

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

2022

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH
SPECIAL ISSUE



ТОМ – III



ТОШКЕНТ-2022



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н. Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.С. Мамутова (Самарканд)
Э.И. Мусабоев (Ташкент)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
Ф. Улмасов (Самарканд)
А. Фейзоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербекоев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1	Сагдуллаева М.А., Маллаев Ш.Ш. МУДДАТДАН ЎТИБ ТУҒИЛИШ МУАММОСИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШ.....	6
2	Сагиндыкова Б.А., Амандык Айгерим Алпамысовна ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ЭКВИВАЛЕНТНОСТЬ КАПСУЛ ИМОДИУМА И ЕГО ВОСПРОИЗВЕДЕННЫХ АНАЛОГОВ.....	9
3	Ирина А.С., И. Р.Ильясов, Р. П.Терехов, Д.И.Панков РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ «ЗЕЛеноЙ» ХИМИИ В ФАЗОВОЙ МОДИФИКАЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СУБСТАНЦИЙ.....	12
4	Сулайманова Н.Э., Рахимова Х. М. ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА И РОДИТЕЛЕЙ ПО ПИТАНИЮ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 1–3 ЛЕТ.....	15
5	Сайдалиева Ф.А., Файзиева З.Т. Нарзуллоева Г. ТУБУЛҒИБАРҒЛИ БЎЙМОДАРОН ЎСИМЛИГИНИНГ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИ ВА УНИНГ ТАБЛЕТКА ШАКЛИНИ ДИУРЕЗГА ТАЪСИРИ.....	18
6	Санакулов А.Б. БИР ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯНИНГ КЛИНИК - ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШ.....	21
7	Сиддиқов О. А., Даминова Л.Т., Абдурахмонов И. Р. ПАСТКИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА АНТИБАКТЕРИАЛ ПРЕПАРАТЛАРДАН ФойДАЛАНИШНИНГ АВС/VEN ТАҲЛИЛИ.....	25
8	Султанова Н. С., Бобомуратов Т. А., Маллаев Ш.Ш. Хошимов А. А. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА.....	28
9	Таджиханова Д. П., Шамсиев Ф.М. ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ.....	31
10	Токсанбаева Ж.С., Ибрагимова А. Г., Акшабаева А.Г. НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЕ ПРИНЦИПЫ РАЗРАБОТКИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО СБОРА ИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ФЛОРЫ КАЗАХСТАНА.....	34
11	Тугаева Д.Х. BOLALARDA METABOLIK SINDROM VA GERATOBILIAR TIZIM HOLATI.....	37
12	Турсымбек Ш. Н. Сатбаева Э.М. Ананьева Л.В., Ю К., А. Давлетбаков ИЗУЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ВНОВЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ТРИМЕКАИНА, ДИФЕНГИДРАМИНА, ТОЛПЕРИЗОНА.....	40
13	Тураева Н.О. НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	43
14	Умарназарова З.Е., Ахмедова Н.Р., Гофурова З.Б. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ.....	46
15	Уралов Ш.М., Юлдашев Б.А., Халиков К.М. ДИСБАЛАНС МИКРОЭЛЕМЕНТОВ – КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	50
16	Umarova Saodat Sulaymonovna, Burxonova Dilovar Sadriddinovna REVMAТИК ISITMA PATOGENEZI HAQIDA ZAMONAVIY MA'LUMOTLAR.....	53
17	Файзуллаева Х.Б., Абудуллаева М.Н., Халиков К.М., Назарова Г.Ш. КОРРЕКЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ АЦИДОЗЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИЕЙ.....	56
18	Xalikov Q.M., Sattarova X.G., Mamedov A.N., Nazarova M.E. EXINOKOKKOZ BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA BOKIMYOVIY KO'RSATGICHLAR TANIHLI.....	59
19	Хамраев А.Ж. ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБ И ДЕКОМПЕНСТРОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛОСТАЗОВ У ДЕТЕЙ.....	64
20	Хайдарова Х.Р. IMMUNITETNI SHAKLLANTIRISHDA PROBIYOTIKLARNING ROLI.....	68
21	Хасанова Г.М., Агзамова Ш.А. КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....	71
22	Хлямов С.В., Маль Г.С., Аргюшко Е.Б. ЭЛЕМЕНТЫ МОЛЕКУЛЯРНО-ТАРГЕТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗВИТИИ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПО ТИПУ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	74
23	Халимова З.Ю., Азимова О.Т., Улугова Х.Т. АГРЕССИВНЫЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА И ВОЗРАСТНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ.....	77
24	Царькова С.А. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ – ОСНОВНАЯ ТЕРАПИЯ КРУПА У ДЕТЕЙ.....	80
25	Шавази Н.Н., Ахгамова Н.А., Собирова А, Шавази Р.Н. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: ОДИН СИМПТОМ МНОГО ПРИЧИН.....	84

26	Шавазы Н.Н., Ахтамова Н.А., Раимжанова К. ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ РИСК ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ: НОВЫЕ АКУШЕРСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ.....	89
27	Шарипов Р.Х., Расулова Н.А., Бурханова Д.С. ЛЕЧЕНИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	92
28	Румянцев А.Г., Шавазы Н.М., Ибрагимова М.Ф. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АТИПИЧНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.....	95
29	Шадиева Х.Н., Турдиева Н.С., Кодирова М.М. ВРОЖДЕННАЯ ПОЛНАЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ.....	99
30	Шавазы Н.М., Ибрагимова М.Ф., Шавкатова З.Ш., Пулатова Н.Ю. ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ПНЕВМОНИЙ С АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ У ДЕТЕЙ.....	104
31	Шамсиев Ф.М., Каримова М.Х., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д. ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ TLR6 У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	107
32	Шамсиев Ф.М., Каримова М.Х., Абдуллаев С.К. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КЛИНИКО- БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ.....	110
33	Юсупов А.М., Джурабекова А.Т., Синдаров А.Ф. РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ.....	113
34	Ягупова А.В., Климов Л.Я., Курьянова В.А. ДИНАМИКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D, УРОВНЯ ПАРАТГОРМОНА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА НА ФОНЕ ПРИЕМА ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ..	116
35	Абдуллаев Б. С., Хамидова Ф. М., Исламов Ш. Э., Норжигитов А. М., Махматмурадова Н. Н. СОСТОЯНИЕ АПУДОЦИТОВ В ЛЕГКИХ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	120

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 618.514.8-07

Шавози Наргиз НУРАЛИЕВНА

PhD, доцент, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №3
Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан.

Ахтамова Нилуфар АКБАРЖОНОВНА

Ассистент кафедры акушерства и гинекологии №3
Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан.

Асаль СОБИРОВА


Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан.

Шавози Рамиз НУРАЛИЕВИЧ

Самаркандский Государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: ОДИН СИМПТОМ МНОГО ПРИЧИН

For citation: Shavazi N. N., Akhtamova N. A., SOBIROVA A., Shavazi R. N. /Premature birth one symptom many causes. Journal of hepato-gastroenterology research. Special Issue. pp.84-88

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7311682>

АННОТАЦИЯ

в последнее время сосудистые и гемодинамические нарушения у матери, которые наблюдаются при различных соматических заболеваниях, традиционно относят к факторам риска преждевременных родов. В основе нарушений гемодинамики и микроциркуляции, в том числе в маточно-плацентарном бассейне, развивающихся при преэклампсии и различных соматических патологиях, лежит генерализованная дисфункция эндотелия.

Ключевые слова: кровопотеря, соматическая патология, преждевременные роды, беременность.

Shavazi Nargiz NURALIEVNA

PhD, Associate Professor, Head of the
Department of Obstetrics and Gynecology No. 3
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan.

Akhtamova Nilufar Akbarzhonovna

Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology №3
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan.

Asal SOBIROVA

Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan.

Shavazi Ramiz NURALIEVICH

Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan.

PREMATURE BIRTH ONE SYMPTOM MANY COUSES**ANNOTATION**

Recently, vascular and hemodynamic disorders in the mother, which are observed in various somatic diseases, have traditionally been attributed to risk factors for preterm birth. At the heart of violations of hemodynamics and microcirculation, including in the uteroplacental pool, developing with preeclampsia and various somatic pathologies, is a generalized dysfunction of the endothelium.

It is extremely important to study the content in the blood of pregnant women with premature birth of indicators of the anticoagulant potential of the blood, in particular, the content of the main anticoagulant, antithrombin III. In preterm birth, its amount was 85.15 ± 5.31 mg/l, which is significantly lower than in women with a physiological course of pregnancy, which indicates the important role of antithrombin III deficiency in the development of these severe pregnancy complications.

Key words: blood lose, somatic pathology, preterm birth, pregnancy.

Преждевременные роды – это главный фактор риска неонатальной смертности, составляющий 35% из 3.1 миллиона смертей в год. Примерно 55% всех преждевременно родившихся детей – мальчики. Следует отметить, что мальчики имеют непропорционально более высокий риск смерти по сравнению с девочками, родившимися в таком же сроке гестации. 15 миллионов преждевременных родов происходят каждый год и эта цифра продолжает увеличиваться. 1.1 миллион детей умирают из-за осложнений преждевременных родов.

Послеродовое кровотечение является основной причиной материнской заболеваемости и смертности во всем мире и может быть вызвано несколькими причинами. Различия между различными этиологиями, которые приводят к ФРК, и идентификация признаков высокого риска имеют решающее значение для осуществления эффективного клинического ведения. Послеродовые кровотечения являются основной непосредственной причиной материнской заболеваемости и смертности женщин во многих странах мира. Послеродовое кровотечение часто определяется как потеря > 500 мл крови после вагинальных родов или > 1000 мл после кесарева сечения в течение 24 часов (Nigussie J, Girma B, Molla A.2022).

Важно иметь представление о симптомах преждевременных родов, особенно в том случае, когда роды являются спонтанными. Внезапное начало регулярных и болезненных схваткообразных болей с возрастающей интенсивностью в сроке беременности до 37 полных недель с большой вероятностью свидетельствует о развитии спонтанных преждевременных родов (по сравнению с длительным периодом нерегулярных маточных сокращений). Другие симптомы также включают: менструальноподобные боли, боли в пояснице, ощущение давления в области таза, слизистые или кровянистые выделения из половых путей, учащенное мочеиспускание, диарея. Наличие кровянистых выделений увеличивает риск преждевременных родов, а также может свидетельствовать о возможной внутриматочной инфекции. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты,

развивающаяся в сроке беременности до 37 недель, наиболее вероятно приведет к родоразрешению путем операции кесарева сечения и преждевременным родам

Выраженные различия в выживаемости недоношенных новорожденных существуют при сравнении стран с низким и высоким уровнем доходов. Например, более 90% экстремально недоношенных детей.

Отдаленные последствия преждевременных родов
Недоношенные дети имеют значительный риск тяжелых отдаленных последствий, результатом

которым является уменьшение человеческих ресурсов во всем мире. К отдаленным последствиям относятся:

- Патология органа зрения
 - Слепота или высокая миопия, возникшие в результате ретинопатии недоношенных
 - Прогрессирующая гиперметропия и миопия
- Патология органа слуха
 - Встречается у 5 -10% экстремально недоношенных детей
- Хронические заболевания легких у недоношенных детей
 - Проявляются в различной степени: от снижения переносимости физической нагрузки до наличия потребности в дополнительном кислороде в домашних условиях.

- Сердечно-сосудистые заболевания и неинфекционные болезни
 - Гипертоническая болезнь
 - Сниженная функция легких
 - Повышенная частота бронхиальной астмы
 - Нарушение роста в детстве
 - Избыточная прибавка веса в подростковом возрасте

Оценка гестационного срока является частью мониторинга роста плода. «Золотым стандартом» в расчете гестационного срока являются данные раннего ультразвукового исследования в первом триместре беременности

Размерный признак	Способ расчета
1. Длина тела (см)	Срок гестации +10
2. Масса тела (гр.)	При сроке гестации 30 недель масса тела плода составляет 1300 гр., на каждую недостающую неделю до 30 вычитается 100 гр., на каждую последующую неделю прибавляется по 200 гр.
3. Масса (гр.) по длине	При длине плода 40 см, его масса 1300 гр., на каждый недостающий см отнимается 100 гр., на каждый дополнительный см прибавляется 200 гр.
4. Окружность груди (см)	Срок гестации - 7 см.
5. Окружность головы (см)	При сроке гестации 34 недели окружность головы составляет 32 см, на каждую недостающую неделю вычитается по 1 см, на каждую последующую - прибавляется по 0,5 см.

Оценка недоношенного ребенка

Антропометрическая оценка

После расчета гестационного срока производят измерения окружности головы, длины и массы тела недоношенного новорожденного.

Рекомендации ВОЗ для улучшения исходов преждевременных родов

Всемирная организация здравоохранения разработала набор рекомендаций для улучшения исходов у недоношенных детей. Данные рекомендации посвящены мерам, применяемым для новорожденных. А также включает в себя описание ряда терапевтических воздействий, применяемых у беременных с угрожающими преждевременными родами.

Для новорожденных:

- Метод кенгуру, СРАР терапия, Введение сурфактанта, Кислородная терапия

Для беременных с угрожающими преждевременными родами:

- Антенатальная терапия глюкокортикоидами с целью улучшения исходов у новорожденных, Токолиз, Сульфат магния с целью нейропротекции у плода, назначение антибактериальной терапии (при наличии и отсутствии преждевременного разрыва плодных оболочек), оптимальный метод родоразрешения при преждевременных родах

Цель исследования: изучить перинатальные исходы при преждевременных родах.

Материал и методы. Работа была выполнена в Областном перинатальном центре города Самарканда. Для проведения настоящей работы использован комплексный подход, включающий клинические, лабораторные, ультразвуковые и статистические методы исследования. В ретроспективном анализе было изучено 350 истории родов женщин с патологической кровопотерей после преждевременных родов для выявления количества и основных причин патологической кровопотери за 2017-2020гг.;

Проспективно исследовано 114 женщин с ПР которые были разделены на 2 группы

- 1 группа (n=55), женщины поступившие с диагнозом угроза прерывания беременности, у которых несмотря на сохраняющую терапию беременность закончилась преждевременными родами.
- 2 группа (n=59) женщин со спонтанными ПР (обратились в 1 периоде родов)

• Были сформированы 2 клинические группы (таблица 1).

Таблица 1 – Принцип формирования клинических групп

Группы исследования					
Группы с кровотечением			Группы без кровотечения		
Основная группа (ПР) n = 55		Группа сравнения (Б) (n=59)	Контрольная группа n = 150		
ПР_МК	ПР_ПК	ДБ_МК	ПР_МК	ПР_Контроль	ДБ_Контроль
n = 28	n = 27	n = 30	n = 29	n = 69	n = 81

• Примечание: ПР – преждевременные роды; ДБ – доношенная беременность; ПК – патологическая кровопотеря; МК – массивная кровопотеря.

Результаты исследования: Возрастной диапазон женщин, включенных в исследование, варьировал от 18 до 36 лет. Доля женщин от 18 до 25 лет составила 25%, основная доля женщин соответствовала возрасту 25–30 лет (45%), 31–36 лет (30%) (рисунок 2.).

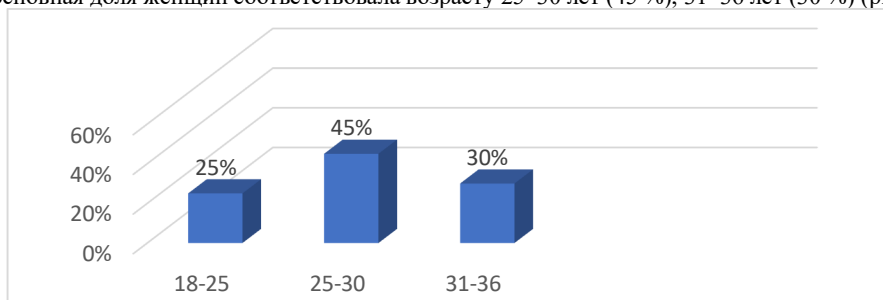


Рисунок 1 – Возрастной диапазон женщин

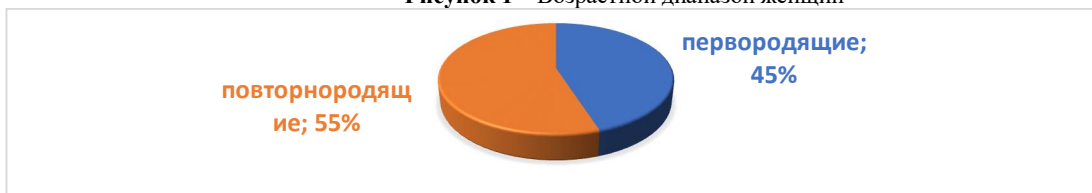


Рисунок 2 – Паритет беременностей у женщин групп исследования

Оценка паритета женщин показано, что 45% женщин были первородящими, а 55% – повторнородящими (рисунок 5).

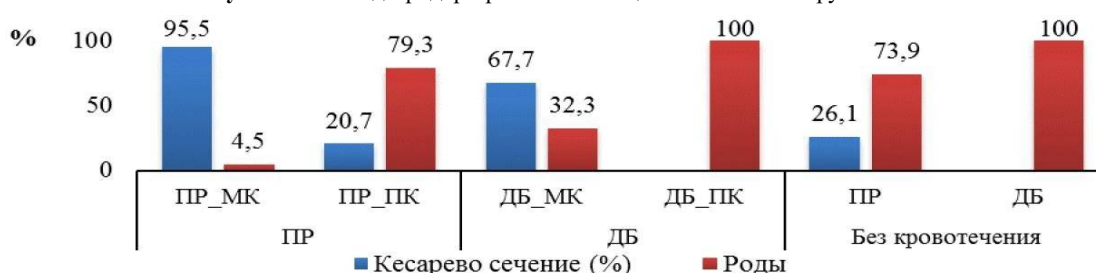
Таким образом, женщины групп сравнения, как при недоношенной, так и доношенной беременности, характеризовались социальными, клинико-анамнестическими прегестационными особенностями, относящимися к известным факторам риска послеродовых кровотечений.

Для оценки интранатальных факторов риска развития кровотечения при преждевременных родах оценивались особенности родоразрешения, сравнительная структура причин кровотечения, экспрессии рецепторов прогестерона в миометрии

при акушерских кровотечениях, зависимость объема кровопотери от срока гестации, особенности показателей крови, характерные особенности течения послеродового периода.

Методы родоразрешения женщин представлены на рисунке 6. Частота кесарева сечения (КС) была значительно выше при массивной кровопотере, как при ПР ($\chi^2 = 114,003, p < 0,0001$), так и при ДБ ($\chi^2 = 665,58, p < 0,0001$). При ПР частота КС в группе ПР_Контроль была значительно ниже, чем при массивной кровопотере ($\chi^2 = 101,79, p < 0,0001$), но сопоставимой с патологической кровопотерей ($\chi^2 = 3,79, p = 0,051$).

Рисунок 3 – Методы родоразрешения женщин клинических групп



Структура причин кровотечений у женщин групп исследования представлена в таблице 6. Число причин кровотечения при МК_ПР могло достигать 4, при ПК_ПР и МК_ДБ – 3, при ПК_ДБ – 2.

Более 80% преждевременных родов происходили между 32ой и 37ой неделями беременности. Большинство детей, родившихся

в данном сроке беременности, выживали при наличии необходимой помощи новорожденным.

Проводили оценку гестационного возраста ребенка по совокупности морфологических критериев и нейромышечной зрелости (Боллард Дж. и соавт., 1979)

Нейромышечная зрелость

Балл	-1	0	1	2	3	4	5
Поза							
Квадратное око (застыть)							
Отдача руки							
Подколенный угол							
Синтоп «шарфа»							
Пятка к уху							

Физическая зрелость

Кожа	Липкая, рыхлая, прозрачная	Гелеобразная, красная, пропитанная	Тонкая, розовая, выражена венозная сеть	С поверхностной "шелухой" или сыпью, слабо выражена венозная сеть	С поверхностной "шелухой" или сыпью, слабо выражена венозная сеть	Пергаментоподобная, трескающаяся, венозная сеть не выражена	Грубая, трескающаяся, морщинистая	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Балл зрелости</th> </tr> <tr> <td>Балл</td> <td>Недели</td> </tr> <tr> <td>-10</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>-5</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>25</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>35</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>44</td> </tr> </table>	Балл зрелости		Балл	Недели	-10	20	-5	22	0	24	5	26	10	28	15	30	20	32	25	34	30	36	35	38	40	40	45	42	50	44
Балл зрелости																																						
Балл	Недели																																					
-10	20																																					
-5	22																																					
0	24																																					
5	26																																					
10	28																																					
15	30																																					
20	32																																					
25	34																																					
30	36																																					
35	38																																					
40	40																																					
45	42																																					
50	44																																					
Лануго	Нет	В некоторых местах	Обильное	Редкое	Голые участки	Большая часть отсутствует																																
Подкожные складки	Пятка – палец: 40–50 мм – 1 < 40 мм – 2	> 50 мм, складок нет	Слабо выраженные, красные	Лишь на передней трети подошвы	На передних двух третях подошвы	Многочисленные на всей подошве																																
Грудная железа	Незаметна	Едва заметна	Плоская ареола без соска	«Зернистая» ареола, сосок 1–2 мм	Выступающая ареола, сосок 3–4 мм	Полностью сформированная ареола, сосок 5–10 мм																																
Глаз/ушная раковина	Веки сомкнуты. Неплотны – 1. Плотны – 2	Веки открыты, наружное ухо плоское; сохраняется в сложенном состоянии	Слегка изогнутая раковина, мягкая, медленное развитие	Хорошо изогнутая ушная раковина; эластичная, но уже отделяется назад	Полностью изогнута, довольно плотная, очень хорошая эластичность	С сильным хрустом, ухо плотное																																
Гениталии (мальчики)	Мошонка плоская, гладкая	Мошонка пустая, нет морщин	Яичко в верхнем канале, бородавки на мошонке практически не видны	Яичко в верхнем канале, бородавки на мошонке практически не видны	Яичко опущено, бородавки хорошо выражены	Яички опущены, глубокая складчатость мошонки																																
Гениталии (девочки)	Клиитор выступает, половые губы розные	Клиитор выступает, малые половые губы небольшие	Клиитор выступает, малые губы увеличенные	Большие и малые губы выступают одинаково	Большие губы выступают больше	Клиитор и малые губы полностью прикрыты																																

Таким образом, преждевременные роды при недоношенной беременности играют важную роль в формировании показателей перинатальной заболеваемости и смертности, уровень которых определяется, прежде всего, гестационным возрастом. Своевременная диагностика нарушения целостности плодовых

оболочек и избранная тактика, при которой будет соблюден баланс между максимальной степенью морфофункциональной зрелости плода и минимальным риском развития восходящей инфекции, позволят акушером оптимизировать ближайшие и отдалённые перинатальные исходы для матери, плода и новорожденного.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Абдуллаева Л.С. К вопросу профилактики акушерских кровотечений при синдроме заросшей матки //Янги узбекистонда миллий тараккиёт ва инновасиялар. – 2022. – С. 338-342.
2. Андерсон Р., Дахер С., Риган Л., Аль-Мемар М., Борн Т., Макинтайр Д.А., Рай Р., Кристиансен О.Б., Сугиура-Огасавара М., Одендал Дж., Девалл А.Дж., Беннетт П.Р., Петру С., Кумарасами А. Вопросы выкидыша : эпидемиологические, физические, психологические и экономические издержки ранней потери беременности. // Ланцет. 2021 1 мая; 397(10285):1658-1667.
3. Ахтамова О. Ф. АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ И Выкидыш //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – № 4.
4. Тиялова С. А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ МОЧЕПИСАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРМENOПАЗУЗЕ //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №3.
5. Фозилова А. О., Рахимовна Х. Д. АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ И МИССИЯ БЕРЕМЕННОСТИ //УМУМИНСОНИЙ ВА МИЛЛИЙ КАДРИЯТЛАР: ТИЛЬ, ТАЛИМ ВА МАДАНИЯТ. – 2022. – Т. 1. – С. 13-15.
6. Худоярова Д. Р., Шопулотова З. А. ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. - 2022. – Т. 3. – НЕТ. 3.
7. Шавази Н.Н., Алимova П.Б. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРОН-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2022. – Вып. 3. – № 2.
8. Эл Ваттар Б.Х., Тэмблин Дж.А., Парри-Смит В. и др. Ведение акушерских послеродовых кровотечений: оценка национальной службой текущей практики в Великобритании // Risk Manag Healthc Policy. — 2017. — №10. — С. 1-6.
9. Шавази Н. Н., Бабамурадова З. Б. Соотношение про-и Антиангиогенных факторов в патогенезе преждевременных родов у беременных на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани //European Research: innovation in science, education and technology. – 2020. – С. 93-96.

10. Ахтамова Н. А., Шавази Н. Н. PREDICTION OF OBSETRIC BLOOD LOSS IN WOMEN WITH PRETERM BIRTH (LITERATURE REVIEW) //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 5.
11. ШАВАЗИ Н. Н. и др. TOTAL GISTEREKTOMIYANING SUBTOTAL GISTEREKTOMIYADAN USTUNVORLIGINI TAHLILLASH //ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
12. Nuraliyevna S. N., Dilshodovna J. M. MORPHOFUNCTIONAL STRUCTURE OF THE PLACENTA IN PREMATURE LABOR //Galaxy International Interdisciplinary Research Journal. – 2022. – Т. 10. – №. 4. – С. 381-384.



ISSN 2181-1008

Doi Journal 10.26739/2181-1008

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH
SPECIAL ISSUE

ТОМ – III

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