

Impact Factor: 6.145

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990
www.tadqiqot.uz

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,
ISSUE 4

2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский университет

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 4
2022

ISSN: 2181-0990

DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского университета

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Obstetrics and Gynecology Department
No. 2 of the Samarkand State Medical University

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического университета

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental University

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana
профессор и руководитель клиники акушерства
и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic
of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Зуфарова Шахноза Алимджановна
доктор медицинских наук, профессор, директор
Республиканского центра репродуктивного
здоровья населения (M.D., Professor, Director
of the Republican Center for Reproductive Health)

Агабабян Ирина Рубеновна
кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского
Государственного медицинского университета
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical University)

Зокирова Нодира Исламовна
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского
Государственного медицинского университета

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
доктор медицинских наук, профессор
Непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
доктор медицинских наук, профессор Бухарского
государственный медицинского института.

Окулов Алексей Борисович
доктор медицинских наук, профессор
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна
доктор философии по медицинским наукам (PhD)
(ответственный секретарь)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin
MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural
Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского университета

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского университета

Локшин Вячеслав Нотанович
доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна
доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна
доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Агабабян Л.Р., Ахмедова А. Т., Актамова Н

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА / PROGNOSIS AND PREVENTION OF PURULENT-SEPTIC DISEASES IN PREGNANT WOMEN WITH ORAL DISEASES / OG'IZ BO'SHLIG'I KASALLIKLARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA YIRINGLI-SEPTIK KASALLIKLARNI BASHORAT QILISH VA OLDINI OLISH6

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

2. Абдурахмонова Ситора Ибрагимовна, Ризаева Малика Абдуманоновна

АНАЛИЗ РОСТА ОСЛОЖНЕНИЙ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ/ ANALYSIS OF THE GROWTH OF COMPLICATIONS OF UTERINE FIBROIDS AND ADENOMYOSIS IN POSTCOVID WOMEN/ POSTCOVID DAVRIDA AYOLLARDA BACHADON MIOMASI VA ADENOMIOZ ASORATLARINING O'SISHINING TAHLILI.....11

3. Агабабян Лариса Рубеновна, Турсунова Нозанин

ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ/ FEATURES OF PREGNANCY COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH HYPERANDROGENISM/ GIPERANDROGENIYA BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA HOMILADORLIK ASORATLARINING XUSUSIYATLARI.....14

4. Агабабян Лариса Рубеновна, Мухитдинова Нигина

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ/ PRE-GRAVIDAR TRAINING OF WOMEN WITH A HISTORY OF UNDEVELOPED PREGNANCY/ RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIK BO'LGAN AYOLLARNING PREGRAVIDAR TAYYORGARLIGI.....17

5. Агабабян Лариса Рубеновна, Мухитдинова Нигина

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЕЁ РЕАБИЛИТАЦИИ У ЖЕНЩИН/MODERN APPROACHES TO NON DEVELOPING PREGNANCY AND ITS REHABILITATION IN WOMEN/RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIK VA UNI AYOLLARDA QAYTA TIKLASHNING ZAMONAVIY YONDOSHUVLARI.....20

6. Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Гайбуллаева Динара Фатхуллаевна

ЗНАЧЕНИЕ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА В РАЗВИТИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ/ ELEVATED HOMOCYSTEINE LEVELS IN THE DEVELOPMENT OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PREECLAMPSIA/ PREEKLAMPSIYA PAYTIDA ENDOTELIAL DISFUNKSIYANI RIVOJLANTIRISHDA GOMOTSISTEIN DARAJASI OSHDI.....23

7. Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна, Назирова Муяссар Убаевна

ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ/ FEATURES OF HEMOSTASIS PARAMETERS IN NON-DEVELOPING PREGNANCY/ RIVOJLANMAYDIGAN HOMILADORLIKDA GEMOSTAZ PARAMETRLARINING XUSUSIYATLARI.....27

8. Комилова Мастура Сафаровна, Пахомова Жанна Евгеньевна

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЦИТОКИНЫ: РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ/ ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AND CYTOKINES: A ROLE IN THE DEVELOPMENT OF PREMATURE DEPARTMENT OF A NORMALLY LOCATED PLACENTA/ENDOTELIAL DISFUNKSIYA VA SITOKINLARNING: NORMAL JOYLASHGAN YOLDOSHNING VAQTIDAN OLDIN KOCHISHINI RIVOJLANISHDAGI ROLI.....32

9. Кудратова Дильноза Шарифовна, Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ/ PROPHYLAXIS AND FORECASTING OF THE BIRTH OF SMALL CHILDREN/ KAM VAZNLI CHAQALOQLAR TUG'ILISHINI PROFILAKTIKA XAMDA BASHORAT QILISH.....36

10. Негмаджанов Баходур Болтаевич, Махмудова Севара Эркиновна

РЕСПИРАТОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У БОЛЬНЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ/ RESPIRATORY DISEASE OF NEWBORNS IN PREECLAMPSIA PATIENTS/ PREEKLAMPSIYASI BOR AYOLLARDA CHAQALOQLARNING RESPIRATOR PATOLOGIYASI.....40

11. Уринбаева Нилюфар Абдужабборовна, Эшонходжаева Дилдора

КОВИД-АССОЦИИРОВАННЫЙ МИОКАРДИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ГЕСТАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО КОРОНАВИРУСА / COVID-ASSOCIATED MYOCARDITIS AS A COMPLICATION OF GESTATION AFTER CORONAVIRUS/ KOVID BILAN BOG'LIQ MIOKARDIT KORONAVIRUS BILAN KASALLANGANIDAN KEYIN GESTASIYADAGI ASORATLARI.....43

12. Файзуллаева Хилола Бахроновна, Абдуллаева Мухиба Негматовна

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ / PROGNOSTIC INFORMATION VALUE OF CLINICAL AND LABORATORY INDICATORS OF POST-HYPOXIC SYNDROME IN NEWBORN/ YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA POSTGIPOKSIK SINDROMNING KLINIK VA LABORATORIYA KO'RSATKICHLARINING PROGNOSTIK AXBOROT TARKIBI.....46

13. Ходжаева Зарина Алихановна, Муратова Нигора Джураевна ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДЕНОМИОЗА СОЧЕТАННО-ГО С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ/ FEATURES OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS OF ADENOMYOSIS COMBINED WITH ENDOMETRIOID OVARIAN CYSTS/ ADENOMIOZNI TUXUMDON ENDOMETRIOID KISTALARI BILAN QO'SHILIB KELGANING KLINIK-LABORATOR KO'RSATKICHLARINING XUSUSIYATI.....	49
14. Gapparova Guli Nurmuminovna, Axmedjanova Nargiza Ismoilovna COVID - 19 PANDEMIYASI DAVRIDA BOLALARDA PIELONEFRITNING KLINIK-LABORATOR XUSUSIYATI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH/ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19/ CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PYELONEPHRITIS IN CHILDREN DURING THE COVID-19 PANDEMIC.....	53
15. Muratova Nigora Djurayevna, Miralimova Nigora Abdurashidovna BACHADON MIOMASINING HOMILADORLIK VA TUG'ISH NATIJALARIGA TA'SIRI/ ВЛИЯНИЕ МИОМЫ МАТКИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ/ THE EFFECT OF UTERINE FIBROIDS ON THE COURSE OF PREGNANCY AND THE OUTCOME OF CHILDBIRTH.....	58
16. Nazarova Dildora Gulomovna, Muratova Nigora Djurayevna BACHADONNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI BO'LGAN AYOLLARDA ADENOMIYOZ KECISHINING XUSUSIYA/ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ/ FEATURES OF THE COURSE OF ADENOMYOSIS IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE UTERUS.....	61
17. Safarov Aliaskar Tursunovich, Abdullayeva Lagiya Mirzatullayevna, Safarova Lola Aliaskarovna OIV INFEKTSIYASINING HOMILADORLIK, TUG'RUQ VA TUG'RUQDAN KEYINGI DAVRGA TA'SIRINI BAHOLASH/ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА/ ASSESSMENT OF THE IMPACT OF HIV INFECTION ON THE COURSE OF GESTATION, CHILDBIRTH AND THE POSTPARTUM PERIOD.....	65
18. Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna, Qudratova Dilnoza Sharifovna HOMILA ANTENATAL NUQSONLARI RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARINI ERTA BASHORATLASH PREDIKTORLARI/ ПРЕДИКТОРЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПЛОДА/ EARLY MARKERS FOR THE DIAGNOSIS OF INTRAUTERINE FETAL ANOMALIES.....	68
19. Raximova Durdona Juraqulovna, Shayxova Guli Islamovna 7-17 YOSHLI MAKTAB O'QUVCHILARINING JISMONIY RIVOJLANISHINI BAHOLASH/ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ 7-17 ЛЕТ/ ASSESSMENT OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF 7-17-YEAR-OLD SCHOOL STUDENTS.....	72
20. Zakirova Nodira Islamovna, Zakirova Fotima Islamovna, Abdullaeva Nigora Erkinovna FEATURES OF PREGNANCY MANAGEMENT AND BIRTH OUTCOMES IN WOMEN WITH FETAL MACROSOMIA WITH ACTIVE AND EXPRESTANT TASTICS/ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН С МАКРОСОМИЕЙ ПРИ АКТИВНОЙ И ВЪЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ/ FAOLI VA KUTILGAN BOSHQARUV BO'LGAN MAKROSOMIY AYOLLARDA HOMILALIYLIKNI BOSHQARISH XUSUSIYATLARI VA TUG'ILISH NATIJASI.....	77




УДК 513.626-005.5-025.13

Каттаходжаева Махмуда ХамдамовнаДоктор медицинских наук
профессорТашкентский государственный стоматологический институт
Ташкентская Медицинская Академия

Ташкент, Узбекистан

Назирова Муяссар УбаевнаТашкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан**ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

For citation: Kattakhodzhaeva Mahmuda Hamdamovna, Gaybullaeva Dinara Fatxulla Nazirova Muyassar Ubayevna., Features of hemostasis parameters in non-developing pregnancy, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 4. pp.27-31

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7419005>**АННОТАЦИЯ**

Неразвивающаяся беременность – одна из наиболее серьезных и актуальных проблем современного акушерства как в клиническом, так и в социальном аспекте, т.к. частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь достаточно высока (10-20%). Задержка погибшего плода в полости матки представляет большую угрозу не только здоровью, но и жизни женщины. Наиболее выраженные изменения связаны с системой гемостаза женщины, что обуславливает повышенный риск кровотечений не зависимо от способа прерывания неразвивающейся беременности. Проведенно исследование параметров гемостаза, коагуляционных свойств крови, свертывающей и противосвертывающей систем. Доказано, что с увеличением сроков задержки погибшего плодного яйца в полости матки возрастают гемостазиологические нарушения, что можно рассматривать как критерии прогнозирования кровотечений при прерывании.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, гемостаз, коагуляционные свойства крови, аборт.

Kattakhodzhaeva Mahmuda HamdamovnaDoctor of Medical Sciences
ProfessorTashkent State Dental Institute
Tashkent Medical Academy

Tashkent, Uzbekistan

Nazirova Muyassar UbayevnaTashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan**FEATURES OF HEMOSTASIS PARAMETERS IN NON-DEVELOPING PREGNANCY****ABSTRACT**

Non-developing pregnancy is one of the most serious and urgent problems of modern obstetrics, both in clinical and social aspects, because the frequency of this pathology in the structure of reproductive losses is quite high (10-20%). The delay of the dead fetus in the uterine cavity poses a great threat not only to health, but also to the life of a woman. The most pronounced changes are associated with the woman's hemostasis system, which causes an increased risk of bleeding, regardless of the method of terminating an undeveloped pregnancy. A study of the parameters of hemostasis, coagulation properties of blood, coagulation and anticoagulation systems was carried out. It has been proven that with an increase in the delay of a dead fetal egg in the uterine cavity, hemostasiological disorders increase, which can be considered as criteria for predicting bleeding during interruption.

Key words: non-developing pregnancy, hemostasis, coagulation properties of blood, abortion.

Kattakhodzhaeva Mahmuda HamdamovnaTibbiyot fanlari doktori
professorToshkent davlat stomatologiya institute
Toshkent tibbiyot akademiyasi

Toshkent, O'zbekiston
Nazirova Muyassar Ubayevna
 Toshkent davlat stomatologiya instituti
 Toshkent, O'zbekiston

RIVOJLANMAYDIGAN HOMILADORLIKDA GEMOSTAZ PARAMETRLARINING XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIYA

Rivojlanmaydigan homiladorlik zamonaviy akusherlikning ham klinik, ham ijtimoiy jihatdan eng jiddiy va dolzarb muammolaridan biridir, chunki reproduktiv yo'qotishlar tarkibida ushbu patologiyaning chastotasi ancha yuqori (10-20%). Bachadon bo'shlig'ida o'lik homilaning kechikishi nafaqat sog'liq uchun, balki ayolning hayoti uchun ham katta xavf tug'diradi. Eng aniq o'zgarishlar ayolning gemostaz tizimi bilan bog'liq bo'lib, bu rivojlanmagan homiladorlikni to'xtatish usulidan qat'i nazar, qon ketish xavfini oshiradi. Gemostaz parametrlari, qonning koagulyatsion xususiyatlari, koagulyatsion va antikoagulyatsion tizimlar o'rganildi.

Bachadon bo'shlig'ida o'lik xomilalik tuxumning kechikishi ortishi bilan gemostazologik buzilishlar kuchayishi isbotlangan, bu uzilish paytida qon ketishini bashorat qilish mezonlari sifatida ko'rib chiqilishi mumkin.

Kalit so'zlar: rivojlanmagan homiladorlik, gemostaz, qonning koagulyatsion xususiyatlari, abort

Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся выкидыш (missed abortion) в течении I триместра, т.е. гибель эмбриона с длительной задержкой его в полости матки неразвивающаяся беременность, имеющая отдельный шифр в Международной статистической классификации, болезней 10 пересмотра (1995). Проблема неразвивающейся беременности чрезвычайно актуальна как в клиническом, так и в социальном аспекте, т.к. частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь достаточно высока (10-20%). Задержка погибшего плода в полости матки представляет большую угрозу не только здоровью, но и жизни женщины (1,6,7).

Многие вопросы патогенеза неразвивающейся беременности являются предметом дискуссии. Недостаточно ясны причины задержки эмбриона в полости матки после его гибели и факторы обуславливающие патологическую инертность матки.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в антенатальной охране плода, в ряде случаев под влиянием различных неблагоприятных факторов наступает внутриутробная смерть плода.

Наиболее частыми причинами неразвивающейся беременности являются эндокринные, иммунные нарушения у матери, персистирующий эндометрит, хромосомные аномалии. В то же время в 26-66% случаев причину неразвивающейся беременности выяснить не удается (8)

Наиболее часто самопроизвольное прерывание беременности наблюдается в I- триместре беременности, причем по типу неразвивающейся беременности в 45-88,6% случаев (9,10)

При изучении причин неразвивающейся беременности в I-триместре беременности выявлено, что в 70% она чаще всего обуславливается хромосомными аномалиями, в том числе аутосомными трисомиями (55%), х-моносомии -20%, полиплодиями -20%, структурными аномалиями-5% вследствие оплодотворения дефективными половыми клетками

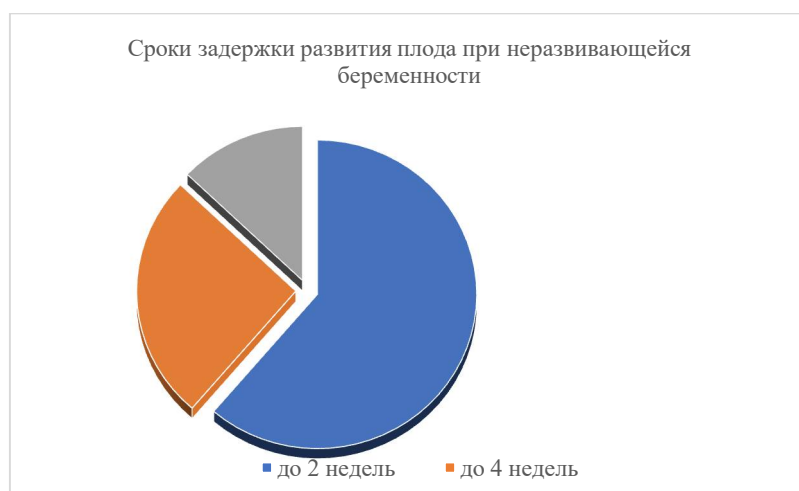
Целью данного исследования – изучение параметров гемостаза при неразвивающейся беременности для определения критериев прогнозирования кровотечения.

Материал и методы исследования

Обследовано 62 женщины в возрасте от 19-37 лет с неразвивающейся беременностью в сроках от 5 до 12 недель. В контрольную группу входили 30 здоровых беременных женщин в сроках от 5 до 12 недель.

В основной группе у 20 женщин беременность -I, у 16 -вторая и у 28- третья или четвертая беременность. В контрольной группе у 12 женщин беременность -I, у 14 вторая беременность, у 4 третья беременность.

У 38 женщин с неразвивающейся беременностью с пребыванием плодного яйца в матке менее 2-х недель, 16 женщин с пребыванием мертвого плода в течении 2-4 недель, 8 женщин с внутриутробной задержкой погибшего эмбриона до 6 недель



Эстрагениальные заболевания выявлены у 29 женщин, в том числе хронический тонзиллит-10, анемия – 18, хронический холецистит – 12, диффузное увеличение щитовидной железы 1-2 степени у 6. ОРВИ во время беременности – 10, а также воспалительные заболевания гениталий- 18, кольпит-18, первичное бесплодие в течении 4-5 лет- 6.

Наши исследования показали, что наиболее информативным методом диагностики неразвивающейся беременности является УЗИ (3). Оно дает возможность установить неразвивающуюся беременность задолго до появления клинических симптомов, что позволяет своевременно провести соответствующие мероприятия.

Всем пациенткам (и супругу) при поступлении в клинику проведено обследование на наличие инфекции TORCH-комплекса методом полимеразной цепной реакции и методом ИФА. Исследование гемостаза крови (АФС), коагулограмма, биохимические исследования, общий ан.крови, мочи, группа крови, анализ выделений.

При исследовании были исследованы оценочные тесты системы гемостаза: суммарная активность факторов свертываемости-активированное время рекальцификации (АВР); активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ); протромбиновый индекс (ПИ) по Quick (1961), определение концентрации фибриногена по Рутбергу (1961); эталонный тест по Godal, Abildgar (1982); протамин-сульфатный по Niluwirovuskic (1981), фибринолиз, толерантность плазмы к гепарину, активность фактора хiii, изучение функциональной активности тромбоцитов при воздействии индукторами агрегации АДФ по З.С.Баркогону (1988). Для оценки состояния эндотелия капилляров определялся уровень фактора Виллебранда крови (ФВ), содержание которого увеличивается при его повреждении (Михайлов В.Г. 1986).

Выбор метода прерывания – медикаментозный-синтетическим простагландином Е мизопростолом. Второй метод вакуум-аспирация.

Результаты и обсуждение

Одной из частых причин перинатальной заболеваемости и смертности является внутриутробная инфекция. Частота возникновения зависит от вида возбудителя, состояния плода, срока гестации.

А.В.Мещерякова, Е.М.Демидова (2001) считают, что у каждой второй женщины с хроническим воспалением урогенитальных органов, у 30-57% женщин, страдающих бесплодием, и у 25-87% пациенток с невынашиванием беременности можно диагностировать хламидий. Возможность трансплацентарной передачи хламидийной инфекции подтверждена обнаружением хламидий в органах и тканях плода (11)

Задержка плодного яйца в матке приводит к значительным изменениям всех основных показателей свертывающей системы крови. Одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости и смертности является внутриутробная инфекция (5). Возбудителями внутриутробной инфекции являются более 27 видов бактерий, вирусы, паразиты, 6 видов грибов, 4 вида простейших и риккетсии (6).

Для обозначения группы внутриутробных инфекции, вызывающих поражения центральной нервной системы плода, предложена аббревиатура TORCH- toxoplasmosis, other (другие инфекции), rubella (краснуха), cytomegalia (цитомегалия), herpes simplex (герпесная инфекция). Своевременная диагностика этих патологий имеет большое значение для снижения пренатальной патологии.

Все женщины прошли УЗИ. При исследовании на TORCH инфекции у 7 выявлен один вид возбудителя – хламидий, а в остальных случаях инфицированность носит смешанный характер. Наиболее распространенный вариант: вирусно-бактериальный (вирус простого герпеса + цитомегаловирус + хламидий, вирус простого герпеса + уреоплазма, хламидий + уреоплазма + candida).

Таблица 1.

Распространенность ИППП у женщин с неразвивающейся беременностью

Количество	Название ИППП
12	Хламиди + ЦМВ
22	ВПГ + уреоплазма
21	Хламиди + уреоплазма + candida
7	хламидий

Показатели общеоценочных тестов состояния системы гемостаза во время беременности сравнивали с аналогичными параметрами у соматически здоровых беременных женщин. Все женщины к моменту обследования не принимали гормональные или какие либо другие препараты, способные влиять на свертывание крови. Частота выявляемости инфекции передающийся половым путем у женщин с неразвивающейся беременностью была сравнительно высокой и в среднем составило 25-33%. Как известно, основная масса возбудителей ИППП эндотелиотропно и часто сопровождаются выделением эндотелиоплазматических факторов свертывания крови при гибели эндотелиоцитов. Изложенные данные дают возможность заключить, что сосудистая стенка играет чрезвычайно важную роль в обеспечении гемостатических реакций, так как причины вызвавшие нарушения целостности или изменения функциональной активности стенки сосуда приводит инициации процессов направленных с одной стороны на уменьшения выраженности геморагических проявлений, а с другой стороны на ограничения процессов тромбообразования. Однако, при наличии таких факторов как гипоксия, вирусы, токсины, циркулирующие иммунные комплексы, гемодинамические факторы, цитокины, сопровождающийся дисбалансом протромбогенных и антитромбогенных сосудистых факторов, может способствовать развитию неконтролируемой коагуляции крови. Выше сказанное свидетельствует, что гибель эндотелиоцитов при неразвивающейся является пусковым моментом активации сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза. Проведенные нами исследования, по изучению характера изменений эндогенных токсинов и циркулирующих иммунных комплексов показало (таблица 1), что у женщин с неразвивающейся беременностью наблюдается достоверный рост концентрации ЦИК и СМП в крови по мере увеличения срока гибели плода. По мнению Габриэля Н.И.

и соав. (1985) СМП адсорбируясь на эндотелии сосудисто стенки могут быть одной из причин гибели эндотелиоцитов. Kilpatrick J.M. et.av. (1987) в своих работах доказывает, что ЦИК стимулирует взаимодействие лейкоцитов и эндотелиальных клеток сосудов, в результате чего происходит повреждение эндотелиоцитов.

При исследовании уровня фактора Виллебранда крови отмечено (табл. 1), что наибольшее его повышение имеют место у 82,5 % женщин с неразвивающейся беременностью сроком более 6 недель и составило 121,5 +- 0,14 % по сравнению 73,2 +- 0,3% в грешпе сравнения (р - 0,05). У 8 пациентов, уровень фактора Виллебранда достигал максимальных цифр (181,4- 199,6%). У женщин с неразвивающейся беременностью сроком 2-4 недели уровень фактора Виллебранда составило 98,7 +- 0,08%, что на 26% превысила контрольные значения.

Стимуляция эндотелиоцитов эндотоксином и ЦИК не только повреждают ее, но также является одной из причин повышения тромбоцитарной активности эндотелия. т.е. усиления синтеза апопротеина, ИЛ-1.

Анализ суммарной активности факторов внешнего и внутреннего звена системы свертывания крови по данным АВР и АТВ показал, что у женщин с неразвивающейся беременностью отмечено достоверное повышение суммарной активности факторов, особенно у беременных с задержкой более 6 недель. Количество тромбоцитов у всех обследуемых групп беременных достоверно снижалось и составило 148,0+- 9,8. 10⁹л против 264,2 +- 11,4. 10⁹л. Из представленных результатов (таблица №1) видно, что концентрация фиброгена у обследуемых больных достоверно повышается. Особенно существенных значений она достигает у женщин внутриутробной задержкой погибшего плода 6 и более недель (р 0,05). Фибринолитическая активность была снижена за счет максимального увеличения содержания ингибитора

активатора плазминогена. Агрегационные свойства тромбоцитов у женщин с неразвивающейся беременностью до 2-4 недель задержки имела тенденцию к активации и ускорению реакции тромбоцитов на воздействие экзогенного (АДФ) индуктора агрегации. С увеличением срока гибели плода до 6 и более недель наблюдалось удлинение во времени агрегационной активности тромбоцитов, что указывает на состояние гипофункции кровяных пластинок. По мере увеличения содержания фибриногена в крови и гипофункции тромбоцитов отмечается снижение активности фибринстабилизирующего фактора (Ф-х//) в среднем на 38% от исходного. По-видимому, это облегчает лизис локальных отложений фибрина под действием тканевых факторов., многие исследователи связывают это повышением потенциала свертывания крови „Достоверное увеличение высокомолекулярных ПДФ и положительный протамин

сульфатный тест свидетельствовало о повышенном обороте фибриногена у женщин с неразвивающейся беременностью. На этом фоне наблюдаются низкие значения антитромбина 3 у 41,4 и 74,3% больных соответственно. Полученные данные говорят о том, что у женщин с неразвивающейся беременностью начиная с 4-6 недель задержки развития плода гиперкоагуляционный синдром может осложняться тромбофилией, т.е. гиперкоагуляционной фазой острого ДВС синдрома, которая переходит в гипокоагуляционную фазу острого ДВС- синдрома. При гипокоагуляционной фазе ДВС синдрома, клинически могут появиться признаки полиорганной патологии, а лабораторно-несвертываемостью крови в пробирке, потреблением факторов свертывания (снижением уровня протромбина, фибриногена, тромбоцитов, высоким уровнем ПДФ.

Таблица 2.

Некоторые показатели системы гемостаза у женщин с неразвивающейся беременностью.

	Гемот окрит (%)	Тромб оциты 10/л	АВР (сек)	АЧТВ (сек)	Прот робин индекс (%)	Фибри ноген (г/л)	РКМФ Этамо л тест	ПОФ Протам сульфат тест	Фибри но лит. Актив. г/л	Фибри но за (сек)	Фибрин стабилиз фактор (%)	Толерант ность плазмы к гепарину мин.	Гемо лизат		Фактор Виллеб ранда
													2 раза (сек)	Агрегац тест 6 развед (сек)	
Здоровые берем. n=16	40,1 ± 0,8	264,2 ± 11,4	62,4 ± 1,7	35,2 ± 2,4	98,0 ± 0,6	2,21 ± 0,1	-	-	0,93 ± 0,01	69,8 ± 1,3	66,4 ± 1,3	9,4 ± 0,6	13,8 ± 0,41	36,3 ± 0,89	73,2 ± 0,3
Задержка до 2 нед. n=38	38,0 ± 0,7 p>0.01	204,0 ± 9,8 p<0.05	70,0 ± 2,1 p<0.05	43,0 ± 1,8 p<0.05	92,0 ± 1,1 p<0.05	3,1 ± 0,2 p<0.05	-	-	1,4 ± 0,02 p<0.05	70,0 ± 1,4 p>0.01	80,0 ± 1,9 p<0.05	18,0 ± 0,6 p<0.05	13,0 ± 0,51 p>0.04	27,0 ± 0,73 p<0.05	78,4 ± 0,8 p<0.05
Задержка 2-4 нед. n=14	42,0 ± 1,8 p>0.01	180,6 ± 11,2 p<0.05	72,0 ± 3,4 p<0.05	46,0 ± 2,1 p<0.05	92,6 ± 3,6 p<0.05	3,3 ± 0,3 p<0.05	+	-	1,6 ± 0,01 p<0.05	76,1 ± 2,2 p<0.05	92,6 ± 2,3 p<0.05	29,8 ± 0,33 p<0.05	11,6 ± 0,31 p<0.05	22,0 ± 0,14 p<0.05	88,4 ± 1,6 p<0.05
Задержка до 6 нед. n=8	46,0 ± 1,7 p<0.05	160,7 ± 14,7 p<0.05	76,0 ± 2,8 p<0.05	50,0 ± 1,9 p<0.05	96,0 ± 3,8 p<0.05	3,8 ± 0,2 p<0.05	++	+	1,8 ± 0,01 p<0.05	80,0 ± 2,8 p<0.05	105,0 ± 3,9 p<0.05	35,0 ± 0,91 p<0.05	10,3 ± 0,89 p<0.05	40,0 ± 0,71 p<0.01	114,0 ± 7,6 p<0.05
Задержка более 6 нед. n=8	48,0 ± 1,4 p<0.05	148,0 ± 9,8 p<0.05	80,0 ± 3,1 p<0.05	52,6 ± 1,4 p<0.05	100,0 ± 4,8 p>0.01	4,6 ± 0,14 p<0.05	+++	+	2,1 ± 0,04 p<0.05	88,0 ± 2,6 p<0.05	110,0 ± 5,1 p<0.05	45,0 ± 0,73 p<0.05	9,2 ± 0,51 p<0.01	46,0 ± 1,21 p<0.05	121,5 ± 10,9 p<0.05

Данная ситуация требует соответствующих мероприятий для перевода гипокоагуляционной фазы в гиперкоагуляционную фазу ДВС- синдрома, а затем в гиперкоагуляционный синдром. Однако необходимо подчеркнуть, что терапия

гиперкоагуляционных синдромов является индивидуализированной и специфичной. В терапии гиперкоагуляционного синдрома, развивающегося в ответ на повреждение эндотелия, терапия отличается многообразием;

т.е. учитывается эндогенная интоксикация- накопление ЦИК, повышение фактора Виллебранда и потеря плазменной части крови за счет нарушения целостности сосудистой стенки.

ВЫВОДЫ.

1. В формировании гиперкоагуляционного синдрома у женщин с неразвивающейся беременностью имеет значение высокая частота экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, с превалированием заболеваний инфекционно-воспалительного характера, а также активация механизмов свертывания крови.
2. У женщин с пребыванием мертвого плода в течении 2-4 недель гиперкоагуляционный синдром формируется на фоне повреждения сосудистого эндотелия (эндотелиопатии), сопровождается активацией свертывания крови как по внешнему, так и внутреннему механизму при участии тромбопластина, которому противостоит активность системы фибринолиза.
3. У женщин с пребыванием мертвого плода течении 6 недель и более, гиперкоагуляционный синдром переходит в гиперкоагуляционную фазу острого ДВС синдрома, а иногда может перейти в гипокоагуляционную фазу острого ДВС синдрома, которая сопровождается клинически не резким снижением свертываемости крови, кровоточивостью, понижением уровня тромбоцитов, резким повышением уровня ПДФ.

Список литературы

1. Демидова Е.М. //Патогенез привычного выкидыша// автореферат диссер.д.м.наук -Москва 1993.-52с.
2. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях а акушерской практике.-Новгород 1995.-281с.
3. Каттаходжаева М.Х., Гайбуллаева Д.Ф.//Значение гипергомоцистеинемии при невынашивании беременности// 75 Международная конференция молодых ученых. Москва 2021.стр.34-37.
4. Каттаходжаева М.Х., Назирова М.У. //Эффективность применения простагландина Е-мизопростола в прерывании неразвивающейся беременности // Журнал теоретической и клинической медицины. 2003.№1-С.51-53.
5. Каттаходжаева М.Х. , Абдуллаева Л.С., Сулейманова Н. Ж.// Практические контраверсии в профилактике послеродовых акушерских кровотечений / JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH, 2022г. № 2 ., Стр. 35-39
6. Кулаков В.И., Сидельникова В.М. \Акуш.и гинеколог.-/1996 №4 -С.3-5
7. Каттаходжаева М.Х., Гайбуллаева Д.Ф Клинико-биохимические аспекты гипергомоцистеинемии при преэклампсии.//Назарий ва Клиник тиббиет журнали; 2019,№5,стр.35-37.
8. Нематова З.Г., Курбанов Д.Д.//Тактика ведения при неразвивающейся беременности//Методические рекомендации Тошкент 1999.- 10с.
9. Неразвивающаяся беременность в анамнезе: реабилитация и подготовка к следующей гестации. Методические рекомендации Марс версия 2,0 Москва 2021.
10. Назирова М.У.//Эффективность применения простагландинов в прерывании неразвивающейся беременности//.Диссер.к.м.наук -2005 145с.
11. A. Avezov, Kattakhodjaeva M.H., F. Boltoeva, S. Yuldasheva// Study of the development level of risk factors in Dangerous tumors causing lonely arterial Thromboembolia/ International Journal of Advanced Science and Technology Vol. 29, No. 5, (2020), pp. 1751-1760
12. Сафарова Г.А., Игитова М.Б., Гуревич Н.Л. Эффективность прегвидарной подготовки женщин со спорадическим случаем неразвивающейся беременности \ Бюллетень медицинской науки. -2020.-№3- С.21-23.
13. Kirk E, Ankum P., Gakab et al/ Eshre working group on Ectopic Pregnancy; Terminology for describing normally sited and ectopic pregnancies on ultrasound; ESHRE recommtndations for good hractice // Hum.Reprod.Open.-2020.-№4 -P.hoaa 055.(PMID 33354626).
14. Zhang L., Liu W., Hou K et al Air pollution-induced missed abortion risk for pregnancies //Nature Sustainability.- 2019.-Vol.2.-№11ю-С.1011-1017.

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 4

**JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY RESEARCH**

VOLUME 3, ISSUE 4

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000