

Султонова Нигора Аъзамовна
ассистент кафедры подготовки ВОП с курсом
экстренной
медицинской помощи
Бухарский государственный медицинский
институт
Бухара, Узбекистан

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

For citation: N.A. Sultonova. HEMATOLOGICAL MARKERS OF MISCARRIAGE. Journal of cardiorespiratory research. 2023, vol 1.1, issue 71, pp.348-353.

АННОТАЦИЯ

Невынашивание беременности является не разрешенной проблемой которая требует ранней диагностики, прогнозирования заболевания, выявление групп риска путем определения изменений в коагуляционной системе, их роли в создании клеточной мембраны которая может стать маркером невынашивания у женщин с репродуктивными потерями. Разрешение данной проблемы имеет огромное значение для практического акушерства.

Ключевые слова: привычное невынашивание, многорожавшие, гематологические показатели.

Sultonova Nigora Azamovna

assistant
Department of GP training with a course emergency
medical care,
Bukhara State medical institute,
Bukhara, Uzbekistan

HEMATOLOGICAL MARKERS OF MISCARRIAGE

ANNOTATION

Miscarriage is an unresolved problem that requires early diagnosis, disease prognosis, identification of risk groups by determining changes in the coagulation system, their role in creating a cell membrane that can become a marker of miscarriage in women with reproductive losses. The solution of this problem is of great importance for practical obstetrics.

Key words: recurrent miscarriage, multiparous, hematological parameters.

Sultonova Nigora A'zamovna

Vrachlar malakasini oshirish Tez tibbiy yordam
kursi bilan kafedrası assistenti,
Buxoro Davlat tibbiyot instituti,
Buxoro, O'zbekiston

HOMILA TUSHISHINING GEMATOLOGIK MARKERLARI

ANNOTATSIYA

Homila tushishi muammosi bugungi kunning dolzarb patologiyalaridan biri bo'lib, bunda kasallikni bashorat qilish, erta tashxislash, xavf guruhini aniqlash va yo'ldosh uyatishmovchiligini oldini olish maqsadida uning markerlarini aniqlash, qon ivish tizimi ko'rsatkichlarining buzilishi, anamnezida takroriy yo'qotishlar bo'lgan ayollarda sodir bo'lgan reproduktiv yo'qotishlarning yallig'lanish indikatorlaridan foydalanish maqsadga muvofiq. Ushbu muammoni hal qilish amaliy akusherlik uchun katta ahamiyatga ega.

Kalit so'zlar: odatiy homila tushishi, kup marta tuguvchi, gematologik ko'rsatkichlar.

Dolzarbliqi. Dunyo bo'yicha homilaning o'z-o'zidan tushishi kundan-kunga eng ko'p uchrayotgan akusherlik patologiyalaridan biri bo'lganligi sababli, uni oldini olish va davolash choralarini takomillashtirishga bag'ishlangan ko'plab ilmiy tadqiqotlar amalga oshirilmoqda [2,4,11]. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotiga ko'ra, homilaning o'z-o'zidan tushishi homiladorlikning boshlang'ich muddatlarida ko'proq sodir bo'luvchi asorat bo'lib, uning uchrashi 8 dan 20% gacha tashkil etadi. 80% gacha sodir bo'luvchi homilaning o'z-o'zidan tushishi homiladorlikning birinchi 12-haftasida kuzatiladi [1,5,12].

Jahon miqyosida klinik amaliyotda 45-50% ayollarda homilaning o'z-o'zidan tushishiga sabab bo'lgan haqiqiy

holatni aniqlashning iloji yo'q. Ushbu bemorlar "aniqlanmagan" odatiy bola tashlash guruhini tashkil etadi. Homilaning o'z-o'zidan tushishi ko'p etiologiyali kasallik bo'lib, unda ayollarda bir nechta omillarning birga kelishi kuzatilishi mumkin, shuning uchun bemorlarning tekshiruvchi majmuaviy bo'lib, u o'z ichiga zamonaviy klinik, instrumental va laborator usullarni jamlashi kerak [3,6,8].

Bunda asosiy sabab sifatida trombotik holatlar keltiriladi. Ko'p yillar davomida ushbu ayollar organizmida qon tomir ichi trombotik quyqalari to'planishi va hosil bo'lishiga ma'lum bir omillar yig'indisi sabab bo'ladi. Ushbu holatda qonning koagulyant imkoniyatlari oshib, trombotsitlarning aktivligi va miqdori susayib boradi, natijada qonning fibrin-

olitik aktivligi susayadi. AT -III faoliyati ham asta-sekinlik bilan kamayadi [7,9,10]. Yuqoridagi ko'rsatilgan koagulyatsiyaning mexanizmlari normal homiladorlikdagi fetoplacentar tizim shakllanishi uchun ham xos bo'lib, uning buzilishi boshqa xavf omillarining ta'siri ostida o'zgarib boradi. Ushbu jarayonda homilador ayolda sodir bo'luvchi umumiy gemodinamik o'zgarishlar ham muhim rol o'ynaydi. Qonning koagulyatsion xususiyatlarining oshib borishi bilan homilador ayol organizmida fetoplacentar tizimida kompensator-moslashuv jarayonlari ishga tushadi. Natijada terminal mayda qon-tomirlar miqdori oshib, ularning giperplaziyasi va periferik joylashuvi kuzatiladi. Plasentar to'siq, sinsitiy qalinligi kamayadi va sinsiotikapilyar membranalar, sinsitial tugunlar paydo bo'ladi.

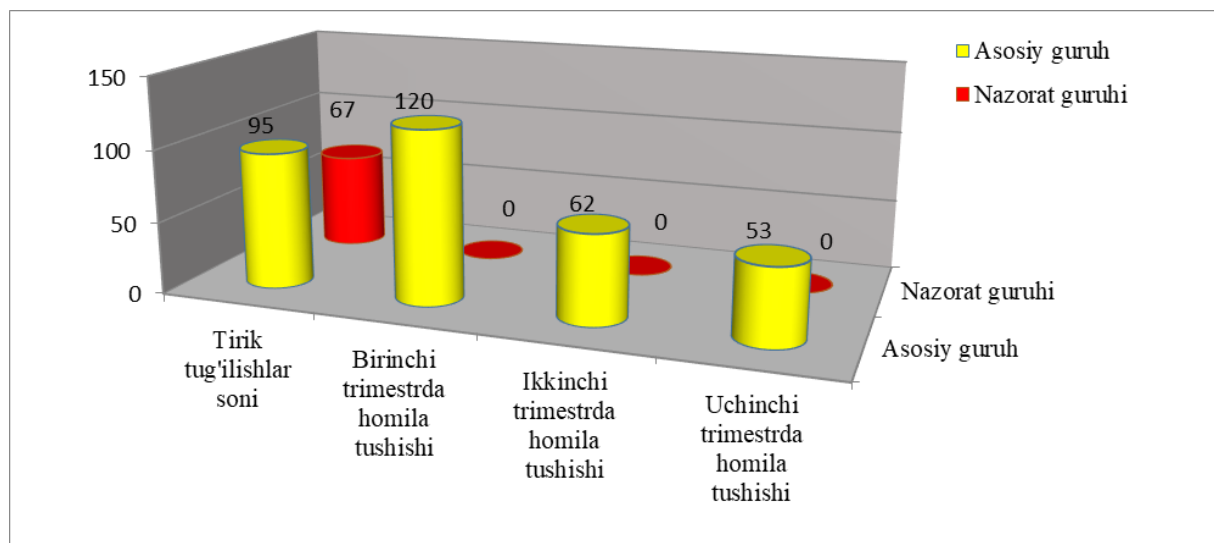
Tadqiqot maqsadi: odatiy homila tushishi kuzatilgan ayollarda gematologik ko'rsatkichlarni tahlil qilish orqali uni erta muddatlarda aniqlash.

Material va uslublar. Tadqiqotda oldimizga qo'yilgan vazifalarni amalga oshirish maqsadida 116 nafar anamnezida odatiy bola tashlash bo'lgan reproduktiv darvdagi ayollar jalb qilindi. Birinchi guruhga avvalgi homiladorliklari fiziologik kechgan 30 nafar, (I- guruh), keyingi guruhga 40 nafar- homila tushishi kuzatilgan AAA 4-9 haftalik homiladorligi bilan hisobga olingan ayollar kiritildi. Uchinchi guruhga homiladorlikning kattaroq muddatidagi 9-14 haftadagi 46 nafar homilador ayollar (III-guruh) kiritildi. Tadqiqotga kiritilgan bemorlar ayollar maslahatxonalarini va RShTYoIM BF muassasasida tekshirilib, davolandi. Ularda gematologik ko'rsatkichlar biokimyoviy tekshiruv usuli yordamida aniqlandi.

Guruhlarga bo'linishining asosiy mezonlari: anamnezida homiladorlikning 14-haftasigacha ikki yoki undan ortiq homila tushishi kuzatilgan, homilada genetik anomaliyalar yoki antifosfolipid sindrom (AFS) mavjud bo'lmagan ayollar, jinsiy a'zolar infeksiyasi bo'lmagan yoxud endokrin tizim patologiyasi kuzatilmagan homilador ayollar kiritildi.

Guruhlarga kiritilgan barcha ayollardan tadqiqot o'tqazish maqsadida rozilik xati olingan. Barcha tadqiqot guruhidagi ayollarga ishlab chiqilgan anketalar yordamida, ularning anamnezi to'liq o'rganilib olingan natijalar matematik va statistik ishlab chiqildi. Statistik tahlilda Student usulidan foydalangan holda, Fisher usulida, X^2 (Pearson) uslubida StatGraf va Microsoft excel dasturi yordamida korrelyatsion tahlil olib borildi.

Tadqiqot natijalari. Ta'kidlab o'tish kerakki, guruhlarga kiritilgan ayollar yoshi 18 yoshdan 35 yoshgachani tashkil etib, o'rtacha yosh, asosiy guruhda 29,5 yoshni, nazorat guruhida esa, 26,7 yoshni tashkil etdi ($r > 0,05$). Asosiy guruhdagi ayollarning yoshi nazorat guruhidagilarga nisbatan 2,8 yoshga katta ekanligi aniqlandi, bu esa oldingi homiladorliklarning noxush oqibatlariga sabab bo'lishi mumkin ekanligini e'tirof etish lozim. Tekshirilgan ayollar guruhida akusherlik anamnezi o'rganilganda, quyidagilar aniqlandi. Unga ko'ra, asosiy guruhda tirik tug'ilganlar soni 95 tani, birinchi trimestrda homila tushishi 120 tani, ikkinchi trimestrda 62 tani va uchinchi trimestrda esa, 53 tani tashkil etdi. Umumiy hisobda homila tushishlari soni 158 tani tashkil etib, ularning asosiy qismi birinchi trimestrga to'g'ri keladi. Barcha ma'lumotlar 1-rasmda keltirilgan.



1-rasm. Tekshirilgan ayollarning akusherlik anamnezi

Jami ushbu guruhda odatiy homila tushishlari soni 158 tani tashkil etdi, uning salmoqli hissasi birinchi trimestrga to'g'ri keldi. Nazorat guruhida tirik tug'ilishlarning umumiy soni 67 tani tashkil etdi. Bundan ko'rinib turibdiki, asosiy guruhda doimiy homila tushishi keyingi homilaning tushish xavfini oshiradi.

30 nafar nazorat guruhidagi ayollardan 27 tasi-

da yengil darajadagi anemiya borligi aniqlandi (1-jadvalga qarang). 2-va 3-guruh ayollarining periferik qoni tahlil qilinganida, (15,12%) da anemiyaning 2-darajasi aniqlandi. Ularning hammasida homila tushishi holati kuzatildi. Boshqa bemorlarda esa, anemiyaning yengil darajasi kuzatildi. Homila tushish holati kuzatilgan ayollarda gemoglobinning statistik ishonchli kamayishi kuzatildi.

1-jadval

Homila tushish xavfi kuzatilgan ayollarning gemotologik ko'rsatkichlari, M±m

Guruhlar	Hb, g/l	Eritrotsit, x10 ¹² /l	Rang ko'rsatkichi	Trombotsit, x10 ⁹ /l
1-guruh, n=30	104,03±1,43	3,52±0,11	0,86±0,04 ^a	245,85±3,56
2-guruh, n= 40	101,33±1,30	3,94±0,09	0,76±0,02 ^a	236,63±1,95
3-guruh, n= 46	100,09±1,35	3,6±0,11	0,82±0,02	240,7±2,17

Izoh: a – fiziologik va patologik homiladorligi kechayotgan ayollar ko'rsatkichlarining ishonchliligi (R <0.05). Boshqa gemotologik ko'rsatkichlar fiziologik homiladorlik kechayotgan ayollarning ko'rsatkichlaridan umuman farq qilmaganini ko'rsatdi (2 va 3-jadvalga qarang).

2-jadval

Homila tushish xavfi mavjud bo'lgan ayollar perefirik qon ko'rsatkichlari, M±m

Guruhlar	Leykotsitlar, x10 ⁹	Leykoformula, %						EChT, mm/s-t
		Tayoqcha yadroli	Segment yadroli	Eozinofillar	Bazofillar	Monotsitlar	Limfotsitlar	
1-guruh, n=30	6,47±0,24	4,20±0,21	61,83±0,63	0,67±0,13	0,48±0,09	8,23±0,37	25,57±0,42	9,01±0,82
2-guruh, n= 40	6,16±0,05	4,35±0,14	62,02±0,55	0,33±0,08	0,72±0,07	6,97±0,47	24,3±0,53	10,20±0,52
3-guruh, n= 46	6,45±0,11	4,11±0,18	62,02±0,35	0,54±0,1	0,63±0,07	7,44±0,25	24,85±0,31	8,28±0,70

Izoh: a – fiziologik va patologik homiladorligi kechayotgan ayollar ko'rsatkichlarining ishonchliligi (R <0.05); b – davolanagan va davolanmagan ayollarning qiyosiy ko'rsatkichlarining ishonchliligi (R <0.05); v-2-va 3-guruhlar qiyosiy ko'rsatkichlarining farqi ishonchliligi (R <0.05).

Ma'lumki, gemostaz tizimi koagulyatsion gemostazda muhim o'rin egallaydi, chunki bunda plazma omillarining bosqichma-bosqich aktivlashishi sodir bo'ladi. Koagulyatsion gemostazning 3 bosqichi mavjud: biz ularning har birini alohida o'rgandik. Birinchi bosqich uchun asosiy ko'rsatkichlari bo'lib, QIV (qon ivish vaqti) va QTVA (qisman tromboplastin vaqtining aktivlashishi); ikkinchi bosqich uchun esa, PV (protrombin vaqti), PTI (protrombin indeksi) va XNM (xalqaro normativ munosabat); fibrinogen esa, 3-bosqich uchun javobgar bo'lib hisoblanadi. Biz homila tushish xavfi vaqtida davolanmagan (3-guruh) va ushbu holatda davolanagan (2-guruh) va fiziologik homiladorlik bilan murojaat etishgan ayollar (1-guruh) ning ko'rsatkichlarini o'rgandik.

Homila tashlash havfi bo'lgan ayollar guruhida qon ivish vaqtining qisqarishini aniq kuzatmadik (3-jadvalga qarang). 1chi va 2chi guruh homiladorlarda qon ivishining

boshlanishi 98,59±1,99 va 97,95±1,20 soniyani, koagulyatsiyaning oxiri 255,35±2,47 va 264,95±1,25 soniyani tashkil etdi. Nazorat guruhida ushbu ko'rsatkichlar quyidagicha edi: qon ivishining boshlanishi 108,13±5,00 soniya, yakunlanishi 253,4±4,38 soniya bo'ldi. Nazorat guruhiga jalb qilingan homilador ayollarga qaraganda QIV, asosiy guruh homilador ayollarida bu ko'rsatkichni uzayganligini ko'rdik, bizning fikrimizcha qindan qonli ajralmalar kelishiga olib kelgan.

Olingan natijalar plazmadagi AQTV ko'rsatkichini fiziologik homiladorlik guruhi ko'rsatkichlardan ko'pam farqlanmaganini kuzatdik va bu QIV bilan mos keldi. Nazorat guruhida AQTV 27,37±0,13 soniyani tashkil etgan bo'lsa, 2 va 1- guruhlarda bu ko'rsatkich 26,31±0,29 va 26,12±0,35 soniyani ko'rsatdi. QIV qisqarishiga moyillik 2- guruh ayollarda kuzatildi. 1- guruh homiladorlarga bosqichli profilaktika choralarini olib borish AQTV vaqtini statistik ishonarli uzayishiga olib keldi (39,77±0,96 soniyagacha, R<0,05).

**Homila tushish xavfi mavjud bo'lgan ayollarda koagulyatsiyaning
1-bosqichiga baho berish, M±m**

Guruhlar	QIV, sek.		AQTV, sek.
	Boshlanishi	oxiri	
1-guruh, n=30	108,13±5,00	253,4±4,38 ^a	27,37±0,13
2-guruh, n= 40	97,95±1,20 ^a	264,95±1,25	26,12±0,35 ^{b,v}
3-guruh, n= 46	98,59±1,99 ^a	255,35±2,47	26,31±0,29

Izoh: a – fiziologik va patologik homiladorligi kechayotgan ayollar ko'rsatkichlarining ishonchliligi (R <0.05); b – davolangan va davolanmagan ayollarning qiyosiy ko'rsatkichlarining ishonchliligi (R <0.05); v-2-va 3-guruhlar qiyosiy ko'rsatkichlarining farqi ishonchliligi (R <0.05).

Ushbu holat antifosfolipid sindromida antikoagulyantlarning keng ishlatilishiga bog'liq bo'lib hisoblanadi. Ma'lumki, AQTV protrombokinazaning paydo bo'lishi haqida ma'lumot beradi. Shuning uchun ushbu test geparin qo'llagan vaqtda bajariladi. Antikoagulyant terapiya qo'llanilgan paytda ushbu test gipokoagulyatsiyaning oldini olish uchun qo'llaniladi.

Ma'lumki, gemostazning ikkinchi plazma koagulyatsiyasi bosqichini aniqlash uchun protrombin vaqti, protrombin indeksi va XNM dan foydalaniladi. PTV plazma

gemostazining I va II-bosqichi haqida ma'lumot berib, u protrombin kompleksi aktivligini ko'rsatadi. Bizning tadqiqotimizda PTV ikkinchi va uchinchi guruh bemorlarida ishonchli farqlanmadi (4-jadvalga qarang). Uchinchi guruh ayollarida ushbu ko'rsatkichning 19,50±0,72 sekundgacha ishonchli uzayishi (nazorat guruhida 16,06±0,36 sekund) kuzatildi. Ushbu ko'rsatkichning uzayishi homiladorlik vaqtida profilaktik antikoagulyant terapiyani olayotgan ayollarda kuzatildi (24,00±1,00 sekundgacha, R<0,05). Ushbu holat esa, ularning gipokoagulyatsiyaga moyilligidan dalolat berdi.

**Homila tushish xavfi mavjud bo'lgan ayollarda koagulyatsiyaning
2-bosqichiga baho berish, M±m**

Guruhlar	PTV, sek	PTI, %	PO	XNM
1-guruh, n=30	16,06±0,36	78,8±1,01 ^a	1,10±0,01	1,03±0,03
2-guruh, n= 40	16,88±0,29	81,18±0,81 ^a	1,12±0,01	1,09±0,03
3-guruh, n= 46	16,67±0,3	79,65±1,32	1,05±0,03	0,99±0,05

Izoh: a – fiziologik va patologik homiladorligi kechayotgan ayollar ko'rsatkichlarining ishonchliligi (R <0.05).

Protrombin indeksi ma'lum bir formulalar yordamida aniqlanib, u 3-guruhda 75,44±0,63% ni, nazorat guruhida esa, 78,8±1,01%ni tashkil etdi (4-jadvalga qarang). Shunga kabi o'zgarishlar 2-guruhda ham sodir bo'ldi. Ushbu guruhda davolash-profilaktik ishlar bajarilgandan so'ng PTI ning cho'zilishi kuzatilib, bu holat homila tushish xavfi klinik belgilarining kamayishiga olib keldi va u 113,30±0,88% ni tashkil etdi. Xuddi shunga o'xshash hol PO va XNM ko'rsatkichlarida ham kuzatildi. Ikkinchi guruhdagi davolangan ayollarda va HO'ChS (homila o'sishdan chegaralanish sindromi) kuzatilgan ayollarda ushbu ko'rsatkich 1,77±0,13 va 1,65±0,03 atrofida edi.

Koagulyatsiya ikkinchi bosqichini o'rganish davomida homila tushish xavfi mavjud bo'lgan ayollarda antikoagulyant davo choralarini olib borish koagulyatsion gemostazga ta'sir etadi shuning uchun gemostaz ko'rsat-

kichlari gipokoagulyatsiyani oldini olish maqsadida doimiy nazoratda bo'lishi kerak. Shuni ta'kidlab o'tish lozimki, koagulyatsiyaning uchinchi bosqichiga baho berish maqsadida plazmadagi fibrinogenning miqdori, geparinga nisbatan plazmaning tolerantligi, trombotest va trombin vaqtini o'rganish kerak. Shuning uchun biz fibrinogen va D-dimerni o'rgandik (5-jadvalga qarang).

Fibrinogen – bu jigarda ishlab chiqariluvchi birinchi faktor bo'lib hisoblanadi. Fibrinogen miqdorini o'rganish shuni ko'rsatdiki, uning miqdori sezilarli oshdi, bu esa kuchli giperkoagulyatsion siljishga olib keldi. Shuningdek 2-va 3-guruhda fibrinogen miqdori 3033,6±54,12 va 3211,0±85,78 mg/l (R<0,001) atrofida bo'lib, 1-guruhda esa, u 2672,14±105,2 mg/l miqdorini ko'rsatdi. Xulosa qilib shuni aytib o'tish mumkinki, uchinchi bosqich ko'rsatkichlarini o'rganish homila tushish xavfi mavjud bo'lgan ayollarda giperkoagulyatsiya xolati kuzatilganligidan dalolat beradi.

**Homila tushish xavfi bo'lgan ayollarda fibrinogen
va D-dimerning miqdori, M±m**

Guruhlar	Fibrinogen, mg/l	D-dimer, ng/ml
1-guruh, n=30	2672,2±105,2 ^a	63,26±3,81 ^a
2-guruh, n= 40	3211,0±85,78 ^a	209,24±31,75 ^{a,v}
3-guruh, n= 46	3033,6±54,12 ^a	332,28±27,64 ^a

Izoh: a–fiziologik va patologik homiladorligi kechayotgan ayollar ko'rsatkichlarining ishonchliligi (R<0.05); b–davolanagan va davolanmagan ayollarning qiyosiy ko'rsatkichlarining ishonchliligi (R<0.05); v-2 va 3-guruhlar qiyosiy ko'rsatkichlarining farqi ishonchliligi (R<0.05).

Prospektiv tahlilda fibrinogen miqdorini aniqlaganimizda, maqbul saqlab qoluvchi davoni qo'llaganimizda, uning miqdori 2981,5±108,06 va 3225,87±99,74 mg/l (R<0,05) atrofida bo'lib, homiladorlikning birinchi trimestridan boshlab, o'z vaqtida davo choralarini qo'llamagan bemorlarda esa, 3233,3±190,2 (R<0,05) va 3517,5±85,39 mg/l (R<0,05) atrofida edi, 2-guruhdagi ayollarning 6 tasida va 3-guruhning 13 ta bemorlarida esa, homila tushishi sodir bo'lib, fibrinogenning miqdori 3994,5±176,7 (R<0,01) va 4480,0±80,00 mg/l (R<0,01) ko'rsatkichi atrofida bo'lib, ushbu holat yaqqol giperkoagulyatsiyadan dalolat berar edi. Davolash-profilaktik choralar olib borilganidan so'ng qolgan 67 ta ayolda va HO'ChS kuzatilgan bemorlarda esa, ushbu ko'rsatkich 3031,32±84,21 va 2777,0±230,35 mg/l gacha kamayishi kuzatilgan.

Bugungi kunda qondagi D-dimer miqdori gemostazning faolligi markeri sifatida ko'rib chiqiladi. Ushbu modda fibrin tolalari parchalanishi tufayli kuzatiladi. Uning miqdori maxsus antitelolar immunoferment tahlil yordamida usuli aniqlanilib, bu fibrinolizning naqadar faolligidan dalolat beradi. D-dimer miqdori fibrinni aniqlashdagi muhim uning parchalanishi asosan trombozlar va DVS sindromida kuzatiladi. D-dimerning qonda paydo bo'lishi homiladorlikning boshidan boshlanib, uning oxiriga qadar me'yordan 3-4 marotaba ko'payadi. Asosan ushbu holat homiladorlikdagi gipertenziv holatlar va preeklampsiyada ko'proq kuzatiladi. Shuning uchun biz D-dimer miqdorini 2-va 3-guruhlarda me'yordan 3,31 marotaba (R<0,001) va 1-guruhga nisbatan 3,99 (R<0,001) yuqori bo'lib, 209,24±31,75 va 332,28±27,64 ng/ml ni tashkil etdi. Birinchi guruhda esa, u 63,26±3,81 ng/ml ni tashkil etdi. Ta'kidlash joizki, uning miqdori o'zgaruvchan. Maqbul terapiyani qabul qilgan ikkinchi va uchinchi guruh ayollarida ushbu ko'rsatkich 197,6±25,62 va 117,02±10,23 ng/ml ni tashkil etib, bunda u statistik jihatdan birinchi guruh ko'rsatkichlaridan 3,13 (R<0,001) farq qilib, 1,85 marotaba (R<0,01) marta ortishi kuzatildi. Uchinchi guruh ayollarida D-dimer miqdori 676,53±104,02 ng/mlni tashkil etib, u birinchi guruh ko'rsatkichlaridan 10,69 (R<0,001) marta ko'p edi. Homila tushishi kuzatilgan bemorlarda uning miqdori 586,64±46,04 va 488,28±8,81 ng/mlni tashkil etib, u birinchi guruh ko'rsatkichlaridan 9,27 (R<0,001) va 7,72 (R<0,001) marta ortiq edi. Ushbu ko'rsatkichlar ikkinchi guruh ko'rsatkichlaridan statistik ishonarli farq qilib, 1,59 (R<0,01) va 1,69 (R<0,01) marta kam edi.

Uchinchi guruhda profilaktik davo choralarini olib borilganidan so'ng D-dimer miqdori statistik jihatdan ishonarli ravishda 1,71 (R<0,001) marta ortiq bo'lib, 122,2±15,63 ng/ml ni tashkil etdi. Ammo u birinchi guruh ko'rsatkichlaridan 1,93 (R<0,001) marta ortiq edi. Ta'kidlash joizki, ushbu

musbat o'zgarishlar ushbu guruh va ikkinchi guruh ayollarida davolash samarasidan dalolat berardi. O'tkazilgan davolash choralaridan so'ng D-dimer miqdori statistik jihatdan ishonarli ravishda 1,57 (R<0,01) va 4,04 (R<0,001) marta kam bo'lib, 75,92±5,63 va 167,33±16,97 ng/mlni tashkil etdi. Ushbu ko'rsatkich 1-guruhdagilardan 1,2 (R<0,05) va 2,64 (R<0,001) marta ortiq edi. Ushbu o'zgarishlar bizning fikrimizcha, geparinsimon vositalar yoki bilvosita ta'sir etuvchi antikoagulyantlar ta'siri bo'lishi mumkin.

Tadqiqot natijalari tahlili. Ta'kidlab o'tish kerakki, protrombin majmuasi jigar hepatotsitlarida ishlab chiqariladi. Homiladorlikda ko'p hollarda o't qopi qisilishi oqibatida safroning ishlab chiqarilishi kamayadi va bu holat K vitaminining yomon o'zlashtirilishiga olib kelib, bu esa protrombin majmuasi ishlab chiqarilishining kamayishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari protrombin majmuasi ishlab chiqarilishiga ayrim dori vositalarining ham ta'siri mavjud (to'g'ridan-to'g'ri ta'sir etuvchi antikoagulyantlar, anabolik steroidlar, antibiotiklar, asetilsalitsil kislotasi, ichak spazmolitiklari, metotreksat, nikotin kislotasi, tiazidli diuretiklar).

Ma'lumki, D-dimer miqdoriga infeksiyon va yallig'lanish jarayonlari ham ta'sir ko'rsatadi. Yallig'lanish markeri sifatida bunda SRO (S-reaktiv oqsil)ni e'tirof etish lozim. SRO ning asosiy vazifasi qondagi T-limfotsitlar va leykotsitlarni bog'lashdan iborat. Shuning uchun uning miqdori yallig'lanish va infeksiyon jarayonlarida oshadi. SRO yallig'lanish jarayonining darajasini belgilaydi. Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, biz homila tushish xavfi mavjud bo'lgan ayollarda SRO ning miqdorini aniqlashga qaror qildik. Tadqiqot natijasida 2-va 3-guruh ayollarida SRO ning miqdorini birinchi guruh ayollari ko'rsatkichlariga nisbatan 2,05 (R<0,001) va 2,76 (R<0,001) marta yuqori bo'lib, 11,79±1,51 va 15,88±1,81 ME/l ni tashkil etdi.

Prospektiv tahlilda homiladorlikning erda muddatlarida o'z vaqtida etiopatogenetik davolash choralarini qabul qilgan ayollarda SRO miqdori me'yor chegarasida bo'lib, birinchi trimestr oxiriga kelib, uning miqdori ko'tarila boshladi. Ushbu holat ayniqsa, 3-guruh ayollarida yaqqol namoyon bo'lib, (me'yorga nisbatan 3,89 marta ortiq edi (R<0,001) bu esa yallig'lanish jarayonidan dalolat beradi. Uning miqdori qondagi D-dimer miqdoriga mos keladi. Uning eng baland ko'rsatkichlari ikkinchi va uchinchi guruhlarda aniqlanilib, me'yor chegarasidan birinchi guruh ko'rsatkichlariga nisbatan 3,66 (R<0,001) va 5,6 (R<0,001) marotaba yuqori edi, uning miqdori 21,10±2,82 va 32,23±5,25 ME/l ni tashkil etadi.

Xulosa. Demak, homila tushish xavfi mavjud bo'lgan ayollarda yuqorida aytilgan yallig'lanish va giperkoagulyatsion ko'rsatkichlar patologik jarayonlarning chuqurlashayotganligidan dalolat beradi. Uning natijasida esa tromb hosil bo'lib homilaning nobud bo'lishiga olib kelishi mumkin.

References / Список литературы / Iqtiboslar

1. Абрамченко В.В. Антиоксиданты и антигипоксанты в акушерстве. // СПб.: ДЕАН. -2011.-400с.
2. Базовая М.Ю. Оптимизация диспансерного наблюдения в ранние сроки гестации женщин с отягощенным акушерским анамнезом: Автореф. дис.канд. мед. наук. Москва. - 2013. - 12с.
3. Горин В.С., Серов В.Н., Жабин С.Г. и др. Пренатальная диагностика хромосомных заболеваний: новые направления и методы // Акуш. и гинекол. — 2011. -№1.-С.5-8.
4. Духина Т.А. Ультразвуковая доплерометрия в динамике первого триместра беременности: Автореф. дисс. канд. мед. наук. — М. 2011. - 24с.
5. Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н. Особенности течения перименопаузального перехода женщин с ожирением. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. № 1-2.2020 Стр.39-42.
6. Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ашурова Н.Г. Влияние магний дефицитного состояния и дисбаланса стероидных гормонов жизнедеятельности организма женщины. Тиббиётда янги кун. 2019 3-27. Стр. 14-17
7. Мухамедова М. М., Ганиева Ш. Ш. Характеристика биохимических показателей крови у больных с острым коронарным синдромом, перенесших коронавирусную инфекцию //Амалий ва тиббиёт фанлари илмий журнали– 2022. – Т. 1. – №. 7. – С. 28-32.
8. Султонова Н.А. Ранняя диагностика недостаточности плаценты у женщин с репродуктивными потерями в республике Узбекистана. Новый день медицины // 2020. - 4 (34). - С.-366-368.
9. Султонова Н.А. Роль патологии эндометрия при репродуктивных потерях в ранних сроках беременности. Тиббиётда янги кун№4 (34) 2020 392-395 стр.
10. Goldstein R.R., Croughan M.S., Robertson P.A. Neonatal outcomes in immediate versus delayed conceptions after spontaneous abortion: a retrospective case series [Journal] // Am J Obstet Gynecol. - 2002. - Vol. 186. - p. 1230.
11. Henriksen T.B., Hjollund N.H., Jensen T.K. Alcohol consumption at the time of conception and spontaneous abortion [Journal] // Am J Epidemiol. - 2004. - Vol. 160. - p. 661.
12. Nurkhanova N.O. Assessment of the risk of endometrial hyperplasia in the perimenopausal period. / International Journal of Advanced Research in Engineering and Applied Sciences, 2022. Vol. 11. No. 6. P. 8-15. <https://garph.co.uk/IJAREAS/June2022/2.pdf>