение болезни, с сравнением анализов и диагностических исследований с данными здоровых 30 женщин контрольной группы..Возраст пациенток с эндометриозом колебался от 19 до 39 лет, составляя, в среднем, 26,6±1,6 года. По роду занятий 22 (57,9%) , 18(60%), обследованные являлись служащими, 16 (42,1%) , 14(40%)– домохозяйками в двух соответствующих группах.. Для диагностики эндометриоза мы проводили УЗИ методом на аппарате Toshibo Nemio MX”(Япония) с 5,0 МГ трансвагинальным датчиком.Исследование гормонального статуса - в двух группах проверяли сыворотку венозной крови на 3-5 дни при сохраненном нормапонирующем цикле натощак, утром, а при ациклическом в любой день цикла.

Результаты собственных исследований. В основной группе у 71,1% пациенток, из них заболевания щитовидной железы и инфекции мочевыделительной системы у каждой 3-ей, желудочно кишечного тракта- у каждой 2-й, гинекологические заболевания в анамнезе имели 24 (63,1%) женщин с эндометриозом.Менархе у больных: 10-12 лет – 5 (13,1%), 13-15 лет – 11 (23,7%), 16-18 лет – 22 (57,9%). Нарушения менструального цикла по типу олигоменореилотмечали 19 женщин (60,4%) сохраненный менструальный цикл – 19 (50%), тогда как у здоровых женщин у 65% нормонирующий цикл с 12-13 лет, у 35% такой же цикл после 13 лет .На первичное бесплодие в анамнезе указывали 22 беременных с продолжительностью, в среднем, от 1 до 3,5 лет, тогда как в контрольной группе таких не оказалось. Из методов диагностики - УЗИ проводили 25-28 -е дни цикла, где признаки ЭН были следующими: во всех случаях были увеличение переднезаднего отдела матки с гиперэхоеннностью миометрия, шейка матки у 19 была деформирована, также размытость между эндометрием и миометрием были у 20 пациенток и во всех случаях (38) диагностированы анэхогенные образования округлого размера 6-9-11мм в диаметре и трубчатые длиной до 1,2 мм. УЗИ эндометриоза яичников был представлен

образованиями чаще односторонними размерами -4-8 мм с мелкодисперсным содержимым, с плотной капсулой. При спорных случаях мы проводили МРТ для возможности отличить эндометриоидную кисту от других новообразований, таких у нас было из 38 у 1 пациентки с ЭН. Показатели ЛГ и ФСГ были следущими:10,6 и 5,3 mlU/ml, в сравнении 8,4 и 6,2 mlU/ml , достоверно выше показатели ЛГ, при снижении ФСГ, что и препятствовала нормальному росту фолликула до 18-20мм. Е2 пг/мл у здоровых 132,2± 9,5 пг/мл Pg **-**56,3± 1,3, тогда как у пациенток с ЭН 154,1 ±2,4* и 34,2 ± 0,3*, что означает достоверно высокие показатели эстрадиола, при низком показатели прогестерона. Свободный тестостерон у 23 пациенток с ЭН не отличался от данных здоровых женщин, тогда как при сочетанных патологиях ЭН+СПКЯ- был достоверно выше чем здоровые на 1,9 пг/мл (2,3 ± 0,2 и 2,24 ±0,3** пг/мл). Показатель СА-125 у 5 пациенток варьировал в пределах 11-21 Ед/мл. что означало отсутствие опухолей яичников другого генеза.

Обсуждение. Данные УЗИ и гормонального статуса- достоверно высокие показатели ЛГ, эстрадиола и свободного тестостерона при низком содержании ФСГ и прогестерона свидетельствует о том что ЭН относится к опухолевидным состояниям с изменениями в гормональном статусе, которых следует учесть при гормональной коррекции для лечения бесплодие или улучшения качество жизни пациенток репродуктивного периода узбекской популяции. А также данные ряда авторов совпадают с нашими результатами (Хачкурузов В.Н.2018г, Беженарь К.И 2020г).

Выводы. Для диагностики эндометриоза как в матке, так и в яичниках предпочтительным методом диагностики является ультразвуковой метод, который считается неинвазивным и доступным, при сочетанных патологиях ЭН и ПКЯ рекомендуем для дифференциальной диагностики МРТ. Для гормональной коррекции эндометриоза предлагаем в обязательном порядке исследование гормонального статуса как гонадотропный так стероидный профиль, которые являются необходимыми для полноценного лечения патологического состояния.При эндометризе яичников,, кроме УЗИ и гормонального статуса рекомендуем в спорных случаях проверить СА-125, для исключения новообразований в яичниках.

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА: БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ

Зубайдиллоева З.Х., Уктамова Ю.У.

Научный руководитель: *Худоярова Д.Р., доцент, д.м.н.*

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность: Большинство экстрагенитальных заболеваний, развивающихся у женщины до зачатия, оказывают влияние на течение периода гестации. Одним из таких состояний является идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП)- аутоиммунное заболевание, протекающее с развитием тромбоцитопении и геморрагического синдрома, проявляющегося в виде петехиальной сыпи, экхимозов и кровотечений различных локализаций. В настоящее время практически однозначно признается, что ИТП может оказывать неблагоприятное влияние на течение беременности и ее исход. У пациенток с ИТП в 2-3 раза возрастает частота таких осложнений, как угроза прерывания беременности в I (30%) и во II (16%) триместрах, самопроизвольные выкидыши (17%), угроза преждевременных родов (18%), токсикозы беременности (18%).

Несмотря на значительные успехи в изучении клинической картины ИТП и прогресс в исследовании патогенеза и лечения, ряд важных вопросов в отношении сохранения и ведения беременности, остаются нерешенными. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода, акушерские осложнения, факторы риска их возникновения, частота и причины неблагоприятных исходов беременности для матери и плода, требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования: Поиск наиболее эффективных методов лечения и профилактики осложнений идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у беременных.

Материалы и методы исследования: Для исследования были взяты данные 30 беременных с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, которые находились на лечении в отделениях акушерства и гинекологии, гематологии первой клиники Самаркандского государственного медицинского университета с 2018 по 2021 года. Были изучены следующие данные: общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, определение группы крови и резус фактора, время свертывания крови, проверка плазменных факторов, микроскопия мазка крови, УЗИ и допплерография плода. Разделили данные пациенток по способу профилактики кровотечений на 2 группы. 1-ой группе использовался стандартный метод профилактики кровотечений, который включал в себя введение свежезамороженной плазмы (15-20 мл/кг) в III периоде родов. 2ой группе проводилась комплексная профилактика акушерских кровотечений, включающая в себя препараты, воздействующие на все звенья гемостаза: введение свежезамороженной плазмы при ИТП средней и тяжелой степени в конце II периода (15-20 мл/кг). В комплексный профилактический метод включена транексамовая кислота в дозировке 10 мг/кг, с целью локального гемостаза. До осуществления хирургического гемостаза применялась гемостатическая салфетка, содержащая в себе глюконат и лактат железа.

Результаты исследования: При анализе данных у 6 (15%) пациенток ИТП обострялась на фоне беременности, активизация процесса возникала в первом и втором триместрах. Угроза прерывания беременности наблюдалось у 15 (50%) пациенток из первой группы и у 10 (35%) из второй группы. У пациенток первой группы частота возникновения осложнений в виде кровотечений в родах, несмотря на профилактику, составил 47% и ликвидировать их было значительно труднее. В послеродовом периоде возникали анемии средней и тяжелой степени, а также гиповитаминозы у 45,5% пациенток, частые обострения ИТП наблюдались у 36,4% пациенток. У пациенток второй группы при комплексной профилактической терапии, кровотечения в третьем периоде родов возникли у 25% пациенток, которые весьма успешно были ликвидированы описанными выше методами. Послеродовой период у них протекал более благоприятно, возникали анемии легкой и средней степени у 15% пациенток. Обострения ИТП наблюдалось у 20% пациенток.

Выводы: в результате проведенного исследования выявлена наиболее эффективная тактика ведения и лечения больных в зависимости от стадии и формы патологического процесса, способствующая уменьшению риска обострений и осложнений заболевания матери, успешному течению и завершению гестационного процесса и антенатальной охране плода.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ У ДЕВОЧЕК

Илесова Н.Н.

Научный руководитель: *Порсохонова Д.Ф., д.м.н.*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и косметологии, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Как известно, склероатрофический лихен вульвы (САЛВ) является одним из самых распространенных доброкачественных фоновых заболеваний наружных половых органов у женщин и девочек. Рост числа пациенток молодого и детского возраста, выраженность клинической симптоматики, рубцовые изменения половых органов, негативно влияющих на репродуктивную функцию, отсутствие высокоэффективных методов лечения обуславливают повышенный интерес к проблеме лечения САЛВ. И если раньше САЛВ встречался в основном у женщин перименопаузального возраста, то сейчас

отмечается значительное «омоложение» заболевания, и оно все чаще встречается у девочек, не достигших периода полового созревания.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 12 девочек в возрасте от 6 до 12 лет с диагнозом склероатрофический лихен вульвы. Давность заболевания варьировала от 2-х месяцев до 3-х лет. Всем пациенткам было проведено подробное клинико-анамнестическое наблюдение, гистологическое исследование пораженных тканей, микробиологическое и ПЦР реал-тайм «Фемофлор-16» исследование отделяемого и соскобов урогенитального тракта (УГТ) на бактериальные и вирусные инфекции, консультация эндокринолога. Дизайн исследования не предусматривал включение в наблюдение пациенток с гельминтозами, аллергическими дерматозами.

Результаты и обсуждение. Всех пациенток беспокоили интенсивный зуд половых органов преимущественно в ночное время, изменение цвета и структуры кожи. У 4-х (33,3%) наблюдаемых пациенток, помимо гипо- и депигментации, лихенификации, склероза и атрофии, отмечались мацерация кожи в области вульвы и перианальных складок и эрозирование, у 5 (41,6%) присоединялось чувство жжения, выделения из половых путей отмечены у 8 (66,6%) девочек. Сопутствующие нарушения в работе щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз) отмечены у 5 (41,6%) девочек. Менархе наступила у 1 (8,3%) пациентки. Результаты микробиологического и ПЦР-исследования показали присутствие следующих возбудителей в виде моно- или микстинфицирования: Ureaplasma Urealyticum - у 3 (25,0%), Mycoplasma genitalium - у 2 (16,6%), HPV (Human papillomavirus) 16/18 – 2 (16,6%), St. Epidermidis – 4 (33,3%), Candida – 3 (25,0%), Veilonella spp. – 3 (25,0%), Gardnerella vaginalis у 4 (33,3%), ВПГ-1- у 3 (25,0%). Патогистологические изменения также были вариабельны: утолщение многослойного плоского эпителия – у 5 (41,6%), лейкоцитарная инфильтрация в строме – у 3 (25,0%), выраженный периваскулярный инфильтрат – у 4 (33,3%), наличие дермальных меланофагов, которые указывали на предшествующее разрушение пигментированных эпителиоцитов или меланоцитов – у 3 (25,0%), выраженная атрофия эпидермиса – у 2 (16,6%), утолщение гомогенизированного слоя – у 1 (8,3). При микроскопическом исследовании срезов у пациенток на ранней стадии САЛВ эпидермис имел нормальный или слегка атрофичный вид с частичным сглаживанием межсосочковых отростков. Базальная мембрана нормальная или локально незначительно утолщена. Межфолликулярный эпидермис местами непоражен. Лимфоцитарный инфильтрат выглядел очень редким, располагался периваскулярно или вдоль базальной мембраны. Сосуды подслизистой имели широкие ригидные просветы, соседствующие с пролиферирующими клетками эндотелия и периваскулярным клеточным инфильтратом. В дерме отмечались: субэпителиальный отек или минимальная гомогенизация дермы с уменьшением количества эластических волокон. У пациенток с поздней формой САЛВ имели место гиперкератоз и атрофия эпидермиса с утратой сосочков, гиперкератозом волосяных фолликулов и акросирингий, а также выраженное утолщение базальной мембраны и склероз дермы. Воспалительный инфильтрат располагался вдоль дермоэпидермальной границы, или под зоной склероза, или имел вид лимфоцитарных скоплений в глубоких отделах дермы и подкожной клетчатки. Малочисленные субэпителиальные сосуды значительно склерозированы и эктазированы. Всем пациенткам было проведено комплексное лечение, включавшее антибактериальную, противовирусную, противокандидозную терапию в зависимости от выявленного возбудителя, ферментные препараты и низкоинтенсивная лазеротерапия с фотодинамическим эффектом от 8 до 10 сеансов. При наличии микстинфекции и раздражающих кожу и слизистые выделений, производилась санация половых путей раствором хлоргексидина биглюконата (0,05%) или повидона йодида (10%-ный водный раствор в разведении 1:10) с последующим смазыванием раствором фукорцина. Больным с нарушениями функции щитовидной железы (преимущественно по типу гипотиреоза) после консультации эндокринолога была произведена соответствующая коррекция. В

результате проведенной терапии отмечался хороший клинический эффект (прекращение зуда и жжения, эпителизация микротрещин и эрозий, восстановление текстуры кожи, гиперемия в области побелевших участков) и негативация выявленных возбудителей.

Выводы. Таким образом, нами выявлены такие морфологические признаки САЛВ у девочек, как утолщение многослойного плоского 5 (41,6%), лейкоцитарная инфильтрация в строме 3 (25,0%), выраженный периваскулярный инфильтрат 3 (25,0%), указывающие на присутствие воспалительного компонента в ткани вульвы, который при отсутствии своевременного лечения может стать причиной дезорганизации коллагена и формирования необратимых морфологических изменений. Высокий процент выявления таких возбудителей как, Ureaplasma Urealyticum - у 3 (25,0%), Mycoplasma genitalium - у 2 (16,6%), St. Epidermidis – 4 (33,3%), Candida – 3 (25,0%), Megasphaera spp, Veilonella spp. – 3 (25,0%), Gardnerella vaginalis- 4 (33,3%) может указывать на их этиопатогенетическую роль в развитии САЛВ, что подчеркивает необходимость использования ПЦР реал-тайм «Фемофлор-16» при обследовании таких пациенток и учитывать выявленные возбудители при назначении антимикробной терапии. Включение в терапию САЛ антимикробного компонента с учетом выявленных возбудителей и низкоинтенсивной лазеротерапии с фотодинамическим эффектом позволяет достичь значительного клинического эффекта и стабилизации процесса. Вывление у 5 (41,6%) девочек отклонений в работе щитовидной железы преимущественно в сторону гипотиреоза подчеркивает необходимость своевременной коррекции с учетом влияния гормонов ЩЖ на функцию яичников и выработку половых гормонов.

СПОСОБ ОСТАНОВКИ АТОНИЧЕСКОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ БАЛЛОННОЙ ТАМПОНАДЫ

Йулдошева П.Ж.

Научный руководитель: *Расуль-Заде Ю.Г., д.м.н. профессор*

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Обоснование. Способ внутриматочной баллонной тампонады при помощи самостоятельно собираемой баллонной системы, по данным некоторых публикаций, демонстрирует многообещающие результаты в обеспечении остановки послеродовых кровотечений. Компоненты для сбора системы легкодоступны, незатратны и отличаются устойчивостью к закупорке дренажного канала сгустками крови. Послеродовое кровотечение (ПРК) остается одной из основных причин тяжелых акушерских осложнений. Качественные исследования, проведенные в развивающихся странах, указывают на большую потребность (широкую приемлемость) и все более широкое применение самостоятельно собираемых систем для внутриматочной баллонной тампонады среди специалистов. Все больше накапливается данных и в пользу эффективности таких методов. В нашем исследовании мы применили систему баллонной тампонады. Данная система компонуется (собирается) из катетера Фолея, презерватива и стерильного перевязочного материала, используемого для тампонады влагалища. Применение данного устройства в клинической практике было одобрено в ходе проведения обсуждения с участием команды специалистов, входящих в местный этический комитет в родильном комплексе № 3 а также областной перинатальной центре. Все пациентки, принявшие участие в исследовании, подписали «бланк информированного согласия».

Пациенты и методы. Исследование проводилось в родильном комплексе №3 а также областной перинатальной центре, являющегося клинической базой кафедры акушерства и гинекологии, детской гинекологии СамГМУ. В период с сентября 2020 г. по ноября 2022 г. система баллонной тампонады была устанавлена 10-родильницам с развившимся послеродовым кровотечением. Решение об установке системы принималось в случаях

резистентности к проводимым консервативным и медикаментозным методам остановки кровотечения. У всех пациенток шоковый индекс было более 0,9, что указывало на наличие гиповолемического состояния той или иной степени на различных этапах оказания помощи.К консервативным мерам по остановке кровотечения относились: проведение общих мер интенсивной терапии, введение утеротоников (окситоцин, мизопростол, алкалоиды спорыньи) и/или инфузия транексамовой кислоты.

Результаты. Во всех случаях отмечались одноплодные роды живым плодом. Средний возраст пациенток составил 26±2.3 лет, гестационный срок к моменту родов колебался от 37,5 до 41,3 недель. У всех пациенток роды завершились через естественные родовые пути. Атония матки была наиболее частым показанием к установке системы баллонной тампонады (семь пациентов), у трех пациенток показанием служили травматические поражения родовых путей (разрывы верхней трети влагалища). У одной родильницы с атоническим кровотечением были зарегистрированы признаки развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. В двух случаях, после купирования кровотечения, при УЗ - сканировании были выявлены остатки плацентарной ткани. Из 10 пациенток эффективная остановка кровотечения отмечалась у 9 (90%), одной пациентке для остановки кровотечения понадобилось проведение надвлагалищной гистерэктомии. Комбинированная терапия антибиотиками проводилась всем пациенткам с установленной системой в течение трех дней после развития кровотечения. Трем пациенткам понадобилось переливание препаратов крови, у трех из 9-ти родильниц (30%) развились дальнейшие осложнения в виде анемии. Продолжительность кровотечения составляла 80-210 минут (в среднем 2,3 часа). Объем кровопотери оценивался во всех случаях, диапазон его варьировался в пределах 630-2400 мл (в среднем 1429,3 ± 854,6 мл).

Выводы. Проведенное исследование указывает на значительную эффективность (до 90%) самостоятельно собираемой системы баллонной тампонады для остановки послеродового кровотечения различной этиологии, включая атонию матки и высокие травмы влагалища. Система отличается простотой, небольшим временем подготовки к установке, не приводит к закупорке дренажного канала сгустками крови.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЯХ ВЛАГАЛИЩА

Кадырова З.Н.

Научный руководитель: *Каттаходжаева М.Х., д.м.н. профессор*

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. На современном этапе наиболее распространенными среди женщин репродуктивного возраста гинекологическими заболеваниями являются кандидоз гениталий (преимущественно кандидозный вульвовагинит) и бактериальный вагиноз.В структуре инфекционных заболеваний вульвы и влагалища частота вульвовагинитов, вызванных грибами рода Candida spp. составляют 24-36%. Бактериальный вагиноз встречается у 19% женщин репродуктивного возраста и у 87% женщин с патологическими белями в структуре воспалительных заболеваний половых органов его частота составляет 30-80%. Кандидоз гениталий и бактериальный вагиноз существенно нарушают качество жизни и являются одной из частых причин развития воспалительных осложнений во время беременности, родов и послеродового периода. В настоящее время в структуре инфекционных заболеваний влагалища, наибольшее значение имеют бактериальный вагиноз (БВ) - до 60% всех случаев, и кандидоз гениталий (КГ), протекающий, как правило, в клинической форме кандидозного вульвовагинита - до 25-30% случаев. В ряде отечественных и зарубежных работ было показано, что частота обнаружения БВ во многом зависит от контингентов обследуемых женщин. Среди пациенток с

патологическими белями она составляет 61-87%, у больных с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) - 24-37%, у беременных женщин – 10-46%, в группах планирования семьи - 17-19%. У 24-50% женщин с установленным диагнозом отмечают бессимптомное течение заболевания.

Причины, факторы риска. Влагалище женщины - естественный резервуар обитания *Candida* spp. В качестве комменсалов Candida spp. колонизируют слизистую влагалища и постоянно стимулируют ее иммунные механизмы при отсутствии каких-либо признаков болезни. Предполагается, что переход от бессимптомной колонизации к КГ возникает после нарушения местных защитных механизмов. Также этот переход может зависеть от повышения вирулентности гриба. Остается неясным, какой из факторов является пусковым для начала патологического процесса. Наиболее частыми возбудителями хронических рецидивирующих воспалительных процессов гениталий C. albicans. Их выделяют у 80-90% пациенток. До 15-30% случаев вызывают другие виды Candida spp., среди которых клиническое значение имеют преимущественно Cglabrata (5-10%), Cjropicalis (3-5%), C.h'usei (3-5%), C.parapsilosis{-33%), реже - C. kefir, C. guilliermonii, C. zeylanoides, C. famata, C. lipolyiica, C. Noi-vegensis, C.rugosa. До 1% случаев ХРКГ обусловлено сахаромицетами, в частности Saccharomyces cerevisiae. В последние десятилетия возросла роль микст-инфекций. От 10 до 30% всех случаев инфекционных заболеваний влагалища составляют вагиниты, вызванные сочетанным воздействием не менее двух видов микроорганизмов (МО), например разнообразных бактерий и грибов рода Candida, что может затруднить диагностику и лечение. От 10 до 30% всех случаев инфекционных заболеваний влагалища составляют вагиниты, вызванные сочетанным воздействием не менее двух видов микроорганизмов (МО), например разнообразных бактерий и грибов рода Candida, что может затруднить диагностику и лечение.

Диагностика, лечение и профилактика. При БВ, как считают, наблюдается экологический дисбаланс в слизистой оболочке влагалища - чрезмерная вегетация и инвазия в вагинальный эпителий транзиторной микробиоты. Нарушение равновесия между облигатной и транзиторной микробиотой является следствием воздействия перечисленных выше факторов риска. В последнее время появились сообщения о специфичности некоторых ферментов, вырабатываемых транзиторными МО при БВ, и о возможности их определения для диагностики бессимптомного БВ. Речь идет о муциназе и циалидазе*).* Наличие этих ферментов, по мнению исследователей, свидетельствует о патогенности вагинальной микробиоты, когда микроскопические показатели не превышают норму. В последнее десятилетие используется комплекс «Фемофлор-16, 23», позволяющий выявить качественный и количественный состав микробиома влагалища и шейки матки 25 видов (23 микроорганизма и УБМ, Lactobacterium spp). Существует мнение, что стойкое нарушение количественного и качественного состава вагинальной микробиоты, обусловленное, по всей видимости, особенностями гормональной системы и свойствами эпителиоцитов влагалища, может приводить к развитию иммунной недостаточности слизистой оболочки влагалища, что, в свою очередь, лежит в основе рецидивов БВ. Состояние местного иммунного ответа шейки матки и влагалища при инфекционных поражениях. Как известно, одним из факторов риска развития предраковых заболеваний являются хронические инфекционные поражения шейки матки. Как известно, одним из факторов риска развития предраковых заболеваний являются хронические инфекционные поражения шейки матки. Под пристальным вниманием многих исследователей продолжают оставаться вопросы диагностики и лечения воспалительных заболеваний, поскольку вот уже на протяжении многих лет они занимают первое место в структуре генитальной патологии и являются основной причиной нарушений репродуктивного здоровья женщин. По мнению исследователей, более чем у 68% женщин диагностируются цервицит. Отмечается, что в репродуктивном возрасте хронический цервицит в 81-85% случаев сочетается с хроническим эндометритом. Это связано с изменениями общей реактивности организма на фоне нарушений клеточного и

гуморального звеньев иммунной системы. На сегодняшний день доказано воздействия значительного угнетения клеточного иммунитета на развитие ЦИН и рака шейки матки.

АДЕНОМА ГИПОФИЗА ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА В ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА КАК ФАКТОР МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Кадирова З.С.

Научный руководитель: *Халимова З.Ю., д.м.н. профессор*

Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: В практике эндокринолога достаточно редко встречается манифестный гипотиреоз, при котором клинические проявления гипофункции щитовидной железы (ЩЖ) диагностируют на фоне снижения гормонов щитовидной железы, в частности, уровней свободного тироксина (Т4св), свободного трийодтиронина (Т3св) и повышенных уровней в крови тиреотропного гормона (ТТГ). Что касается распространенности в странах с дефицитом йода данная патология колеблется от 1% до 2%. Гипотиреоз примерно в десять раз чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Отсутствие адекватной заместительной гормональной терапии может привести к некоторым осложнениям, одним из которых является гипертрофия тиреотропных клеток с развитием аденомы гипофиза с развитием пангипопитуитаризма (снижение функций других тропных гормонов), который возникает в результате поражения тканей гипофиза увеличивающейся опухолью. Существует мнение, что манифестный гипотиреоз, ассоциируется с гипоандрогенемией у мужчин. Однако вопрос о том, как изменяются параметры спермограмм, а также уровни гонадотропных гормонов у мужчин с бесплодием, у больных с манифестным гипотиреозом, в настоящее время практически мало изучено. В представленной ниже работе описывается случай развития аденомы гипофиза вследствие первичного гипотиреоза на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита, особенностью которого является наличие бесплодие у пациента.

Цель исследования: Раннее выявление и адекватная терапия манифестного гипотиреоза.

Материалы и методы исследования: Пациент Х., 30 лет, обратился в Бухарский областной диспансер с жалобами общую слабость, головную боль, подавленное настроение, непереносимость холода, сухость кожи, репродуктивные или сексуальные расстройства. При осмотре: рост 169 см, масса тела 70 кг, индекс массы тела 24,8 кг/м^2. Наследственный анамнез не отягощен. У пациента провели ультразвуковое исследование щитовидной железы, определения в крови уровней тиреотропного гормона, свободного тироксина свободного трийодтиронина, также анализ параметров спермограмм в соответствии с критериями нормы ВОЗ и содержание свободного тестостерона (Тсв) в сыворотке крови, лютеинизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов и пролактина (ПРЛ).

Результаты и обсуждение: При обследовании впервые было выявлено повышение концентрации ТТГ- 19.63 мМЕ/мл (0,39–4.20) в сочетании со сниженным содержанием свободных фракций Т3св- 1.7 пмоль/л (2,5–5,8) и Т4св 5.6 пмоль/л (10-25) увеличение содержания антител к тиреоидной пероксидазе (ТПО) – 1102 МЕ/мл (0–5,6 МЕ/мл) и пролактина- 577.6 нг/мл (60–560). С целью выяснения причин головных болей которые плохо поддавались купированию анальгетиками произведено МРТ исследовании гипофиза с контрастированием и верифицировано макроаденома гипофиза (17 × 12 × 18 мм) с супра-, пара-, инфраселлярным распространением. Пациента осмотрена офтальмологом: данных за хиазмальный синдром не получено. Данное образование вследствие масс-эффекта повлияло на функцию гонадотропных гормонов и привело к снижению их функции ЛГ-0,8 мМЕ/мл (1,5-9,0), ФСГ-0,33 мМЕ/мл (0,8-25), Изменение со

стороны других тропных гормонов не выявлено. Первичная дисфункция щитовидной железы и гипофункция гонадотропных гормонов и повышение пролактина у пациента с бесплодием привело к существенному снижению уровня тестостерона (Тсв-5.6 нг/мл (9-38)) что указывает на наличие у них гипоандрогенемии. У данного пациента объемы яичек не отличался от нормальных значений. При этом концентрация сперматозоидов в миллилитре эякулята находился в ниже пределах нормы ВОЗ. Тем неменее, средняя величина этого параметра спермограмм была существенно меньше. Средние величины процентов подвижных и жизнеспособных форм спермиев у больного с первичным манифестным гипотиреозом были существенно меньше нижней границы нормативов ВОЗ (21%). Такие изменения параметров спермограмм свидетельствуют о формировании у обследованного пациента олигозооспермии. По совокупности данных был поставлен диагноз "первичный гипотиреоз на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита осложнение аденома гипофиза с вторичным бесплодием" назначена заместительная терапия левотироксином натрия в дозе 50 мкг/сут с постепенным увеличением дозы препарата до 100 мкг/сут. После 6 мес адекватной заместительной гормональной терапии при исследовании уровней гормонов на фоне терапии они были в пределах нормы, уровень тестостерона был на нижней границе. В параметрах спермограммы был значительный сдвиг и количества подвижных спермиев (40%) Пациенту рекомендовано наблюдение эндокринолога и уролога по месту жительство.

Выводы: При манифестном гипотиреозе у мужчин репродуктивного возраста может быть андрогенодефицитное состояние с формированием тестикулярной дисфункции, что необходимо учитывать при терапии у мужчин с данной патологией. Своевременная диагностика и лечение может предотвратит такие грозные осложнения как вторичное образование, в гипофизе которое является главной контролирующей функцию периферических желез что может усугублять адрогенодефицит.

МЕТОДЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕВОЧЕК

Курбаниязова Ф.З.

Научный руководитель: *Шавази Н.Н., PhD.*

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность: В мире имеются научные исследования по профилактике развития, ранней диагностики, оптимизации лечения женщин с аномальными маточными кровотечениями (АМК) в период перименопаузы, но мало данных про АМК у женщин фертильногло возраста, и совсем незначительны данные о АМК у девочек и девушек. Аномальные маточные кровотечения приносят неудобств женщинам репродуктивного возраста, оказывая существенное влияние на качество жизни женщины и ее семьи. Кроме того, часто женщины фертильного возраста также планируя беременность переживает по данному поводу. А для девочек чей менструальный цикл только установился или никак не может установится в течении продолжительного времени навязывает болезненное чувство и ограничивает социальные возможности. По классификации АМК среди причин различных нарушений менструальной функции, немаловажное значение имеют полипы эндометрия. По данным разных авторов, клиническими проявлениями полипов эндометрия у женщин являются нарушения менструального цикла в виде маточных кровотечений. Аденомиоз матки также является одной из частых причин маточных кровотечений. При глубокой инвазии эндометрия в миометрий к маточным кровотечениям присоединяется еще и болевой синдром, что еще больше причиняет неудобств пациентке . Несмотря на то, что эндометрий является гормонально-зависимой тканью, его эктопированные фрагменты приобретают иные свойства: не имеют

прогестероновых рецепторов, очень долго сохраняют выживаемость и способность к распространению, устойчивы к гормональной терапии. Еще одной причиной АМК является гормональные изменения, чаще это происходит на фоне неправильной контрацепции КОКами. АМК у девочек подросткового возраста имеет свои особенности, как этиопатогенеза так и диагностики, лечения. Органические причины (PALM) очень редки у девочек, кроме того, учитывая особенности менталитета девочек нашей страны вероятность их возникновения очень мала. Но часто у девочек при обследовании определяются гормональные изменения на фоне стресса, кистозные изменения яичников.
Вышеуказанные причины АМК показывает, насколько разнообразны может быть егоэтиопатогенез, это в свою очередь требует тщательного обследования и совершенствования диагностики и лечения АМК.

Цель нашего исследования: изучить факторы риска АМК и методы фармакотерапии у девочек

Материалы и методы: Исследование было проведено в клинике №1 СамГМУ за период 2020-2022 годов на базе гинекологического отделения и поликлинических данных. Были обследованы 20 девочек, разделенных на 2 группы в зависимости от метода лечения: 1я группа 10 девочек с консервативными методами лечения, вторая группа 10 девочек с консервативным и психотерапевтическими методами лечения. Средний возраст пациенток были сопоставим, у первой группы в среднем он составил 14,1 ± 1,14 лет, а второй 14,8± 1,39. Все пациентки были абитуриентами вследствие чего имели плотный график учебы и стрессовое напряжение в виде вступительных экзаменов. С целью изучения физических параметров проводилась клиническая антропометрия: измерение роста, массы тела с использованием стандартных измерительных приборов. Методами обследования служили общепринятое клиническо-анамнестичекие исследования, объективное обследование, гинекологическое обследование не проводилось. Также проводилось лабораторное обследование – общий анализ крови, общий анализ мочи, мазок на флору, показателей гемостаза, исследование гормонального фона (ЛГ, СФГ, прогестерон). Из инструментальных методов использовалось УЗИ матки и придатков.

Результаты исследования: при изучении данных анамнеза пациенток было выявлено наличие становлении и течении менструального цикла с 12-13 лет в течение 6-7 месяцев. Только у 35% становление МЦ заняло более 6 месяцев, у 25% МЦ был установлен в течении 2х циклов. В среднем длительность менструации составляло у девочек 3-5 дней, хотя 45% отмечали наличие менструально подобных выделений в течении еще 2-3х дней. Общая продолжительность цикла на момент становления МЦ у девочек составляло 28-30 дней. При обращении пациентки предъявляли жалобы на обильные менструальные кровотечения, а также наличие кровяных выделений в период между менструациями. При изучении антропометрических данных показал, что индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил 27,2±1,6, ожирение не наблюдалось у пациенток первой группы. У второй группы ИМТ имел значения 29,4±4,2, ожирение первой степени наблюдалось у 2х (20%) пациенток. У 4 (40%) пациенток наблюдалось увеличение массы тела. У пациенток имелись признаки анемии как бледность, слабость, ломкость ногтей и волос. Извращенный аппетит имелся у 4 (20%) из общем выборки. Артериальное давление и пульс были в пределах нормы, но был приближен к нижней границе нормы. Ультразвуковое исследование (УЗИ) показало следующие данные: у 30% первой группы и 40% второй группы наблюдалось эхопризнаки хронического эндометрита, Полипы в полости матки были обнаружены у 1 девочки первой группы, тогда как у второй группы этот показатель был 2 раза выше (20%). Фолликулярная киста яичника была обнаружена у каждой третей девочки. Также необходимо отметить, что ни одна из пациенток не принимала профилактическую дозу йода, тогда как явное увеличение щитовидной железы было у 70%, а клиника диффузно-токсического зоба у 45%. При исследование гормонального фона, наблюдалось снижение ЛГ и ФСГ у 50% женщин (в первой 20%, во второй 30%). Тогда как прогестерон был повышен у 30% первой группы и 60% второй

группы. Лечебная терапия остановки кровянистых выделений консервативным путем проводилось препаратами транексам, викасол и аскорутин после которого кровянистые выделения прекратились у 30% из всех пациенток на вторые сутки, у 20 % на третьи сутки. При наблюдении у этих пациенток после пару циклов снова наблюдались аномальные маточные кровотечения, также среди них были девочки с гормональным дисбалансом и кистозными изменениями. Назначение гормональной терапии устранило АМК и нарушения МЦ у 40% женщин из обеих групп. У пациенток второй группы было выявлено улучшение общего состояния и ИМТ после нескольких процедур психотерапии. Также наличие положительного настроения способствовало более быстрому лечению АМК. У 10 девочек из этой группы в 5 случаях в течении 3х циклов наблюдение больше не появлялись признаки АМК.

Выводы. Таким образом, можно заключить о том, что аномальные маточные кровотечения являются актуальной проблемой современной медицины, требующая внедрения новых методов диагностики и лечения с оптимальной тактикой.

ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Кутлимуратова Б.А.

Научный руководитель: *Матризаева Г.Д.*

Ташкентская Медицинская Академия Ургенческий филиал, Ургенч, Узбекистан

Актуальность: Одно из первых мест среди важнейших проблем практического акушерства занимает проблема невынашивания беременности. Невынашивание беременности – это самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель, считая с первого дня последней менструации. Прерывание беременности в сроки от зачатия до 22 недель называют самопроизвольным абортом (выкидышем). Привычный выкидыш – самопроизвольное прерывание беременности два раза и более подряд. Самопроизвольным выкидышем заканчивается каждая четвертая желанная беременность. Частота привычного выкидыша составляет 0,6–2,3%. Привычное невынашивание – полиэтиологическое осложнение беременности, в основе которого лежат нарушения функции репродуктивной системы. В структуре привычных потерь беременности выделяют анатомические (они обуславливают, по данным различных источников, 15% всех случаев невынашивания), эндокринные (недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) любого генеза, гиперандрогения, дисфункция щитовидной железы, сахарный диабет и т.д.), инфекционные, генетические и иммунологические факторы. Своевременное выделение групп риска способствует формированию тактики ведения женщины при беременности.

Цель исследования: Оптимизация прегравидарной подготовки и лечения невынашивания у женщин с синдромом привычной потерей беременности.

Материалы и методы исследования: В Областном Перинатальном Центре г.Ургенч провели обследование 70 женщин в сроке беременности 6-12 недель. Женщины были разделены на 2 группы: основную группу составили 50 женщин с синдромом привычной потерей беременности и угрозой прерывания на момент обследования, контрольную – 20 женщин без ПНБ. Провели сравнительную оценку клинико-анамнестических данных, функциональные методы исследования (контроль базальной температуры) и значимых лабораторных показателей (определение гонадотропных и стероидных гормонов в крови (ЛГ, ФСГ, Т, Е2, прогестерон, DHEA-S, кортизол, ТТГ, свободный Т3 и Т4, АМГ) на 3-5 дни I фазы менструального цикла). Ультразвуковое исследование: на 5-7 дни меструального цикла и 11,13,15 дни (фолликулометрия).

Результаты и обсуждения: клинико-анамнестических данных показали, что общее количество родов в контрольной группе-6 срочные роды, в основной группе – 5, 2 срочные роды и 3 преждевременные роды, общее количество абортов у женщин основной

группы- 124 из них 3 медицинский аборт, а 121 это ранний самопроизвольный аборт, в то время как в контрольной группе только 4 медицинского аборта. Результаты измерения базальной температуры как наиболее информативного теста функциональной диагностики, подтверждающего наличие овуляции и полноценность функционирования желтого тела, свидетельствовали о том, что у женщин основной группы до лечения были нарушения в регуляции менструального цикла. Далее нами были проведены лабораторные исследования. Результаты которых показали, что у женщин основной группы до лечения показатели тестостерона (4,8) и соотношения ЛГ/ФСГ (2,5) были высокими, а в контрольной группе в пределах нормы. Средние показатели толщины эндометрия у женщин основной группы до лечения на 6-8 день - 5,4мм, на 13-16 день - 6,6мм, на 21-23 дни – 9,4мм, что свидетельствует о не готовности эндометрия к имплантации. После полного обследования и установления имеющихся нарушений (3 менструальных цикла) проведено лечение и прегравидарная подготовка женщин с синдромом привычной потери беременности. Результаты после проведенного лечения показали, что нарушения были устранены, по данным измерения базальной температуры длительность секреторной фазы и толщина эндометрия (на 13-16 день – 11,1 мм, на 21-23 дни – 12.2мм) к концу менструального цикла стала достаточной для имплантации и сохранения беременности.

Выводы: В анамнезе женщин с СППБ отмечается высокий удельный вес воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы, в частности воспалительных заболеваний шейки матки у 21 пациентки (42%) в основной группе и оофарита у 16 (32%) и 2 (10%) в контрольной группе. У всех женщин с СППБ с отсутствием овуляции также имелась относительная гипоплазия эндометрия. Использование в догестационной подготовке эстрогенов на протяжении трех менструальных циклов позволяет восстановить нормальную толщину эндометрия и обеспечить последующее успешное вынашивание беременности в случаях НЛФ. Основная цель прегравидарной подготовки, которая необходима абсолютно всем женщинам репродуктивного возраста, – это планирование беременности в период наилучшей готовности к зачатию и вынашиванию беременности. Преконцепционная оценка факторов риска и их своевременная коррекция является основным условием предотвращения акушерских и перинатальных осложнений.

Практические рекомендации: 1. УЗИ у женщин с СППБ рекомендуется проводить с динамической оценкой толщины и структуры эндометрия на протяжении всех фаз менструального цикла. 2. Ультразвуковые показатели тольщины эндометрия должны сопоставляться с результатами тестов функциональной диагностики. 3. В комплекс догестационной подготовки женщин с выявленной недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла и гипопластичным эндометрием рекомендуется вводить эндогенные эстрогены. 4. Женщинам с вновь наступившей беременностью, которым проводилась прегравидарная подготовка, осуществлять гормональную поддержку микронизированным прогестероном до формирования плаценты (до 16 недель гестации).

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ

Курбоналиева Р.Б.

***Научный руководитель**: Ниязова Г.А.*

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

Актуальность. В современном акушерстве дискутабельным остается вопрос об оптимальной дозировке антибиотикопрофилактики до и после операции кесарева сечения для снижения послеоперационных осложнений. Анализ литературных источников позволил выделить, что в акушерстве, частота гнойно-септических заболеваний

возрастает в 8-10 раз при оперативных родах, в частности при кесарево сечении. Своевременное, дозированное применение антибиотиков может снизить послеродовые гнойно-септические заболевания.

Цель: Оценить эффективную дозу антибиотикопрофилактики при сравнении введения однократной и многократной дозы антибиотиков и их влияние на снижение послеоперационных инфекционных осложнений при плановом кесарево сечении.

Материалы и методы. Проведено проспективное клиническое исследование среди 83 женщин, которые были родоразрешены путем операции кесарево сечение в плановом порядке на базе ГУРСНПМЦАИГ.

Результаты и обсуждения: Не выявлено существенного отличия в группах с однократным и многократным введением антибиотиков при плановом кесарево сечении. Большинство пациенток входили в возрастную категорию 31-35 лет (39 %), 26-30 лет (33 %), женщины старше 36 лет составили 19 %, и пациентки в возрасте до 25 лет составили 9 %. Соотношение первородящих к повторнородящим составило 2:3, при этом повторное КС было выполнено в 42 % случаев. Анализ ИМТ (индекс массы тела) показал, что 62 % пациенток имели нормальный индекс массы тела, 22 % — ожирение 1 степени, у 14 % было отмечено ожирение 2 степени, а у 2 % - ожирение 3 степени. В структуре показаний к плановому оперативному родоразрешению превалировали: рубец на матке — 31 %, анатомически узкий таз — 11 %, тазовое предлежание плода — 39%, другие показания — 19 % (рубцовая деформация шейки матки, двукратное обвитие пуповиной вокруг шеи плода и др.). Средняя длительность пребывания пациенток в стационаре, после родоразрешения, составила 4,5 дня. С целью профилактики ГСЗ в послеоперационном периоде из 83 больных, 49 назначена однократная доза антибиотиков (цефтриаксон по 1г 2 раза в сутки). Остальным 34 пациентам назначена многократная доза антибиотиков (цефтриаксон по 1г 2 раза в сутки). Группа пациенток, которые получали однократную дозу антибиотиков, послеоперационный период протекал без эпизодов инфекционных воспалений (повышение температуры тела, лейкоцитоз в ОАК, гинекологические инфекционные осложнения в послеродовом периоде), только у трех пациенток (6,1%) наблюдалось повышение температуры тела, которая не была выявлена на следующие сутки. Группа женщин, которые получали многократную дозу антибиотиков, послеоперационный период протекал без эпизодов инфекционных осложнений, только у 2 (5,9%) пациенток наблюдалось повышение температуры тела, которая также не была выявлена на следующие сутки.

Выводы: Применение однократной и многократной дозы антибиотикопрофилактики, идентично эффективны для снижения послеоперационных инфеционных осложнений при плановом кесарево сечении.

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕНЫХ ЖЕНЩИН

Мавлянова Ш.А.

***Научный руководитель**: Насирова Ф.Ж., д.м.н.*

Андижанский Государственный Медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Актуальность темы. В связи с высокой частотой инфекционных поражений матери и плода целесообразно проведение анализа морфоструктурных изменений плаценты являющейся центральным звеном развитие инфекционного процесса в системе мать-плацента-плод у женщин с преждевременными родами.

Полученные результаты и их обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о том, что при массовом цитологическом скрининге урогенитальной инфекции (ГИ) различные нарушения вагинального биоценоза выявляются более, чем у половины беременных. В подавляющем большинстве наблюдений (40-45%) определяются признаки бактериального

вагиноза и неспецифического бактериального кольпита, вызванных условно патогенной микрофлорой. В значительно меньшей степени диагностируются вагиниты, обусловленные, трихомонадами и грибами рода Candida (6-13%) и возбудители внутриклеточной инфекции (5-8%), среди которых явно преобладают хламидии (4-7%). Общая частота и соотношение отдельных видов ГИ существенно меняются по ходу беременности, что может быть обусловлено стабилизацией гормонального фона, проводимой коррекцией вагинального дисбиоза, а также качественными изменениями в структуре урогенитальных заболеваний беременных женщин. Нами было проведено обследование 30 беременных с TORCH-инфекцией, из них в сроке 22-27 нед. – 14 (46,7%) женщин, в 28-33 нед. - 10 (33,3%) и в 33-37 нед – 6 (20,0%) женщин соответственно. При анализе данных обращает внимание значительное уменьшение частоты бактериального вагиноза в третьем триместре (на 32,5%) в сочетании с аналогичным по статистической значимости повышением доли бактериального кольпита (на 36,3%). Табл 1

Результаты скрининговой цитологической диагностики УГИ у беременных

Срок беременности, нед		Бак. вагиноз	Бак. кольпит	Трихо-мониаз	Канди-доз	Хлами-диоз	Мико-пламоз	Герпес
22-27 (n=14)	абс	9	6	4	10	3	3	5
	%	64,3	42,9	28,6	71,4	21,4	21,4	35,7
28-32 (n=10)	абс	4	8	2	2	2	2	2
	%	40,0	80,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
33-37 (n=6)	абс	2	5	1	3	1	1	1
	%	33,3	83,3	16,7	50,0	16,7	16,7	16,7

В то же время общее количество бактериального вагиноза и бактериального кольпита в первой, второй и третьей группе беременных характеризуется лишь незначительной тенденцией к снижению. Частота трихомонадного вагинита отличается стабильностью на протяжении всех изучаемых сроков беременности. Более динамичными выглядят показатели частоты внутриклеточных инфекций (хламидиоза, микоплазмоза, герпеса), которые по ходу беременности в своей совокупности снижаются более чем в 1,5 раза.

Выводы. Результаты скрининговой диагностики ГИ во время беременности свидетельствуют о том, что, несмотря на общую положительную динамику в состоянии вагинального биоценоза, почти у 40,0% родильниц сохраняются патогенетические предпосылки для развития восходящей бактериальной инфекции, в виде, главным образом, бактериального вагиноза и неспецифического бактериального кольпита.

ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ИСХОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Мамаражабов Э.Т.

***Научный руководитель**: Арзиева Г.*

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.

Введение. Бесплодие является важной медико-социально-психологической проблемой в обществе. Восстановление фертильности женщин с трубно-перитонеальным бесплодием в 45-60% случаев эффективным является эндоскопический метод.

Цель исследования: оценить эффективность лапароскопии в лечении трубно-перитонеального бесплодия.

Материалы и методы. Обследованы 52 женщины с трубно-перитонеальным бесплодием 30,38±4,26 лет. Выполнено клиническое и лабораторное обследование, диагностическая лапароскопия. Из них 26 женщин с первичным (группа 1) и другие 26 - с вторичным бесплодием (группа 2).

Результаты. У больных 1ой группы в анамнезе имели место ИППП бактериальной этиологии (30,77% и 3,85%, P<0,05), наружный эндометриоз (34,61% и 19,23%, P<0,05). В анамнезе женщин 2ой группы - медицинские аборты (61,54%), самопроизвольные выкидыши (15,38%), хирургические вмешательства (23,08% и 88,46%, P<0,05), внематочная беремен-ность (11,54%). У трети больных обеих групп маточные трубы были не проходимы (30,77% и 34,61%, P>0,05). Спаечный процесс брюшной полости выявлен у женщин обеих групп (53,85% и 46,15%, P>0,05), в 1 группе - II степени (60% и 46,67%, P<0,05), а во 2 – III степени (6,67% и 33,3%, P<0,05). После лапароскопии беременность чаще наступала в 1 группе (26,92% и 19,23%, P<0,05), течение которой осложнилось плацентарной недостаточностью (33,33% и 34,89%, P>0,05) и преждевременной отслойкой плаценты (58,73% и 57,51%, P>0,05), а роды – слабостью родовой деятельности (14,28% и 0%,P<0,05) и плотным прикреплением плаценты (0%;20%, P>0,05).

Выводы. 1. Наиболее эффективным оперативное восстановление фертильности было у женщин с первичным трубно-перитонеальным бесплодием. 2. Осложненное течение беременности и родов у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе, очевидно, обусловлено нарушением микроциркуляции и рецепторного аппарата матки.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕ РОДОВЫХ МЕТРОЭНДОМЕТРИТОВ

Матякубова С.А.

Научный руководитель: *Олимова Н.Х. Султонова Ш.Р.*

Хорезмский областной перинатальный центр, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан.

Важной проблемой современного акушерства является послеродовый метроэндометрит (ПМ), который по-прежнему занимает существенный удельный вес в структуре послеродовой септической заболеваемости.

Цель работы. Анализ течения родов и данных обследования у пациенток с ПМ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 70 женщин с ПМ. Обследование больных включало в себя: клинико-статистические, общеклинические, бактериологические (посевов крови, мочи и отделяемого из полости матки на флору) лабораторные методы исследования, ретроспективный анализ 30 историй родов. Результаты исследования. Две трети пациенток поступили в отделение септической гинекологии из дома, в основном свыше 7 суток послеродового периода. Установлено, что факторами риска развития послеродовых воспалительных заболеваний матки явились: сопутствующая генитальная и экстрагенитальная патология, осложнения беременности, патологическое течение родов. Среди экстрагенитальной патологии обращало на себя внимание наличие ОРВИ и гриппа во время настоящей беременности, хронических тонзиллитов, пиелонефритов. Факт инфицирования беременной вирусом гриппа А (H1N1), а также ВИЧ позволяет отнести пациентку к группе высокого риска развития послеродовых и перинатальных осложнений. У 83% женщин с ПМ неблагоприятным фоном явились кольпит, хроническая урогенитальная инфекция (кандидоз, хламидиоз, трихомониаз), использование внутриматочной контрацепции до настоящей беременности, наличие хронического сальпингоофорита и неразвивающихся беременностей в анамнезе. Анемия, умеренная преэклампсия, угроза прерывания настоящей беременности, многоводие предрасполагали к развитию ПМ в трети наблюдений. У женщин с ПМ часто отмечались дородовое излитие околоплодных вод и длительный безводный период

(19,5%), аномалии родовой деятельности (13%), оперативные вмешательства в родах (43%), кровопотеря более 500 мл (25,8%). При гистологическом исследовании последов во всех случаях выявлены: фуникулиты, флебиты, васкулиты, хориоамниониты, децидуиты,. В одном наблюдении ПМ развился на фоне остатков плацентарной ткани и вакуум аспирации содержимого полости матки. В 9 случаях метроэндометрит сочетался с расхождением швов на промежности. Признаки системного воспалительного ответа (два иболее) и субинволюция матки встречались у всех родильниц. С-реактивный белок был положителен, а прокальциотониновый тест был отрицателен почти у всех женщин с ПМ. Следует отметить, что бактериологическое обследование полости матки, информируя о возбудителе, не всегда дает полное представление о тяжести течения воспалительного процесса. В 56% наблюдений посевы из полости матки были стерильны, что возможно связано с самолечением пациенток дома. Микробный пейзаж матки был представлен в основном грамотрицательной флорой кишечной группы: энтеробактер, кишечная палочка и др. В 17% случаев обнаружены ассоциации бактерий. Бактериемия выявлена в 2 наблюдениях (Staphylococcus spp.). Посевы мочи были не стерильны в 2 наблюдениях (E.coli). При бактериологическом посеве отделяемого раны на промежности в 2 случаях выявлен энтеробактер.

Заключение. Экстрагенитальная и генитальная патология, осложненное течение беременности и родов являются неблагоприятным фоном для развития ПМ. Наряду с этим, осложнения беременности и родов, возможно приводят к развитию иммунодефицита, активации условно-патогенной флоры родильницы и реализации метроэндометрита уже после выписки из роддома.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТОК.

Мусозода Д.М.

Научный руководитель: *Ахмедова Н.М., к.м.н., доцент.*

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

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

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

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 80 анкет, заполненных девушками с дисменореей и их матерей. Первичная дисменорея установлена после выяснения жалоб и проведения дифференциальной пробы с нестероидным противовоспалительным препаратом – бруфен. Результаты опроса сравнивали аналогично у 50 женщин, дочери которых в возрасте от 13 до 18 лет были здоровы (контрольная группа).

Результаты. Данные социально – экономических условий жизни девушек показал, что фактором, повышающим риск формирования первичной дисменореи у подростка, является проживание девушки в сельской местности, что составило 56,4%, у здоровых девушек этот показатель составил 38%. В семьях, где материальнобытовые условия были неудовлетворительными, у 62,8% девушек менструации были болезненными, а в группе здоровых у 42% . Фактором, приводящим к формированию дисменореи у девушек, признан возраст матери к моменту рождения 5-6 дочери. Несмотря на то, что средний возраст матерей в обеих группах при рождении детей находился в пределах 24-25 лет, роды старше 30 лет и позже среди матерей больных девушек наблюдались в 29,2% случаев, среди матерей здоровых – в 14 %. При этом удельный вес первородящих позднего возраста в обеих группах не имел существенного различия. Образование в объёме средней школы имели 35% матерей девушек основной группы и 4 % матерей контрольной Таким образом, данные исследования указывают на то, что у матерей каждой третьей девушки с дисменореей имелись следующие факторы риска: образование не более объёма средней школы, низкий уровень социального обеспечения, наличие первичной дисменореи, наличие анемии до наступления наблюдаемой беременности, возраст при рождении ребёнка 30 лет и старше, высокая частота родов в прошлом, пассивное курение, продолжительность лактации менее полугода. У каждой второй девушки с первичной дисменореей наблюдалось: позднее наступление менархе. Надо полагать, что всё вышесказанное отразилось на становлении и регуляции репродуктивной функции.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВАГИНАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНА, ЦЕРВИКАЛЬНОГО ПЕССАРИЯ И КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО РИСКА

Мухаммаджонова М. М.

Научный руководитель: *Уринбаева Н.А., д.м.н., Мухамедова У. Ю., к.м.н.*

Республиканский Перинатальный Центр, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность: Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) – одна из частых причин недонашивания и невынашивания беременности, которая представляет собой недостаточность перешейка и шейки матки. Вагинальный прогестерон, цервикальный серкляж и пессарий считаются профилактическими методами лечения женщин с риском преждевременных родов. Тем не менее, существует мало данных о том, какое из этих вмешательств является предпочтительным для улучшения исходов беременности.

Цель исследования: сравнить исходы беременности и родов у женщин с короткой шейкой матки, которым применяли 3 метода лечения: 1 группа – терапия вагинальным прогестероном. 2 группа – комбинированная терапия цервикальным пессарием и вагинальным прогестероном. 3 группа - комбинированная терапия шовным серкляжем, цервикальным пессарием и вагинальным прогестероном. И улучшить исходы родов у беременных женщин с ИЦН путем дифференцированного подхода к ее коррекции на основе изучения международных клинических протоколов по ИЦН и анализа результатов нашего исследования.

Материалы и методы исследования: Нами проанализированы историй родов 296 женщин, родивших в Республиканском Перинатальном Центре в период с 1 января 2021 года по 31 декабря 2022 года. Пациенты были разделены на 3 группы: I группа получала вагинальный прогестерон (n=53, 18%); II группа - цервикальный пессарий и прогестерон (n=195, 65,8%), III группа получила комбинированную терапию шовным серкляжем, цервикальным пессарием и вагинальным прогестероном (n= 48, 16,2%). Критериями включения в исследуемые группы послужила диагностированная ИЦН, угрожающие преждевременные роды и отягощенный акушерский анамнез (преждевременные роды и

самопроизвольные выкидыши в анамнезе) у женщин с одноплодной беременностью. Критериями исключения: тяжелая экстрагенитальная патология, многоплодная беременность, предлежания плаценты, вагинальные кровотечения, врожденные пороки развития плода и начало регулярных схваток. Критериями диагностики ИЦН во время беременности послужило: укорочение шейки матки менее 25 мм и раскрытие внутреннего зева на 10 мм и более по данным ультразвукового исследования и пролабирование плодного пузыря в цервикальный канал между 14 – 28 неделями беременности. Пациентки всех групп, включенные в исследование, были сопоставимы по возрасту, соматическому и гинекологическому статусам, а также по акушерским осложнениям. В ходе работы были использованы общеклинические (клинико-анамнестические, лабораторные), специальные (УЗИ, допплерометрия, кардиотокография) исследования. Акушерский анамнез (включая предыдущие преждевременные роды, предыдущие несостоятельность шейки матки и операции на шейке матки в анамнезе), течение беременности и данные на каком сроке гестации были выполнены вмешательства для предотвращения преждевременных родов, гестационный срок на момент родов, частота спонтанных преждевременных родов (включая спонтанное начало родов и разрыв плодных оболочек до родов) и исходы родов (послеродовые кровотечения, состояния новорожденных) была получена на основе медицинских карт. Перед проведением коррекции ИЦН проводилась санация родовых путей и токолитическая терапия (сульфат магния внутривенно по 4 мл/ч по линеомату в течении 3–5 дней. Всем пациенткам токолиз проводился на фоне вагинального введения микронизированного прогестерона до 400 мг/сут.

Результаты и обсуждение: Нами проведен анализ сроков родоразрешения беременных в 3 группах. 1 группа включала 53 беременных. В данной группе 16 (45,7%) беременных родили преждевременно. Из них: очень ранние роды 22 – 28 недель у 3 (8,6%) беременных, ранние преждевременные роды в сроке 28 – 32 недель были у 9 (25,7%), в период 32-36 недель роды произошли у 4 (11,4%), своевременные роды произошли у 11 (31,4%) женщин. 8 (15,1%) пациентов из I группы имели неизвестный исход, то есть роды не происходили в РПЦ. 18 (33,9%) пациентов I группы из-за прогрессирования ИЦН переведены во вторую группу . Прогрессирование ИЦН оценивали путем цервикометрии в динамике и на фоне прогестерона в течении 2-х недель отмечалось укорочение шейки матки менее 25 мм. 2 группа включала 195 беременных. Коррекция ИЦН пессарием проводилось в условиях дневного стационара РПЦ. Во второй группе 87 (51,1%) женщин имели преждевременные роды. Из них очень ранние - 6 (3,5%), ранние преждевременные роды были у 23 (13,5%), 32-36 недель - 58 (34,1%). Своевременные роды произошли у 67 (39,4%) беременных. Исход родов неизвестен у 16 пациентов 2 группы. Из за прогрессирования ИЦН в 3 группу были переведены 25 (12,8%) беременных. 3 группа включала 48 беременных. Коррекция ИЦН в данной группе проводилась в Отделении Патологии беременных РПЦ. В третьей группе произошли преждевременные роды у 29 (60,4%) беременных. Из них очень ранние роды у 5 (10,4%), ранние преждевременные роды были у 9 (18,7%), 32–36 недель - у 15 (31,25%). Своевременные роды произошли у 17 (35,4%) женщин. После проведения коррекции ИЦН мы наблюдали всех пациенток трех групп на предмет осложнений течения беременности. При изучении особенностей течения родов у беременных 1-й группы было выявлено, что осложнений как преждевременный разрыв плодных оболочек составило у 12(34,3%) женщин, тогда как на случай хорионамнионита всего один пациент (2,9%), случай с травматизмом шейки составлял у 3(8,6%). Во 2 группе преждевременный разрыв плодных оболочек составило у 78(45,9%) женщин, а случай хорионамнионита 27(14,1%), случай с травматизмом шейки составлял у 17(10%). Однако при анализе частоты осложнений течения беременности и послеродового периода после коррекции ИЦН комбинированными методами была выявлена более высокая частота травматизма шейки матки 28(58,3%), преждевременных

родов 60,4% и послеродовых и перинатальных инфекционно-воспалительных осложнений у пациенток.

Выводы и рекомендации: Комплексное лечение угрозы невынашивания беременности с использованием нехирургической коррекции ИЦН (цервикального пессария) в сочетании с вагинальным введением микронизированного прогестерона способствовала пролонгированию беременности ≥37 недель в 39,4% случаев, что показывает превосходство в сравнении с другими методами коррекции ИЦН. Частота преждевременных родов уменьшились в 1,2 раза в группе применения комбинированной терапии с микронизированным прогестероном и пессарием. В группе, где применялась комбинированная терапия шовным серкляжем, цервикальным пессарием и вагинальным прогестероном, отмечалось значительное число осложнений. Обоснованный выбор метода коррекции ИЦН, рациональная этиотропная терапия с помощью медикаментозных средств, направленных на снятие симптомов угрозы прерывания и правильный подбор базовой терапии, способствуют снижению частоты преждевременных родов и перинатальных потерь. ,Согласно данным Российских авторов, термин ИЦН определяется как укорочение ШМ ≤25 мм или дилатация ЦК≥10мм (на всем протяжении) по данным УЗ-цервикометрии ранее 37 недель беременности без клинической картины угрожающего выкидыша или преждевременных родов. Гайд Общества акушер-гинекологов Канады описывают, что диагноз ИЦН правомочен между 16 – 24 неделями беременности. Требуется дальнейший сравнительный анализ международных протоколов для четкого установления диагноза ИЦН и для определения оптимальной коррекции ИЦН в определенный срок беременности воизбежание лишних вмешательств. Для подтверждения этих предварительных выводов необходимы дополнительные исследования. Отсутствие четких рекомендаций, критерий диагностики и методов коррекции ИЦН определяют нам необходимость разработки национального клинического протокола по ведению беременности у женщин с ИЦН.

ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ТРОМБОЦИТОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.

Насретдинова Д.Р.

Научный руководитель: *Асранкулова Д.Б., д.м.н., профессор*

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Актуальность темы. Причины развития преэклампсии многофакторны, сложны и до конца не изучены. Вместе с тем, согласно современным представлениям, ведущая роль принадлежит эндотелиальным повреждениям, изменениям функций тромбоцитов, изменениям метаболизма липидов, а также иммунологическим и генетическим факторам. Согласно, многим исследованям, у преобладающего числа беременных с преэклампсией имеет место выраженая гиперкоагуляция с развитием ДВС-синдрома. Изучение функциональных свойств тромбоцитов беременных с преэклампсией показало, что изменения адгезивно-агрегационных свойств кровяных пластинок предшествует вовлечению прокоагулянтного звена системы гемостаза в процесс развития синдрома ДВС.

Цель исследования: Изучение тромбоцитарного звена системы гемостаза и определение их роли в развитии тромбогеморрагических осложнений при преэклампсии и их профилактика.

Материал и методы исследования: Для оценки состояния у 90 женщин будут проводиться: тщательный сбор и анализ анамнестических данных, общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, общий осмотр, гинекологическое и акушерское исследование, биохимические показатели крови: общий белок, билирубин, мочевина, креатинин, ферменты (АлТ), показатели гемостаза. Динамическое

кардиотокографическое исследование. Исследование состояния тромбоцитарного, прокоагулянтного и фибринолитического звеньев системы гемостаза.

Результаты исследования: Мы использовали новый подход по предупреждению акушерских кровотечений на фоне преэклампсии с использованием низкомолекулярного гепарина Клексана, способствующий нормализации функции тромбоцитов, ликвидации тромбофилических состояний, гепаринорезистентности. В результате внедрения разработанных нами принципов ведения женщин с преэклампсией будет сокращена частота акушерских кровотечений, что позволит снизить материнскую заболеваемость и смертность женщин, а также уменьшить инвалидизацию их в результате сохранения основного репродуктивного органа - матки.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Насридинова Х.С.

Научный руководитель: *Мухамадиева С.М., д.м.н., профессор.*

Государственное образовательное учреждение последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан.

Актуальность. Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных осложняют течение гестационного периода у 0,2-10% женщин и до сих пор остаются одной из основных причин осложнений беременности, родов, внутриутробного повреждения плода и высоких показателей материнской и перинатальной смертности. Врожденные пороки сердца (ВПС) в структуре сердечно- сосудистых заболеваний беременных занимают первое место и составляют от 5,0 до 25,5% (ВОЗ,2016г.)

Цель исследования: изучить особенности гестационного процесса и исходы родов у женщин с пороками сердца.

Объект исследования: беременные с пороками сердца, родоразрешенные в ГУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии Таджикистана» в 2015-2022гг.

Предмет исследования: ретроспективный анализ 140 историй родов беременных с пороками сердца и карты новорожденных за 2015-2022гг. (сплошное исследование).

Результаты исследований. Средний возраст обследованных женщин составил 27,7±5,8 лет. В исследовании участвовали каждая вторая (71/50,7%) пациентка активного репродуктивного возраста (25-34 года), более 1/3 (48/34,2%) – раннего (20-24года), 18/12,8%% - позднего (35-44 года) и 3/2,1% - подросткового периодов. При ретроспективном анализе выявлено, что практически у всех беременных имела место следующая экстрагенитальная патология: анемия различной степени (56,1%), йоддефицитные состояния (20%), дефицит массы тела (4%), заболевания органов дыхания (4%), варикозная болезнь (2%), ревматоидный артрит (4%), короновирусную инфекцию перенесли 6% беременных. Воспалительные заболевания органов малого таза имели место в 19,1% случаев. Среди обследованных женщин первобеременных было 46/32,9%, первородящих- 23/ 16,4%, повторнородящих -52/37,1%, многорожавших- 19/13,5%. Среди обследованных беременных с пороками сердца более половины (74/52,8%) имели отягощенный акушерский анамнез. Кесарево сечение в прошлом произведено в 38/27,1%) случаев, самопроизвольные выкидыши имели место в 31/22,1% случаев, неразвивающая беременность – в (6/4,2%), медикаментозный аборт (3/2,1%), интранатальная/ранняя неонатальная гибель плода (5/ 3,5%), преждевременные роды (5/3,5%), домашние роды (7/5%). Установлено, что в структуре пороков сердца врожденные пороки сердца (ВПС) имели 83/59,2% пациентки, приобретенные -7/5%, пролапс митрального клапана (ПМК) -33/23,6%, оперированное сердце – 17/12,1%. Среди ВПР у более 1/3 (30/36,%) беременных диагностирован дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), у 16/19,2% - межжелудочковой (ДМЖП), открытый аортальный

проток (ОАП)- 5/6%, недостаточность митрального клапана - 5/6%, стеноз легочной артерии (СЛА)-3/3,6%, комбинированные ВПС - 17/20,%,тетрада Фалло – 4/4,8%, аномалия Эбштейна – 3/3,6%. Отдельно нами выделен ПМК, который может быть рассмотрен и как малая аномалия сердца врождённого генеза, так и как приобретенный порок сердца, в нашем исследовании в большинстве случаев он был выявлен уже после наступления беременности в качестве находки и встречался в 4 (12,21%) случаев. Из 140 женщин с пороками сердца 24 (17,1%) выписаны домой беременными для дальнейшего антенатального наблюдения. По сроку гестации в 83,7% случаев роды произошли в срок (38-40 недель), в 16,3% - преждевременно (до 35-36 недель). Из 116 случаев кесарево сечение произведено в 97/83,6% случаев, в остальных 16,4% - роды произошли через естественные родовые пути. У 78,6% - по показаниям со стороны сердечно-сосудистой системы. Перинатальные исходы были следующими: доношенными родились 85,8% младенцев (массой 2500-2999гр. - 34,8%, 3000-3999гр. - 49%, более 4000гр. - 2%). Из 14,2% недоношенных новорожденных массой 5000-999гр. родились 4% детей, 1000 – 1499 гр. - 6,2%, 15000 – 2499 гр. - 4%. Из числа недоношенных новорожденных в 3 случаях имели место перинатальные потери.

Выводы. Беременные с пороками сердца представляют собой группу высокого риска по материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Разработка рискстратифицированного алгоритма ведения женщин с пороками сердца во время беременности позволит обеспечить благоприятный исход для матери и новорожденного и способствовать снижению репродуктивных потерь.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН)

Намозова З.С., Шарипова Ф.

Научный руководитель: *Мухамадиева С.М., д.м.н., профессор*

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан.

Актуальность: Материнская смертность — индикатор социального благополучия и один из наиболее надежных критериев оценки качества и уровня организации охраны здоровья матери и ребенка. В борьбе за снижение материнских потерь и улучшение здоровья населения важное значение имеет анализ смертности от определенных заболеваний и структуры причин смерти.

Цель исследования: изучить медико - социальные аспекты материнской смертности на уровне региона.

Объект исследования: женщины, смерть у которых произошла во время беременности, родов и послеродовом периоде.

Предмет исследования: ретроспективный анализ 20 истории родов с летальными материнскими исходами за 2021г., рецензии экспертов.

Результаты и обсуждение: Наибольший удельный весь материнской смертности приходится на активный репродуктивный возраст, то есть 25-34 года (9/45%), более 1/3 (7/35%) - ранний, то есть 19- 24г и каждый пятый (4/20%) –поздний репродуктивный период, то есть 35-44 года. По паритету родов большинство летальных случаев составляли повторнородящие (13/65%), каждый четвертый случай (5/25%) составляли первородящие, каждый десятый (2/10%) -многорожавшие женщины. При анализе соматической патологии практически здоровых женщин не было. Отмечено сочетание 2-3-х экстрагенитальных заболеваний. Заболевания дыхательной системы имели место в 19/95% случаев, анемия различной степени – 14/70%, заболевания почек – 9/45%, варикозная болезнь -3/15%. COVID-19 диагностирован в 3/15% случаев. Акушерский анамнез показал, что у каждой четвертый женщины (5/25%) в прошлом были

самопроизвольные выкидыши, у каждой десятой (2/10) - два рубца на матке, у каждой пятой 4 (21%) - домашние роды. Изучение медицинской документации свидетельствовало, что 18/90% беременных наблюдались у медработников на антенатальном уровне. Дородовое наблюдение в большинстве случаев проводилось акушером-гинекологом (16/80%) и семейным врачом (12/ 60%), каждая десятая (2/10%)- семейной медсестрой и только 1 /5%- акушеркой. Установлено, что из 18 беременных, состоявших на учете большинство (16/88,8%) посетили медработников 5-8 раз и 2/11,1%- до четырех- визитов. Анализ летальных исходов показал, что 14/70% женщин были доставлены в стационар родственниками и каждая третья (6/30%) - машиной скорой помощи. Погибла 1 беременная 28 лет (повторнородящая) при сроке гестации 25 недель, у которой был подтвержден диагноз COVID-19. Причиной смерти явилась двухсторонняя пневмония, дыхательная недостаточность III-IV степени. В остальных 19 случаях летальные исходы в 12/63,1% случаев имели место при срочных родах и 7/36,5% - преждевременных. Кесарево сечение произведено в 12/63,1% случаев, вагинальные роды произошли в 5/26,3% случаев, вакуум-экстракцией плода роды завершены в 2/10,5% случаев. В структуре материнской смертности большинство летальных исходов были управляемыми. Среди прямых акушерских причин 12 /60% случаев составляли тяжелая преэклампсия и 3/15%- акушерские кровотечения, из которых в одном случае имело место сочетание акушерских кровотечений с тяжелой преэклампсией, в двух- послеродовые кровотечения. Среди косвенных причин материнской смертности 3/15 % случая летальности составляли двухсторонняя пневмония + COVID-19, опухоль головного мозга -1/5%, сепсис-1/5%, эмболия околоплодных вод-1/5%. Перинатальные исходы среди погибших женщин были следующие: 12/63,1% новорожденных были доношенными, остальные 7/36,8% - недоношенными младенцами; живорожденные составляли 13/68,4%, перинатальная смертность (антенатальная гибель плода) - 6/31,5%.

Выводы. Медико - социальный аспект материнской смертности в регионе представлен женщинами раннего и активного репродуктивного возраста, повторнородящими с низким индексом здоровья и недостаточной информированностью об опасных симптомах Большинство случаев летальных исходов являются управляемыми. Упущенные возможности: ненадлежащий антенатальный уход, не соблюдение принципов «маршрутизации», несвоевременное оказание НАП и недостаточный послеродовый уход. Проведение конфиденциального расследования случаев материнской смертности (КРСМС) позволит установить реальную картину летального случая, улучшить качество предоставляемых услуг, тем самым, снизить репродуктивные потери.

ПОИСК РЕЗЕРВОВ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У ЖЕНЩИН С ОПЕРИРОВАННОЙ МАТКОЙ.

Рахманова М.И.

Научный руководитель: *Султанов С.Н., д.м.н., профессор*

Республиканский Перинатальный Центр, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность: По данным литературных источников частота операции Кесарево сечение во всем мире неуклонно растет, достигая 21-29% от всех родоразрешений и не имеет тенденцию к снижению (В.А.Мудров и др. 2017 г.). ВОЗ предлагает оптимальную частоту операции кесарево сечение и этот показатель не должен превышать 15% (ВОЗ 2009). Рост частоты абдоминального родоразрешения связан с множественными факторами, в первую очередь с повышением приоритетности относительных показаний к кесареву сечению. По данным Шалашовой Ю.В., в последнее время очень часто акушер – гинекологи сталкиваются с психологическими причинами, так одна из них, отсутствие готовности беременной женщины к сотрудничеству с акушерами – гинекологами, у беременных чаще

всего сформирован неблагоприятный настрой на процесс родов, имеется страх, неправильные представления относительно процесса родов. Эти моменты приводят к гипердиагностике осложнений родов, в том числе аномалий родовой деятельности.

Цель исследования: Изучение психо – эмоционального состояния беременных с оперированной маткой.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось в 2 этапа. На 1-м этапе, нами был проведен ретроспективный анализ истории родов 168 женщин с оперированной маткой, которые были разделены на 2 группы. В 1-ю группу входили 125 женщин с рубцом на матке, родивших путем операции кесарево сечение, тогда как 2-я группа сформирована из 43 женщин с рубцом на матке, родивших через естественные родовые пути. После определения ключевых моментов ретроспективного анализа, проведено проспективное исследование 104 женщин, которые разделены на 2 группы. 1-я основная группа образована из 74 беременных женщин с оперированной маткой, которые в зависимости от метода родоразрешения разделены на 2 подгруппы: 1-я группа – это 44 беременные с оперированной маткой, родивших путем кесарева сечения и 2-я группа 30 беременных с рубцом на матке, родивших путем вагинальных родов. Для проведения сравнительного анализа образована контрольная группа из 30 беременных с физиологическим течением беременности и родов. Методами исследования явились общеклинические, клинико – анамнестические, лабораторные, инструментальные исследования и тест определения степени тревожности.

Результаты и обсуждение: ретроспективный анализ показал, что средний возраст исследуемых колебался в пределах 28,4±2,4 лет в 1-й группе, а во второй группе 29,7±2,4 лет. При проведении ретроспективного анализа нами определены ключевые показатели, которые могли играть важную роль при планировании метода родоразрешения. Так, при анализе выявлено, что основными показаниями для абдоминального родоразрешения были рубец на матке в сочетании с излитием околоплодных вод (22,2%), 1 период родов (19,4%), отказ женщины от естественных родов (11,1%), соматические заболевания такие как миопия (5,5%), сердечные заболевания (8,3%). Анализ степени зрелости шейки матки по шкале Бишоп выявил, что в 1-й группе в 76% случаях обнаружена незрелая шейка матки по шкале Бишоп, тогда как во 2-й группе данный показатель составлял 10%. Степень зрелости шейки матки выше 5 баллов имелось у 23% женщин с оперированной маткой, которые в последующем родоразрешены оперативным путем, и в 90% случаях у женщин с рубцом на матке, которые родоразрешены через естественные родовые пути. Кроме этого при анализе анамнестических данных, 63% женщин 2-й группы имели в анамнезе вагинальные роды до предыдущей операции кесарева сечения. После определения ключевых моментов ретроспективного анализа нами проведено проспективное исследование. Анализ возрастного аспекта женщин проспективного исследования показал, что во всех группах преобладали женщины в возрасте 25 – 29 лет, что не имеет достоверных различий между исследуемыми группами. Анализ структуры показаний к предыдущим оперативным родам у женщин основной группы показал, что в 1-й группе доминирующие позиции занимает гипертензивные нарушения, в частности тяжелая преэклампсия – 25%, далее отслойка плаценты – 17,5%, тазо-головная диспропорция 10%. 2 – группа по структуре показаний к оперативному родоразрешению имело определенные различия по сравнению с первой группой, так основными показаниями выступали тазовое предлежание плода 23,3%, неубедительное состояние плода 16,7%, тяжелая преэклампсия, ПОНРП в 13,3% случаях, тазо – головная диспропорция 6,7%. Анализ наличия вагинальных родов в анамнезе показал, что имеется достоверная статистическая разница между 1-й и 2-й группой, так у 81,1% женщин первой группы не имелись в анамнезе вагинальные роды, что в 1,5 раза больше по сравнению со 2-й группой, тогда как во 2-й группе у 33,3% женщин имелись в анамнезе хотя бы одни роды, у женщин 1-й группы данный показатель составлял 13,5%, что 2,5 меньше по сравнению со 2-й группой. При оценке состояния зрелости шейки матки по Бишоп

определено, что зрелость выше 5 баллов имелась у всех беременных 2-й группы, так как они поступали в стационар с родовой деятельностью, тогда как в 1-й группе у 28,4% женщин имело место зрелость шейки матки выше 5 баллов. В контрольной группе беременные имели в 90% случаях зрелую шейку матки. Анализ структуры показаний к оперативному родоразрешению у женщин 1-й основной группы показал, что в 24,2% случаях показанием для кесарева сечения явилось ДРПО, в 18,2% случаях отказ женщины от вагинальных родов, 6,9% 1 период родов, 6,9% тазовое предлежание и прочие. Тест определения степени тревожности по Спильбергеру – Ханину выявил, что в 58,3% случаях у женщин 2-й группы обнаружена низкая степень тревожности, тогда как в 1-й группе данный показатель составил 10,8%, что в 5,4 раза меньше чем в 1-й группе и 4,3 раза меньше в контрольной группе. Средняя и высокая степени тревожности достоверно больше встречались у женщин 1-й группы, 64,8% и 24,4% соответственно, что 2,2 и 1,9 раз выше, чем во 2-й группе. Анализ толщины рубца на матке у женщин 1-й и 2-й группы не выявил достоверных статистических различий.

Выводы: проведенный нами ретроспективный анализ выявил наиболее значимые обстоятельства, которые играли ключевую роль при определении показания к оперативному родоразрешению у женщин с оперированной маткой. Так 1 период родов (19,4%), отказ женщины от вагинальных родов (11,1%) могли быть резервами для снижения частоты оперативного родоразрешения. Кроме того, немаловажную роль играет состояния зрелости шейки матки по шкале Бишоп, так проспективное исследование показало, что у женщин 1-й основной группы в 28,4% случаях имело место зрелости выше 5 баллов, и этот контингент беременных могли быть резервами для снижения показателей абдоминального родоразрешения. Кроме этого, определения психо – эмоционального статуса женщины играли наиболее важную роль при планировании родов. Так женщины имевшие наименьшую степень тревожности (58,3%) успешно родоразрешены путем вагинальных родов с рубцом на матке. Таким образом, состояние психологической тревожности, правильный настрой на процесс родов у беременных с оперированной маткой имеет важную роль при планировании процесса родов и метода родоразрешения.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЖИН С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Расулова Г.Р.

Научный руководитель: *Юлдашева О.С., доцент*

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность: Гипертензивные состояния - это наиболее частое осложнение беременности, неблагоприятно влияющие на исход беременности и родов для матери и плода. Частота возникновения тяжелой преэклампсии колеблется от 2% до 6%, по данным разных авторов, и является одной из причин материнской и перинатальной смертности.

Цель исследования: изучить перинатальные исходы у женщин с тяжелой преэклампсией.

Материалы и методы исследования: Произведен ретро и проспективный анализ 20 беременных с тяжёлой преэклампсией. Средний возраст обследованных беременных находился в пределах от 20 до 38 лет, и составил 25,2±4,6 лет. Изучение паритета у данных больных выявило, что преэклампсия тяжёлой степени и эклампсия более выраженны у первобеременных (56,2%), в то время как у повторнобеременных встречается на фоне экстрагенитальной патологии. Практически у всех беременных тяжелая преэклампсия протекала на фоне экстрагенитальных патологий, наиболее частыми и основными заболеваниями являлись железодефицитная анемия - 92,3%, неосложненая инфекция мочевыдельной системы- 47,4%, нарушения гепатобилиарной системы-21,4%. Анализ течения настоящей беременности выявил высокую частоту осложнений: 18% случаев имело место рвота беременных, угроза выкидыша-37,4%,

угроза преждевременных родов 21% многоводие-1,7%, многоплодие-2,4 % фето-плацентарная недостаточность 1 и 2 степени при доплерометрии. Беременные с тяжелой преэклампсией были госпитазированы в реанимационное отделение городского родильного дома №2 в сроке 37-38 недель 20 беременных, 5 рожениц в сроке 40 недель поступили в первом периоде родов. Наиболее частыми клиническими симптомами заболевания были головная боль, тошнота, рвота, мелькание мушек перед глазами, болезненность в правом подреберье, субиктеричность склер и кожных покровов, на фоне артериальной гипертензии, протенурии и отеков. Умеренные отеки и протеинурия имели место у всех беременных, а у 5 носило характер анасарки с наличием транссудата в брюшной полости. У всех обследованных были проведены инструментальные и лабороторные исследования на основании которых в сочетании с клиническими данными была диагностирована тяжелая преэкламсия при при котором отмечалась увеличение содержания креатинина, мочевины, билирубина и его непрямой фракции, количества транфераз - АЛТ (от 0,94 до 3,22ммоль/л), АСТ (от 0,74 до1,94 ммоль/л) , тромбоцитопения, прогрессирующая анемия. Через естественные родовые пути родоразрешено 10 обследованых, из них 5 поступили в I периоде родов, 5 беременным на фоне магнезиальной терапии по Зуспану мы применяли гландин во влагалише при зрелой шейке, произвели амниотомию с последуюшей индукцией окситоцином. Из 5-ти рожениц которые поступили в 1 периоде родов, были родоразрешены через естественные родовые пути, 4 новорожденых родились с умеренной асфиксией и 1 новорожденый родился в тяжелой асфиксией, 5 беременых которым использовали гландин новорожденные родились в умеренной асфиксии. 10 беременных с тяжелой преэкламсией были родоразрешены абдоминальным путем, так как на фоне магнезиальной терапии появились отягощаюшие симптомы у 2-х операция сразу была расширена до ампутации, у 3 произведена перевязка 3 пар сосудов. Все больные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

В данной группе 7 новорождённые родились с умеренной асфиксией, а 3 новорожденых родились в асфиксии тяжелой, после лечения 7 новорожденных выписаны домой и 3 новорождённых переведены на второй этап в детскую больницу.

Выводы: 1.Наиболее оптимальным методом родоразрешения при тяжелой преэкламсии было родоразрешние через естественные родовые пути. 2. При тяжелой преэкламсии необходимо своевременно начать магнезиальную терапию и своевременно проводить коррекцию гемостаза, а с целью профилактики септических осложнений назначить антибиотикотерапию и профилактику перинатальных осложнений.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Топволдиева М.Р.

Научный руководитель: *Суяркулова М.Э., к.м.н.*

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана, Узбекистан.

Актуальность: Бесплодие в браке является одной из важнейших медицинских и государственных проблем. Медико-социальная значимость проблемы лечения бесплодия заключается не только в создании возможностей для наступления и вынашивания беременности, но и, в большей мере, в рождении здоровых детей и сохранении здоровья матери. При этом известно, что беременность, наступившая после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) имеет ряд рисков возникновения патологических состояний. В Узбекистане за последние годы широко используется метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В то же время в отечественной литературе практически отсутствуют сведения об особенностях и осложнениях течения таких беременностей и родов, а также состояния плодов и новорожденных. Изучение

всех этих состояний позволит разработке оптимальной тактики ведения беременности и родов после ВРТ, что в свою очередь положительно скажется на конечных результатах лечения. В Узбекистане примерно 200000 супружеских пар (5,6%) страдают бесплодием, из них 30-35000 парам требуются методы ВРТ. **Цель исследования:** Анализ значительного числа беременностей, наступивших после ЭКО, позволит выбрать наиболее адекватные методы стимуляции овуляции для улучшения прогноза наступивших беременностей, профилактики и лечения различных патологических состояний, следовательно, и результатов лечения бесплодия в целом. **Материалы и методы исследования**: Нами был проведен ретроспективный анализ 54 историй родов после ЭКО, проведенных в ФОПЦ г. Ферганы с 01.01.21 по 01.01.2022гг., в результате которых родилось 76 детей. При этом 32 родов были одноплодными – 42,1% (из них преждевременных – 6(18,7%), родов в срок – 26(81,2%)); 22 – многоплодными – 40,7%, в том числе 21 двойни, 1тройня ,1 четверня и 1 шестерня из них преждевременных – 11(50%), родов в срок 11(50%).Всего преждевременных родов было – 17(31,4%), родов в срок – 37(68,5%). Почти все эти роды разрешились операцией кесарева сечения. **Результаты и обсуждение:** Недоношенных новорожденных родилось 27(35,5%); доношенных – 49(64,5%). По массе тела при рождении новорожденные распределились следующим образом: доношенных новорожденных с массой тела меньше 2500,0 было 3(6,1%); с массой тела 2500,0-2999,0 – 14 (28,5%), 3000,0-3499,0 (44,9%), больше 3500,0 – 10 новорожденных (20,4%). Недоношенных новорожденных с массой тела меньше 1000,0 было 2 (4,4%), с массой тела 1000,0- 1499,0 – 2 (7,4%), 1500,0-1999,0 – 5(18,5%), 2000,0-2499,0 – (29,6%), и больше 2500,0 – 11 (40%). Без асфиксии родилось 30 детей, в асфиксии различной степени тяжести 46 детей. По шкале Apgar мы оценили детей следующим образом: больше 8 баллов родилось 35 новорожденных (46%), 6-7 баллов – 39 (51,3%) и 4-5 баллов – 2(2,63%). При одноплодных беременностях большинство женщин после применения методов ВРТ донашивают беременность (84,3%). Многоплодная беременность завершается родами в срок в 54,5% случаях, 18,2 % беременностей заканчиваются до 32 недель, что естественно влияет на состояние здоровья новорожденных. При недоношенной беременности все дети потребовали дальнейшего выхаживания. Также по анализам течения беременности и родов у женщин после ЭКО отмечается высокий уровень оперативного родоразрешения, что очевидно, связано не только с методами ВРТ, но и предшествующим анамнезом у обследованных женщин. **Выводы**: 1) После применения методов ВРТ существенно выше частота многоплодных беременностей. 2) Роды у большинства женщин, перенесших ЭКО, следует отнести к патологическим, поскольку в большинстве случаев требуется оперативное родоразрешение. 3) При использовании методов ВРТ необходимо учитывать, что исходы родов при многоплодных беременностях хуже, чем при одноплодной беременности и требуют больших усилий медперсонала и больших затрат для дальнейшего выхаживания новорожденных. 4) Результатом ЭКО является рождение двойни, тройни, четверни и даже шестерни в ФОПЦ. 5) В большинстве случаев новорожденные, родившиеся в результате ЭКО, поступали в отделение детской реанимации. 6)Многоплодная беременность является социальной проблемой в большинстве семьях. 7) Проблемы ведения беременности и родов после применения ВРТ актуальны для современного акушерства и требуют дальнейшего изучения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА У БЕРЕМЕННЫХ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Тешаева Ш.К.

Научный руководитель: *Негматуллаева М.Н., т.ф.д., проф.*

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.

Актуальность. Субклинический гипотиреоз у матери во время беременности связан с различными неблагоприятными исходами. Недавние согласованные руководящие принципы рекомендуют универсальный скрининг функции щитовидной железы во время беременности. На данный момент нет данных о распространенности гипофункции щитовидной железы у беременных в Бухарской области. Это исследование направлено на определение распространенности дисфункции щитовидной железы.

Цель исследования. Определить распостраненность субклинического гипотиреоза у беременных в Бухарской области

Материалы и методы исследования. В этом описательном поперечном исследовании тиреотропин (ТТГ) был измерен у 3158 беременных женщин независимо от гестационного возраста с октября 2008 года по март 2012 года. Если ТТГ был более 2,5 мМЕ / л в первом триместре или более 3 мМЕ / л в период беременности. Во втором или третьем триместре измеряли свободный Т4 для диагностики субклинического / явного гипотиреоза. Если уровень свободного Т4 в сыворотке был в пределах нормы (0,7–1,8 нг / дл), диагноз был субклиническим гипотиреозом, а если уровень ниже нормы, диагностировался явный гипотиреоз. Их демографические (возраст матери, гестационный возраст, родство) и клинические данные собирались в рамках плановой дородовой помощи и регистрировались. Мы спросили женщин о личном и семейном анамнезе заболеваний щитовидной железы. Срок беременности был рассчитан от последней менструации и подтвержден ультразвуковым исследованием.

Результаты исследования. Обследовано 58 беременных. У сорока семи из них был диагностирован гипотиреоз. Субклинический гипотиреоз и явный гипотиреоз присутствовали у 31 (60,1%) и 27 (39,9%) женщин соответственно. Распространенность субклинического гипотиреоза составила 4,15%. Большинство случаев субклинического и явного гипотиреоза диагностировалось в первом триместре. Возраст пациентов составлял от 17 до 38 лет со средним значением ± стандартное отклонение (27 ± 5) .Среди 58 женщин у 47 был диагностирован гипотиреоз. В 32 случаях (57,1%) были нерожавшими, а 26 (42,9%) - повторнородящими. Большинство женщин с субклиническим гипотиреозом были диагностированы в первом триместре, а многие женщины не были обнаружены до второго и третьего триместров. Мы знаем, что пациенты с явным гипотиреозом обычно бесплодны, и если они забеременеют, могут возникнуть осложнения беременности, такие как аборт. Так что универсальный скрининг на функцию щитовидной железы выглядит логичным.

Заключение. Представляется логичным проверить ТТГ во время беременности из-за наблюдаемой распространенности субклинического гипотиреоза. Также диагностика субклинического гипотиреоза в третьем триместре необходима для их лечения и предотвращения послеродовой депрессии.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРИОЗА НА РАЗВИТИЕ БЕСПЛОДИЕ

Рахмонова Ш.Х

Научный руководитель: *Курбанов Б.Б., д.м.н.*

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Эндометриоз относится к наиболее распространенным заболеванием женской половой сферы. В структуре гинекологических заболеваний эндометриоз занимает третье место после воспалительных заболеваний женской половой сферы и миомы матки, являясь одной из основных причин женского бесплодия. Среди всех случаев женского бесплодия на долю эндометриоза приходится около 26-40%, что существенно снижает репродуктивную функцию популяции.

Цель исследования: Изучить факторы развития бесплодия у больных с эндометриозом, а также оценить влияние различных форм эндометриоза на развитие бесплодия.
Материалы и методы исследования: Мы изучили особенности течения эндометриоза у 36 больных с бесплодием. Проведен ретроспективный клинико - анамнестический анализ течения заболевания, а также проведено клинико - лабораторное обследование половой, менструальной и репродуктивной функции.
Результаты и обсуждения: Средний возраст пациенток составил 32,4 года. При этом 14 (36,1%) пациенток были в возрасте 35 и более лет. Первичное бесплодие на фоне эндомериоза развилось у 26 (71,8%) пациенток, вторичное бесплодие у 10 (29,4%). В результате проведенного обследования наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) диагностирован в 82,3% случаев (у 28 больных), в 8,35% (у 3 больных) - аденомиоз, и сочетание НГЭ с аденомиозом также у 3 больных – 8,35%. При изучении структуры различных форм НГЭ в 30% случаев выявлено поражение брюшины, в 20% - яичников, в 35% - брюшины и яичников, в 15% - маточных труб и яичников. При изучении менструальной функции выявлено: менархе у 28 пациенток (77,2%) появились в пределах возрастной нормы (возрасте от 12 до 15 лет), у 5 (14,7%) - до 12 лет, у 3 (0,9%) - после 15 лет. Длительность менструального цикла у 50 % больных была 30 и более дней, при этом гиперполименорея отмечена у 5 больных (14,7 %). При изучении акушерско-гинекологического анамнеза у 31больной (91,2%) больных выявлено наличие сопутствующей генитальной патологии. В структуре которой первое место заняли инфекционно-воспалительные заболевания женских половых органов (82,3%), из которых у 10 пациенток (31%) до обследования получали лечение по поводу инфекций передаваемых половым путем; второе – миома матки (24,9%); третье – СПКЯ и ановуляция (по 16,6%), четвертое – эрозия шейки матки и галакторея (по 12,45%). Экстрагенитальной патологией страдали 56% обследованных нами больных (19женщин): 31,5% из них хроническим гастритом; 26,2% - хроническим тонзиллитом; 15,8% - хроническим пиелонефритом; 10,5% – гипотиреозом. При изучении гормонального статуса у 24,9% пациенток данной группы выявлено повышение ФСГ, в 20,75% повышение прогестерона, в 4,15%-ЛГ. Гиперпролактинемия выявлено у 24,9% пациенток, гиперандрогения у 12,45%. Трубное бесплодии при проведении гистеросальпингографии было выявлено у 12% больных. Проведенные нами исследования показали, что при эндометриозе чаще развивается первичное бесплодие, которое по нашим данным составляет 70% случаев. Средний возраст больных составил 32,4. Наиболее существенное влияние на развитие бесплодия оказывают наружные формы генитального эндометриоза (до 82%).
Выводы: 1. При эндометриозе в 70% случаев развивается первичное бесплодие. 2. Средний возраст больных с бесплодием на фоне эндометриоза составляет 32,4 года. 3. К наиболее высокой группе риска по развитию бесплодия относятся больные с наружными формами генитального эндометриоза, особенно при сочетанном поражении внутренних половых органов с вовлечением яичников.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Рустамова Ш.М.
***Научный руководитель**: Атажанова Н.П.*
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Актуальной медико-социальной проблемой сегодня остается проблема воспалительных заболеваний женской половой системы. Наряду с высоко частотой встречаемости хронических воспалительных болезней шейки матки,

влагалища, придатков матки в последнее время повысилась частота хронического эндометрита (ХЭ). По материалам различных исследователей, частота ХЭ встречается в среднем от 14 до 25 % случаев. Чаще всего хронический эндометрит выявляется у женщин с привычным невынашиванием беременности и составляет 60–87,5 % случаев. При применении внутриматочной контрацепции частота ХЭ составляет от 6 до 8% и увеличивается в три раза, если такая контрацепция используется более пяти лет. Частота хронического эндометрита, у женщин, которым неоднократно проводилось выскабливание полости матки по поводу искусственного аборта или выкидыша, достигает 12,5–25 % случаев.

Цель. Несмотря на внедрение новых технологий диагностики и поиска новых методов лечения, частота ХЭ не снижается, что обусловливает поиск новых подходов профилактики и выявления факторов риска.

Материалы и методы исследования. В исследовании использовались анамнестические данные 60 женщин с хроническим эндометритом и репродуктивными нарушениями. Группу контроля составили 50 здоровых женщин без репродуктивных нарушений. Возраст женщин в обеих группах был сопоставим и составил 31 ± 4,2 год. Для исключения других причин репродуктивных нарушений из исследования были исключены женщины с тяжелыми соматическими и аллергическими заболеваниями, пациентки с эндокринными факторами репродуктивных нарушений, с системными заболеваниями. Комплексное обследование включало данные анамнеза, общеклинического и гинекологического обследования, лабораторные и инструментальные методы. Проводился осмотр молочных желез, для оценки функции яичников применялись тесты функциональной диагностики (измерение ректальной температуры, шеечные тесты). Уровень гормонов определяли методами ИФА-диагностики. Диагноз хронического эндометрита был верифицирован данными гистологического исследования эндометрия

Результаты и обсуждение. Проведен анализ данных анамнеза 60 женщин репродуктивного возраста с хроническим эндометритом и репродуктивными нарушениями. Жалобы на нарушения репродуктивной функции предъявляли все женщины. В структуре репродуктивных нарушений первичное бесплодие составило 20 % (12), вторичное бесплодие у 24 % (14), невынашивание беременности у 56 % (34). Длительность хронического воспаления эндометрия в группе с хроническим эндометритом составила 3 ± 0,4 года. Анализ данных анамнеза показал, что среди соматических заболеваний пациентки с хроническим эндометритом и репродуктивными нарушениями в сравнении с пациентками без хронического эндометрита значительно чаще имели хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), почек, ЛОР-органов, аллергические заболевания. Перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости чаще имели женщины с хроническим эндометритом, чем при его отсутствии. В структуре гинекологической заболеваемости чаще встречался хронический сальпингоофорит, его частота составила 22 % (13); миома матки имела место у 6 % (4), начальные признаки аденомиоза были выявлены у 6 % (4), нарушения менструального цикла беспокоили 20 % (12) пациенток. При анализе репродуктивного анамнеза 59 % (35) женщин имели в анамнезе роды, а медицинские неосложненные аборты имели 34 % (20) женщин в сравнении с группой здоровых 21 % (ОР = 1,5, $p(\chi^2) < 0,05$). На проведение выскабливания полости матки по поводу прервавшейся беременности (после самопроизвольного выкидыша или неразвивающейся беременности) указывали 56 % (34) с одинаковой частотой встречаемости, а 25 % (15) из них имели в анамнезе и самопроизвольный выкидыш, и неразвивающуюся беременность. 20 % (12) имели от 2 до 4 выскабливаний полости матки. Осложнения после родов и абортов в виде острого эндометрита отметили 28 % (17) женщин по сравнению с 2 % (1) у здоровых женщин. Среди пациенток исследуемой группы 24 % (14) женщин в анамнезе применяли комбинированные

оральные контрацептивы по контрацептивной схеме, средний срок их применения составил 2,2 ± 0,3 года. Нами отмечено, что лишь 6 % (4) женщин основной группы использовали внутриматочную контрацепцию. Медицинские инвазивные манипуляции, такие как проведение гистероскопии, диагностических выскабливаний отметили 16 % (10) пациенток. 49 % (20) женщин имели в анамнезе инфекции передающиеся половым путем. Из них моноинфекцию имели 65 % (39). Среди возбудителей преобладали: хламидиоз встречался у 25 % женщин, трихомониаз – у 35 %, цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ) – у 12 %, микоплазмоз – у 4 %, уреаплазмоз – у 36 % женщин, ассоциация ВПГ с ЦМВ - инфекцией имела место у 18 %; а у женщин контрольной группы данные инфекции отсутствовали. Вирус простого герпеса (ВПГ) встречался у 36 % (22) пациенток основной группы и у 22 % (11) группы контроля . Микроорганизмы выявлялись в ассоциациях у 35 % (21) женщин с преобладанием кандидозной инфекцией, уреаплазмоза. У здоровых женщин уреаплазмоз выявлялся у 3 % пациенток. По заключению расширенной кольпоскопии хронический цервицит был выявлен у 31 % (19) женщин, а у 5 % (3) – дисплазия легкой степени. Данные изменения со стороны шейки матки были ассоциированы с вирусом папилломы человека. Проведенные ранее исследования показали, что у женщин с впервые выявленной урогенитальной инфекцией, особенно при хламидиозе и трихомонозе, в 70 % выявлялось вторичное иммунодефицитное состояние , у 18 % – были выявлены различные изменения иммунного статуса. А снижение резистентности организма в связи с изменениями в иммунной системе способствует персистенции микробных агентов, поддерживая хронизацию воспалительного процесса.

Выводы: Таким образом, на основании полученных результатов наиболее значимыми факторами риска развития хронического эндометрита с репродуктивными нарушениями явились: инвазивные вмешательства в полости матки, оперативные вмешательства на органах брюшной полости, инфекционно-воспалительные осложнения после родов и абортов, перенесенные ранее инфекции, передающиеся половым путем (хламидиоз, трихомоноз, вирусы), в связи с их длительной персистенцией; среди соматической патологии–заболевания желудочно-кишечного тракта, почек, верхних дыхательных путей.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ФАКТОРА РОСТА ПЛАЦЕНТЫ В КРОВИ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА (СОРП) У ЖЕНЩИН

Салимбоева Н.З.

Научный руководитель: *Джурабекова С.Т., к.м.н.*

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность темы: Синдром ограничения роста плода (СОРП) - является актуальной и сложной акушерской проблемой. Плацентарный фактор роста (PlGF) относится к семейству факторов роста эндотелия сосудов (VEGF) и преимущественно экспрессируется в плаценте. Циркулирующий PlGF заметно повышается во время беременности. Функция PlGF в плаценте, вероятно, заключается в содействии развитию и созреванию плацентарной сосудистой системы.В плаценте человека экспрессия PlGF соответствует различным стадиям развития плаценты с неветвящимся ангиогенезом фетоплацентарного кровообращения и созреванием маточно-плацентарного кровообращения, совпадающим с повышенной экспрессией PlGF на более поздних сроках беременности.Концентрации PlGF низкие в первом триместре неосложненной беременности и увеличиваются с 11-й по 12-ю неделю и далее до пика на 30-й неделе, после чего снижаются. Нормальные концентрации PlGF зависят от гестационного возраста, при этом нижняя граница нормы (определяемая как 5-й центиль) варьируется от пика приблизительно 141 пг/мл примерно на 30 неделе беременности до 23 пг/мл в сроке 18. Поэтому изучение действие этого

фактора на плацентацию будет способствовать расширению представлений о патогенезе СОРП, позволит разработать методы его прогнозирования на ранних сроках беременности, своевременно начать профилактику данного осложнения беременности.

Цель исследования: определить клиническое значение исследования плацентарного фактора роста для прогнозирования, оценки степени тяжести СОРП у женщин.

Материалы и методы исследования: Проведено обследование у 50 беременных, которые были разделены на две группы. В I группу (контрольную) вошли 25 беременных, которые были сопоставимы с пациентками основной группы по наличию основных акушерских осложнений на момент обследования, но родившие здоровых детей без СОРП. Во II группу (основную) вошли 25 беременных с СОРП. Формирование клинических групп проведено по двум признакам: наличие или отсутствие СОРП на момент обследования (проспективное исследования). Степень СОРП определяли по таблицам центильного типа и массо-ростовому коэффициенту. Всем женщинам проводилось полное клиническое обследование, включая сбор анамнеза, инструментальное, акушерское и общепринятое лабораторное обследование. Определение содержания PLGF в сыворотке периферической венозной крови оценивали методом ECLIA.

Результаты исследования: При оценке показателей содержания плацентарного фактора роста (PLGF) в различные сроки беременности у женщин с СОРП были выявлены существенные различия по сравнению с показателями беременных контрольной группы.

Во втором триместре гестации наблюдалось значительное снижение концентрации PLGF у женщин с СОРП по сравнению с показателями в контроле. При СОРП первой степени уровень PLGF достоверно уменьшался по сравнению с контрольной группой. При увеличении степени тяжести синдрома ограничения роста плода достоверных различий в показателях PLGF между подгруппами у женщин основной и контрольной группы не наблюдалось. В третьем триместре беременности у женщин основной группы содержание PLGF также было достоверно ниже по сравнению с беременными без СОРП, причём снижение данного показателя наблюдалось у женщин всех подгрупп, при СОРП третьей степени достоверные различия в показателя сравниваемых групп были максимальными. Значительное увеличение д анного показателя отмечалось во втором триместре гестации и достигало максимальных значений в третьем триместре беременности.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНДРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

Сеттарова Д. М.

Научный руководитель: *Сулима А. Н., профессор, д.м.н.*

Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Актуальность. Андрогенпродуцирующие опухоли яичников составляют около 5% всех опухолей этого органа. Нередко при таких опухолях наблюдается смешанная продукция андрогенов и эстрогенов. Морфологические признаки малигнизации выявляются в 20% случаев, однако эти опухоли метастазируют крайне редко. Быстрое прогрессирование симптомов вирилизации делает диагноз сравнительно легким, однако топическая диагностика опухоли в связи с ее малыми размерами представляет значительные трудности. Среди андрогенпродуцирующих опухолей наиболее часто встречается текома в 3—5 % случаев с признаками малигнизации. Данная опухоль может образоваться в любом возрасте, но чаше возникает в период менопаузы. На долю гранулезоклеточных опухолей приходится 1—2 % всех опухолей яичников. Они встречаются в любом возрасте и чаще обусловливают клиническую картину гиперэстрогении. Андробластома — опухоль из клеток полового тяжа (клеток Сертоли) и стромальных клеток (аналогичных

тестикулярным клеткам Лейдига). На ее долю приходится 0,5 % всех опухолей яичников. Реже встречаются липидоклеточные опухоли (0,1 % всех опухолей яичников). В эту группу входят лютеомы, стромальные лютеомы, лютеомы беременности, опухоли из клеток Лейдига (хилюсных клеток).

Цель. Представить редкий клинический случай андрогенпродуцирующей опухоли яичника.

Материалы и методы. Изучена первичная документация: история болезни, результаты инструментальных и клинико-лабораторных обследований, данные патогистологического исследования интраоперационного материала.

Полученные результаты. Пациентка 50 лет, с жалобами на избыточное оволосенение лица, спины, груди, верхних и нижних конечностей, усилившееся за последние 2 года, выпадение волос на голове; сердцебиение, после односторонней адреналэктомии по поводу аденомы левого надпочечника в 2020 г. С подросткового возраста начала отмечать рост волос над верхней губой, месячные были с 13лет, нерегулярные. В 19 лет обратилась к гинекологу с жалобами на невозможность забеременеть. Был выставлен диагноз бесплодие, связанное с отсутствием овуляции. После консервативного лечения бесплодия наступили в 1994, 2006 гг. беременности, которые закончились срочными родами. С 2013 года начала отмечать выраженное оволосение на теле, в связи с чем обратилась к эндокринологу по месту жительства. При гормональном обследовании: АКТГ - 9,6 пг/мл; 17ОН-ПГ - 1,08 нмоль/л; пролактин – 160 Мме/мл; тестостерон - 7,94 пмоль/л; ДГЭА – С- 1,58нмоль/л; андростендион - 4,95 нмоль/л. По данным УЗИ органов брюшной полости: надпочечники без патологии. Выставлен диагноз: Гирсутизм 2 ст. СПКЯ. После перенесенной новой короновирусной инфекции в октябре 2020 года начала отмечать выпадение волос на голове. По данным гормонального обследования по месту жительства: тестостерон - 11,1 пмоль/л; кортизол – 179 нмоль/л, ФСГ - 11,3 Ед/л, пролактин – 45 Мме/мл, 17-ОН-ПГ- 1,28 нмоль/л. По данным МРТ: признаки образования левого надпочечника. Направлена на консультацию к хирургу, проведено оперативное лечение в виде адреналэктомии. Гистологически: светлоклеточная аденома. Контрольный тестостерон после операции - 6,2 нмоль/л. В декабре 2021 года находилась на стационарном лечении по месту жительства. Поданным лабораторных анализов: пролактин - 145,2 Мме/мл; Тестостерон 18,4 нмоль/л; ДГЭА – С - 2,4 нмоль/л; индекссвободного тестостерона - 67,5%; секс-пептид - 27,3 нмоль/л; ФСГ - 9,39 мМе/мл; ЛГ - 7,84 мМе/л. По данным МРТ органов брюшной полости после операции: состояние после адреналэктомии слева. Образование левого яичника (кистозного характера). Увеличение размеров паховых лимфоузлов. При осмотре наружные половые органы развиты правильно: клитор несколько увеличен. Влагалище: слизистая чистая, розовая, выделения бели, скудно. Шейка матки: цилиндрической формы, слизистая чистая, розовая. Матка: увеличена до 6 нед., ограничено, подвижна, при пальпации безболезненная. Придатки: чувствительные при пальпации. В ходе гормонального обследования выявлено выраженное гиперандрогения (тестостерон общий 11,5 нмоль/л, тестостерон свободный 264 нмоль/л), заподозрено андрогенпродуцирующее образование. По данным МСКТ органов брюшной полости выявлены образования латеральной (атипичная аденома) и медиальной ножек (аденома) правого надпочечника. Проведено исключение гормональной гиперсекреции: НПТ с 1 мг дексаметазона – проба положительная, эндогенный гиперкортицизм исключён. Уровень ДГЭА–С - 3,06 мкмоль/л. Выполнено МРТ ОМТ, где выявлено образование правого яичника (I ст. по FIGO), с учётом гормональных анализов был выставлен диагноз андрогенпродуцирующая опухоль правого яичника. Пациентке проведена операция экстирпации матки с придатками. Патогистологическое заключение операционного материала – текома.

Выводы. Помимо таких проявлений как дефеминизация, вирилизация и маскулинизация, которые глобально влияют на общее состояние женщин, андрогенпродуцирующие опуходи опасны риском малигнизации, который с возрастом становится выше. Важно

использовать современные и точные диагностические методы, в необходимом объёме, для выявления патологии. Своевременное выявление первых признаков и точная дифференциальная диагностика андрогенпродуцирующий опухоли яичника привела к правильной лечебной тактике ведения данной пациентки.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ФИМБРИАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ В СРОКЕ 15-16 НЕДЕЛЬ

Стрюкова О.В.

Научный руководитель: *Сулима А.Н., д.м.н., профессор.*

Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского» Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Крымский Федеральный университет имени В.И. Вернадского», Симферополь, Россия.

Актуальность. Внематочная беременность – это беременность, при которой имплантация бластоцисты происходит вне полости матки, а за ее пределами. За последние года частота внематочной беременности только увеличивается. В развитых странах в среднем 12-14 на 1000 беременностей. В России в 2017 году, по данным Росстата, внематочная беременность в составе материнской смертности составила 8,1%, а в 2018 году снизилась в 2 раза и составила 4,1%. Эктопическая беременность представляет значительную опасность для женщин детородного возраста, чаще всего прерывается на ранних сроках и становится причиной внутрибрюшного кровотечения.

Цель. Представить редкий клинический случай прервавшейся внематочной беременности в фимбриальном отделе маточной трубы сроком 15-16 недель.

Задачи: 1.Описать редкий клинический случай прервавшейся внематочной беременности в фимбриальном отделе маточной трубы сроком 15-16 недель. 2. Оценить правильность тактики ведения пациентки на этапе гинекологического стационара.

Материалы и методы. Изучена первичная документация: история болезни, результаты ультразвуковых и клинико-лабораторных обследований, данные патогистологического исследования интраоперационного материала.

Результаты исследований. Беременная Д., 39 лет, доставлена в гинекологическое отделение ГБУЗ РК СКРД №1 с жалобами на резкие боли внизу живота на протяжении двух дней. За медицинской помощью не обращалась. Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструальная функция без особенностей. Настоящая беременность - 2, предыдущая беременность закончилась оперативными родами - кесарево сечение. Хронические заболевания отрицает. В анамнезе - аппендэктомия. Анамнез заболевания: первично пациентка бригадой скорой медицинской помощи доставлена с клиникой «острого живота» в приемное отделение ГБУЗ РК СКБ СМП №6, где была осмотрена ургентным хирургом и гинекологом. Обследована: ОАК - гемоглобин – 103г/л; лейкоциты - $11{,}4\times10^9$/л (палочкоядерные лейкоциты 8%), тромбоциты - 160×10^9/л. Проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, заключение: маточная беременность, киста левого яичника (перекрут? кровоизлияние? абсцедирование?), гидроперитонеум. Выставлен предварительный диагноз: Беременность 22-24 недели. Подозрение на перекрут кисты левого яичника. Перитонит. Направлена в СП «Перинатальный центр» для оказания специализированной помощи. В СП ПЦ пациентка осмотрена дежурным гинекологом и выставлен диагноз: Беременность 15-16 недель. Разрыв кисты левого яичника. Для дальнейшего лечения направлена в гинекологическое отделение ГБУЗ РК СКРД №1, где после осмотра, консилиумом, учитывая вышеизложенный диагноз, было принято решение произвести оперативное вмешательство в экстренном порядке. Беременная Д. экстренно взята на оперативное

лечение, проведена нижнесрединная лапаротомия. В ходе операции при ревизии органов малого таза обнаружено: в брюшной полости до 900 мл жидкой крови со сгустками. Обнаружено: матка увеличена до 5 недель, левая маточная труба без видимой патологии, размерами 1 × 8 см, левый яичник 3×4см визуально не изменен, маточная труба в фимбриальном отделе справа представлена объемным образованием с живым плодом до 6 см, что интраоперационно расценено как внематочная (трубная) беременность сроком 15-16 недель. Правый яичник 3×4 см без видимой патологии. Произведена тубэктомия справа типичным способом с последующим дренированием брюшной полости. Заключительный диагноз: Прервавшаяся внематочная беременность в фимбриальном отделе маточной трубы в сроке 15-16 недель Анемия тяжелой степени. В послеоперационном периоде проведена антибактериальная терапия, адекватная инфузионная терапия, гемотрансфузия одногруппной эритроцитарной массой, адекватное обезболивание, профилактика тромботических осложнений. Контроль УЗИ органов малого таза при выписке- без патологии. Пациентка была выписана на 6-е сутки послеоперационного периода под наблюдение врача женской консультации с рекомендациями. Заживление швов на передней брюшной стенке первичным натяжением.

Выводы. В предоставленном клиническом случае окончательный диагноз: «прервавшаяся внематочная беременность в фимбриальном отделе маточной трубы в сроке 15-16 недель» был верифицирован на операционном этапе. Данные ультразвукового исследования, предполагаемые сроки беременности и «смазанная» клиническая картина не предоставила возможности адекватно спрогнозировать предоперационную тактику. Однако принятое решение об экстренном оперативном вмешательстве позволило предотвратить возможные тяжелые последствия массивного внутрибрюшного кровотечения. Принимая во внимание вышеизложенное, с целью снижения рисков вероятных осложнений такой патологии как внематочная беременность для ее своевременной диагностики следует проводить предгравидарную подготовку женщины с целью выявления факторов риска развития данной патологии, раннюю постановку женщины на учет и иметь врачебную настороженность (редкая встречаемость данной патологии на таком сроке).

РОЛЬ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ГЕНЕЗЕ ДИСМЕНОРЕИ

Тиллабаева Д.М.

***Научный руководитель**: Ходжаева А.С., д.м.н., профессор*

Центр развития повышения квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Нарушения менструального цикла - дисменорея у девочек-подростков в условиях пандемии COVID-19 растет (25-29%%) в результате срыва регуляторных и адаптативных механизмов, дисбаланса гипоталамо-гипофизарно-яичниково-маточных взаимосвязей.

Цель нашего исследования изучение роли медиаторов воспаления в развитие дисменореи у девочек-подростков в условиях коронавирусной пандемии.

Материал и методы исследований: Обследованы девочки-подростки (п=100) от 10 до 19 лет (14.7 ±4.4г) с дисменореей согласно гинекологическим стандартам обследования и лечения. Дополнительно определяли уровни половых гормонов и цитокинов (интерлейкинов) в сыворотке крови методом RANDOX Biochip Хемилюминесцентного анализа согласно протоколам фирм-производителей наборов реагентов. В целях репрезентативности сравнительного анализа из обследованных тематических пациенток были сформированы две группы:1 группа – дисменорея возникла на фоне воспаления (без COVID-19) п=50; 2 группа – дисменорея возникла после перенесенного COVID-19 (п=50). Контрольную группу составили 20 пациенток с нормальным менструальным циклом.

Результаты исследований: Анализ преморбидного фона выявил множественные соматические (заболевания гепато-биллиарного комплекса34%, заболевания щитовидной

железы 38%, болезни почек и хронический рецидивирующий цистит 22%, хронические тонзиллиты 27%), анемию – 49%. Гинекологический анамнез был осложнен воспалительными заболеваниями органов малого таза: вульвовагиниты- 78%-89%- соответственно группам; аднекситы -29%-59% соответственно. Налицо отягощение преморбидного фона разносистемными заболеваниями воспалительного генеза, как генитальными, так и экстрагенитальными. Наслоившаяся коронавирусная инфекция усугубила имеющиеся нарушения, поскольку незрелый гонадостат девочки-подростка оказался под тройным агрессивным воздействием: критический период развития – пубертат, стресс длительной пандемии, коронавирусная инфекция В связи с чем, нами были изучены показатели медиаторов воспаления цитокинов, класс интерлейкинов.У пациенток обеих групп отмечено повышение уровней провоспалительных цитокинов. В первой группе показатели ИЛ4- 2.17**±**084pg/m; ИЛ6- 4.12**±**1.1 pg/ml; ИЛ8- 14.18**±**1.21 pg/ml; ИЛ10- 0.02**±**003 pg/ml. Более выраженные изменения уровней провоспалительных цитокинов наблюдались у пациенток второй группы – в 3.5 раза выше (ИЛ6-7.84**±**1.23 pg/ml; ИЛ8-19.4**±**2.43 pg/ml), вместе с тем уровень противовоспалительных интерлейкинов был снижен (в 2 раза) у этой же группы пациенток (ИЛ4-1.87**±**0.51pg/ml; ИЛ10-0.55**±**0.02 pg/ml). Контроль: ИЛ4- 0.87-2.63 pg/ml; ИЛ6-0.01-2.113 pg/ml; ИЛ8-0.96-14.11 pg/ml; ИЛ10-0.03-1.05 pg/ml). Концентрации гонадотропных гормонов ФСГ (2.4-3.7МЕ/л) и ЛГ (2.2-5.4МЕ/л) оставались в пределах нормативных значений, тогда как величина стероидных гормонов эстрадиола и прогестерона в сравниваемых группах снизились147.6±11.04пм/л и 129.7±12.53пм/л, 2.5±0.9нм/л и 1.9±0.4нм/л соответственно, причем во второй группе более значительно, что указывает на более выраженную яичниковую недостаточность у этих пациенток.

Обсуждение. Причинно-следственные взаимосвязи воспалительного процесса и гормональных нарушений очевидны, о чем свидетельствуют показатели медиаторов воспаления - интерлейкины. Индикаторы воспаления – интерлейкины – являются маркерами, позволяющие проводить мониторинг динамики дисменореи и выработать наиболее эффективные методы коррекции возникших гормональных нарушений, а также прогнозировать исход заболевания

Выводы: 1. Разносистемные заболевания воспалительного генеза (генитальные, экстрагенитальные) негативно влияют на становление менструальной функции у девочек-подростков и выступают в роли триггеров репродуктивных расстройств. 2. Коронавирусная инфекция (пандемия COVID-19) оказывает агрессивное воздействие на формирующуюся репродуктивную систему девочки-подростка, что приводит к нарушению центральных и периферических механизмов регуляции гормонального баланса с вовлечением изменений со стороны цитокинового статуса.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ

Турсунова Н.

Научный руководитель: *Агабабян Л.Р., к.м.н.*

Самаркандский Государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.

Актуальность. Синдром поликистозных яичников является одной из самых распространенных патологий в практической деятельности акушера-гинеколога. Преодоление характерного для этого синдрома бесплодия находится в области внимания эндокринологии, гинекологии, репродуктологии. Современные терапевтические, хирургические методы лечения позволяют скорректировать гормональные и нарушения обмена веществ в организме женщины, провести индукцию овуляции, добиться наступления долгожданной беременности.

Цель исследования: изучить особенности осложнений беременности у пациенток с гиперандрогенией.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 70 пациенток поступившие в родильный комплекс №2 г. Самарканда с диагнозом СПКЯ, который установили на основании критериев Роттердамской согласительной конференции по СКПЯ. Возраст обследованных пациенток был от 20 до 35 лет, в среднем 28,8± 3,5 лет. Срок беременности от 4 до 36 недель. Критерии включения в основную группу исследования: 1. Установленный диагноз беременность; 2. Возраст пациенток 20-35 лет; 3. Длительность периода лечения СПКЯ согласно Международным методическим guideline по лечению СПКЯ не менее 6 месяцев; 4. Информированное согласие на участие в исследовании. Критерии включения в группу сравнения 1. Регулярный менструальный цикл; 2. Установленный диагноз беременность; 3. Возраст 20-35 лет; 4. Информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты и обсуждение: У женщин на фоне СПКЯ, в основной группе (n-35) беременность протекала с сопутствующей железодефицитной анемией, у 90%, угрожающим самопроизвольным выкидышем у 35%, истмико- цервикальной недостаточностью у 12%, с преэклампсией лёгкой степени-32%, хронической гипоксией плода-38%. В 9 % беременность не удалось сохранить. Произошел самопроизвольный выкидыш с выскабливанием полости матки. У женщин в группе сравнения (n-35) беременность протекала с сопутствующей железодефицитной анемией, у 78%, угрожающим самопроизвольным выкидышем у 21%, истмико - цервикальной недостаточностью у 7%, с преэклампсией лёгкой степени-14%, хронической гипоксией плода-12%. В 4 % беременность не удалось сохранить произошел самопроизвольный выкидыш с выскабливанием полости матки Анализ течения беременности у пациенток с гиперандрогенией показал, что беременные с СПКЯ составляют группу риска на ранние репродуктивные потери. В нашем исследовании составили 9%. Угроза прерывания беременности сохранялась и во вторую половину беременности у 7% пациенток основной группы.

РОЛЬ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖДА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К БЕРЕМЕННОСТИ

Умурзакова Д.Ф.

Научный руководитель: *Ахмедова А.Т., phD*

Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Самарканд, Узбекистан.

ЖДА является одной из частых заболеваний при беременности и послеродовом периоде. Статистический анализ исследования показал, что множество акушерских осложнений, такие как многоводие, ХФПН, СЗРП, преждевременные роды, слабость родовой деятельности, разрывы промежности, лохиометра чаще развивались у женщин с ЖДА, которые не проводили подготовку к беременности. Женщины с недостаточным белковым питанием, с обильными менструациями более 7 дней, многорожавшие женщины, женщины с хроническими инфекционными заболеваниями или хроническими заболеваниями внутренних органов (в частности, ЖКТ), беременные с многоплодием и/или имеющие короткий промежуток времени между родами относятся к группе с высокими факторами риска развития ЖДА.

Актуальность. Уровни распространенности ЖДА поражают: 2 миллиарда человек, то есть более 30% населения мира, страдают от анемии, многие — в результате дефицита железа(около 20%). Из них по оценкам ВОЗ, во всем мире ЖДА страдают 42% детей в возрасте до пяти лет и 40% беременных женщин. По частоте, прямому и косвенному влиянию на материнскую и перинатальную смертность анемия сохраняет своё значение для общественного здравоохранения в мире. Примерно 30% среди всех женщин репродуктивного возраста уже имеют латентный дефицит железа до наступления беременности по разной этиологии.

Цель исследования — оценить роль диагностики и лечения ЖДА на этапе подготовки к беременности в качестве профилактики осложнений беременности и родов.

Материалы и методы исследования. Исследованы 59 женщин послеродового отделения 2 родильного дома г.Самарканд в возрасте от 18 до 42 лет. На основании данных истории родов и опроса выделены: первая группа — 40 женщин, поступивших на роды с ЖДА разной степени тяжести; вторая группа — 19 женщин, которые поступили без анемии, но им было проведено лечение при подготовке к беременности. Статистический анализ проводился в программе Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение: Среди пациенток первой группы значимо чаще встречались: многоводие у 5 женщин (12,5%), ХФПН у 3 женщин (7,5%), гипоксия плода у 7 женщин (17,5), СЗРП 1-й степени у 4 женщин (10%), угроза невынашивания беременности у 12 женщин(30%), чем во второй группе. Преждевременные роды (15%), первичная и вторичная слабость родовой деятельности (20%), разрывы промежности 1–2-й степени (10%), лохиометра (7,5%) также значимо чаще наблюдались среди пациенток первой группы. При оценке состояния новорождённых детей женщин исследуемых групп выявлено, что случаи транзиторного тахипноэ с развитием ДН 1-й и 2-й степени (15%) чаще развивались у детей, рождённых от матерей из первой группы по сравнению со второй. В ходе изучения анамнезов женщин двух исследуемых групп были выделены наиболее частые факторы, которые могут приводить к железодефицитному состоянию, которые также чаще наблюдались среди пациенток первой группы: недостаточное белковое питание — 20,3%, обильные менструации более 7 дней— 25,4%, хронические инфекционные заболевания или хронические заболевания внутренних органов (в частности, ЖКТ) — 13,6 %, многорождение и/или короткий промежуток времени между родами- 32,2%, нарушение менструального цикла — 8,5%.

Выводы: Выявление и эффективное лечение ЖДА на этапе подготовки к беременности значимо снижает частоту осложнений течения беременности и родов. Выявление факторов риска развития ЖДА позволит своевременно диагностировать латентный дефицит железа и предотвратить развитие ЖДА.

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОЦЕНОЗА МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Файзуллаева С.Ш., Усмонова Ю.З.

Научный руководитель: *Наврузова Р.С., к.м.н.*

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность: Задержка погибшего эмбриона в полости матки представляет большую угрозу не только здоровью, но и жизни женщины. Степень тяжести осложнений при неразвивающейся беременности прямо пропорциональна длительности пребывания мертвого плодного яйца в полости матки. Искусственное прерывание беременности оказывает неблагоприятное воздействие на состояние здоровья женщины и ее репродуктивную систему, является одной из основных причин гинекологической заболеваемости и последующих нарушений генеративной функции.

Цель исследования: изучить микробиоценоз мочеполового тракта у женщин с неразвивающей беременностью

Материалы и методы исследования: Наиболее интересным на наш взгляд представляется изучение роли инфекционного агента в этиологии неразвивающейся беременности, а именно – бактериальной инфекции и ИППП. Женщины были разделены на 2 группы, и подвергались бактериологическому исследованию влагалищного содержимого, цервикального канала уретры, а также содержания антител к наиболее распространенным ИППП, таким как ЦМВ, ВПГ, уреоплазмы, хламидии, микоплазмы, а также на токсоплазмоз и бруцеллез. В 1 группе 56,2% женщин имели клинически

манифестные формы инфекции женских половых органов. При бактериологическом исследовании 52,7% была выявлена условно патогенная и патогенная флора.Микрофлора была представлена пиогенным стрептококком - в 45,9%, кишечной палочкой – в 21,3%, грибами рода кандида – в 21,4%, гарднереллёзом – в 14,8%, фекальным стрептококком – в 11,5%, трихомониазом – 8,2% случаях. Удручающим является тот факт, что наряду с условно патогенной и патогенной флорой в 1 группе обследованных у 72,6% было выявлено наличие ИППП.Воспалительные заболевания женских половых органов отмечены во II основной группе - у 62,7% женщин. Условно патогенная и патогенная флора также обнаружена во II группе - у 60,7% женщин. У 25,0% пациенток основной группы был обнаружен бактериальный вагиноз. У каждой пятой из них вагиноз сочетался с микст-инфекцией (22,9%), в которой имелись 2-3 и более микробов-ассоциантов, а показатель бактериальной обсемененности колебался в пределах 10^5 - 10^6 КОЕ/мл. У 51,4% женщин II группы выявлен кандидоз, представленный грибами рода Candida. Необходимо отметить, что за последнее десятилетие, имеет место рост загрязненности наружных половых органов грибами рода Candida более чем в 2 раза, соответственно с 21,4% (1998-99 г.г.) до 52,9% (2004).

Результаты и обсуждение: Следующие по численности, высевающиеся из цервикального канала, микроорганизмы были представлены стрептококками – 11,2%, затем группой энтеробактерий, подавляющее количество штаммов которых была представлена кишечной палочкой – 9,7% Enterob. Cloacae выявлен в 4,2% случаях, эпидермальный стафилококк высевался в 2,7% случаях, цитробактерия диверзус – в 1,59%, золотистый стафилококк – в 0,98% случаях, трихомонады– в 1,6%. Частота выявляемости TORCH-инфекции: антитела к ВПГ обнаружены в 30% случаях, к ЦМВ – в 36,7%, антихламидийные антитела - в 26,7%, сочетание ВПГ и ЦМВ - в 28,2%, сочетание хламидиоза, ВПГ и ЦМВ - в 32,8%. Сочетание TORCH инфекции с бактериальной флорой выявлено у 72,4% женщин.На наш взгляд вышеизложенное, обусловлено нерациональным применением антибактериальных препаратов у женщин фертильного возраста, высоким инфекционным индексом у этого контингента женщин, и, возможно, невнимательным отношением акушеров-гинекологов к данной патологии. В то же время последние данные мировой литературы указывают на ведущую роль грибов как патогенной микрофлоры в организме человека, с высокой устойчивостью к антимикотическим препаратам. Нами определена чувствительность всех выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Анализ полученных результатов показал, изменения претерпела чувствительность этих микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Так, если по анализам ретроспективных результатов наиболее эффективными антибиотиками в 1996- 1998 гг являлись карбенициллин (55,0%), оксациллин (41,6%), линкомицин (36,6%), гентамицин (35,0%), ампицилин (30,0%), то в время как в нашем исследовании выявленная микрофлора оказалась чувствительной к ципрофлаксацину (ципрокор, ципринол) – 86,7%, пенфлоксацину (абактал) - 84,3%, цефазолину (кефзол) - 82,3%, цефтазидиму (фортум) - 82,9%, цефураксиму (зинацеф) - 81,7%, цефотаксиму (клофаран) - 76,6%, цефтриаксону - 71,9%, гентамицину - 62,6%, ампицилину - 51,7%. При этом, выявлено, что к одному из проверенных антибиотиков было чувствительным 21,6% штаммов, к двум – 10,6%, к трем – 5,7%, к четырем – 5,7%, к пяти – 12,2%, к шести – 7,4% и к остальным – от 2,2 до 9,6%.Проведенные исследования показали, что резко возросла устойчивость грибов к антимикотическим препаратам. Так, наибольшая чувствительность сохраняется к 5-НОК - в 80,9% случаях, генцианвиолету – в 85,6%, нистатину чувствительность снизилась до 61%, низоралу, леворину, фаргалсу - чувствительность снизилась и составляет от 24% до 33 %, а к дифлюкану и микосисту - от 16 до 42 %.Таким образом, наши наблюдения указывают на изменчивость микробиоценоза половых органов, как в возбудителях инфекций, так и бактериограмме, что, по-видимому, связано с нерациональной антибиотикотерапией, без определения вида возбудителя их чувствительности и учета

факмакодинамики и фармакокинетики назначаемых антибиотиков и антимикотических препаратов.

Выводы: Таким образом, можно сделать вывод о том, что ведущей причиной неразвивающейся беременности является сочетание ИППП с бактериально вирусной инфекцией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО АРТИФИЦИАЛЬНОГО АБОРТА.

Хамраева М.Э.

***Научный руководитель**: Абдуллаева Л.М., доцент, д.м.н.*

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Одной из основных проблем для женщин репродуктивного возраста в гинекологии является нежелательная беременность. Решением данной ситуации для многих женщин в странах Азии является выбор хирургического артифициального аборта. В связи с распространением такого метода аборта актуальным на сегодняшний день является выбор метода контрацепции после проведения данного мероприятия.

Цель исследования: изучить статистику хирургического артифициального аборта и результаты применения «Регулона», установления внутриматочной спирали в качестве методов контрацепции.

Материалы и методы. Работа проведена среди 120 женщин репродуктивного возраста от 20 до 35 лет в городском родильном комплексе №8 в периоды с января 2022 года до января 2023 года. Всем женщинам был проведен хирургический артифициальный аборт в сроки от 6 до 8 недель гестации. Женщинам были предоставлены данные о том, как не допустить нежелательную беременность в дальнейшем и способы ее предотвращения. Первая половина женщин (n=60) в качестве дальнейшей борьбы от нежелательной беременности предпочли использование «Регулона» - комбинированный гормональный контрацептивный препарат для перорального применения. Его действие связано с ингибированием эффекта гонадотропинов и угнетением овуляции, а также предотвращением проникновения сперматозоидов через цервикальный канал и имплантации оплодотворенной яйцеклетки. Вторая группа женщин (n=40) установили внутриматочную спираль после проведения артифициального аборта. Третья группа (n=20) отдали предпочтение физиологическому методы контрацепции.

Результаты. В течении года после проведения хирургического артифициального аборта 120 исследуемых женщин использовали те или иные методы контрацепции. По результатам исследования женщины, принимавшие «Регулон» (n=60) не сталкивались с проблемой нежелательной беременности, не испытывали депрессивных расстройств, головных болей и мигрень. Половина женщин из второй группы, установивших внутриматочную спираль в течении года (n=40), предъявляли жалобы на обильные менструальные кровотечения в первые два три месяца после установки. Показатели женщин, не отдавшие предпочтение установлению ВМС и приему КОКов (n=20) в борьбе с нежелательной беременностью оставались так же на достаточно высоком уровне. 15 женщин из 20 в периоды с января 2022 года до января 2023 года повторно обращались в амбулаторный пункт родильного городского комплекса №8 по поводу нежелательной беременности.

Выводы. 1. Прием комбинирована орального контрацептива «Регулона» не вызывал появление побочных эффектов у женщин, так же предотвратил от повторной процедуры аборта. 2. Установление внутриматочной спирали так же показали хорошие результаты в качестве борьбы от повторного аборта. 3. Физиологический метод контрацепции не является 100% надежным методом борьбы, поэтому не рекомендуется применять женщинам репродуктивного возраста в качестве основного метода контрацепции.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАННИХ НЕОНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В СТАЦИОНАРЕ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ

Худойдодова Н.Ф., Олимова Ё.К.

***Научный руководитель**: Мирзабекова Б.Т., к.м.н., доцент*

Государственное образовательное учреждение последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан.

Актуальность. В структуре перинатальной смертности в Таджикистане, как и во многих странах, центрально-азиатского региона ранняя неонатальная смертность является лидирующей и вызывает озабоченность сектора здравоохранения. Снижение данного показателя характеризует не только уровень репродуктивного здоровья населения, но и качество оказания акушерской и неонатологической помощи в стране. Примерно из 15 млн. преждевременно рожденных детей, более одного млн. умирают вскоре после рождения (ВОЗ).

Цель: установить медико-социальные аспекты ранней неонатальной смертности в стационаре третьего уровня.

Объект исследования: новорожденные в раннем неонатальном периоде.

Предмет исследования: ретроспективный анализ 100 историй родов и истории развития новорожденных с ранней неонатальной смертностью.

Результаты исследования: Установлено, что каждая вторая женщина находилась в активном репродуктивном возрасте (50,0%), при этом каждая третья - в раннем (31,0%) и в позднем - 15,0% возрасте. Большая часть обследованных матерей составляли сельские жительницы (72,0%) и только 18,0%-городские. Домохозяйки составили 94%, работницы 6,0%. Более 60,0% были повторнородящие, каждая третья (30,0%) – первородящие и каждая десятая (10,0%) – многорожавшие женщины. В структуре экстрагенитальной патологии имело место сочетание 2-х -3-х заболеваний. Заболевания мочевыделительной системы составляли 58,0%, анемия различной степени -28,0%, избыточная масса тела - 24,0%, заболевания желудочно-кишечного тракта –22,0%, патология щитовидной железы - 15,0%. Установлено, что у каждой третьей женщины (33,0%) отмечен отягощенный акушерский (самопроизвольный выкидыш, медицинский аборт, преждевременные роды, мертворождения, преэклампсия и вирусные инфекции во время беременности) и гинекологический анамнез (метроэндометрит, миома матки, нарушение менструального цикла). Более 70,0% беременных не состояли на учете антенатального уровня. Установлено, что 42,3% наблюдавшихся беременных на антенатальном уровне, наблюдались в медицинских домах, каждая третья (30,7%) – в городских центрах репродуктивного здоровья, в районных центрах репродуктивного здоровья и сельско-врачебных амбулаториях - 26,8%. Более 60,0% беременных наблюдались акушером-гинекологом, семейным врачом - 23,0%, акушеркой - 15,4%. Почти каждая вторая (50,1%) беременных имели 1-3 посещений, 4-6 посещений - 43,1% и 7-8 посещений - 7,7%. Анализ показал, что в 43,0% беременность осложнилась анемией различной степени тяжести, у каждой пятой (20,0%) – ранний гестоз беременных, обострение хронического пиелонефрита - 19,0%, тяжелая преэклампсия - 15,0%, предлежание плаценты 12,0% и острые респираторные вирусные инфекции-16,0%. Установлено, что более 80,0% беременных не имели направления на госпитализацию. Перинатальные исходы показали, что 75,0% новорожденных родились недоношенными и каждый четвертый новорожденный 25,0% родился в доношенном сроке, при этом каждая третья (33,0%) родились в сроке 28-32 недели, каждая четвертая (25,0%) – в 24-27 недель и в 33-36 недель - 16,0%. Анализ показал, что спонтанное начало родовой деятельности установлено в 57,0% случаев, родовозбуждение – 22,0%, кесарево сечение до начала родовой деятельности - 21,5%. Показаниями к индукции в каждом десятом случае (10,0%) был дородовый разрыв плодных оболочек, врожденные пороки развития плода - 6,0%, тяжелая преэклампсия - 15,0%. Установлено, что с экстремально низкой массой (500,0-999,0

грамм) родились 28,0% новорожденных, с очень низкой массой (1000,0-1499,0 гр.) – 34,0%, 1500,0-1999,0 грамм – 21,0%, 2000,0-1499,0 грамм - 12,0% и более 2500,0 грамм-5,0%. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар показал, что менее 4 баллов установлен у 38,0% новорожденных, 4-6 баллов - 36,0%, более 7 баллов – 26,0%. В структуре причин ранней неонатальной смертности у каждого третьего новорожденного (33,0%) диагностирован асфиксия плода в родах, каждого четвертого (24,0%) врожденные пороки развития плода, связанные с осложнениями со стороны матери - 26,0%, у каждого пятого (20,0%) синдром задержки развития плода, болезнь гиалиновых мембран - 14,0%, родовые травмы – 13,0%, у каждого десятого (10,0%) септические состояния новорожденных. Установлено, что каждый второй (51,0%) умерший новорожденный прожил в среднем 58 часов, каждый четвертый (24,5%) – 35 часов, 16,5% - 15 часов, менее 6 часов – 8,0%.

Выводы: медико-социальные особенностями ранней неонатальной смертности являются ненадлежащий дородовый уход, низкий социальный статус женщины, высокий уровень соматической заболеваемости, осложнения гестации и преждевременные роды. Лидирующее место в структуре причин ранней неонатальной смертности занимают асфиксия плода в родах и врожденные пороки развития плода. Повышение качества оказания медицинских услуг на антенатальном уровне и проведение перинатального аудита позволит установить упущенные возможности и предотвратить перинатальные потери.

ПРОЯВЛЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Шопулотова З.А, Шопулотов Ш.А.

Научный руководитель: *доцент Худоярова Д.Р., д.м.н.*

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Хронический пиелонефрит — это вялотекущая патология воспалительно-инфекционного генеза, поражающая структуры почки, регулирующие отток мочи, интерстициальную почечную ткань, почечные лоханки и чашечки, с последующим склерозированием паренхимы и сморщиванием почки. По данным авторов Брагина Т.В. и др. (2021) патология почек занимает второе место в структуре экстрагенитальной патологии, которая ведет к осложненному течению беременности, родов, послеродового периода.Как указывает в своем проспективном исследовании Джайтанбекова Э.К. (2020) одной из актуальных проблем современного акушерства является воспалительное заболевание почек, оказывающее отрицательное воздействие на репродуктивную функцию женщины, осложняющая течение беременности и родов примерно в среднем 6 % женщин, что проявляется развитием гипертензивных нарушений, невынашиванием беременности, рождением детей раньше срока, повышенной частотой послеродовых ренальных и экстраренальных осложнений.Такие же данные приводит в своем исследовании Антонова М. Л., Парамонова Т. К., Даллакян В. В. (2018) отмечая, что это, наиболее опасное сопутствующее заболевание у беременных и негативно влияет на показатели перинатальной и материнской смертности. Воспалительный процесс может наблюдаться на всех этапах гестационного периода, то есть во время беременности, родов и течение послеродового периода.

Цель работы: Изучить течение беременности у пациентки с обострением хронического пиелонефрита и определить факторы риска осложнений беременности и родов. **Материалы и методы**. Материалами работы служили данные пациентки М. 1997 года которая, поступила в клинику №1 Самаркандского государственного университета в родильное отделение, на третьем триместре беременности с жалобами на боли в пояснице,

в области живота, отдающие вниз живота, головные боли, повышение температуры тела до 38,5 С. Методами исследования служили полное клинико- лабораторное обследование и допплерография плода.

Результаты и обсуждения. По данным анамнеза заболевания женщина считает себя больной в течение нескольких лет, периодически получала лечение в урологическом отделении городской больницы по поводу пиелонефрита, заболевание не с чем не связывает. Перед поступлением лечилась дома самостоятельно в течение 3х дней, так как состояние не улучшалось обратилась в клинику СамГМУ №1. В анамнезе жизни частые случаи ОРЗ, ОРВИ. Травм не получала. Из гинекологических заболеваний отмечает наличие цитомегаловирусной инфекции и вируса герпеса, от которых получала лечение вовремя предгравидарной подготовки. Вредных привычек (употребление алкогольных напитков, продуктов табачного изделия, саленого, горького и частого потребления кофеина) со слов пациентки не имеет. Питание регулярное и полноценное. Наследственность, эпидимеологический и аллергологический анамнез без особенностей. Принимает НСПВ несколько раз в месяц, во время приступа боли в поясничной области справа. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы бледно розовые. Перкуторный звук над всей поверхностью легких ясный легочной. Аускультативно- дыхание везикулярное. ЧДД=19/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС=82/мин. АД=130/80 мм.рт.ст. на обеих руках. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременности соответствует сроку гестации. Печень не выступает из- под края реберной дуги, край ровный, эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернадского положительный справа. Диурез сохранен. Отеки на ногах. В общем анализе крови признаки воспаления (лейкоциты 9,1*10^12/л, СОЭ-36 мм/ч), анемии (гемоглобин 74 г/л, эритроциты 3,1*10^12/л, ЦП 0,8). В анализе мочи альбуминурия (MALB- 30mg/L), лейкоцитурия (5-7-9). Биохимический анализ крови указывает на повышение АСТ и АЛТ, также был снижен общий белок.Вследствие беременности пациентки исключаются лучевые методы диагностики и основным инструментальным методом остается УЗИ который одновременно дает возможность проверит как пациентку так и плод.Данные УЗИ почек: Признаки обструкции мочевыделительных путей не обнаружены, топографически почки смещены вверх, наблюдается сдавление. Контуры ровные, капсула прослеживается на всем протяжении, толщиной 2мм, гиперэхогенная. Толщина почечной паренхимы 11-12мм. Паренхима однородная, зернистая. ЧЛС расширена, не деформирована. По данным допплерографии плода: Беременность 35 недель, нарушения фето-плацентарного кровотока не выявлено. Однократное обвитие пуповины вокруг шеи плода. Гипертонус матки. Назначено следующее лечение: Диетный стол №7, противовоспалительная терапия (НПВС), антибиотикотерапия (по чувствительности), инфузионная терапия (реосорбилакт), контроль диуреза, АД и состояния плода. Стоить отметить, что антибиотики пенициллинового ряда у пациентки не дали эффекта, после чего были назначены цефалоспорины. У пациентки отмечалось снижение температуры тела на фоне лечения на следующие сутки после поступления, общее состояние улучшилось. При хорошей динамике лечения, снизилось АД. Беременность была пролонгирована. Рекомендован диспансерный учет по месту жительству, антианемическое лечение.

Заключение и выводы. Таким образом, исходя из случая можно сделать вывод, что своевременное обращение за медицинской помощью позволяет предотвратить развитие дальнейших осложнений, что важно для матери и ребенка. При помощи ранней диагностики заболевания вовремя будет назначен верный план лечения и прогноз, что позволит пролонгировать беременность.

СИМПТОМЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И ПРЕМЕНОПАУЗА

Шопулотов Ш. А., Шопулотова З.А.
Научный руководитель: *Шодмонова З.Р., доцент, к.м.н.*
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.

Актуальность. Во всем мире недержание мочи является одной из наиболее актуальных проблем современной урогеникологии. Согласно данным ВОЗа «…НМ отмечают примерно 24,0% женщин в возрасте от 30 до 60 лет и более 50,0% женщин в возрасте старше 60 лет». Этот очень сложная и малоизученная проблема, обусловленная высокой частотой форм недержания мочи и тем, что больные испытывают дискомфорт, сопровождающийся чувством неполноценности, и вызывают депрессию. Недержание мочи не представляет смертельной угрозы, однако отрицательно сказывается на качестве жизни пациенток. В последние годы появилось большое количество работ, свидетельствующих об увеличении числа больных женщин с расстройствами акта мочеиспускания при отсутствии патологических изменений в анализах мочи (Асадова, 2016; Худоярова Д.Р., 2020). В пременопаузальном периоде урогенитальные нарушения встречаются у 10% женщин, в возрасте 55-60 лет - у 50%, а к 75 годам 60-65% женщин, а после 75 лет практически у каждой женщины наблюдаются отдельные симптомы недержания мочи (А.Н. Русских, 2017).

Цель работы: Изучить проявления и влияния симптомов недержания мочи у женщин пременопаузального периода.

Материалы и методы. Материалами работы служили данные 50 пациенток за 2021-2022 годы, которые обратились в многопрофильную клинику №1 Самаркандского государственного университета в гинекологическое или урологическое отделение, пременопаузального возраста. Методами исследования служили полное клинико-лабораторное обследование пациенток, с определением уровня релаксина-2 методом ИФА, из инструментальных методов использовалось УЗИ. Были применены консервативные методы лечения и комплексная терапия с физиотерапевтическими методами (БОС-терапия). Пациентки были разделены на основную (n=25) и сравнительную (n=25) группы по методу лечения.

Результаты и обсуждения. Для начала мы выявили факторы риска развития недержания мочи. Немаловажную роль в развитии НМ играла частота экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ), был отмечен высокий инфекционный индекс во всех обследуемых группах. Практически все женщины болели ОРВИ и в детстве перенесли инфекционные болезни. У большей части женщин - 28 (56%) выявлялись не менее 3 х заболеваний. Еще одним важным фактором является ожирение, крайне опасно абдоминальное ожирение. У женщин с ожирением в 4-5 раз чаще встречаются недержание мочи, чем у женщин с нормальным весом. Частота ожирения составила 36%. Анализ гинекологического анамнеза показал его значительное отягощение: кольпит встречался более половины (27-54%), нарушение менструальной функции у 39 (78%), опущение и выпадение половых органов у 43 (86%), эрозия шейки матки у 7 (14%), миомы матки у 12 (24%). При опросе 20 (40%) пациенток отметили, что имели 1-2 родов, 3 и более родов в анамнезе было у 30 (60%). Крупный плод в группе сравнения отмечался у 40,0% женщин с НМ. При рождении крупного плода у женщин травмируются родовые пути, мышцы тазового дна (RR=2,23), происходят разрывы промежности, что последующем являются фактором риска (RR=3,2) развития НМ. Для оценки и диагностики НМ мы использовали 3 вида проб: проба Valsalva - женщине с полным мочевым пузырем в положении на гинекологическом кресле предлагалось с силой потужиться. Проба считалась положительной, если в области наружного отверстия уретры появляются капли мочи. Эта проба оказалась положительной у 36 (72%) женщин; кашлевой тест - женщине с полным мочевым пузырем в положении на гинекологическом кресле предлагали покашлять.

Проба оказалась положительной при подтекании мочи при кашле у 35 (70%); прокладочный тест - определялся вес прокладки после часа физических упражнений. Если вес прокладки увеличивался больше чем на 1 г, значит, имеет место недержание мочи. Прокладочный тест оказался положительным у 41 (82%). Методом ИФА диагностики определялся уровень релаксина-2, у пациенток группы сравнения его значения в среднем составило 0,38±0,04 ЕД/мл, а у основной группы 0,35±0,02 ЕД/мл (P<0,001). Тогда как у практически здоровых женщин пременопаузального периода без признаков НМ его среднее значение составило 1,3±0,1 ЕД/мл. Снижение уровенб релаксина-2 показывает предрасположенность данных женщин к заболеваниям со стороны выделения мочи, а именно к развитию недержания мочи. Для лечения ургентного недержания мочи были использованы следующие препараты группы М-холиноблокаторов: оксибутинин, в дозе от 2,5 до 5 мг 3-4 раза в день (максимальная дозировка 20 мг/сут) и Дулоксетин. Для купирования явлений НМ назначался агонист бета3-адренорецепторов мирабегрон женщинам с ургентным НМ как в качестве первичного метода лечения, так и при недостаточной эффективности М-холиноблокаторов, и при отсутствии неконтролируемой артериальной гипертензии.Одним из современных и эффективных методов лечения различных форм недержания мочи являются тренировки мышц тазового дна с помощью биологической обратной связи (БОС), направленные на использование собственных резервно-компенсаторных возможностей человеческого организма. Что и явилось причиной использования данного метода у пациенток основной группы в комплексной терапию. Длительность ежедневной процедуры варьировало от 15 до 20 минут. Курс лечения составило 15 процедур. При этом оценка результатов лечения проводилась через 1, 3 и 6 месяцев после лечения. У женщин группы сравнения через месяц наблюдалась положительная динамика только в 12% случаях, тогда как в основной группе данный показатель был у 39%. Через 3 месяца после лечения стабильное отсутствие случаев НМ отмечали 24% женщин группы сравнения и 44% женщин основной группы. Положительную динамику отмечали в группе сравнения 52% женщин, но все равно у них были случаи НМ. Через 6 месяцев при соблюдении предписаний лечащего врача и врача физиотерапевта полное излечение отметили 64% женщин основной группы, остальные отмечали положительную динамику и улучшения по данной патологии. Тогда как в группе сравнения 28% женщин отметили неизменность состояния до и после лечения, 32% отметили положительную динамику 40% отмечали стабильный эффект при регулярном приеме медикаментов.

Выводы. Исходя из данных пременорпаузальный период можно считать фактором риска для возникновения недержания мочи, так как в анамнезе у женщин к этому времени имеются большое количество родов, с отягощенным акушерским анамнезом, у 86% имелся пролапс гениталий, также обращало на себя внимание высокий инфекционный индекс в анамнезе и наличие воспалительных заболеваний органов малого таза. Женщинам данного возраста необходимо регулярно посещать узких специалистов для предупреждения возникновений заболеваний мочеполовой системы. По данным нашего обследования можно заключить что, физиотерапевтический метод (БОС-терапия) в комплексе с медикаментозным лечением дает больший эффект и быстрое улучшение состояния пациенток. Показатель полного выздоровления в основной группе составил 64%, тогда как у женщин группы сравнения данный показатель был в пределах 40% а 28% женщин отметили неизменность состояния до и после лечения.

ПОЗДНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ А НУЖНЫ ЛИ КОРТИКОСТЕРОИДЫ?

Шукурова М.Р. Эшонова К.Г.
Научный руководитель: *Абдураимов Т.Ф.*

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

Актуальность. Респираторный дистресс-синдром (РДС) новорожденных является серьезным осложнением преждевременных родов и основной причиной ранней неонатальной смертности и инвалидности. Широко распространены рекомендации по использованию с целью профилактики РДС и ряда других осложнений (внутрижелудочковые кровоизлияния, некротиченский энтероколит) антенатальных кортикостероидов. Общепризнана их эффективность при использовании у женщин с риском преждевременных родов в сроках гестации 24-34 недель. Остается дискутабельным вопрос о преимуществах и недостатках применения кортикостероидов в позднем преждевременном сроке (34-37 недель беременности). Ряд исследований показывают их эффективность в профилактике РДС и снижении смертности, в то время как другие – демонстрируют отсутствие такового с развитием неблагоприятных последствий для новорожденных.

Цель исследования. Оценить влияние курса кортикостероидов у женщин с поздними преждевременными родами (от 34^0-36^6 недель) на заболеваемость и смертность новорожденных.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование «случай-контроль» 93 женщин, которые были родоразрешены в позднем преждевременном сроке на базе ГУ РСНПМЦАГ. В группу обследованных не входили женщины с многоплодной беременностью. Основную группу составили 46 женщин, которые были родоразрешены в позднем преждевременном сроке и получили курс профилактики РДС кортикостероидами по стандартной схеме. В группу контроля вошли 47 родильниц, родоразрешённые в позднем преждевременном сроке, без курса профилактики РДС. Родоразрешения в обеих группах было как оперативным способом, так и через естественные родовые пути.

Результаты и обсуждение. Возраст женщин в 1-ой группе 29,6 лет, во 2-ой группе 28,4 лет. Соматические заболевания имели 13 (28,3%) женщины 1-ой группы и 25 (53,2%) женщины 2-ой группы. Методом родоразрешения были: самостоятельные роды через естественные родовые пути у 23 и 29 (50% и 61,7%) и путем операции кесарево сечение у 23 и 18 (50% и 38,3%) женщин в 1-ой и 2-ой группах соответственно. Кесарево сечение проводилось по акушерским показаниям. Роды осложнились атонией матки у 1 (2,1%) женщины 2-ой группы. Курс профилактики РДС был полным у 33 (71,7%) и неполным у 13 (28,3%) женщин 1-ой группы. Исходы родов для новорожденных были следующие в 1-ой и во 2-ой группах соответствующие: 1. Частота РДС у 24 (48%) в 1-ой и 21 (43,8%) во 2-ой группах женщин. 2. Некротический энетероколит только у 1(2%) женщин 1-ой группы. 3. Внутрижелудочковое кровоизлияния у 24 (48%) в 1-ой и 21 (43,8%) во 2-ой группах. 4. Признаки морфофункциональной незрелости у 12 (24%) и 6(12,5%) женщин. 5. Гипоксические изменения в головном мозге у 2 (4%) 2-ой группы. 6. Потребность в сурфактанте у 2 (4%) 1-ой группы. 7. Потербность в реанимации у 4 (8%) и 6 (12,5%) женщин. 8. Потребность в CPAP у 4 (8%) и 4 (8,3%) женщин. 9. Потребность в ИВЛ у 4 (8%) и 5 (10,4%) женщин. 10. Госпитализация в отделение неонатальной реанимации у 2 (4%) и 2 (4,2%) женщин. Новорожденные имели в обеих группах среднюю оценку по шкале Апгар на 1-ой минуте 6 балов, на 5-ой минуте 8 балов. Ранняя неонатальная смертность имела место у 2 (4%) новорожденных 1-ой группы и у 2(4,2%) во 2-ой группе.

Выводы. Наше исследование продемонстрировало, что нет значимых улучшений в перинатальных исходах у новорожденных, матери которых получали в позднем преждевременном сроке антенатальный курс кортикостероидов. Полученные данные коррелируют с рекомендациями ВОЗ (2022г.) и других источников, в которых представлены доказательства отсутствия существенной эффективности применения стероидов в сроках беременности более 34^0 недели.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ.

Эркинова Н. Г.

Научный руководитель: *Негматшаева Х. Н., доцент*

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Введение. По данным литературы частота индуцированных родов за последние 20-25 лет возросла более чем в 2-2,5 раза. В развитых странах примерно каждые четвертые роды являются индуцированными, примерно у 43% первородящих женщин возникает необходимость в индукции родов. Программа безопасного материнства предлагает разработку технологий индукции, позволяющие снизить процент осложнений и оперативного вмешательства.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение результатов применения гландина Е, амниотомии и мочевого катетера для подготовки шейки матки к родам.

Материалы и методы исследования. Мы провели ретроспективный анализ 20 историй болезни беременных находившихся в отделении патологии беременных . Изучение проводилось в городском родильном доме № 2 города Андижана.

Результаты исследований: всех рожениц мы разделили на 3 группы. Проводился ретроспективный анализ 20 историй болезни у женщин, которым с целью подготовки шейки матки к родам назначали гландин Е виде таблетки во влагалище. Производилась амниотомия и вставляли мочевой катетер. Перед назначением препарата проводилась оценка степени зрелости шейки матки по балльной шкале Бишопа: с «незрелой» шейкой было 10 женщин, со зрелой шейкой было 6 беременных и с созревающей шейкой - 4 беременных. Показанием к применению гландина была умеренная преэклампсия у 6 отягощенный акушерский анамнез у 3 и 1 возрастная первобеременная. Через 6 часов с момента ведения гландина во влагалище в 8 случаев развилась регулярная родовая деятельность с динамикой родовых путей, соответствующей первому периоду родов. В 2 случаях было повторное введение гландина через 6 часов. Показаниями к повторному применения гландина явилось отсутствие эффекта. Роды через естественные пути завершились у 8 рожениц. Оперативным путем родоразрешено 2 беременные, роды которые были осложнены акушерской патологией. Все новорожденные родились в удовлетворительном состоянии. Случаев родового травматизма среди новорожденных и родильниц не было. Амниотомия была произведена у 6 беременных у которых была зрелая шейка по Бишопу срок беременности были 41 неделя и имело место при доплерографии ФПН 1Б степени Все беременные были переведены в родильный зал у 4 началась через 2 часа регулярная родовая деятельность у 2 была проведена индукция родов окситоцином. Новорожденные родились с оценкой по шкале АПГАР 7-8 балов. 3 группу составили 4 беременные с оценкой по Бишопу 6 баллов согласно протоколу мы им применили мочевой катетер Фолея показаниями были у 2 беременных двойня, у 2 в анамнезе стремительные роды.

Заключение. В результате клинического анализа проведенного исследования были сделаны следующие выводы: 1. При незрелой шейки матки необходимо подготовить с помошью простогландинов: гель либо таблетка. 2. Амниотомия должна быть рекомендована только при наличии “зрелой” шейки матки. 3. При созреваюшей шейке матки эффективным методом является применение катетера Фолея.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ ПАТОЛОГИЙ ГИСТЕРОСКОПОМ

Эркинбаева Д.Э.

Научный руководитель: *Жуманиязов К.А.*

Ташкентская медицинская академия Ургенчский филиал, Ургенч, Узбекистан

Актуальность: Одной из основных проблем, определяющих демографическую ситуацию в современном обществе, является бесплодие. Согласно последним данным Всемирной организации здравоохранения, частота бесплодных браков среди супругов репродуктивного возраста колеблется от 10 до 15 % и имеет стойкую тенденцию к увеличению. Как единственная причина бесплодия внутриматочная патология выявляется примерно у 10-15 % женщин, а в сочетании с другими факторами её частота возрастает до 50%. Внутриматочные патологии, такие как гиперпластические процессы, полипы эндометрия, патология эндоцервикса, внутриматочные синехии, субмукозная миома матки, аденомиоз является актуальной проблемой гинекологии из-за высокой частоты распространенности – у 5-32% женщин репродуктивного возраста, в том числе и у пациенток, воспользовавшихся вспомогательными репродуктивными технологиями. Современные методы диагностики внутриматочной патологии позволяют определить адекватную тактику ведения больных, разработать оптимальный комплекс лечебных мероприятий и нередко восстановить репродуктивную функцию**.** Широкое внедрение гистероскопии в гинекологическую практику существенно расширило возможности диагностики и лечения патологических состояний эндометрия. Высокую эффективность данного метода характеризует возможность одновременного удаления выявленного патологического образования.

Цель работы: Определить частоту внутриматочных патологий в структуре бесплодия женщин, обращенных в частную клинику «SARVINOZ MEDSERVIS» Хорезмской области.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ историй болезней 713 женщин, госпитализированных для оперативного лечения по поводу бесплодия за период с января 2020г. по декабрь 2021г. Из них 83 женщинам с бесплодием маточного генеза, была проведена гистероскопия, а остальным 630 женщинам, имеющим другие причины бесплодия проведена лапароскопическая операция. Общее количество гистероскопических операций за этот период составил 157. На каждую пациентку заполнялась карта обследования, которая позволяла учитывать данные анамнеза, объективного исследования, дополнительных методов исследования, протоколы операций.

Результаты: пациентки были разделены на 6 групп в зависимости от характера внутриматочных патологий вызвавшей бесплодие: I группа- 46 женщин с полипами эндометрия, II группа – 7 женщин с внутриматочными синехиями, III группа – 6 женщин с субмукозной миомой, IV группа – 5 женщин с перегородкой матки, V группа – 16 женщин, которым было проведено диагностическое выскабливание (из них 6 женщин планировали ЭКО), VI группа – 3 женщины с гиперплазией эндометрия. У 37(44.5%) из 83 больных было первичное бесплодие, а у 46(55.5%) пациенток – вторичное бесплодие. У 47(56%) из 83 женщин была проведена гистероскопия совместно с лапароскопией для лечения других факторов бесплодия.

Выводы: анализ структуры бесплодия 713 обследованных инфертильных пациенток показывает, что частота внутриматочных патологий как единственная причина в структуре бесплодия женщин, обращенных в частную клинику «SARVINOZ MEDSERVIS» Хорезмской области составляет 11,6 %, а в сочетании с другими факторами её частота составляет 56% и наиболее часто встречающийся внутриматочной патологией является полип эндометрия – 55%.

РОЛЬ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ НА ДОРОДОВОМ УХОДЕ.

Эркинбек кызы Нуржан

***Научный руководитель**: Стакеева Ч.А., к.м.н., Айтбек кызы Д.*

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан.

Актуальность: Во время дородового ухода, наряду с обязательным скринингом, диагностикой и профилактикой болезней, большое внимание уделяется предоставлению информации по здоровому образу жизни и вопросам безопасной беременности. В Кыргызской Республике, на уровне официальной статистике, проводится постоянный сбор данных по таким показателям, как количество беременных, принимающих, в обязательном порядке, ряд препаратов, согласно Национального клинического протокола и в рамках Программы государственных гарантий (фолиевая кислота, препараты железа, калий йодид и т.д.). Однако, качество консультирования беременных, как составляющая антенатального ухода, остается не изученной.

Цель исследования: оценить качество консультирования беременных на уровне первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике.

Материалы и методы. На первом этапе была разработана анкета, основанная на многомерной иерархической модели для измерения качества медицинских услуг и удовлетворенности пациентов, разработанной Даггер и его коллегами. На втором этапе работы был определен размер выборки для базового опроса методом автоматизированного калькулятора, предлагаемого "Survey Monkey", который на основе введенной численности населения, доверительного уровня и пределов погрешности рассчитывает репрезентативный размер выборки. Опрос был проведен среди случайной выборки молодых матерей, которые родили в течение последнего квартала между 1 неделей и 12 неделями после выписки, которые родили до 1 января 2022 года. Проводилась оценка таких характеристик консультирования, как безопасность, справедливость, ориентированность на потребности людей. Оценка ответов респонденток проводилась с использованием стандартной 5-балльной шкалы Лайкерта, привязанной к таким характеристикам, как "очень удовлетворен" и "очень неудовлетворен". Интервью проводится с помощью телефонной связи. Ответы на вопросы вводидись в Google forms, которая автоматически генерировала диаграммы для каждого вопроса / утверждения, показывающие столбцы “полностью согласен”, “согласен”, “не уверен”, “не согласен” и “категорически не согласен”.

Результаты. Средний балл по качеству межличностных отношений составил 3,73, при этом меньше всего баллов (3,57) было получено на вопрос о дискриминации, когда 2 респондентки из 5 не получили ожидаемого ими внимания со стороны медицинского работника. Средний балл по техническому качеству дородового консультирования составил также 3,73 балла. Средний балл по техническому качеству консультирования по планированию семьи составил лишь 2,78 балла. При этом только 2 респондентки из 5 посчитали, что получили четкие рекомендации по послеродовой контрацепции.

Выводы: Наряду с вышеизложенным 57% женщин не устраивало состояние инфраструктуры, гигиены и санитарии в медицинском учреждении. Представленные показатели качества обслуживания являются ценной информацией о различных аспектах здравоохранения, включая эффективность лечения и уровень понимания пациента.

PREVENTION OF COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITHE COVID-19 FOR A NEONATAL OUTCOMES

Abdujapparova N.E.

Scientific adviser: *Djurakhodjaeva G.S. – Doctor of Philosophy in Medicine*

Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

Relevance: It is known that during pregnancy, some viral infections significantly affect the development of the fetus and normal physiological changes in the body of a woman increase

susceptibility to respiratory diseases. Thus, pregnant women are more likely to be infected with SARS-CoV-2 and get sick with COVID-19 than the general population. They are at increased risk of hospitalization, ventilator breathing and other subsequent maternal, fetal and newborn health problems. Severe COVID-19 infection during pregnancy has been associated with an increase in adverse perinatal outcomes, although studies differ on which outcomes it may affect. More detailed characterization of obstetric and neonatal outcomes is needed, including detailed information on indications for preterm birth and additional neonatal adverse outcomes.
The purpose of the study: to prevent complications with adverse outcomes for both mother and fetus in pregnant women who have undergone COVID-19.
Materials and methods of the study: The study was conducted on the basis of the "COVID Center" for pregnant women in the Fergana region. The material of the study was the case history of pregnant women who fell ill with COVID-19 in the third trimester of pregnancy and experienced complications in the last months (November, December) of 2021. We analyzed 30 inpatient case histories with complaints of pregnant women, diagnosis at admission, clinical diagnosis, laboratory, instrumental and ultrasound examinations. In a laboratory blood test an attention was drawn to the level of procalcitonin and D-dimer. As a research method, a retrospective analysis was about the case histories of pregnant women who had a covid infection with its severe course and complications such as preeclampsia, bronchopneumonia, bilateral community-acquired pneumonia, respiratory failure, acute respiratory distress syndrome and pulmonary edema was chosen as a research method.
Results and discussion: According to the results of the study, it was revealed that women of reproductive age and pregnant women from rural areas were exposed to infection. The result of laboratory tests when determining the level of procalcitononin and D-dimer in sick pregnant women was sharply noted from the reference value.
Pregnant women with severe COVID-19 and its severe complications were classified according to the following clinical diagnoses: 2 cases of bronchopneumonia and preeclampsia, 11 cases of bilateral community-acquired pneumonia, 9 cases of bilateral community-acquired pneumonia and respiratory failure, 3 cases of bilateral community-acquired pneumonia and respiratory failure and plus preeclampsia, 5 cases of bilateral community-acquired pneumonia and preeclampsia. According to the standard, the level of procalcitonin is 0-0.1 ng / ml in the norm, 0.1-0.5 ng / ml - a partial bacterial infection, 0.5-2 ng / ml - a moderate risk of spreading a systemic infection. As a result of the calculation of the composition of the disease and the value of procalcitonin, the following values were obtained: in 8 cases - normal, in 17 cases - a moderate risk of systemic infection, in 15 cases - a partial bacterial infection. According to the data obtained, in 80% of pregnant women with covid infection, an increase in the level of procalcitonin is observed, and in 20% a normal value is found. The limiting norm of D-dimer for the third trimester of pregnancy is up to 644 ng / ml. As a result of the study, 3 patients had elevated D-dimer, 27 patients had normal values. According to the results of the analysis, D-dimer increased in 1% of pregnant women, and in 99% it was reference values. Based on the severity of the course of the disease, delivery was carried out in the following way: 2 physiological and 28 operative births. According to the gestational age, the newborns were 13 full-term and 17 premature babies.
Conclusions: Thanks to the data obtained, we can come to the following conclusion: procalcitonin makes it possible to predict the complication of pregnancy and the timely prevention of maternal and child mortality. An elevated level of D-dimer indicates an unfavorable outcome of pregnancy, that is, a worsening of the patient's condition with the addition of a violation of the coagulation system that is disseminated intravascular coagulation, which can lead to the death of the mother. Determining the level of procalcitonin helps to assess the severity of the condition of pregnant women with severe COVID-19 and its complications against the background of bacterial infection of the upper respiratory tract. With the timely diagnosis of a bacterial infection in the blood of pregnant women, it is possible to resolve the issue of labor induction and further preparation of women for delivery. Given the complication

of a systemic infection in the mother's body, it is possible to predict the course of normal childbirth. Based on the status of the patient, delivery can be physiological or operative by Caesarean section. Early diagnosis of COVID-19 complications affects neonatal outcome, prevents intrauterine infection of the fetus, impaired uteroplacental-fetal blood flow, and intrauterine fetal death. Timely assessment of the severity of the condition of pregnant women helps to improve the survival of newborns and the birth of a healthy child.

THE USE OF MEDICAL OZONE IN COMBINATION WITH ANTIVIRAL DRUGS FOR THE TREATMENT OF WOMEN WITH HERPES INFECTION ON THE BACKGROUND OF FPI.

Abdurashidova X.B.
Scientific director: *Akhmedova N.M., PhD*
Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.

Relevance of the topic.Herpetic infection caused by the herpes simplex virus (HSV) is one of the significant problems of modern health care. This is due to a sharp increase in the incidence, a wide range of clinical manifestations, the possibility of an asymptomatic course and a high contagiousness of the pathogen. The probability of intrauterine transmission of HSV, which significantly worsens perinatal outcomes, has been proven. Over 90% of people in the world are infected with HSV, and only 20% of it manifests itself clinically.
The purpose of our study: to study the effectiveness of the use of medical ozone in the complex of prevention and treatment of fetoplacental insufficiency (FPI) in pregnant women with herpes infection.
Material and methods. We have examined and treated 74 women with threatened miscarriage in the first trimester, aged 19 to 34 years. Of these, 47 patients made up the main group, who were treated with medical ozone in the complex of therapeutic measures, and 27 patients made up the control group, they were treated with traditional methods. A thorough analysis of the clinical characteristics of patients showed that most of them have a combination of several factors of miscarriage (infectious-inflammatory, hormonal, immunological, etc.), which makes it difficult to distinguish groups of patients in accordance with the etiology of the disease.
Conclusion. Thus, FPI largely determines the condition of the newborn, increasing the frequency of various complications, mainly associated with insufficient supply of oxygen and nutrients to the fetus through the placenta. At the same time, the use of medical ozone as part of the complex therapy of FPI helps to reduce the severity of such manifestations, bringing it closer to the average population. Herpes infection is an extremely common sexually transmitted disease characterized by a relapsing lifelong course. Conducting oral antiviral therapy significantly reduces the duration, severity of the disease and the risk of infection of the sexual partner. there were cases of miscarriage gave a good result in practice.

OPTIMIZATION OF THE MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH ARTERIAL HYPOTENSION ACCOMPANIED BY FETOPLACENTAL INSUFFICIENCY

Abdullaeva Sh.U.
Scientific adviser: *Khudoyarova D.R., DMSc.*
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Relevance. Among the pathological conditions during pregnancy, dysregulation of systemic arterial pressure, associated with changes in vascular tone, occupies one of the leading places. Arterial hypotension mainly occurs at a young age and often first manifests itself during pregnancy. The frequency of arterial hypotension in pregnant women varies widely, ranging

from 6.2% to 32.4%. The criteria that characterize arterial hypotension are: the level of systolic pressure, not exceeding 100 mm Hg, and diastolic - 60 mm Hg. It is known that arterial hypotension reduces the adaptive capacity of the body, is often accompanied by dynamic disorders of cerebral circulation, predisposes to the development of thromboembolic disorders, complicates the course of pregnancy and childbirth. The development of hypotension in pregnant women is explained by the inhibition of ovarian function, the influence of the placenta, the action of prostaglandins, the immune response to placental and fetal antigens, resulting in a reduced or increased release of a number of biological substances that affect vascular tone. It was noted that arterial hypotension occurs after 20-24 weeks of pregnancy mainly in women with unstable regulation of the autonomic nervous system, while the appearance of arterial hypotension after 30 weeks of pregnancy is usually due to compression of the inferior vena cava by the uterus, which leads to a decrease in venous return to the heart. In a number of cases, arterial hypotension in pregnant women contributes to disorders of the fetoplacental system. The concept of "placental insufficiency" is now widely used as one of the main causes of malnutrition, immaturity and perinatal death of the fetus. The study of placental insufficiency has not lost its relevance for many years and continues to be a priority in modern obstetrics and perinatology. It performs transport, endocrine, immunological, protective and many other functions that make it a key element in the mother-placenta-fetus system. The study of placental insufficiency has not lost its relevance for many years and continues to be a priority in modern obstetrics and perinatology.

Purpose of the study. To determine the features of the course of pregnancy against the background of arterial hypotension.

Materials and research methods. A prospective sample was collected from pregnant women who applied to the maternity ward of the clinic of the Samrkand State Medical University.

1st main group: pregnant women with arterial hypotension (30 patients). 2nd control group: pregnant women with normal blood pressure (30 patients).

Results. In the main group of pregnant women aged 20-25 years, there were 19 patients (63.3%), 26-30 years old - 6 (20%), 31-35 years old - 5 (16.7%). Whereas in the control group aged 19-25 years there were 23 patients (76.7), 26-30 years old - 4 (13.3%), 31-35 years old - 3 patients (10%), respectively. The course of pregnancy, in 1-MG in pregnant women with arterial hypotension was observed: moderate anemia in 21 (70%) pregnant women, early toxicosis in 13 pregnant women (43.3%), the threat of abortion in 16 pregnant women (53.3%), the threat premature birth in 6 pregnant women (20%), fetoplacental insufficiency in 19 pregnant women (63.3%), fetal growth retardation syndrome in 3 pregnant women (10%), acute respiratory infection (ARI)-14 pregnant women (46.7%), pyelonephritis-17 pregnant women (56,7%). One of the frequent complications of pregnancy was fetoplacental insufficiency in 19 pregnant women (63.3%), the threat of abortion in 16 pregnant women (53.3%), early toxicosis in 13 pregnant women (43.3%) and the threat of premature birth in 6 pregnant women (20 %). The next complication in pregnant women with arterial hypotension was fetal growth retardation syndrome in 3 pregnant women (10%). Pregnancy with arterial hypotension mainly proceeded against the background of anemia in the environments of the degree (70%) and pyelonephritis of pregnant women (56.7%). ARI was observed in 14 pregnant women (46.7%). In the 2-CG it was observed: moderate anemia in 18 (60%) pregnant women, early toxicosis in 11 pregnant women (36.7%), threatened miscarriage in 9 pregnant women (30%), threatened premature birth in 2 pregnant women (6.7%), placental insufficiency in 2 pregnant women (6.7%), ARI-9 pregnant women (30%), pyelonephritis-5 pregnant women (16.7%). Pregnancy was complicated: early toxicosis in 11 pregnant women (36.7%) and the threat of abortion in 9 pregnant women (30%). Other complication - the threat of premature birth and fetoplacental insufficiency was respectively 2 pregnant women (6.7%). Complications such as fetal growth retardation syndrome were not observed. In the 2nd CG, the pregnancy also proceeded against the background of anemia in the environments of the degree (60%). Pyelonephritis of pregnant women (16.7%) also occurred. In 9 pregnant women (30%) ARI was observed.

Conclusions: 1. Arterial hypotension occurred mainly in pregnant women aged 19-25 years. 2. 1-MG, One of the frequent complications of pregnancy was fetoplacental insufficiency in 19 pregnant women (63.3%), the threat of abortion in 16 pregnant women (63.3%), early toxicosis in 13 pregnant women (43.3%) and the threat of premature childbirth in 6 pregnant women (20%). The next complication in pregnant women with arterial hypotension was fetal growth retardation syndrome in 3 pregnant women (10%). 3. 2-CG, pregnancy was complicated: early toxicosis in 11 pregnant women (36.7%) and the threat of abortion in 9 pregnant women (30%). Other complication - the threat of premature birth and fetoplacental insufficiency was respectively 2 pregnant women (6.7%). Complications such as fetal growth retardation syndrome were not observed. 4. In both groups, the pregnancy proceeded against the background of anemia, ARI and pyelonephritis.

HYPOTHALAMIC SYNDROME AS CAUSE OF RECCURENT ANOMAL UTERINE BLEEDING IN ADOLECSENT GIRLS

Batirova M.A.

Scientific director: *Irgasheva S.U., Doctor of Medical Sciences*

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Obstetrics and Gynecology, Tashkent, Uzbekistan

Abstract: Hypothalamic syndrome of puberty is a complex pathology of adolescence, characterized by functional disorders in the hypothalamic-pituitary-adrenal-ovarian system. This syndrome usually occurs in girls 1–3 years after menarche and is caused by menstrual irregularities, in most cases, recurrent uterine bleeding.

Purpose of the study: To study the features of the clinical course of hypothalamic syndrome in adolescent girls with recurrent heavy uterine bleeding.

Materials and methods: We examined 62 girls aged 12–17 years. Adolescents of the main group were divided into two age subgroups: group I included 40 girls aged 12–14 years (puberty), group II included 22 girls aged 15–17 years (adolescence). The control group consisted of 10 healthy girls of the same age. The age of menarche in adolescents of the main group was 12.1 ± 0.9 years, in the control group - 12.9 ± 0.8 years. In all girls, along with a general clinical examination, physical and sexual development was assessed, as well as the functional state of the hypothalamic-pituitary-adrenal-ovarian system, also the level of sex hormones was studied.

Results: In girls with hypothalamic syndrome in the pubertal period, recurrent uterine bleeding was observed, physical and sexual development was detected earlier than in healthy adolescents, which was manifested by an increase in body length ($P < 0.001$) and body weight ($P < 0.001$), chest circumference ($P < 0.06$), all sizes of the pelvis ($P < 0.001$), as well as a high overall score of sexual development ($P < 0.001$) due to accelerated growth of the mammary glands and pubic hair, an increase in the size of the uterus ($P < 0.001$), ovarian volume ($P < 0.001$) and endometrial thickness. As a result of pathological activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal-ovarian system, increased secretion of luteinizing hormone (17.6 ± 3.1 mIU/l; $P < 0.001$), prolactin (848.2 ± 32.1 mIU/l; $P < 0 .05$), follicle-stimulating hormone (8.3 ± 1.8 mIU/l; $P < 0.05$), as well as cortisol (404.2 ± 20.8 nmol/l; $P < 0.001$) and testosterone (2.7 ± 0.6 nmol/l, $P < 0.05$). There was a decrease in the content of E2 (0.25 ± 0.4 nmol / l) and progesterone (9.6 ± 3.4 nmol / l; $P < 0.05$).

Conclusions: The study found that recurrent heavy uterine bleeding was prevalent among the adolescent with hypothalamic syndrome. The most common cause of uterine bleeding was hormonal imbalances, followed by structural issues in the reproductive system and underlying medical conditions. Other significant risk factors included stress, obesity, and a family history of menstrual irregularities.

SUBCLINICAL AUTOIMMUNE REACTIONS IN RECURRENS MISCARRIAGE

Faizulloeva Nafosat Shokirovna
Scientific director: *Khotamova Matluba Tilavovna*
Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan.

Purpose of the study- subclinical autoimmune reactions in recurrent miscarriage
Materials and research methods: it is known that the frequency of spontaneous miscarriages is associated with autoimmune diseases. Recent studies have shown a strong association between miscarriages in women with systemic lupus erythematosus and the presence of antiphospholipid antibodies, i.e. lupus anticoagulant (LAC) and anticardiolipid antibodies (ACLA). Lupus antibodies, changes in the complement system, antisperm antibodies were determined in 34 women with a history of recurrent miscarriages and compared with the control group. In 14 out of 34 patients there were anatomical, hormonal and genetic causes of miscarriages, in 20 the etiology was not established. In 50% of women with unexplained miscarriage and 34% of those with identified etiology, at least one immune disorder was found.
Result: Multiple autoimmune abnormalities have been identified only in gestation of an unknown origin. Overall, 44% of women with recurrent miscarriages have antibodies or abnormalities in the complement system. Anticardiolipid antibodies were detected most frequently (30% in miscarriage and 8% in the control group).
Output: We recommend that all patients with recurrent miscarriages should have AKLA (anticardiolipid antibodies), VAK (lupus anticoagulant) and changes in the complement system checked. Although the relationship between autoantibodies and recurrent miscarriage is not yet known, this study confirms the existence of such an association and shows that unexplained miscarriage may be a marker of autoimmune disease.

CORRELATION BETWEEN BIOCHEMICAL MONITORING AND MEASUREMENT WAVE VELOCITY OF BLOOD FLOW IN THE UMBLICAL CORD OF THE HUMAN FETUS.

Jumayeva Maftuna Maxmudovna
Scientific director: *Khotamova Matluba Tilavovna*
Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino city of Bukhara, Uzbekistan.

The purpose of the study is the correlation between biochemical monitoring and measurement of the wave velocity of blood flow in the umbilical cord of a human fetus.
Establish a correlation between fetal oxygenation and CBS, determined using transabdominal blood sampling from the umbilical cord, and the pulsation index (PI) in high-risk pregnancy.
Materials and research methods: In 14 high-risk women who were delivered by caesarean section between the 30th and 35th weeks of pregnancy, PI (pulsation index) was determined in the umbilical artery. In 10 of them, blood was taken from the vessels of the umbilical cord by the transabdominal route under ultrasound control. In addition, arterial and venous blood from the umbilical cord was taken from all patients during the operation. Blood gases, KOS and lactate concentration were determined. A close relationship was found between PI (pulsation index) and pH, Pco2 and lactate content in the umbilical cord venous blood taken in utero. IP (pulsation index) correlated well with the same indicators of venous and arterial cord blood taken during caesarean section. Venous umbilical cord blood obtained transabdominally has a higher O2 content than blood taken by caesarean section. No significant correlation was found between the content of O2 in the venous blood of the umbilical cord during transabdominal sampling and IP (pulsation index). With IP (pulsation index)> 1.5, the amount of lactate in the venous blood of the umbilical cord increases sharply.

Conclusion: thus, the combination of biochem. studies of fetal blood during transabdominal sampling under ultrasound control using the Doppler method makes it possible to identify those at high risk of fetal disorders among pregnant women at high risk.

PROGNOSTIC CRITERIA FOR THE OUTCOME OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN WOMEN WITH LOW OVARIAN RESERVE

Khikmatillaeva N.A.
Scientific supervisor: *Atahodjaeva F.A., PhD*
Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Absrtract. Low ovarian reserve is the main limiting factor for the success of any method of infertility treatment. The decrease in the number and quality of oocytes in fertile women is directly related to age and the presence of surgical interventions on the ovary in the anamnesis. In this regard, the assessment of ovarian reserve, as well as the individualization of treatment methods are very important to achieve results. Poor ovarian response to controlled ovarian stimulation (COS) is a limiting factor in the effectiveness of in vitro fertilization (IVF) programs, leading to an increase in the frequency of cycle cancellation and a decrease in the frequency of pregnancy and childbirth.

The aim of the study is determination of diagnostic criteria for reducing ovarian reserve in women of reproductive age.

Materials and research methods. The ovarian reserve was assessed in 75 women of reproductive age, of which 44 (59%) women were under the age of 38 years, and 31 (41%) women were over 38 years old. All women with transvaginal ultrasound examination in the first phase of the menstrual cycle were determined the antral follicles count (AFC) (follicles with an average diameter of 3-10 mm in the largest two-dimensional plane), measurement of the level of anti-muller hormone (AMH) and the level of follicle-stimulating hormone (FSH) in blood serum by enzyme immunoassay. Low ovarian reserve was determined in the range from 3 to 5 antral follicles. The level of AMH <1 ng/ml and the level of FSH ≥12 IU/l was associated with a "poor" ovarian response to stimulation and low chances of pregnancy. The determination of body mass index and waist circumference (sm) in the examined patients had no significant differences.

Results and its discussion. The main reasons for the decrease in ovarian reserve in the group of examined women were surgical interventions on the ovaries, late reproductive age, endometroid ovarian lesion (12.3%) and pelvic inflammatory diseases in the anamnesis (25.5%). A low ovarian reserve of 3 to 5 antral follicles was associated with a poor response to ovarian stimulation. In women under age of 38, the assessment of ovarian reserve was influenced by both the level of AMH and FSH in the blood serum, whereas in women over 38 (in late reproductive age), an increase in the basal level of FSH was more significant.

Conclusion. To assess the ovarian reserve and their prognostic significance in the protocols of IVF, the level of AMH, FSH and AFC in the early follicular phase plays an important role. The main reasons for the decrease in ovarian reserve in women are: late reproductive age, endometrioid ovarian lesion, surgical treatment (ovarian resection) in the anamnesis, as well as inflammatory diseases of the pelvic organs. Despite modern approaches to the use of organ-preserving operations for ovarian formations, the possibility of infertility treatment even by methods of assisted reproductive technologies (IVF, intracytoplasmic sperm injection), the chance of pregnancy in late reproductive age decreases sharply due to a decrease in the number and quality of oocytes.

PARAMETERS OF HORMONAL AND LIPID STATUS IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA.

Marozikova M.I.
Scientific director: *Akhmedova N.M., PhD*
. Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.

Relevance. One of the important factors in the increase in the incidence of uterine fibroids in women in the late reproductive and premenopausal periods is the vegetative-hormonal restructuring, which enhances the influence of the sympathetic-adrenal system and the associated activation of lipolytic activity with impaired cholesterol metabolism. Hyperlipidemia is an important link in the pathogenesis and clinical course of uterine fibroids.
Purpose of the study. To study the level of biogenic amines and the main indicators of lipid and hormonal metabolism.
Material and research methods. To study the disorders of lipid and hormonal metabolism and their influence on the course of the disease in patients with uterine myoma, we selected 30 patients from groups 1 and 2. Prior to treatment, at the stage of examination of these patients, the level of biogenic amines and the main indicators of lipid and hormonal metabolism were studied.
Research results. Biogenic amines, which are products of enzymatic decarboxylation of amino acids, have high biological activity. The value of the AChE indicator significantly increased in both groups equally by 2.1 times. The level of serotonin significantly increased in the 1st group by 4.8 times, in the 2nd group - 5.1 times, and histamine in the 1st group increased by 3.7 times, in the 2nd group - by 3.6 times compared with the control. The nature of lipid metabolism disorders indicates a violation of the processes of cholesterol esterification and its excretion. Here is a clear trend towards an increase in total lipids, LDL cholesterol and cholesterol. The content of total cholesterol increased in group 1 by 1.5 times, and in group 2 by 1.8 times. LDL cholesterol in patients of group 1 increased by 2.1 times, and in group 2 by 2.5 times. An increase in LDL cholesterol in patients with uterine myoma, whose function is to transport cholesterol into the cell, indicates the possibility of accumulation of these particles in peripheral cells.

THE EFFECTIVENESS OF VARIOUS TYPES OF CONTRACEPTIVES FOR UTERINE FIBROIDS

Mamirova M.U. Master of the Tashkent Medical Academy
Scientific adviser: *Abdullaeva L.M., DSc, professor*
Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Abstract: According to numerous studies, 11-25% of women in the world suffer from uterine fibroids. Recently, there has been a "rejuvenation" of this disease, which occurs at the age of 20-30 and younger. Therefore, the question of choosing a method of contraception in the presence of this pathology is relevant. Hormonal contraceptives, in addition to the main effect of protecting against pregnancy, can reduce the growth and development of myomatous nodes.
Purpose of the study: to evaluate the effectiveness of hormonal contraceptives in uterine fibroids.
Materials and methods of research: 60 patients with uterine myoma took part in the study. The 1st group included 30 patients with uterine myoma, who received hormonal contraceptives. The second group consisted of 30 patients with uterine myoma who used the Mirena IUD.
Research results: it has been proven that the regular use of hormonal contraceptives reliably reduces the growth rate of myomatous nodes, and also to some extent prevents the appearance of new ones. As a result of studies, the stabilizing effect of OC extends to myomatous nodes up to 1.5 cm in diameter, while the appointment of OC for large nodules can have both positive and negative effects (fibroid growth). Apparently, this is due to the fact that in small myomatous

nodes the main pathological vicious circles (local enzyme systems, autonomous production of connective tissue) have not yet been fully formed, and therefore the growth of such a node is controlled by the exogenous effect of the OC gestagen. OC decreases the volume of menstrual flow. There was a decrease in menstrual pain and the severity of postmenstrual syndrome with OC. Hormonal contraceptives provide protection against pregnancy when taken correctly with uterine fibroids in 98% of cases. The use of Mirena leads to a decrease in the volume and duration of menstruation and, in some cases, to oligo- and amenorrhea in patients with menometrorrhagia associated with uterine myoma and adenomyosis. In 20% of cases, amenorrhea developed, hemoglobin indices reached standard values. Against the background of the use of Mirena, there is no increase in the size of myomatous nodes, that is, their stabilization is observed. It was also found that the smaller the size of the myomatous nodes, the more pronounced the stabilizing effect of Mirena.

Conclusion: the choice of contraception in patients with uterine fibroids is generally determined not only by the preference for one method or another, but also by the need to prevent the recurrence of fibroid growth, that is, preference should be given to oral contraceptives containing modern gestagens and the levonorgestrel-releasing intrauterine system.

BIRTH AND EARLY POSTPARTUM OUTCOMES IN WOMEN WITH URINARY SYSTEM INFECTION DURING PREGNANCY

Olimova O.S., Nazarbayeva Z.K.

Scientific adviser: *Matyakubova S.A.*

Tashkent Medical Academy Urganch branch, Urganch, Uzbekistan

Relevance. During pregnancy in women,the most common pathology is diseases of the urinary system,which is 9-13%.These disease most often develop or manifest themselves during the gestational process,which lead to the occurrence of perinatal and obstetric pathologies,such as :anemia,arterial hypertension,premature rupture of amniotic fluid,the birth of children with low body weight(<2500 g),which,in turn,turn leads to an increase in perinatal mortality.

The growth factor of pyelonephritis is also considered to be an increase in the frequency of asymptomatic diseases of the urinary system,identified only on the basis of laboratory research methods,which include asymptomatic bacteriuria and latent pyelonephritis.Asymptomatic bacteriuria,despite the absence of severe symptoms and the apparent good quality of the patterns of the microorganism and the host organism,is a violation of the complicated course of pregnancy,childbirth,the postpartum and early neonatal periods.So in pregnant women with asymptomatic bacteriuria,complex pyelonephritis develops in 20-40%. Despite the proven relevance of the problem, no studies have been conducted so far regarding the occurrence,course and frequency of development of the pathology of pregnancy,childbirth and the neonatal period in pregnant women with diseases of the urinary system.

Objective: To evaluate perinatal and obstetric outcomes in pregnant women with urinary tract infection.

Materials and methods of the study: the outcomes of childbirth in 1369 birth histories for May 2021 to May 2022 in pregnant women who received inpatient treatment in the department of pathology of pregnant women of the Khorezm Perinatal Center were retrospectively studied; among the pregnant women who applied,the diagnosis of urinary system infection(USI) was 13.3%.

Infection of the urinary system in pregnant women is manifested by asymptomatic bacteriuria (65%),acute systitis (20%),pyelonephritis (15%).The age of 182 pregnant women with urinary system infection ranged from 18 to 35 years (mean age 22.5+_ 1.2 years). Among women with USI, in 56% of cases there were multipartum, while primiparis occurred in 44 % of cases,of which primiparous accounted for 23%.The interval between the previous and current pregnancy was 1 year –in 24.4 %,there were multiple births-11.1 %.In the anamnesis they had 1 and 2

abortion -4.4 %,spontaneous miscarriage – 6.7 %,caesarean section and the presence of a scar on the uterus -8.9 %. The following methods were used in the study: anamnestic, clinical, instrumental and laboratory, the volume of which was sufficient for making a diagnosis.

Results of the study: in 48.9 % of pregnant women,a bacterioscopic examination of a smear from the vagina revealed colpitis,mainly of candida etiology.Urine culture revealed the following pathogens:S.epidermidis (9%),C.hofmani (6%),E.coli(84%),other corynebacteria about 1%.In the dynamics of observation,we found that the complications of the course of pregnancy with USI were as follows:placental insufficiency-in 42.2 % of women,moderate preeclampsia –in 22.2 %, the threat of spontaneous abortion –in 17%,gestational pyelonephritis-in 18%.The study of the development of complications of pregnant women had premature rupture of the fetal bladder,20.1%-premature birth,11.9%-chorionamnitis.In 12.5% of pregnant women,an afterbirth defect was found. We also established other complications, such as endometritis-8.5%, lochiometr-7.6%, and tight attachment of the placenta-7.1%. Cystitis in the postpartum period was noted by 5.5% of women, and pyelonephritis of puerperas-3.5% of cases. Thus, among all the examined pregnant women with USI, 42.2% of women had complications in childbirth and the postpartum period.

Conclusions: 1.The incidence of urinary tract infection among pregnant women is 13.3%; 2.In 48.9% pregnant women (50%), microscopic examination of a vaginal smear revealed colpitis, mainly of candida etiology. 3. Urine culture revealed the following pathogens: S.epidermidis (9%), C. hofmani (6%),E.coli(84%),other corynebacteria about 1%. 4. The significance and negative impact of uninary tract infections on the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period were revealed.

INFLUENCE OF FRACTIONS OF PEPTIDES OF AVERAGE MOLECULAR WEIGHT ONTHE BLOOD COAGULATION SYSTEM WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY.

Rakhimova Z.I.

Scientific director: *Akhmedova N.M., PhD*

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.

The urgency of the problem. The most characteristic manifestations of activity peptides of medium molecular weight are violations of the functions of biological membranes. By changing the structural and functional characteristics of cell membranes, peptides also have an inhibitory effect on the functioning of the system hemostasis. Therefore, to characterize the isolated peptide fractions, we studied them action on the blood coagulation system and biological membranes.

Purpose of the study: To study and determine the role of endogenous peptide toxins in development of coagulopathy in preeclampsia.

Results: On the state of the blood coagulation system, if assessed by integral indicators of thromboelastogram (TEG) were influenced by two peptide fractions - A-IV and A-VI isolated from the blood plasma of all women with non-developing pregnancy. As our studies showed that fraction A-IV reduced the “r + k” index of TEG (13.7 ± 0.21), which indicates a decrease in blood clotting time and accelerated formation clot and is regarded as chronometric (time-dependent) hypercoagulability.Hypocoagulation is confirmed by a decrease in thromboelastogram “ma” (27.2±0.13 mm).The decrease in the ITP TEG index by 2 times (4.4±0.28 units compared to the control group - 8.9±0.26 units, respectively, $P<0.05$) is a consequence of the structural hypocoagulation.

Conclusion: Thus, according to thromboelastogram and platelet aggregation, we can conclude that fraction A-IV caused structural hypocoagulation due to apparently, inhibition of platelet aggregation activity. Faction A-VI had opposite effect on platelet aggregation and caused chronometric hypercoagulability.

ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEFORE SURGERY VS AFTER CORD CLAMPING IN ELECTIVE CESAREAN DELIVERY: A DOUBLE-BLIND, PROSPECTIVE, RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL

Rajabova O.I
Research advisor: *Axmedova M.A.*
Republican Special Scientific Practice Center of Obstetrics and Gynecolog, Tashkent, Uzbekistan.

Relevance. Perioperative antibiotic prophylaxis during elective cesarean delivery at term to reduce postoperative maternal infectious morbidity is generally used but may not be effective on the basis of the available data. Also, the optimal timing of prophylactic antibiotic administration is unclear. To compare the effectiveness of cefazolin administered before skin incision vs cefazolin administered after umbilical cord clamping vs placebo in a 3-arm randomized trial. The primary objective of the study was to compare postoperative infectious morbidity, defined as wound infection, endometritis, or urinary tract infection (primary end point), in women with cefazolin vs placebo. The comparison between the 2 arms administering cefazolin before skin incision vs after umbilical cord clamping was a secondary end point.
Material and methods: We recruited 121 women undergoing elective cesarean delivery at term from October 1, 2022, through January 31, 2023. In group 1, cefazolin (2 g) was administered 20 to 30 minutes before skin incision. In group 2, cefazolin (2 g) was administered immediately after clamping of the cord. In group 3, placebo was administered before skin incision.
We used Double-blind, prospective, randomized, placebo-controlled trial methods in this scientific investigation. We conducted this scientific research at the Republican Special Scientific Practice Center of Obstetrics and Gynecology.
Results: The primary outcome was observed in 2 of 41 women in group 1 (4.9%) and in 2 of 52 women in group 2 (3.8%), whereas it was noted in 4 of 28 women in group 3 (14.3%) ($P < .001$ for group 1 plus group 2 vs group 3). The number needed to treat to avoid 1 primary outcome was 2 (95% CI, 6 to 16). Between groups 1 and 2, there was no statistically significant difference regarding postoperative infectious morbidity ($P = 6$).
Conclusion: We think were able to demonstrate the usefulness in elective cesarean delivery of prophylactic cefazolin vs placebo in reducing postoperative maternal infectious morbidity.

COLPOSCOPY AS A DIAGNOSTIC METHOD FOR THE EARLY DETECTION OF CERVICAL DISEASES.

Rukhiddinova N.N.
Scientific director*: Akhmedova N.M., PhD*
Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.

Relevance of the topic. Cervical diseases are one of the most common pathological conditions of the female reproductive system and do not tend to decrease. Any gynecological diseases can be combined with pathology of the cervix. An important method for detecting cervical pathology is colposcopy with the establishment of suspicious areas for targeted biopsy. Colposcopy is a highly informative, accessible and inexpensive method for diagnosing diseases of the cervix, vagina, vulva, which significantly increases the efficiency of examination of women with gynecological pathology.
Objective. Preclinical diagnosis of cervical diseases in women of reproductive age by colposcopic examination.
Material and methods. For the period from 2020 to 2022, we examined 104 women in the Andijan Regional Perinatal Center who applied for a consultation with various gynecological diseases at the age of 30 to 46 years. All patients underwent a comprehensive preventive examination, including the method of classical and extended colposcopy using a portable device

Digital Video Colposcope 1293, manufactured by Promis Medical (Australia). They were examined by a therapist. Carefully collected anamnesis.
Conclusion: Thus, colposcopy is recommended for widespread implementation in the practice of obstetricians and gynecologists for the purpose of comprehensive diagnostic measures. Due to the use of digital video systems with software in modern colposcopes, the effectiveness of this diagnostic method is significantly increased, which allows for adequate timely treatment.

STUDYING THE FEATURES OF THE FORMATION OF THE REPRODUCTIVE HEALTH OF ADOLESCENT GIRLS AND WAYS TO PREVENT DISORDERS LIVING IN THE GOITER - ENDEMIC REGION OF THE ANDIJAN REGION.

Sattaralieva X.B.
Scientific director: *Asrankulova D.B., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of 1st Obstetrics and Gynecology, Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan*

The urgency of the problem. Gynecological morbidity among adolescent girls deserves special attention. In the concept of reproductive health care, a special place is given to the problems of adolescence. This is the age when the most active processes of growth and puberty take place. In the functioning of the reproductive, endocrine and other systems, the greatest tension and lability are noted at this time.In the presence of somatic and endocrine diseases, the risk of reproductive health disorders increases significantly. One of the significant factors that reduce the level of public health is iodine deficiency, which causes the development of a number of pathological conditions, united by one term iodine deficiency states or diseases.
Purpose of the study: To identify clinical and pathogenetic patterns of development of reproductive disorders in adolescent girls, taking into account the harmony of physical development in the region of goiter endemia. Research objectives: To conduct a screening examination and modify the treatment regimen for adolescent girls aged 10-19 years in order to identify risk factors for the development of reproductive disorders.
Material and methods of research: The selection of patients will be carried out as the clinical diagnosis is clarified as a result of a detailed clinical, genealogical and laboratory study of patients. The criteria for inclusion in this study will be adolescent girls aged 10-19 years.
Conclusion: A high frequency (48.6%) of disharmonious physical development among teenage girls in Andijan was established. Every second girl with disharmonious physical development was found to have incomplete puberty processes by the age of 17, indicating a lag of their biological age from the calendar one.

STUDYING THE ROLE OF HYPERHOMOCYSTEINEMIA IN THE DEVELOPMENT OF PRE-ECLAMPSIA.

Urinova D.B.
Scientific director: *Asrankulova D.B., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of 1st Obstetrics and Gynecology, Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan*

Relevance of the topic. Preeclampsia is a complication that occurs in the second half of pregnancy, diagnosed when arterial hypertension and proteinuria, multiple organ failure, which are based on endothelial dysfunction, appear for the first time. The dominant pathogenetic role of endothelial dysfunction in the occurrence of preeclampsia has been determined. Great importance is given to the study of the effect of homocysteine on the vascular wall, as a marker of the state of the endothelium. Homocysteine is a sulfur-containing amino acid derived from the conversion of methionine, one of the eight essential amino acids. In the event of an excess of

homocysteine in the body, it accumulates in the blood, and the inner surface of the vessels becomes the main site of the damaging effect of this substance.

The purpose of the study. To study the level of homocysteine and its relationship with other biochemical parameters in preeclampsia.

Materials and methods. 30 pregnant women in the III trimester of pregnancy and their newborns were examined. All women underwent general clinical blood and urine tests. Biochemical blood tests for homocysteine by IFA, C reactive protein, fibrinogen. **The results o**f the studies showed that the levels of homocysteine, C reactive protein showed a direct relationship between these parameters.The study of the state of preeclampsia in pregnant women, their newborns led to the conclusion that endothelial dysfunction, the development of hypercoagulability and systemic inflammatory syndrome can exacerbate existing disorders in the fetoplacental system and slow down intrauterine development. Hyperhomocysteinemia leads to damage and activation of endothelial cells (cells lining blood vessels), which significantly increases the risk of thrombosis, and this, in turn, disrupts oxygenation processes in the uteroplacental complex. The result of these disorders is the development of chronic placental insufficiency and chronic intrauterine hypoxia of the fetus.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ, ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ!
В ПРЕДСТАВЛЕННОМ СБОРНИКЕ ТЕЗИСОВ ОПУБЛИКОВАНЫ МАТЕРИАЛЫ II МЕЖДУНАРОДНОЙ МОЛОДЕЖНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ» ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ И РЕЗИДЕНТОВ МАГИСТРАТУРЫ.

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ:
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБИЛИ УЗБЕКИСТАН,
ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА И ГЕНЕКОЛОГИИ»

ДАТА МЕРОПРИЯТИЯ: 28 АПРЕЛЯ 2023 ГОД.