

TRAHUNR

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

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



TADQIQOT.UZ

VOLUME 1, ISSUE 1

2020

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 институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

ISSN: 2181-0990
DOI 10.26739/2181-0990

N^o 1
2020

**Главный редактор:
Chief Editor:**

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

**Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:**

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Кафедры акушерства и гинекологии
Ташкентского Государственного стоматологического
института

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:**

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

Ramašauskaitė Diana
профессор, руководитель центра акушерства и гинекологии в
больнице Вильнюсского университета Santaros klinikos (Prof.
Clinic of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty of
Medicine (Литва)

Аюпова Фариди Мирзаевна
Доктор медицинских наук, профессор, заведующая
кафедрой Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской Медицинской Академии.

Зокирова Нодира Исламовна
Доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского
Государственного Медицинского Института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
Доктор медицинских наук, профессор заведующий
кафедрой Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН, (Россия).

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
Доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии №2,
Бухарского Медицинского института.

Окулов Алексей Борисович
Доктор медицинских наук., профессор,
андро-гинеколог, главный научный сотрудник кафедры
Детской хирургии педиатрического факультета РМАНПО,
профессор кафедры медицинской репродуктологии и
хирургии Московского государственного
медико-стоматологического университета (Россия).

Махмудова Севара Эркиновна
ассистент кафедры Акушерства и гинекологии факультета
последипломного образования Самаркандского Государственного
Медицинского Института (**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 (Israel).
Председатель кафедры урологии и детской урологии,
Медицинский центр Шааре-Зедек, Клинический профессор
хирургии/урологии, медицинский факультет, Иерусалим, Израиль

Fisun Vural
Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari ve
Eğitim Sorumlusu (Доцент Dr.Фисун Вурал Университет
медицинских наук. Репродуктолог. Ведущий специалист по
вспомогательной репродуктивной технологии (Турция)

Melike Betül Öğütmen
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu
(Доцент. Dr. Малике Бетул Угутмен.
Нефролог. Университет медицинских наук (Турция)

Аллазов Салах Аллазович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного Медицинского Института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
доктор медицинских наук,
Самаркандского Государственного
Медицинского Института, нефролог

Локшин Вячеслав Нотанович
акушер-гинеколог, репродуктолог,
доктор медицинских наук, профессор,
президент Казахстанской ассоциации
репродуктивной медицины (Казахстан).

Никольская Ирина Георгиевна
Доктор медицинских наук, профессор ГБУ МО
МОНИАГ. Ученый секретарь научного совета (Россия).

Шалина Раиса Ивановна
Доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии педиатрического факультета
РНМУ им.Н.И.Пирогова (Россия).

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

11. Махмудова С.Э. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТЕЧЕНИЕМ И ИСХОДАМИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	53
12. Нигматова Г.М., Агзамова М ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ТОКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОЛОНГИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.....	57
13. Пардаева У.Д. ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....	60
14. Раббимова Г.Т. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ.....	64
15. Юсупова Н.А., Негмаджанов Б.Б. НОРМАЛЬНЫЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА И ЕГО РЕГУЛЯЦИИ.....	69
16. Abdullaeva L.M. Klychev S.I., Ahmedova A.T., Ashurova U.A. ESTIMATION OF OVARIAN RESERVE IN FEMALES WITH UNREALIZED FERTILITY WITH ENDOMETRIOMAS.....	73



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК618.2-618.3-618.5

Нигматова Гульнора Махсудовнак.м.н., доцент кафедры Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской Медицинской Академии,
Ташкент, Узбекистан**Агзамова Мафтун**Резидент магистратуры 3 года обучения
Кафедры Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской Медицинской Академии,
Ташкент Узбекистан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ТОКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОЛОНГИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

For citation: Nigmatova Gulnora Maxsudovna, Agzamova Maftuna, Efficiency of various types of tocolitic therapy on promotion of pregnancy in promotion of premature birth, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 1, issue 1, pp.

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-1-12>

АННОТАЦИЯ

Преждевременные роды остаются единственной самой большой проблемой для врачей в области материнской и педиатрической медицины. Применение препарата «Коринфар» в качестве острого токолиза оказало более благоприятное влияние на состояние новорожденных. Преждевременные роды (ПР) являются одним из самых важных аспектов проблемы охраны здоровья матери и ребенка. Именно данная акушерская патология по данным ВОЗ является причиной ранней неонатальной смертности (65%) и неврологических нарушений в детском возрасте (50%). Мертворождаемость при преждевременных родах наблюдается в 8-13 раз чаще, чем при своевременных. Факторами риска ПР являются как социально-демографические (неустроенность семейной жизни, низкий социальный уровень, молодой возраст), так и клинические причины. Каждая третья женщина, имеющая ПР, первобеременная, у которой к факторам риска следует отнести ранее перенесенные аборты, самопроизвольный выкидыш, инфекцию мочевых путей, воспалительные заболевания гениталий.

Ключевые слова: преждевременные роды, токолиз, ультразвуковая биометрия плода, кардиотокография, эходопплерометрия

Nigmatova Gulnora MaxsudovnaCandidate of Medical Sciences, Associate Professor
of Obstetrics and Gynecology Chair №1
Tashkent Medical Academy,
Tashkent, Uzbekistan**Agzamova Maftuna**Master's degree 3 years
Departments of Obstetrics and Gynecology No. 1
Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan

EFFICIENCY OF VARIOUS TYPES OF TOKOLITIC THERAPY ON PROMOTION OF PREGNANCY IN PROMOTION OF PREMATURE BIRTH

ABSTRACT

Preterm birth remains the single biggest problem for doctors in the field of maternal and pediatric medicine. The use of the drug "Corinfar" as an acute tocolysis had a more beneficial effect on the condition of newborns. Premature delivery (PM) is one of the most important aspects of maternal and child health. It is this obstetric pathology that, according to WHO, causes early neonatal mortality (65 per cent) and neurological disorders in childhood (50 per cent). The stillbirth rate at premature birth is 8-13 times higher than at timely birth. Risk factors for PR are both socio-demographic (disorderly family life, low social level, young age) and clinical reasons. One out of every three women with PB is a primitive woman, whose risk factors include previous abortions, spontaneous miscarriage, urinary tract infection, inflammatory diseases of the genitals.

Key words: preterm labor, tocolysis, fetal ultrasound biometry, cardiotocography, echocardiometry

Nigmatova Gulnora Maxsudovna
Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent,
1-Akusherlik va ginekologiya kafedrası
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi,
Toshkent, O'zbekiston

Agzamova Maftuna
3-bosqich magistratura rezidenti
1-Akusherlik va ginekologiya kafedrası
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi,
Toshkent, O'zbekiston

MUDDATIDAN OLDIN TUG'ISH XAVFIDA TOKOLITIK TERAPIYANING HOMILADORLIKNI DAVOIMIYLIGIGA TA'SIRI

ANNOTASIYA

Onalik va bolalik tibbiyoti soxasida ishlayotgan shifokorlar uchun muddatdan oldin tug'ish yagona va dolbzarb muammo bo'lib qolmqlqda. "Korinfar" dorisini o'tkir tokoliz maqsadida qo'llash chaqaloklar ahvoliga ijobiy ta'sir etdi. Erta tug'ruq ona va bola salomatligining muhim jihatlaridan biri hisoblanadi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, aynan mana shu akusherlik patologiyasi (65%) va bolalikdagi nevrologik kasalliklar (50%) sababdir. Erta tug'ilishda o'lik tug'ilish o'z vaqtida tug'ilgandan 8-13 marta tez-tez uchraydi. Erta tug'ruq uchun xavf omillari ham ijtimoiy-demografik (oilaviy hayotning past darajasi, past ijtimoiy daraja, yosh) va klinik sabablardir. Erta tug'ruq bilan har uchinchi ayolda uchraydi, uning xavf omillari oldingi abortlar, spontan homila tushishi, siydik yo'llari infeksiyasi va jinsiy a'zolarning yallig'lanish kasalliklari hisoblanadi. **Kalit so'zlar:** muddatdan oldin tug'ruq, tokoliz, homila ul'tratovush biometriyasi, kardiokografiya, exodopplerometriya.

Основными задачами современного акушерства являются создание оптимальных условий для осуществления женщиной функции материнства, сохранение её здоровья и обеспечение рождения здорового потомства [4,5].

Преждевременные роды (ПР) являются одним из самых важных аспектов проблемы охраны здоровья матери и ребенка. Именно данная акушерская патология по данным ВОЗ является причиной ранней неонатальной смертности (65%) и неврологических нарушений в детском возрасте (50%). Мертворождаемость при преждевременных родах наблюдается в 8-13 раз чаще, чем при своевременных.

Факторами риска ПР являются как социально-демографические (неустроенность семейной жизни, низкий социальный уровень, молодой возраст), так и клинические причины. Каждая третья женщина, имеющая ПР, первобеременная, у которой к факторам риска следует отнести ранее перенесенные аборт, самопроизвольный выкидыш, инфекцию мочевых путей, воспалительные заболевания гениталий. Важную роль в возникновении ПР играет и осложненное течение данной беременности: при этом в структуре осложнений преобладает угроза прерывания беременности (ОРВИ и другие вирусные инфекции). Однако эти факторы не прогнозируют исход преждевременных родов для плода.

Цель исследования: сравнить исходы беременности у женщин с преждевременными родами, получавших различные виды острого токолиза.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 40 беременных с угрозой преждевременных родов: 1-ая группа (основная) получала магnezialную терапию, 2-ая (сравнения) – коринфар по схеме. Состояние внутриутробного плода исследовали при помощи аускультации, ультразвуковой биометрии плода и плаценты (УЗИ), кардиотокографии (КТГ) и эходопплерометрии [1,2,3].

Возраст обследованных беременных составил 20-29 лет - 53,3%. Юные первобеременные составили 3,3% и в возрасте старше 35 лет было 8,3% женщин. По социальному статусу: домохозяйка - 51 (56,7%), служащих - 28 (31,1%), рабочих - 7 (7,8%), учащихся - 3 (3,3%)

Анализ результатов анамнестических данных и клиническое обследование женщин с преждевременными родами позволил выявить некоторые предрасполагающие факторы, способствующие развитию преждевременных родов: возраст и отягощенный акушерский анамнез, искусственные и самопроизвольные аборт, нарушение менструальной функции, гипертензивные состояния во время беременности, перенесенные гинекологические заболевания (хронические заболевания органов гениталий, эрозия шейки матки, дисфункция яичников), осложнений в течение беременности: самопроизвольные

выкидыши, неразвивающиеся беременности, внутриутробная задержка развития плода, преждевременные роды, ПОНРП и преэклампсия.

Беременные, входящие в первую группу, получали традиционное лечение, включающее в себя ранее разработанную и многократно апробированную терапию. В лечебный комплекс были включены общеукрепляющие, спазмолитические, токолитические препараты- магnezialная терапия, раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой, кокарбоксилаза, витамин Е и курантил.

В результате проведенного лечения беременных у 12 (40,0%) женщин отмечалась нормализация движений плода, увеличение объема живота, исчезновение угрозы прерывания беременности. У остальных женщин данные функциональных методов исследования свидетельствовали об относительном улучшении состояния фетоплацентарного комплекса, выражающимся в некотором увеличении балльной оценки состояния внутриутробного плода на КТГ и некоторой оптимизации показателей УЗИ.

На КТГ после традиционного лечения получали «5» баллов у 26,6% беременных, «4» балла – у 33,3%, что указывало на значительное улучшение внутриутробного состояния плода. Базальная частота сердечных сокращений плода составляла до 110-150 удары в мин, вариабельность базального ритма – 10-25 удары в мин. Акцелерации по количеству относительно движений плода и тонуса матки выявлялись 2-3 за 40 минут с амплитудой до 28-30 уд. в мин. После традиционной терапии на КТГ показатели выраженных нарушений реактивности сердечно-сосудистой системы уменьшались, «3» баллами оценивались 30%, «2» баллами – 10% беременных (рис.).

УЗИ показало нормализацию тонуса матки, фетометрических показателей, двигательной активности и дыхательных движений плода. Так, отставание фетометрических показателей после традиционной терапии отмечалось у 4 (13,3%) беременных в виде синдрома задержки развития плода I степени, что указывало на улучшение в 1,7 раза от исходных показателей. Двигательная активность и дыхательные движения плода после терапии улучшились в 2 раза. Также была выявлена нормализация количества околоплодных вод. Плацентографические показатели улучшились в 1,4 раза. Так, отставание развития стадии зрелости плаценты отмечалось у 11 беременных, у 26 женщин роды произошли через естественные родовые пути, у 4 – путем кесарева сечения. В 40 недель родились 16 (53,3%) младенцев, в 37-38 недель – 9 (30%), в 35-36 недель – 5 (16,6%). У 20 (66,6%) новорожденных при рождении состояние было оценено по шкале Апгар в 8 баллов, у 17 (23,3%) – в 6-7, у 3 (10,0%) – в 4-5 баллов. Средняя масса новорожденных составила 2258,0±123,4 г. С

задержкой внутриутробного развития родились 16 (53,3%) детей, из них 8 (26,7%) – со II степенью СОРП.

После родов отделенные плаценты анализировали и производили плацентометрию. Плаценты женщин данной группы имели среднюю массу $341,2 \pm 10,7$ г. Наибольший диаметр плаценты составлял $16,0 \pm 0,6$ см, наименьший – $14,0 \pm 0,3$ см. Средняя толщина плаценты в центральной части равнялась $2,6 \pm 0,07$, а в краевой части – $1,1 \pm 0,5$ см.

В своем исследовании мы изучили состояние МППК у беременных с ПР. По данным доплерометрии до начала лечения в обеих группах было достоверное (1,7 раз) повышение ИР обследуемых сосудов по сравнению с нормой. Во всех случаях критического состояния ППК была диагностирована в ходе ультразвукового сканирования задержка внутриутробного развития плода II и III степени, при плацентографии было диагностировано преждевременное «созревание» плаценты, а по КТГ – выраженная внутриутробная гипоксия плода.

Таким образом, проведенная традиционная комплексная этиопатогенетическая терапия способствовала значительному улучшению течения родов и оказала положительное влияние на состояние плода и новорожденного, однако до физиологических норм не доходило.

Во второй группе беременные, наряду с традиционным лечением, получали токолитическую терапию - коринфар по схеме. Наблюдались случаи клинических изменений: уменьшение бурных шевелений плода, купирование признаков ранних родов, исчезновение отеков, резкое увеличение объема живота беременной. При этом женщины указывали на значительное улучшение общего самочувствия, исчезновение болей внизу живота.

Данные функциональных методов исследования свидетельствовали о значительном улучшении состояния фетоплацентарного комплекса. Так, на КТГ нами обнаружены признаки значительного улучшения состояния внутриутробного плода, характеризующегося стабилизацией частоты сердечных сокращений, базального ритма и числа акцелераций за 40 мин с их нормальной амплитудой, а также единичными децелерациями. У 12 (46,2%) женщин состояние оценено «5» баллами, учитывая

значительное улучшение состояния сердечно-сосудистой системы по сравнению со второй группой. «4» баллами оценены 13,6%, что показывает резкое уменьшение по сравнению со второй группой. Имеется единичный случай оценки в «2» балла, что составляет 7,7%.

Данные УЗИ свидетельствуют о нормализации мышечного тонуса матки, двигательной активности плода и его дыхательных движений в соответствии со сроками гестации, нормализации количества объема амниотической жидкости, оптимизации структуры и размеров плаценты.

В результате проводимой терапии отмечена динамика снижения показателей ИСС обследуемых сосудов в исследуемой группе. У беременных данной группы происходит динамическое снижение средних значений ИСС сосудов МППК. Снижение кровотока наблюдалось у 2% больных. При этом на фоне лечения в группе сравнения у 10% регистрировался критический нулевой кровотоков в артерии пуповины, в основной группе критический кровотоков не наблюдался. Макроскопическое исследование плаценты показало следующее: средняя масса плаценты составила $382 \pm 8,7$ г, наибольший диаметр плаценты равнялась $17,3 \pm 0,3$ см, наименьший – $15,3 \pm 0,5$ см. При этом толщина плаценты в центральной ее части была равна $2,8 \pm 0,05$ см, в краевой части – $1,4 \pm 0,04$ см.

У 26 женщин, второй группы роды произошли через естественные родовые пути. В 40 недель родились 18 (60%) детей, в 37-38 недель – 8 (30,7%) детей.

У 22 (84%) новорожденных при рождении состояние по шкале Апгар было оценено в 8 баллов, у 4 (15,4%) – в 7 баллов. Средняя масса новорожденных, составляла $3300 \pm 115,2$ г, что на 46% выше показателей первой группы ($P < 0,05$).

Таким образом, включение коринфара в комплексную терапию оказывало благоприятное влияние на состояние показателей новорожденных и приводило к достоверному уменьшению частоты преждевременных родов, увеличению показателей массы новорожденных и повышению макроморфометрических показателей плаценты.

Список использованной литературы:

1. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. – М.: Издательский дом «Видар» – М., 2015. – 112с.
2. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Современные методы оценки состояния матери и плода при беременности высокого риска // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2014. - № 2. - С. 5-15.
3. Титченко Л.И., Власова Е.Е., чечнева М.А. Значение комплексного доплерометрического изучения маточно – плодово – плацентарного кровообращения в оценке внутриутробного состояния плода. // Вестник Российской ассоциации акуш.-гин.- 2015.- №1.-С.18-21.
4. Туманова В.А., Баринаева И.В. Проблема антенатальных потерь: обзор литературы // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2016. – Т. 9 № 5. - С. 39-45.
5. Флоренцова Е.В. Задержка внутриутробного развития плода. Региональные нормативы, пренатальные и постнатальные критерии, частота, особенности течения беременности // Пренатальная диагностика. - 2014. – Т. 3. - № 1. - С. 34-41.