НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 3.2024 (106)
ISSN 2091-5969

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИК

ЯНГИЛИКЛАРИ

Марказий Осиё илмий амалий журнали

THE NEWS

OF DERMATOVENEROLOGY AND REPRODUCTION HEALTH

Central Asian Scientific and Practical Journal

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИАССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ЧАСТНОЙ ПРАКТИКИ УЗБЕКИСТАНА КЛИНИКА «MAHLIYO-SHIFO» & V

«Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья»
Рецензируемый научно-практический журнал
Публикуется 4 раза в год
Основан в 1997 году

The news of dermatovenerology and reproduction health» is a peer reviewed journal, is published 4 times a year

Журнал входит в перечень научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК при министерстве Высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан при защите докторских диссертаций.

Журнал зарегистрирован Госкомитетом Республики Узбекистан по печати и информации
Лицензия №0527 от 13. 02. 2009 г.

А Д Р Е С Р Е Д А К Ц И И:
г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский район Ц-1 массив Буюк Ипак йули, дом 45а. Клиника «MSHIFO» DR. VAISOV laser aesthetic dermatology.
Тел: (+99878) 113-95-00
(+99890) 978-38-78
(+99890) 353-14-45
E-mail: **dermatol47@mail.ru**
сайт: **www.ndrz.uz**

Зав. редакцией: Ф. Ф. Хашимов
Менеджер по распространению: Ж. М. Умаров
Компьютерный набор и верстка: С. С. Таджиев

Подписной индекс – 1039
1042

За содержание рекламных материалов ответственность несет рекламодатель

Подписано в печать 30.07.2024

Формат 60Х84 1/8
Печать офсетная
Цена договорная
Тираж 1000 экз.
Заказ №

ООО «ALPHA OMEGA Marketing»
Адрес: г. Ташкент, Ц-13, ул. А. Кодирий, 35
Тел: (+99871) 241-54-87
E-mail: alpha.omega.uz@gmail.com

НОВОСТИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
№3 (106)
2024 год

ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор – Ваисов А. Ш.
Зам. гл. редактора – Маннанов А. М.
Зам. гл. редактора – Курбанов Д. Д.
Отв. секретарь – Рахматов А. Б.

Абдуллаев М.И., Азизов Б.С., Арифов С.С., Атабеков Н.С., Ваисов И.А., Джаббарова Ю.К., Ибрагимов О.Д., Имамов О.С., Исмаилова Г.А., Каримов А.Х., Каримова Ф.Д., Магрупов Б.А., Мухамедов И.М., Нажмитдинова Д.К., Пахомова Ж.Е., Порсохонова Д.Ф., Сабиров У.Ю., Садиков А.А., Саипова Н.С., Сидиков А.А., Султанов С.Н., Ташкенбаева У.А., Турсунов Б.З., Хаитов К.Н., Шодиев Х.К.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адаскевич В.П. (Беларусь, Витебск)
Абдуллаев Т.А. (Узбекистан, Ташкент)
Абидов А.М. (Узбекистан, Ташкент)
Акилов Ф.А. (Узбекистан, Ташкент)
Атилла Л.М. (Швейцария, Женева)
Батпенова Г.Р. (Казахстан, Астана)
Гюнеш А. (Турция, Стамбул)
Заславский Д.В. (Россия, Санкт-Петербург)
Зоиров П.Т. (Таджикистан, Душанбе)
Зуфарова Ш.А. (Узбекистан, Ташкент)
Исмаилова А.М. (Туркменистан, Ашгабад)
Кешилева З.Б. (Казахстан, Алматы)
Литус О.И. (Украина, Киев)
Лукьянов А.М. (Беларусь, Минск)
Мунир А. (Индия, Дели)
Мусабаев Э.И. (Узбекистан, Ташкент)
Набиев Т.А. (Узбекистан, Ташкент)
Олисова О.Ю. (Россия, Москва)
Рахимов И.Р. (Узбекистан, Ташкент)
Саипов С.С. (Узбекистан, Ташкент)
Эшбоев Э.Х. (Узбекистан, Ташкент)

СОДЕРЖАНИЕ

Оригиналные статьи

ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ ДЕКСАМЕТАЗОНОМ
А.Б. Рахматов, И.А. Самарходжаева, Т.П. Рахматов, А.О. Усмонхонова. *4*

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО РЕЦИДИВНОГО СИФИЛИСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ
М.И. Абдуллаев, Д.Ж. Набиева, М. Шайметов, Р. Бахадирова. *6*

ISSIQ IQLIM SHAROITIDA QO‘TIR KASALLIGINING TARQALISH DINAMIKASI
E.X. Eshboev, A.T. Tog‘aev, F.S. Qalandarova. *10*

Обмен опытом

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ
И.Т. Карабаева, А.Б. Рахматов, Д.А. Абдуразакова, К.Д. Махмудова. *11*

SO‘ZAK BILAN (2019-2023-yy.) KASALLANISh TO‘G‘RISIDA
E.X. Eshboev, B.Sh. Fattaxov, J.R. Turdiev. *14*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СООТНОШЕНИЯ АНТИАНГИОГЕННЫХ И ПРОАНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ С ЦЕЛЬЮ УВЕЛИЧЕНИЯ СПЕЦИФИЧНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МАРКЕРОВ В ПРЕДИКЦИИ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМСИИ
Э.Э. Ахмадиев, М.М. Асатова. *16*

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДЕНОМИОЗА
М.А. Юсупова, Н.Ш. Ибрагимова. *18*

МНОГОВОДИЕ: ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Д.У. Игамбердиева. *19*

SIYDIK CHIQARISH YO‘LLARI INFEKSIYALARI BO‘LGAN HOMILADOR AYOLLARDA UROSEPTIK ASORATLARNI BASHORAT QILISH VA OLDINI OLISHNI TAKOMILLASHTIRISHDA KLINIK TAVSIYALAR
S.A. Matyaqubova, Z.Q. Nazirbayeva. *22*

ANDIJON VILOYATIDA QO‘TIR BILAN KASALLANISH DINAMIKASI
E.X. Eshboyev, Q.M. Yorqulov, A.S. Mamatxo‘jaev, F.S. Qalandarova. *24*

ОЦЕНКА ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ РЕЦИДИВНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ
Ф.К. Миралиев, Д.А. Алиева. *26*

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ
С.К. Юлдашев. *28*

YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLARDA ISHEMIK-GIPOKSIK ENSEFALOPATIYA RIVOJLANISHI UCHUN XAVF OMILLARI
M.N. Negmatullayeva, M.M. Boltayeva. *31*

XORAZM VILOYATIDA HOMILADOR AYOLLARDA SIYDIK YO‘LLARI INFEKSIASINING KECHISHI VA UNGA OLIB KELUVCHI OMILLAR
D.T. Ruzmetova, D.O. Artikova. *33*

CONTENTS

Orginal articles

PULSE THERAPY FOR ALOPECIA AREATA WITH DEXAMETHASONE
A.B. Rakhmatov, I.A. Samarkhodzhaeva, T.P. Rakhmatov, A.O. Usmonkhonova. *4*

SOME FEATURES OF THE COURSE OF SECONDARY RECURRENT SYPHILIS IN HIV-INFECTED PATIENTS
M.I. Abdullaev, D.Zh. Nabieva, M. Shaimetov, R. Bakhadirova. *6*

DYNAMICS OF THE SPREAD OF SCABIES IN HOT CLIMATES
E.H. Eshbaev, A.T. Tagaev, F.S. Kalandarova. *10*

Exchange of experience

CLINICAL EVALUATION OF CRP IN PATIENTS WITH CONGENITAL EPIDERMOLYSIS BULLOSA
I.T. Karabaeva, A.B. Raxmatov, A.D. Abdurazakova, K.D.Makhmudova. *11*

ABOUT THE INCIDENCE OF GONORRHEA (2019-2023)
E.Kh. Eshboev, B.Sh. Fattakhov, J.R. Turdiyev. *14*

USING THE RATIO OF ANTIANGIOGENIC AND PROANGIOGENIC FACTORS TO INCREASE THE SPECIFICITY OF ULTRASONIC MARKERS IN PREDICTION OF THE DEVELOPMENT OF PREECLAMSIA
E.E. Akhmadiev, M.M. Asatova. *16*

CLINICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS OF ADENOMYOSIS
M.A. Yusupova, N.Sh. Ibragimova. *18*

POLYHYDRAMNIOS: RISK FACTORS FOR PREMATURE BIRTH
D.U. Igamberdieva. *19*

CLINICAL RECOMMENDATIONS FOR IMPROVING THE PREDICTION AND PREVENTION OF UROSEPTIC COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH URINARY TRACT INFECTIONS
S.A. Matyaqubova, Z.Q. Nazirbayeva. *22*

DYNAMICS OF SCABIES IN THE ANDIJAN REGION
E.H. Eshbaev, K.M. Yarkulov, A.S. Mamatkhodzhaev, F.S. Kalandarova. *24*

ASSESSMENT OF IMMUNOHISTOCHEMICAL CHANGES IN THE RECURRENT FORM OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA
F.K. Miraliev, D.A. Alieva. *26*

MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE
S.K. Yuldashev. *28*

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF ISCHEMIC-HYPOXIC ENCEPHALOPATHY IN NEWBORNS
M.N. Negmatullaeva, M.M. Boltaeva. *31*

INCURRENCY OF URINARY TRACT INFECTIONS IN PREGNANT WOMEN IN KHORAZM REGION AND FACTORS LEADING TO IT
D.T. Ruzmetova, D.O. Artikova. *33*

Обзор

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ
ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ
Г.У. Султанмуратова, С.А. Матьякубова.....*34*

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-5
ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ С НАРУШЕНИЕМ
МАТОЧНО-ПЛОДОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА
И.П. Жолымбетов.....*37*

HOMILADORLIK DAVRIDA REVMATIK
JARAYONNING FAOLLASHUVI VA UNING
KLINIK KECHISHI XUSUSIYATLARI
A.Sh. Berdiyev, F.Q. Ahmedov.....*40*

Случай из практики

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИСТМОЦЕЛЕ
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ
М.Р. Хикматуллаева.....*43*

ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ,
ОСЛОЖНЕННЫМ ТЯЖЕЛЫМ
МАТОЧНО-ПЛОДОВО-ПЛАЦЕНТАРНЫМ НАРУШЕНИЯМ
А.М. Бабаханова, М.Ж. Даулетова.....*46*

ИНТРАТУМОРАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ
ТУЧНЫЕ КЛЕТКИ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ
М.М. Атаханов, М.А. Юсупова.....*49*

ЦЕРВИКАЛЬНЫЕ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ
НЕОПЛАЗИИ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД
НА ПРОБЛЕМУ И ПУТИ РЕШЕНИЯ
Ю.К. Мирзаева, Д.А. Алиева.....*51*

Review

OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES
IN IRON DEFICIENCY ANEMIA
G.U. Sultanmuratova, S.A. Matyakubova.....*34*

USE OF PHOSPHODIESTERASE-5 INHIBITORS
IN PREGNANCY WITH UTERINE-FETAL-PLACENTAL
BLOOD FLOW DISORDERS
I.P. Jolimbetov.....*37*

FEATURES OF ACTIVATION
OF THE RHEUMATIC PROCESS DURING
PREGNANCY AND ITS CLINICAL COURSE
A.Sh. Berdiev, F.Q. Akhmedov.....*40*

Case report

RISK FACTORS OF FORMATION
OF ISTHMOCELE AFTER CESAREAN SECTION
M.R. Khikmatullaeva.....*43*

MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN
WITH CHRONIC ARTERIAL HYPERTENSION
COMPLICATED BY SEVERE
UTEROFETAL-PLACENTAL DISORDERS
A.M. Babakhanova, M.J. Dauletova.....*46*

INTRATUMORAL STROMAL MAST CELLS
IN RENAL CELL CARCINOMA
M.M. Atakhanov, M.A. Yusupova.....*49*

CERVICAL INTRAEPITHELIAL
NEOPLASIA: A MODERN VIEW
OF THE PROBLEM AND SOLUTIONS
Yu.K. Mirzaeva, D.A. Alieva.....*51*

ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ ДЕКСАМЕТАЗОНОМ

А.Б. Рахматов, И.А. Самарходжаева, Т.П. Рахматов, А.О. Усмонхонова
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Лечение очаговой алопеции (ОА) пульс-терапией кортикостероидами является доступным методом. Было проведено лечение 44 больных ОА с изучением эффективности и безопасности предложенного метода. В ходе лечения было обнаружено значимое снижение показателя SALT-50 у 64,7% пациентов. Ежедневная и кумулятивная доза дексаметазона была связана с более высоким процентом побочных эффектов.

Ключевые слова: псориаз, диагностика, лечение, метотрексат.

O‘choqli alopetsiyani davolashda deksametazon puls-terapiyasi

A.B. Rahmatov, I.A. Samarxodjayeva, T.P. Rahmatov, A.O. Usmonxonova

O‘choqli alopetsiyani (O‘A) kortikosteroid puls-terapiyasi bilan davolash mavjud usuldir. O‘A bilan og‘rigan 44 nafar bemor davolandi va tavsiya etilgan usulning samaradorligi va xavfsizligi o‘rganildi. Davolash paytida bemorlarning 64,7 foizida SALT-50 ning sezilarli pasayishi aniqlandi. Deksametazonning kunlik va kumulyativ dozasi esa nojo‘ya hodisalarning yuqori foizi bilan bog‘liq.

Tayanch so‘zlar: o‘choqli alopetsiya, davolash, kortikosteroidlar.

Pulse therapy for alopecia areata with dexamethasone

A.B. Rakhmatov, I.A. Samarkhodzhaeva, T.P. Rakhmatov, A.O. Usmonkhonova

Treatment of alopecia areata (AA) with corticosteroid pulse therapy is an available method. 44 patients with AA were treated and the effectiveness and safety of the proposed method were studied. During treatment, a significant decrease in SALT 50 was found in 64.7% of patients. Daily and cumulative dosage of dexamethasone was associated with a higher percentage of adverse events.

Keywords: alopecia areata, treatment, corticosteroids.

Очаговая алопеция (ОА) является распространенным воспалительным и нерубцующим дерматозом, который встречается при всех возрастных и этнических группах населения [4,11,17,24,27]. Тяжесть заболевания варьирует от легких случаев с небольшими четко очерченными участками выпадения волос до тяжелых случаев универсальной алопеции [22,23]. Поскольку выпадение волос может влиять на самооценку было доказано, что ОА связана с серьезными психологическими нарушениями [2,18,27]. С другой стороны, этиопатогенез ОА еще до конца не изучен, хотя считается, что наличие лимфопролиферативных очагов вокруг волосяных фолликулов может приводить к аутоиммунному повреждению волосяных фолликулов [22,23]. Более конкретно считается, что CD8+ Т-клетки участвуют в высвобождении интерферона-гамма, что приводит к нарушению иммунной толерантности волосяных фолликулов и последующему воздействию аутоантигенов [7].

Для лечения ОА используется широкий спектр методов лечения [3,5,10,15,19]. Местная или внутриочаговая терапия, включая кортикостероиды, антралин, миноксидил в основном используются в легких, менее обширных случаях дерматоза. Уже при тотальной и универсальной формах ОА в лечении используются системные препараты, включая пероральные кортикостероиды или иммунодепрессанты как метотрексат и азатиоприн [15,19]. Совсем недавно в качестве альтернативы для лечения тяжелых форм ОА стали применяться ингибиторы Янускиназы (JAKi), которые действуют посредством внутриклеточного прерывания пути [16]. Наконец, использование передовых методов лечения, таких как использование мезенхимальных стволовых клеток, которые позволяют с перспективой смотреть на лечение данного дерматоза [12].

Учитывая доступность и комплаентность использования пероральных кортикостероидов, данный метод остается вариантом выбора при лечении средней и тяжелой степени ОА. Пероральные кортикостероиды, вводимые в виде пульс-терапии, показали свою эффективность при лечении алопеций [20,21,26], хотя большинство исследований посвящены проблеме высоких доз кортикостероидных препаратов [6,9,21], что может приводить к развитию серьезных побочных явлений, таких как ожирение, гипергликемия, гипертоническая болезнь или катаракта [1]. Пульс-терапия позволяет снижать частоту побочных эффектов, сохраняя при этом эффективность лечения. Однако реальных данных об этом лечении по-прежнему недостаточно, а также недостаточно исследований, посвященных клиническим и эпидемиологическим факторам, связанным с удовлетворительным ответом.

Целью данного исследования являлось оценка эффективности и безопасности пульс-терапии системным кортикостероидом дексаметазоном больных с тяжелыми формами алопеции.

Дизайн исследования заключался в обследовании больных, получавших пульс-терапию дексаметазоном, которые не отвечали на местную терапию. Критериями включения в настоящее исследования являлось: у всех больных была диагностирована очаговая алопеция; пациенты с очаговой алопецией, которые не ответили на предыдущую местную терапию, включая и топические стероиды в течение последних 3 месяцев; показатели SALT >20% или >10%, если пациенты сообщали о значительном ухудшении качества жизни; дозы дексаметазона <5мг/день 2 дня в неделю. Все больные проходили обследование до начала лечения, а затем каждые 3 месяца до тех пор, пока лечение не было прекращено или изменено.

Для оценки тяжести заболевания использовался критерий Severity Alopecia Tool [13]. Регистрировали возраст начала заболевания и время развития заболевания в нача-

ле лечения. Возраст начала относится к первому эпизоду очаговой алопеции, тогда как время развития заболевания относится к общему времени между возрастом начала и возрастом начала лечения. Возраст начала классифицировали как «раннее» начало (<15 лет) или «позднее» начало (>15 лет); тогда как время развития в начале лечения классифицировалось как «раннее» лечение (<5 лет) или «позднее» лечение (>5 лет). Такая трактовка была взята из ранее проведенных исследований [11,14,24,25], когда дексаметазон назначался по 5 мг/день два дня в неделю.

В исследование были включены 44 больных ОА (мужчин – 31, женщин – 13) при среднем возрасте 30,1±3,7 года. У 15 из 44 (34,1%) больных отмечалось раннее начало заболевания, у 29 (65,9%) – позднее начало ОА. Начальный балл SALT и его значения, соответственно, через 3,6,9 и 12 месяцев составляли: 71,5±8,5; 58,7±5,9; 50,7±8,8; 42,7±9,1; 33,5±9,4 баллов. Положительная динамика зависела от «раннего» и «позднего» начала ОА, хотя начальный уровень индекса SALT был практически одинаков.

При использовании дексаметазона у больных ОА побочные явления были выявлены у 8 из 44 (18,2%) пациентов, причем это выражалось увеличением веса (3), повышение артериального давления (2), угревая сыпь (2), остеопороз (1).

Пероральный дексаметазон, назначаемый в виде пульс-терапии два дня в неделю, является эффективным и безопасным методом лечения больных ОА. Больные с ранним началом заболевания имеют слабые ответы на проводимое лечение, тогда как пациенты с более поздним началом имеют более удовлетворительное улучшение показателей SALT. Основным фактором, связанным с появлением побочных эффектов, является доза дексаметазона, хотя продолжительность лечения и кумулятивные дозы, по-видимому, являются другими потенциальными факторами. Пульс-терапия кортикостероидами использовалась в течение многих лет [9,21] с различной частотой ответа. Однако большинство исследований посвящено использованию высоких доз кортикостероидов [6,18] как ежедневно, так и в эквивалентных дозах, превышающих 5 мг/день дексаметазона. Дозы в этих отчетах варьируются от эквивалентных доз дексаметазона 12 мг/день 2 дня в неделю до 90 мг/месяц ежемесячно, что на самом деле намного выше, чем при пульс-терапии. С другой стороны, ни одно исследование не посвящено снижению показателя SALT или факторов, связанным с эффективностью пульс-терапии дексаметазоном. В нашем исследовании было показано, что более 50% пациентов, проходящих лечение дексаметазоном, могут достичь снижения индекса SALT на 50% через 9 месяцев лечения. Более того, улучшение индекса SALT, по-видимому, не зависит от исходного уровня SALT у больных ОА. С другой стороны, согласно нашим исследованиям, ранний возраст начала ранее был связан с более агрессивным течением [17]. Таким образом, прототипным пациентом для применения пульс-терапии дексаметазоном, не поддающийся лечению наружными средствами, предпочтительно больные с поздним началом заболевания и без противопоказаний для лечения. Хотя процент ответов на лечение кажутся относительно низкими по сравнению с показателями ответа на рутинное лечение, полученное при других дерматозах, например, при псориазе [8], учитывая большое влияние на качество жизни этих пациентов, в большинстве случаев пациенты были удовлетворены результатами проведенного лечения. Однако это утверждение основано на субъективном впечатлении врачей, участвовавших в данном исследовании, и должно быть подтверждено дальнейшими детальными исследованиями качества жизни пациентов, получавших дексаметазон. Для улучшения результатов лечения дексаметазоном или при лечении пациентов с меньшей вероятностью ответа альтернативой выбора, вероятно, являются другие методы лечения, такие как JAKi [15]. Что касается побочных эффектов особый интерес представляет использование сниженных доз кортикостероидов, таких как пульс-терапия. Такой подход позволит сохранить эффективность и снизить дозу кортикостероидов, тем самым уменьшая проявления нежелательных эффектов. Кроме того, вполне вероятно, что использование более низких доз позволит применять лечение в течение более длительного времени и без побочных эффектов. Основным ограничением настоящего исследования является размер выборки, который может ограничить получение значимых результатов. Более того, поскольку данное исследование в реальных условиях, а не контролируемое, в применяемых дозах отсутствует однородность. Дальнейшие исследования по этому вопросу были бы интересны для лучшего понимания эффективности лечения дексаметазоном больных ОА.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Buchman AL. Side effects of corticosteroid threpy. J Clin Gastroenterol. 2001;33:289-294.
2. Colon EA, Popkin MK, Callies AL, Dessert NJ. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. Compr Psychiatry. 1991;32:245-251.
3. Cowley BJ, Dong J. Use of oral corticosteroids in the treatment of alopecia areata. Arch Dis Child. 2020;105:96-98.
4. Cranwell WC, Lai VW, Photion L, Meach N. Treatment of alopecia areata: an Australian expert consensus statement. Australas J Dermatol. 2019;60:163-170.
5. Hordinsky M, Donati A. Alopecia areata: an evidence-based treatment update. Amer J Clin Dermatol. 2014;15:231-246.
6. Jahn-Bassler K, Bauer WM, Karlhofer F, Stingl G. Sequential high and low-dose systemic corticosteroid therapy for severe childhood alopecia areata. J Dtsch Dermatol Ges. 2017;15:42-47.
7. Ito T, Kageyama R, Nakazawa S, Honda T. Understanding the significance of cytokines and chemokines in the pathogenesis of alopecia areata. Exp Dermatol. 2020;29:726-732.
8. Kamata M, Tada Y. Efficacy and safety of biologics for psoriasis and psoriatic arthritis and their impact on comorbidities: a literature review. Int J Mol Sci. 2020;21:1690-1694.
9. Kurosawa M, Nakagawa S, Mizuashi M, Sasaki Y. Comparison of the efficacy, relapse rate and side effects among three modalities of systemic corticosteroid therapy for alopecia areata. Dermatology. 2006;212:361-365.
10. Lai VWY, Chen G, Gin D., Sinclar R. Systemic treatment for alopecia areata: a systematic review. Australaqs J Dermatol. 2019;60:1-13.
11. Lyakhovitsky A, Aronovich A, Gilboa S, Baum S. Alopecia areata: a long-term follow-up study of 104 patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019;33:1602-1609.
12. Martinez-Lopez A, Montero-Vilchez T, Sierra-Sanchez A, Molina-Leyva A. Advanced medical therapies in the management of non-scarring alopecia areata and androgenic alopecia. Int J Mol Sci.

2020;21:8390.

13. Olsen EA, Canfield D. SALT II: a new take on the severity of alopecia tool (SALT) for determining percentage scalp hair loss. J Amer Acad Dermatol. 2016;75:1268-1270.

14. Patra S, Khaitan BR, Sharma VK, Khanna N. A randomized comparative study of the effect of betamethasone oral mini-pulse therapy versus oral azathioprine in progressive non-segmental vitiligo. J Amer Acad Dermatol. 2019;16:16-20.

15. Phan K, Ramachandran V, Sebaratham DF. Methotrexate for alopecia areata: a systematic review and meta-analysis. J Amer Acad Dermatol. 2019;80:120-127.

16. Phan K, Sebaratnam DF. JAK inhibitors for alopecia areata: a systematic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019;33:850-856.

17. Ranawaka R. An observational study of alopecia areata in Sri Lankan adults patients. Ceylon Med J. 2014;59:128-131.

18. Rencz F, Gulacsi L, Pentek M, Wikonkal N. Alopecia areata and health-related quality of life. A systematic review and meta-analysis. Brit J Dermatol. 2016;175:561-571.

19. Saoji V, Kulkarni S, Madke B. Alopecia areata treanted with oral azathioprine: a case series. Int J Trichol. 2019;11`:219-222.

20. Sharma VK. Pulsed administration of corticosteroids in the treatment of alopecia areata. Int J Dermatol. 1996;35:133-136.

21. Sharma VK, Gupta S. Twice weekly 5 mg dexamethasone oral pulse in the treatment of extensive alopecia areata. J Dermatol.1999;26:562-565.

22. Strazzulla LC, Wang EHC, Avila L, Sicco KI. Alopecia areata: disease characteristics, clinical evaluation and new perspectives on pathogenesis. J Amer Acad Dermatol. 2018;78:1-12.

23. Strazzulla LC, Wang EHC, Avila L, Sicco KL. Alopecia areata: an appraisal of new treatment approaches and overview of current therapies. J Amer Acad Dermatol. 2018;78:15-24.

24. Thi PT, Cam VT, Lan AT, Ha PT. The effectiveness of oral mini-pulse methylprednosolonenein – The treatment of alopecia areata in Vietnam. J Med Sci. 2019;7:291-292.

25. Tosti A, Bellavista S, Iorizzo M. Alopecia areata: a long term follow-up study of 191 patients. J Amer Acad Dermatol. 2006;55:438-441.

26. Van ATT, Lan AT, Anh MH, Van TS. Efficacy and safety of methotrexate in combination with mini pulse doses of methylprednisolone in severe alopecia areata. The Vietnamese experience. Open Access Maced. J Med Sci. 2019;7:200-203.

27. Velez-Muniz RDC, Peratta-Pedrero ML, Cruz FJS, Morales-Sanchez MA. Psychological profile and Quality of life of patients with alopecia areata. Ski Appendage Disord. 2029;5:293-298.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО РЕЦИДИВНОГО СИФИЛИСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

М.И. Абдуллаев, Д.Ж. Набиева, М. Шайметов, Р. Бахадирова

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

Angli Ruskin University-BSc (Hons) Biomedical

Наше наблюдение случаев больных ВИЧ-инфекцией, на фоне которой развился Вторичный рецидивный сифилис показывает, что сифилис у ВИЧ-инфицированных больных протекает более злокачественно: кожный процесс имеет более распространенный характер, поверхности папул часто эррозируется не только в складках кожи, но и на поверхности гладкой кожи. Некоторые папулы покрываются серебристо-белыми чешуйками, ладонно-подошвенные поражения клинически напоминают псориаз или рубромикоз, а также поражаются придатки кожи в виде диффузной аллопеции и паронихии. Наличие у пациента одновременно обеих инфекций утяжеляет клиническую картину, нередко является причиной диагностических ошибок, способствуя распространению заболевания среди населения. Таким образом, изучение особенности клиники и течения различных инфекционных и неинфекционных заболеваний у ВИЧ-инфицированных больных имеет не только научное, но и огромное практическое значение при ранней диагностике ВИЧ/СПИДа.

Ключевые слова: вторичный сифилис, ВИЧ-инфекция, микст-инфекция, инфекции передаваемые половым путем.

Ikkilamchi qaytalama zaxmning OIVga chalingan bemorlarda kechishining ba’zi o‘ziga xos xususiyatlari

M.I. Abdullayev, D.J. Nabiyeva, M. Shaymetov, R. Baxadirova

Kuzatuvimiz ostida bo‘lgan OIVga chalingan ikki nafar bemorlarda Ikkilamchi qaytalama zaxm kasalligi klinikasining kuzatuvi shuni ko‘rsatdi-ki, zaxm bu bemorlarda o‘ta og‘ir kechadi, ya’ni kasallik ttoshmalari tarqoq joylashib, ko‘plab papulalar yuzasi nafaqat teri burmalarida, balki silliq terida ham shilinishga va yaralanishga moyil bo‘ladi, qo‘l va oyoq kaftlarini zararlanishi va ba’zi papulalarni yuzalarini oqish-kumishsimon tangachalar bilan qoplanishi psoriaz kasalligini eslatadi. Bundan tashqari, teri ortiqlaridan sochlarni diffuz to‘kilishi, tirnoqlar o‘zagini paraonixiya holida o‘zgarishlari ham uchraydi. Ikkala kasallikning bir bemorda uchrashi sifilisning og‘ir o‘tishiga, klinik belgilarini atipik ko‘rinishda bo‘lishiga va shu sababli diagnostik xatoliklar sababli kech tashxis qo‘yilishiga g‘amda kasallikning aholi orasida tarqalishiga sabab bo‘lishi mumkin. Shunday qilib OIV bor bemorlarda turli infeksion va noinfeksion kasalliklarning o‘ziga xos kechishini o‘rganish nafaqat ilmiy, balki katta amaliy axamiyatga xam ega.

Tayanch so‘zlar: Ikkilamchi qaytalama zaxm, OIV-infeksiyasi, mikst-infeksiya, jinsiy yo‘l orqali yuqadigan infeksiyalar.

Some features of the course of secondary recurrent syphilis in HIV-infected patients

M.I. Abdullaev, D.Zh. Nabieva, M. Shaimetov, R. Bakhadirova

Our observation of two HIV-infected patients with "Secondary recurrent syphilis" shows that syphilis in HIV-infected patients is more malignant: the skin process is more widespread, the surfaces of papules are often eroded not only in skin folds, but also on smooth skin, and some papules are covered with silvery-white scales, palm and plantar lesions clinically resemble psoriasis or rubromycosis, and skin appendages are also affected in the form of diffuse alopecia and paronychia. The presence of both infections in a patient simultaneously aggravates the clinical picture, is often the cause of diagnostic errors, contributing to the spread of diseases among the population. Thus, the study of clinical features and course of various infectious and non-infectious diseases in HIV-infected patients has not only scientific, but also a great practical value in the early diagnosis of HIV/AIDS.

Keywords: secondary syphilis, HIV infection, mixt-infection, sexually transmitted infections.

Статистические и прогностические данные показывают, что в истории человечества не было такой болезни как ВИЧ-инфекция, которая привлекала бы к себе столь пристальное внимание. Первый случай был зарегистрирован 41 год назад. За этот период заболевание распространилось по всему миру и число зарегистрированных случаев превысило 85 млн., из них почти половина уже умерли от различных осложнений СПИДа [4,5,6]. В последние годы увеличение количества больных в основном регистрируется на территориях развивающихся и неразвитых стран, таких как Африка, Центральная Азия и СНГ [4]. Из-за усиления профилактических работ в США (где был зарегистрирован первый больной со СПИ-Дом) и в развитых Европейских странах рост числа заболеваемости стабилизировался, а в некоторых странах, наоборот отмечается снижение количества новых случаев ВИЧ/СПИ-Да. За этот период проводилось множество научных работ, посвященных ВИЧ/СПИДу, но конкретных методов лечения, позволяющий избавится от этой инфекции, еще не разработано. По суждению ученых, одним из основных причин неэффективности разрабатываемых методов лечения, является мутация ВИЧ за короткие сроки [1,6].

ВИЧ/СПИД – одно из опаснейших инфекционных болезней человека, угрожающая существованию человеческой популяции, поскольку гибель инфицированных неизбежна в среднем через 10-11 лет после заражения ВИЧ.

Одной из основных причин, приводящих к увеличению количества больных с ВИЧ-инфекций, является ее многолетнее бессимптомное или малосимптомное течение, что создает благоприятные условия для распространения инфекции от зараженных, особенно, если они являются представителями коммерческих секс-услуг. У зараженных ВИЧ-инфекцией людей возрастающий иммунодефицит создает благоприятный фон для развития ВИЧ-ассоциированных заболеваний, в том числе и кожных. Если эти заболевания были до ВИЧ-инфицирования, то в последующем, меняется их клиника и течение [1,2,5]. В связи с этим, изучение особенности клиники и течения различных инфекционных и неинфекционных заболевании у ВИЧ-инфицированных, имеет не только научное, но и огромное практическое значение при ранней диагностике ВИЧ/СПИДа.

В последние годы встречается заражение сифилисом на фоне ВИЧ-инфекции, которая коренным образом изменяет клинику и течение сифилиса, и может быть причиной диагностических ошибок [3].

В последние 10-12 лет отмечается неуклонное снижение количества больных сифилисом по всему миру, в том числе и в Узбекистане, особенно его манифестных форм. По данным ВОЗ, Узбекистан по частоте встречаемости сифилисом в мире занимает 169-е место. Одной из основных причин снижения количества этих больных является широкое применение антибиотиков по поводу различных заболеваний. Если смотреть за статистическими данными до 2000 года, каждый 11-13 лет по всему миру, по неясным причинам, наблюдался рост количества этих больных. Последняя вспышка отмечалась в 1996-1998 гг. Тогда в странах СНГ на 100000 населения встречалось около 208 больных сифилисом, в последние годы этот показатель составляет 6-10 [4,6]. Этиология, патогенез, пути заражения и клиника сифилиса достаточно изучены, и этому посвящены многочисленные литературные данные по всему миру. Несмотря на это, в некоторых клинических ситуациях возникают определенные сложности в диагностике. Основная причина несвоевременной диагностики сифилиса является его атипичное течение на фоне других заболеваний, особенно ВИЧ/СПИДа, количество которых по данным ВОЗ каждый год увеличивается почти на 2,5-3 миллиона. В последние годы в Узбекистане отмечается тенденция к снижению заболеваемости сифилисом, при этом неуклонно растет число ВИЧ-инфицированных. Наличие у пациента одновременно обеих инфекций утяжеляет клиническую картину, нередко является причиной диагностических ошибок, способствуя распространению заболеваний среди населения, примером этого служит наше наблюдение.

Клиническое наблюдение. Пациентка Н.И. 1985 г. р. поступила в стационар по направлению Ташкентского Областного Спид Центра 19.06.2023 с диагнозом «Вторичный сифилис».

Из анамнеза заболевания: Со слов больной, за последние 2-3 месяца она троекратно обращалась в поликлинику по месту жительства в связи с высыпаниями на коже. В поликлинике был поставлен диагноз «Псориаз», проведенное лечение не дало положительного эффекта. Установлено, что больная с апреля 2023 года находится на учете в Ташкентском областном СПИД центре с диагнозом В 20, где получает АРВТ по схеме. При повторном обращении туда в июне 2023 г. она сдала анализ на сифилис (РМП), реакция оказалась положительной, на основании чего больная направлена в ТашОблКВД с вышеуказанным диагнозом.

Больная родилась в семье рабочих вторым ребенком, росла и развивалась здоровым ребенком. Перенесенные заболевания ОРВИ, хронический тонзиллит, ветренная оспа, вирусный гепатит А. Все прививки получала по календарю. Менструация с 14 лет, регулярно, Половые контакты с 19 лет после замужества. Муж умер 6 лет тому назад, в настоящее время имеет сожителя Ш.А. 1977 г.р. Имеются две дочери от первого брака: 1. Т.Р. 2007 г.р., 2. Т.Д. 2009 г.р.

Эпидемиологический анамнез: Сожитель: Ш.А. 1977 г.р. Результаты обследования: РМП 4+титр 1:30, РПГА 4+, РИФабс 4+. Диагноз: Lues II recidiva (A51.3), получает стационарное лечение. Старшая дочь: Т. Р. 2007 г.р. РМП 4+титр 1:32, РПГА 4+, РИФ200 ¾+, РИФабс 4+. Диагноз: Lues II recidiva (A51.3) получает лечение в стационаре. Младшая дочь: Т. Д. 2009 г.р. РПГА(-) от 26.06.2023г. №18. На коже и видимых слизистых проявления L-инфекции отсутствуют. Диагноз: Практически здорова, получает превентивное лечение. Больная последние 6 месяцев за рубежом не была, с инфекционными больными в контакте не была, кровь и заменители крови не получала, донором не была. Со слов сотрудника МВД по месту жительства установлено, что больная и ее старшая дочь ведут беспорядочную половую жизнь.

При поступлении в стационар ТашОблКВД общее состояние больной удовлетворительное, положение активное, имеет нормостенический тип телосложения, на вопросы отвечает по существу. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Все периферические лимфатические узлы увеличены, размером с косточки урюка до греческого ореха, подвижные, безболезненные, не спаяны между собой, имеют плотно-эластическую консистенцию.

Со стороны дыхательной системы жалоб нет, дышит через нос свободно, аускультативно-везикулярное дыхание. Со стороны ССС жалоб нет, при аускультации тоны сердца незначительно приглушены, сердцебиение ритмичное, шумов нет. Пульс 70 раз в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 110/70 мм. ртутного столба. Со стороны системы пищеварения жалобы

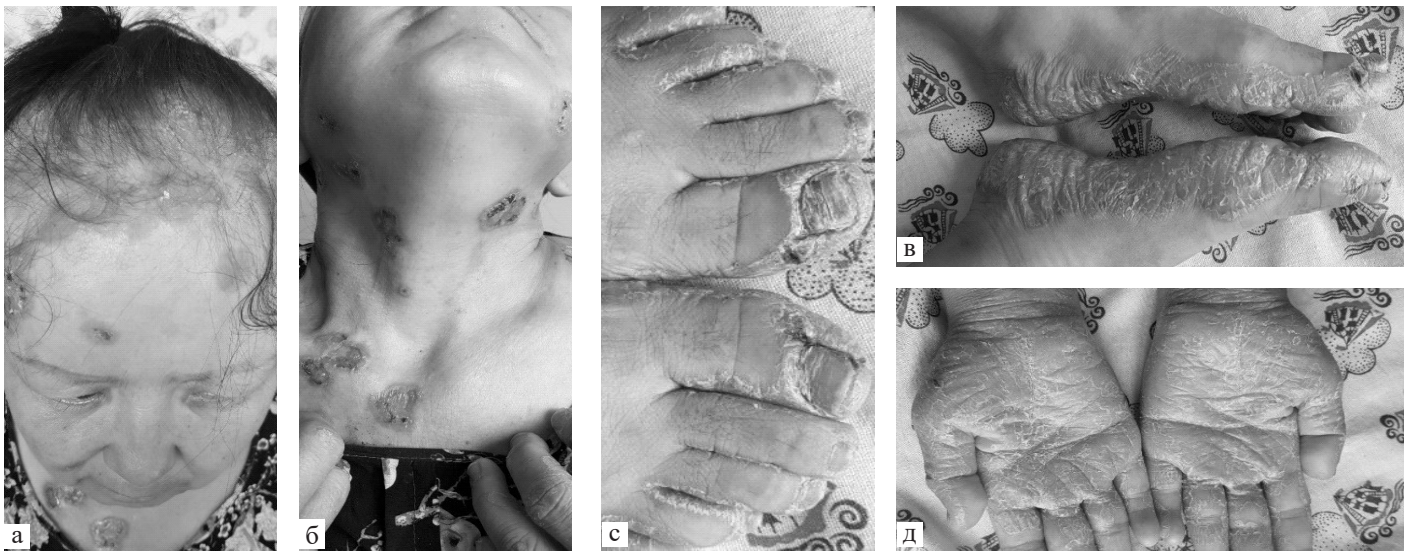


Рис. 1 (а, б, в, с, д). Клиника вторичного рецедивного сифилиса до лечения у ВИЧ инфицированного больного

на незначительное боли в области эпигастрия и снижение аппетита. Язык слегка обложен белым налетом, особенно по периферии. Пальпаторно – живот мягкий, безболезненный, печень на 1-1,5 см выступает под реберной дуги, поверхность гладкая, безболезненная. Селезенка не увеличена. Стул мягкий, каждый день, регулярный, безболезненный. Мочеиспускание безболезненное, 3-4 раза в сутки, симптом Пастернацкого отрицательный.

Описание кожно-патологического процесса: кожно-патологический процесс носит неостровоспалительный, распространенный характер. На волосистой части головы волосы редкие, тусклые, местами полностью отсутствуют, брови тоже редкие, особенно от края к центру, ресницы выпадены в виде лестницы (Симптом Пинкуса или трамвайный сифилис) [Рис. 1-а,2]. В области лба, затылка, вокруг ушной раковины имеются бледно-розовые, округло-овальные папулы, покрытые серебристо-белыми чешуйками, размером с 1-2,5 см Некоторые папулы эрозированы, имеют влажную гладкую розовую поверхность, местами покрытые серозными и серозно-геморрагическими корочками (Рис. 1-а,б). Аналогичные множественные папулы имеются на гладкой коже шеи, грудной клетки, спины и передней поверхности голени. При соскабливании папул, покрытых серебристо-белыми чешуйками, они слегка отслаиваются, при продолжении точечных кровотечений не наблюдается (отрицательный симптом Ауспитца).

Почти по всей ладонно-подошвенной поверхности отмечается гиперкератоз, сухость, шелушение. Поражения имеют четкие границы и переходят на тыльную поверхность верхних и нижних конечностей. Все межпальцевые складки нижних конечностей воспалены, имеют бледно-розовый цвет и покрыты белесоватыми чешуйками, на основании которых имеется значительный инфильтрат (Рис. 1- в, с, д.). Аналогичные изменения отмечаются вокруг ногтевых пластинок ног (Рис. 1- с.)

Больная обследована согласно стандарту: Общий анализ крови (от 12/06/2023): Гемоглобин (HB) – 108.0 г/л; Эритроциты (RBC) – 3.8 1012/л; Цветной показатель – 0.85; Лейкоциты (WBC) – 7.0 109/л; нейтрофилы п/я – 1%, с/я – 64 %; Эозинофилы – 8% - [0,5-5]; Моноциты – 2 % - [3-11]; Лимфоциты – 25 % - [19-37]; РОЭ - 10 мм/ч.

Серологические исследования (19/06/2023): Микрореакция РМП с сывороткой -3/4+; РПГА на сифилис -4+; Комплекс реакций иммунофлюоресценции (РИФ-200, РИФ-авс)

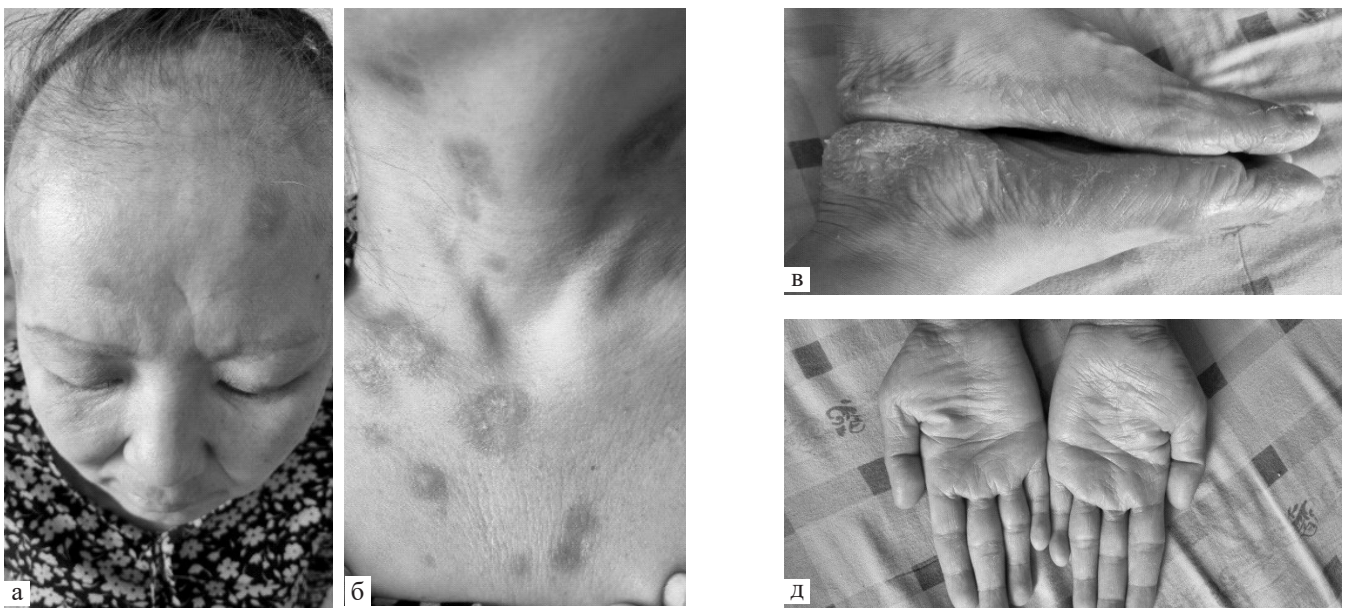


Рис. 2 (а, б, в, с). Те же больная после лечения (через 10 дней после противосифилитического лечения)



Рис. 3. Сифилитическая алопеция (а), сифилитические поражения межпальцевых складок (б) в виде микоза, псориазиформные сифилиды (с,е), воротничок Биета (д) и сифилитические инфильтраты полового члена покрытой чешуйка-корками у ВИЧ инфицированного больного.

– 3+ 4+ соответственно; РИТ -70 %.

Проведено бактериоскопическое исследование чешуек на грибы: – не обнаружено (12/06/2023). Биохимия крови : (20/06/2023) – АЛТ – 77 Ед/л – [<40], АСТ – 72 Ед/л – [<35]; Билирубин: Общий – 15,2; связанный – 2,6 свободный – 12,6 мкмоль/л.

Бактериоскопия содержимого с влажной поверхности эрозий и язв (с очага плеча и шеи) (20/06/2023): бледная спирохета не найдена. Бактериоскопия из выделения уретры, шейки матки и влагалища: ИППП не найдено. При бактериальном посеве из шейки матки отмечен рост золотистого стафилококка.

Больной назначено соответствующее лечение по поводу сифилиса согласно инструкции утвержденной МЗ РУ (от 2010 г.). После первой инъекции пенициллина отмечалась реакция обострения в виде повышения температуры тела (37,8 С), общей слабости, головной боли и легкой болезненности в мышцах нижних конечностей.

С 2-го и 3-го дня отмечалось явное улучшение клинической картины сифилиса в виде побледнения и уплощения папулёзных элементов и отшелушивания чешуек. На 10 день папулы почти полностью рассосались, оставив розовые пятна (Рис. 2-а,б,в,с). Больная последние 8 месяцев находится на клинико-серологическом контроле, со слов венеролога по месту жительства, за этот период псориазиформные высыпания на коже не появились, волосы погустели, показатели сероreакции снизились.

За этот период к нам поступил второй больной, В.А. 27 лет, с направительным диагнозом «Вторичный рецидивный сифилис», при обследовании по стандарту ИФА реакция и ПЦР на ВИЧ оказались положительными. Клиническая картина также характеризовалась высыпаниями в виде псориазиформных папул и инфильтрации пальцев ног и генитальной области (Рис. 3-с,е, а,б,в), смешанной алопеции (Рис. 3-а), наличием классического воротничка Биетта на подошве (Рис. 3-д). Больной ведёт беспорядочную половую жизнь, не женат, живет один в квартире. После завершения противосифилитического лечения больной отправлен в Областной СПИД центр для дальнейшего лечения и наблюдения.

Таким образом, сифилис у ВИЧ-инфицированных протекает более злокачественно: кожный процесс имеет более распространённый характер, поверхность папул часто эрозируется не только в складках кожи, но и на поверхности гладкой кожи, некоторые папулы покрываются серебристо-белыми чешуйками. Ладонно-подошвенные поражения клинически напоминают псориаз или рубромикоз, также поражаются придатки кожи в виде диффузной аллопеции и паронихии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаев М.И., Набиева Д. Д. Ранняя диагностика ВИЧ-ассоцированных дерматозов у детей. /Методические рекомендации. Ташкент, 2023г. С. -21.

2. Ким О.В., Шамсиев Ф.С., Гафарова Ф.М., Алимова Х.А. Состояние клеточного и гуморального иммунитета у ВИЧ-инфицированных детей. // Журнал теоретической и клинической медицины. 2014. Том 2 N3. - С. 60.

3. Кошкин С.В., Евсеева А.Л., Рябова В.В., Коврова О.С. Клиническое наблюдение вторичного сифилиса у ВИЧ-инфицированного пациента. / РМЖ. Медицинское обозрение. 2021г. N3 5(11) С. 778-781.

4. Меркушкина Т. А., Мирахмедова Н. Н. [и др.]. Концентрация цитокинов ИФН-г и ИЛ-4 при ВИЧ/ СПИД-заболевании у детей и взрослых.: материалы научно-практической конференции молодых ученых «Актуальные вопросы иммунологии, иммуногенетики и междисциплинарных проблем». //Журнал теоретической и клинической медицины. - Т., 2013. - Спец. выпуск. - С. 163

5. Набиева Д.Д., Абдуллаев М.И., Мун А.В. Клинические особенности проявления грибковых инфекций при ВИЧ-инфекции у детей. // Педиатрия: - 2020. - N 1. - С. 173-179

6. Рахимов А.Х. О заболеваемости и борьбе с ВИЧ-инфекцией в России. // Главная медицинская сестра. - М., 2016. - N1. - С. 81-87.

ISSIQ IQLIM SHAROITIDA QO'TIR KASALLIGINING TARQALISH DINAMIKASI

E.X. Eshboev, A.T. Tog'aev, F.S. Qalandarova
Qoraqalpog‘iston tibbiyot instituti
Respublika ixtisoslashtirilgan Dermatovenerologiya va Kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi
TTA Termiz filiali
Toshkent vaksina va zardoblar ilmiy tadqiqot instituti

Darhaqiqat, kasallanganlar va ularning maishiy muloqotdorlarini aniq va to‘liq holatda ro‘yxatga olib, ularning tibbiy ko‘rigini o‘z vaqtida olib bormas ekanmiz, kasallanishning mavsumiylik darajasi ham nisbatan izdan chiqib ketadi. Sababi, noto‘g‘ri berilayotgan ma’lumotlar tufayli aholi orasida kasallikning tarqalishi davom etaveradi. Keyinchalik qo‘tir psixonevrologik klinikalari, muruvvat uylari, internat va bolalar uylarida yashovchilar orasida uzoq vaqt saqlanib qoladi. Ayniqsa, bir joyda uzoq vaqt yotib qolgan nogironlarga, ularda immun tizimining ishdan chiqishi natijasida, kasallikning yuqishi Norvegiya qo‘tirining kelib chiqishiga olib keladi. 14 yoshgacha bo‘lgan bolalar orasida kasallanish 70,8%; 71,4% (2021-yil), xatto ayrim joylarda 77,2% (2020-yil) gacha ko‘tarilgan. 3-6 oylik chaqaloq, go‘daklar orasida qo‘tir kasalligining qayd qilinishi epidemiologik jarayon unchalik barqaror emasligidan dalolat bermoqda. Viloyat hududlarida muzlatkichlar bilan bog‘liq (oziq-ovqat, go‘sht, sut, ho‘l meva saqlaydigan) korxonalar soni yildan yilga ortib bormoqda. Bu korxonalarning asosiy qismida yillik o‘rtacha xarorat +4-10 dan oshmaydi. Demak, biz texnik jarayonning rivojlanishi bilan bir qatorda ayrim parazitar kasalliklarning mavsumiyligiga sun’iy tarzda ta’sir qilmoqdamiz. Uning ustiga aholi orasidagi tashqi migrasiya jarayonining o‘rnini unutmasligimiz lozim.

Tayanch so‘zlari: Qo‘tir kasalligi, urg‘ochi va erkak kanalar, epidermis, maishiy kontakt, mavsumiylik.

Динамика распространения чесотки в странах с жарким климатом

Э.Х. Эшбаев, А.Т. Тагаев, Ф.С. Каландарова

Действительно, если мы не проведем своевременное медицинское обследование больных и их домашних коммуникаторов в точном и полном состоянии, уровень сезонности заболеваемости также будет относительно низким. Причина в том, что распространение болезни среди населения будет продолжаться из-за неверной информации. Впоследствии чесотка надолго сохраняется среди жителей психоневрологических клиник, домов милосердия, интернатов и детских домов. Особенно это касается инвалидов, которые долго лежат на одном месте, у которых в результате сбоя иммунной системы происходит передача болезни норвежской чесотки. Заболеваемость среди детей в возрасте до 14 лет составляет 70,8%; 71,4% (2021 г.), а в некоторых местах даже выросла до 77,2% (2020 г.). Младенец в возрасте 3-6 месяцев, младенцы

Ключевые слова: чесотка, самки и самцы клещей, эпидермис, бытовой контакт, сезонность.

Dynamics of the spread of scabies in hot climates

E.H. Eshbaev, A.T. Tagaev, F.S. Kalandarova

Indeed, if we do not conduct a timely medical examination of patients and their home communicators in an accurate and complete condition, the level of seasonality of morbidity will also be relatively low. The reason is that the spread of the disease among the population will continue due to incorrect information. Subsequently, scabies persists for a long time among residents of neuropsychiatric clinics, mercy homes, boarding schools and orphanages. This is especially true for people with disabilities who lie in one place for a long time, who, as a result of a malfunction of the immune system, transmit the disease of Norwegian scabies. The incidence among children under the age of 14 is 70.8%; 71.4% (2021), and in some places even increased to 77.2% (2020). An infant aged 3-6 months, infants

Key words: scabies, female and male ticks, epidermis, household contact, seasonality.

Mavzuning dolzarbligi. Qo‘tir (chesotka) terining o‘ta yuqumli parazitar kasalligi hisoblanadi. Lekin aytish joizki, kasallik biroz mavsumiylik xarakteriga ega. Aksariyat yilning kuz fasli nihoyasi, qish va bahor oylarining dastlabki haftalarida avj oladi. Yoz fasliga kelib keskin kamayadi. Bu holat qo‘tir kasalligining qo‘zg‘atuvchisi Sarcoptes scabies kanasining morfobiologik xossalari bilan bog‘liq. Sarcoptes scabies ikki jinsli (urg‘ochi va erkak) parazit kanalar bo‘lib, erkagi urg‘ochisidan kichkina va odam terisi ichida parazitlik qilmaydi. Ular terining muguz qavatida joylashgan shox qavat hujayralari orasida urg‘ochi kanani urug‘lantirishda ishtirok etadi xolos (ektoparazit). Hayotining oxirigacha yetadigan urug‘ hujayralar bilan urug‘langan urg‘ochi kana endilikda epidermis hujayralari bilan oziqlanib o‘z umri davomida (45-60 kun) har kuni 1-2 ta tuxum qo‘yadi. Davolanmagan bemor terisi ichida bir oy davomida o‘n minglab kanalar parazitlik qiladi. Kanalarning ko‘rish organi rivojlanmagan (ko‘r), nam va salqin sharoitni xush ko‘radi. Odatda, odam tanasining 27-28º S darajadagi sohalarida (qo‘l va oyoqlar terisi, dumba, jinsiy a’zolar terisi va x.k.) rivojlanadi va keyinchalik tirnab qashlash oqibatida tananing (bosh va yuzdan tashqari) boshqa joylariga ham tarqalib ketadi [1,2,5].

Kanalar epidermis ichida tunnellar kavlab, uni eydi, yo‘lida to‘g‘ri kelgan sezgi vazifasini bajaruvchi asab tolalari uchini qattiq zararlaydi. Jarayon kuchli qichishish bilan kechadi. Parazitning aktiv faoliyati kunning kechki davriga to‘g‘ri keladi. Shuning uchun ham bemorlar kechasi mijja qoqmay chiqadilar. Qichishish tufayli bemorlar mexanik yo‘l bilan o‘z tirnoqlari ostida kanalarni yoki uning tuxum va lichinkalarini terining boshqa qismiga o‘z qo‘li bilan tarqatadi [3].

Kunning issiq sharoitida quyoshning nurlari ostida kanalarning harakati va faoliyati sustlashadi. Quruq va issiq havoda ularning yashashiga sharoit qolmaydi. Shuning uchun ham yozga borib kasallanish keskin kamayib ketadi [4].

Tadqiqotning maqsadi. Yuqoridagi fikr va mulohazalarni e’tiborga olgan holda respublikamizning yilning asosiy qismida iqlimi issiq bo‘lgan hududlarida, jumladan Surxondaryo viloyati sharoitida qo‘tir bilan kasallanish dinamikasini tahlil qilish.

Surxondaryo viloyati respublikamizning eng janubida joylashgan bo‘lib, aholisi 2 858 715. Janubi-G‘arbdan Afg‘oniston bilan chegaradosh.

Tadqiqot natijalari. 2019-yili viloyat hududidan qo‘tirga chalingan 615 nafar bemor aniqlangan bo‘lib, bu holat 100 ming aholiga intensiv ko‘rsatkich 23,4 nafarni, 14 yoshgacha bo‘lgan

bolalar – 54,3% ni tashkil qilgan. Xuddi shu yili vatanimizning shimolida joylashgan Xorazm viloyatida kasallanishning intensiv ko‘rsatkichi 8,5 (156 nafar), Qoraqalpog‘iston Respublikasida 13,1 (245 nafar) dan iborat bo‘lgan. Xuddi shunday tahlillarni 2020, 2021, 2023 yillar uchun ham olib bordik. E’tiborlisi shundaki, so‘nggi besh yil davomida shimoliy hududlardagi qo‘tir bilan kasallanishning intensiv ko‘rsatkichlari Xorazmda 5,1; 6,1; 9,6; 16,9, Qoraqalpog‘iston Respublikasida 8,2; 7,2; 7,3; 7,8, ya’ni issiq o‘lkadan hech qachon yuqori bo‘lmagan.

Unda o‘z-o‘zidan o‘rinli savol tug‘iladi, kasallikning qishga borib mavsumiy ko‘payadi, degan fikrimiz nima bo‘ldi yoki buning boshqa bir sababi bormikin?

Ushbu savollarga oydinlik kiritish maqsadida biz viloyatning shahar va tumanlar kesimida qo‘tir bilan kasallanish dinamikasini o‘rgandik.

2020 va 2021-yillar davomida kasallanishning eng yuqori (35,7; 36,7) Termiz shahriga to‘g‘ri kelgan. Bemorlarning yarmidan ortig‘ini (52,3%) 14 yoshgacha bo‘lgan bolalar tashkil etadi. Kasallanish bo‘yicha keyingi o‘rinni Bandixon tumani (30,2; 33,5) egallagan. Ammo viloyatda eng aholisi ko‘p hisoblangan Sariosiyo tumanida 1 yil davomida bor yo‘g‘i 8 nafar bemor qayd qilingan, xolos. Xuddi shunday, Denov va Uzun tumanlarida ham aniqlangan bemorlar sonining 100 ming aholiga intensiv ko‘rsatkichi (5,6; 7,5) ni tashkil qilgan.

2022, 2023-yillarga kelib kasallanish Angor, Termiz va Bandixon tumanlarida (43,6; 59,5; 34,1) ancha yuqorilashgan va viloyat ko‘rsatkichidan (17,4; 19,0) bir necha baravar baland bo‘lgan. Lekin, yana Sariosiyo (3,6), Denov (5,4) va nihoyat Uzun tumanlarida kasallanish darajasi juda past qiymatlarda qolib ketgan. Shu yillari 14 yoshgacha bo‘lgan bolalarning viloyatda kasallanishi 48,0; 49,4 ni tashkil qilgan bo‘lsa, Sariosiyo, Denov va Uzun tumanlarida qo‘tir bilan kasallanganlar soni bunchalik kam bo‘lishi mumkin emas. Ushbu hududlarda salkam 600 ming aholi istiqomat qiladi. Demak, bemorlarni hisobga olish va ularning kontaktlarini nazorat qilish izdan chiqib ketgan.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Абдиева Д.Х., Устобаева Т.Т., Саидов Б.И., Дирда Н.И., Валиева М.С. Динамика инвазирования чесотки в семейних очагах// Здравоохранение Таджикистана. - 2016.

2. Жучков М.В., Болшакова Э.Э., Сонин Д.Б., Масиянская Т.Д. Применение дерматоскопии в диагностике чесотки: описание клинического случая//Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. - 2018.

3. Рахматов А. Б. Дерматоскопия в диагностике чесотки [Электронний ресурс] / А. Б. Рахматов, М. К. Халдарбеков, Т. П. Рахматов. - Электрон. текстовие дан.: [b. i.] // Yuqumli kasalliklar bo‘yicha Milliy Kongressning tezislar to‘plami (Toshkent, 24-25 mart 2022 y.). - Toshkent, 2022.

3. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., Малярчук А.П., Новолоская К.М. Критерии эпидемиологической значимости семейних очагов при редких вариантах течения чесотки//Клиническая дерматология и венерология. - 2021.

4. Эшбоев Э.Х. Тошкент вилоятида қўтир (чесотка)нинг аниқланиш даражасини таҳлили : Сборник тезисов Международной научно-практической конференции «Актуалные проблемы дерматовенерологии и эстетической медицины» (Ташкент, 10-11 сентября 2021 г.) / Э.Х. Эшбоев, О.С. Имамов, А.А. Тастанов // Дерматовенерология и эстетическая медицина: научно-практический журнал / Республиканский специализированний научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ассоциация дерматовенерологов Узбекистана. - Ташкент: ООО «Niso Poligraf». - 2021.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

И.Т. Карабаева, А.Б. Рахматов, Д.А. Абдуразакова, К.Д. Махмудова

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

У 124 больных врожденным буллезным эпидермолизом (ВБЭ) был проведен флуоресцентный иммуноанализ содержания CRP и hs-CRP, которые находились в прямой зависимости от клинической формы ВБЭ и динамика изученных показателей воспаления являлась индикатором эффективности проводимой терапии.

Ключевые слова: врожденный буллезный эпидермолиз, клиника, воспаление, диагностика, лечение.

Tug‘ma bullyoz epidermoliz bilan o‘rigan bemorlarda CRPni klinik baholanishini aniqlash

I.T. Karabaeva, A.B. Raxmatov, D.A. Abdurazakova, K.D. Maxmudova

Tug‘ma bullyoz epidermoliz (TBE) bilan og‘rigan 124 nafar bemorda immunofluoressent tahlilida CRP va hs-CRP mikdori o‘rganildi, bu TBEning klinik shakllari bilan to‘g‘ridan-to‘g‘ri bog‘langan bo‘lib va dinamikada o‘rganilgan yallig‘lanish ko‘rsatkichlari o‘tkaziladigan davo terapiyasining samaradorligi indikatori bo‘lib hisoblanadi.

Tayanch so‘zlar: Tug‘ma bullyoz epidermoliz, klinika, yallig‘lanish, diagnostika, davolash

Tug‘ma bullyoz epidermoliz (TBE) bilan og‘rigan 124 nafar bemorda immunofluoressent tahlilida CRP va hs-CRP mikdori o‘rganildi, bu TBEning klinik shakllari bilan to‘g‘ridan-to‘g‘ri bog‘langan bo‘lib va dinamikada o‘rganilgan yallig‘lanish ko‘rsatkichlari o‘tkaziladigan davo terapiyasining samaradorligi indikatori bo‘lib hisoblanadi.

Tayanch so‘zlar: Tug‘ma bullyoz epidermoliz, klinika, yallig‘lanish, diagnostika, davolash.

Clinical evaluation of CRP in patients with congenital epidermolysis bullosa

I.T. Karabaeva, A.B. Raxmatov, A.D. Abdurazakova, K.D.Makhmudova

In 124 patients with congenital epidermolysis bullosa, a fluorescent immunoanalysis of the content of CRP and hs-CRP was performed, which were directly dependent on the clinical form of congenital epidermolysis bullosa and the dynamics of the studied indicators of inflammation was an indicator of the effectiveness of the therapy.

Key words: congenital epidermolysis bullosa, clinic, inflammation, diagnosis, treatment.

Актуальность. Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) представляет собой группу заболеваний, общей чертой которых является образование пузырей и ранимость кожи, ее чувствительность к любому механическому воздействию. Типы и подтипы ВБЭ выделяются на основании фенотипа, характера наследования и генотипа [4,11]. В настоящее время выделяют три основных типа ВБЭ: простой, пограничный и дистрофический, связанные с локализацией образования пузырей в эпидермисе, в светлой пластинке базальной мембраны (lamina lucida) или в верхней части сосочкового слоя дермы, сразу под дермоэпидермальным соединением.

Большинство подтипов простого ВБЭ наследуются по аутосомно-доминантному пути. Самым распространенным из них является локализованный ВБЭ (подтип Вебера-Кокейна). Образование пузырей при нем ограничено ладонями и подошвами. При простом генерализованном ВБЭ (подтип Кебнера и подтип Доулинга-Меара) высыпания могут иметь любую локализацию, нередко пузыри и везикулы имеют сгруппированный характер. Следует отметить, что простая форма ВБЭ вызвана мутациями генов, кодирующих кератин 5 и кератин 14 [12]. Эти мутации препятствуют образованию тонофиламентов, что приводит к повышенной хрупкости цитоскелета и цитолизу базальных кератиноцитов.

Пограничный ВБЭ делится на два основных подтипа; оба наследуются аутосомно-рецессивно (тип Херлитца и тип не-Херлитца), которые отличаются прогнозом генодерматоза. При типе Херлитца очень высока смертность, при не-Херлитце заболевание протекает более доброкачественно с развитием атрофических явлений. Данная форма ВБЭ связана с мутациями ламинина-332. Патогмоничным симптомом пограничной формы ВБЭ является разрастание грануляционной ткани вокруг рта, в центральной части лица и вокруг носа, подмышечных впадинах и ногтевых валиках.

Дистрофическая форма ВБЭ вызывается мутациями в гене COL7A, который кодирует коллаген VII типа – основной структурный белок крепящих фибрилл базальной мембраны [14]. Дистрофический ВБЭ может наследоваться аутосомно-доминантно или аутосомно-рецессивно. Доминантный дистрофический ВБЭ проявляется пузырями, милиумами, атрофическим рубцеванием, особенно на конечностях, а также ониходистрофиями (анонихии). Поражение кожи носит генерализованный характер. Внекожные проявления, не считая поражения пищевода, редки. При рецессивном дистрофическом ВБЭ клиническая картина характеризуется генерализованными пузырями, эрозиями, корками, атрофическими рубцами, ониходистрофией (анонихии), псевдосиндактилии на руках и ногах, инвалидизирующие контрактуры кистей, стоп, локтей и коленей. Весьма типичные внекожные осложнения, включающие поражение желудочно-кишечного и мочеполового трактов, переднего отдела глаза, хроническую анемию, задержку развития. Крайне высок риск развития плоскоклеточного рака кожи [10].

Одним из методов оценки выраженности воспаления является определение С-реактивного белка (СРБ), который относится к числу наиболее изученных биомаркеров [1,2]. Являясь классическим острофазовым белком, он считается ранним неспецифическим, но чувствительным индикатором воспаления и тканевого повреждения. С момента своего открытия в 1930 году и до конца XX века в фундаментальной и клинической медицине СРБ традиционно позиционировался в качестве маркера бактериальных инфекций, таких как пневмония, абсцесс легкого, эндокардит, остеомиелит, сепсис. СРБ относят к «главным» белкам острой фазы воспаления у человека, так как его уровень возрастает очень быстро (в первые 6-8 часов) и значительно (в 20-100 раз). СРБ известен уже более 100 лет и прошел путь от полуколичественного до высокоточного определения, являясь «золотым стандартом» – маркером воспаления. Внедрение в лабораторную практику высокочувствительной иммунотурбидиметрии с латексным усилением позволило определять минимальное содержание белка в сыворотке крови (<5 мг/л), которое ранее считалось нормальным, следовым или просто фоновым. Использование указанного метода значительно расширило диагностические возможности биомаркера, которые перестали ограничиваться рамками инфекционных заболеваний. Определение высокочувствительного СРБ (hs-CRP) нашло свое практическое применение в акушерство-гинекологии [1], ревматологии [7], онкологии [13]. Особенно актуальным в последние десятилетия стало изучение низкой концентрации СРБ при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при сердечной недостаточности [6] и атеросклеротическом процессе [5], так как воспалительные изменения эндотелия генерализуются нейтрофилами и такая активация провоспалительных факторов может быть зарегистрирована в системном кровотоке.

Цель исследования. Изучить возможность использования показателей CRP в качестве индикатора эффективности проводимой терапии больных врожденным буллезным эпидермолизом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 124 больных с врожденным буллезным эпидермолизом, среди которых были выделены следующие формы генодерматоза: простая – у 27 (21,8%); пограничная – у 13 (10,5%); дистрофическая – у 84 (67,7%) больных, причем последняя форма в свою очередь распределялась на аутосомно-доминантный тип – у 17 из 84 (20,2%) и аутосомно-рецессивный тип – у 67 из 84 (79,8%) больных.

При оценке воспалительной реакции у больных ВБЭ был использован быстрый количественный тест (С-реактивный белок) – Finecare CRP, который является флуоресцентным иммуноанализом для количественного определения С-реактивного белка (CRP) и высокочувствительного С-реактивного белка (hs-CRP) в человеческой цельной крови, сыворотке или плазме крови [8]. С-реактивный белок представляет собой кольцевой, пентамерный белок, обнаруженный в плазме крови. CRP синтезируется в печени в ответ на факторы высвобождаемых макрофагами и тучных клеток. Это член семейства пентраксиновых белков. CRP повышается в течение двух часов после начала воспаления, вплоть до 50000-кратного, а пики на 48 часов. Его период полураспада 48 час постоянен и поэтому его уровень определяется скоростью выработки и, следовательно, степенью тяжести ускоряющего фактора. Таким образом, CRP является детектором для воспаления, ввиду чего данный показатель используется в основном в качестве маркера воспаления, при определении прогрессирования заболевания или эффективности проводимой терапии [3,8,9].

Быстрый количественный тест Finecare CRP основан на флуоресцентной технологии иммуноанализа и использует иммунологический метод «сэндвич», когда пробу помещают в картридж, флуоресцентно-меченный детектор-антитело на мембране связывается с антигеном CRP в образце крови. Образец-смесь мигрирует на нитроцеллюлозный матрице тест-полоски под действием капиллярных сил. Комплексы антитело-детектор и CRP и отдельно фиксированный для анти-CRP антитело, иммобилизуются на тест-полоске [8].

Таким образом, чем больше CRP в образце крови, тем больше комплексов накапливаются на тест-полоске. Интенсивность сигнала флуоресценции антител CRP и hs-CRP, обнаруживае-

Таблица 1

Содержание С-реактивного белка у больных ВБЭ

Клинические формы ВБЭ	CRP (мг/л)	h s - C R P (мг/л)
Контрольная группа (n=22)	2,91±0,02	0,95±0,01
Простая (n=27)	5,6±0,7*	9,11±0,3**
Пограничная (n=13)	10,2±1,3**	12,5±1,8**
Дистрофическая (n=84)	15,7±1,7**	18,8±2,7**

Примечание: * – *достоверность различий значений С-реактивного белка между больными ВБЭ и данными контрольной группы при p<0,05; ** – при p<0,001.*

Таблица 2

Динамика показателей CRP у больных ВБЭ в процессе проведенного лечения

Клинические формы ВБЭ	CRP	hs-CRP
Простая (n=16)	5,1±0,11 2,05±0,6*	8,7±1,3 0,81±0,03**
Пограничная (n=5)	9,25±1,03 7,99±1,17	11,15±2,05 9,25±1,15
Дистрофическая (n=29)	14,11±3,05 10,85±1,15*	16,85±2,45 10,44±1,15*
Контрольная группа (n=22)	2,91±0,02	0,95±0,01

Примечание: * – *достоверность различий значений CRP и hs-CRP до (числитель) и после (знаменатель) лечения при p<0,05; ** – достоверность различий значений CRP и hs-CRP до (числитель) и после (знаменатель) лечения при p<0,001.*

мое при помощи прибора Wondfo Finecare FIA Meter отражается детектором в количественном отношении. Результаты CRP экспресс-теста отображаются в мг/л.

Статистическая обработка лабораторных данных проводилась с помощью программного обеспечения для статистического анализа в пакете EXCEL методом вариационной статистики с вычислением средних арифметических значений (M), их стандартной ошибки (m), относительных величин (частота, %). Статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин, определялась по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (p) при проверке нормальности распределения (по критерию эксцесса) и равенства генеральных дисперсий (F-критерий Фишера). За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности при p<0,05.

Полученные результаты. Проведенные исследования С-реактивного белка указали на прямую зависимость данного показателя воспалительной реакции организма от клинических форм ВБЭ, что представлено в таблице 1.

Следует указать, что проводимое лечение способствует эпителизации эрозивных образований, но этот процесс длительный, ввиду чего возможна медленная нормализация изученных показателей воспаления.

Обсуждение. У больных ВБЭ само заболевание предусматривает постоянный воспалительный процесс, связанный с образованием пузырей и последующей их трансформацией в обширные эрозивные образования. Естественно выраженность воспалительной реакции будет напрямую зависеть от клинической формы генодерматоза, в частности, пограничной ее формы, зачастую заканчивающуюся летальным исходом. Проводимая терапия, которая направлена на ускорение эпителизации эрозий, имеет в основном поддерживающий характер, в связи с чем и выраженность воспалительной реакции так медленно уменьшается, что наглядно видно по динамике показателей CRP и hs-CRP до и после лечения. По всей вероятности, необходимо применять более действенные системные противовоспалительные, возможно антицитокиновые препараты, которые оказывая патогенетические действие будут способствовать эпителизации очагов поражений и улучшению качества жизни самих пациентов. При использовании противовоспалительных препаратов необходимо учитывать и преморбидный фон, существующий у больных ВБЭ, который существенно будет влиять на общий восстановительный процесс больных.

Заключение. В практической дерматологии предлагается использовать довольно простой тест определения С-реактивного белка, уровень которого напрямую связан с клиническими проявлениями ВБЭ, с помощью которого возможно оценивать любой метод системной и наружной терапии рассматриваемого генодерматоза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Батракова Т.В., Зазерская И.Е., Вавилова Т.В., Кустаров В.Н. Клиническая информативность определения уровня С-реактивного белка в прогнозировании развития послеродового эндометрита. Журн. акушер. жен. бол. 2020;69(2):5-14.

2. Бобылев А.А., Рачина С.А., Авдеев С.Н., Петров А.А. Диагностические, клинические и прогностические аспекты определения концентрации С-реактивного белка при хронической сердечной недостаточности. Клин.медицина. 2018;96(3):197-207.

3. Евстафьев С.Е. Связь высокочувствительного С-реактивного белка с фатальными и нефатальными сердечно-сосудистыми событиями у лиц трудоспособного возраста. Росс. кардиол. журн. 2021;5:74-80.

4. Мурашкин Н.Н., Намазова-Баранова Л.С. Буллезный эпидермолиз. Москва. ПедиатрЪ. 2019. 444с.

5. Пулатова С.Ш. Маркеры воспалительной реакции (С-реактивный белок) при артериальной гипертензии. Инфекция, иммунитет и фармакология. 2017;3:167-169.

6. Avan A, Tavakoly S, Rahimi HR. Serum C-reactive protein in the prediction of cardiovascular disease. J Cell Physiol. 2018;233(11):8508-8525.

7. Baraliakos X, Szumski A, Koenig AS. The role of C-reactive protein as a predictor of treatment response in patients with ankylosing spondylitis. Semin Arthritis Rheum. 2019;48(6):997-1004.

8. Broto M, Galve R, Marco MP. Sandwich NP-based biobarcode assay for quantification C-reactive protein in plasma samples. Anal Chim Acta. 2017;992:112-118.

9. Dyer EM, Waterfield T, Baynes H. How to use C-reactive protein. Arch Dis.Child Educ Pract. 2019;104(3):150-153.

10. Fine JD, Johnson IB, Suchindran C. Cancer and inherited epidermolysis bullosa: lifetable analyses of the National Epidermolysis Bullosa Registry study population. In: Fine JD, Bauer EA, McGuire J, Moshell A. Epidermolysis bullosa: clinical, epidemiologic, and laboratory advances, and the findings of the National Epidermolysis Bullosa Registry. Johns Hopkins University Press, Baltimore. 1999.

11. Fine JD, Eady RAJ, Bauer EA. Revised classification system for inherited epidermolysis bullosa: report of the Second International Consensus Meeting on diadnosis and classification of epidermolysis bullosa. J Amer Acad Dermatol. 2000;42:1051-1066.

12. Fuchs EV. The molecular biology of epidermolysis bullosa simplex. In: Fine JD, Bauer EA, McGuire J. Epidermolysis bullosa: clinical, epidemiologic and laboratory advances and the findings of the National Epidermolysis bullosa Registry. Johns Hopkins University Press. Baltimore.1999.

13. Tavares P, Goncalves DM, Santos LL. Revisiting the clinical usefulness of C-reactive protein in the set of cancer cachexia. Porto Biomed J. 2021;6(1):e123.

14. Uitto J, Pulkkinen L. The genodermatoses: candidate diseases for gene therapy. Hum Gene Ther. 2000;11:2267-2275.

SO‘ZAK BILAN (2019-2023 yy.) KASALLANISh TO‘G‘RISIDA

E.X. Eshboev, B.Sh. Fattaxov, J.R. Turdiev
Qoraqalpog‘iston tibbiyot instituti

Respublika ixtisoslashtirilgan Dermatovenerologiya va Kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Ushbu maqolada O‘zbekiston Respublikasida so‘zakning 2019-2023-yillardagi epidemiologik holati tahlil qilingan.
Tayanch so‘zlar: so‘zak, epidemiologiya.

About the incidence of gonorrhea (2019-2023)

E.Kh. Eshboev, B.Sh. Fattakhov, J.R. Turdiyev

The work analyzed the epidemiological state of gonorrhea in the Republic of Uzbekistan in 2019-2023
Key words: gonorrhea, epidemiology.

О заболеваемости гонореей (2019-2023 гг.)

Э.Х. Эшбоев, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев

В работе проводился анализ эпидемиологическое состояние гонореи по Республике Узбекистан в 2019-2023 годах
Ключевые слова: гонорея, эпидемиология.

So‘zak yoki gonoreya klassik tanosil kasalliklari ichida eng ko‘p tarqalgan xastalik hisoblanib, qo‘zg‘atuvchisining o‘ta zaharliligi [1], tez yuqishi, hamda asoratining xavfliligi bilan ajralib turadi [8].

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma’lumotlariga qo‘ra, har yili dunyoda 85-90 mln. yosh navqiron yigit va qizlar kasallikka chalinar ekan. Ko‘pgina davlatlarda bemorlar to‘g‘risida hisob-kitoblarning o‘z vaqtida to‘g‘ri olib borilmasligi, o‘z-o‘zini davolashning ommaviylashganligi, qolaversa, e’tiborsizlik tufayli bemorlarning jinsiy kontaktlari nazoratining o‘ta pastligi, laboratoriya tashxisotining rivojlanmaganligi yoki o‘z vaqtida aniqlay olmaslik kabi holatlar statistik ma’lumotlarda chalkashliklarga olib kelmoqda. E’tiborlisi shundaki, dunyoning ba’zi mintaqalarida, xususan AQSh, Rossiya, Markaziy Osiyo, Boltiqbo‘yi davlatlari va Yevropa mamlakatlarida so‘nggi yillarga kelib, so‘zak kasalligiga qarshi kurashish o‘z samarasini bermoqda, ammo ko‘pgina rivojlanayotgan mamlakatlarda esa aksincha, kasallanish ko‘rsatkichi hanuzgacha yuqoriligicha qolmoqda [2,3,4,5,6].

Respublika Ixtisoslashtirilgan Dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi statistika xodimlarining bergan ma‘lumotlariga qaraganda 2016-yili O‘zbekiston Respublikasida jami 4235 ta so'zak bilan kasallanish holati qayd qilingan bo‘lsa, bu ko‘rsatkich oradan sakkiz yil o‘tgach 2749 tagacha pasaygan. Bu esa 100 ming aholiga nisbatan intensiv ko‘rsatkich 13,2 (2016-yil) va 7,6 (2023-yil) ni tashkil qilgan, ya’ni 5,6 ga kamaygan, biroq kasallanish to‘g‘risida berilayoigan statistik ma’lumotlar haqiqiy holatni baholab bera olmaydi, chunki kasallanish darajasi bu ko‘rsatkichlardan ancha yuqoriligi bilan farq qiladi [7,9].

Ushbu fikr va mulohazalarni e’tiborga olgan holda biz respublikamiz aholisi orasida so‘zak bilan kasallanish darajasini o‘rganishni **maqsad qilib qo‘ydik.**

Tadqiqotning obyekti qilib 2019-2023-yillardagi so‘zak kasalligi bilan kasallanish statistik ma’lumotlarini oldik.

Izlanishlarimizdan ma’lum bo‘ldiki, so‘zak bilan kasallanish 2019-yildan (10,9) to 2023-yilgacha (7,6), ya’ni 100 ming aholiga intensiv ko'rsatkich 3,3 ga kamaygan. Ayniqsa, Jizzax – 2,2; Surxondaryo – 2,8; Samarqand –3,2 va Qashqadaryo viloyatida 2023-yilda – 4,9 ni tashkil etgan bo‘lib respublika ko‘rsatkichidan (7,6) ikki-uch baravar kamdir. Undan avval, ya’ni 2019-yili 100 ming aholiga intensiv ko'rsatkich Jizzax – 0,8; Surxondaryo – 0,6; Sirdaryoda – 0,3 dan iborat bo‘lgan.

Respublika bo‘yicha so‘nggi besh yil ichida so‘zakka chalingan jami 15 048 nafar bemor qayd qilingan bo‘lib, ularning 9358 (62.2%) nafari – erkaklar, 5690 (38.8%) nafari ayollarni tashkil qilgan. Nisbati 1,6:1,0. 14 yoshgacha bo‘lganlar orasida jami 75 nafar so‘zakka chalinganlar aniqlangan. Ularning 2 nafari (32.0%) o‘g‘il bolalar, 51 nafari (68.0%) qiz bolalardir. E’tiborlisi shundaki, besh yil ichida aniqlangan 14 yoshgacha bolalarning asosiy qismi, ya’ni 43 (57.3%) nafari Qoraqalpog‘iston Respublikasiga to‘g‘ri keladi. Aytish joizki, faqatgina 2023-yilning o‘zida aniqlangan 2749 nafar so‘zakka chalingan bemorlarning 766 (28,1%) nafarini 30-39 yoshdagi bemorlar ekanligi bizni ajablantiradi. Ularning 1789 (65,1%) nafarini erkaklar, 960 (34.9%) nafarini ayollar tashkil qilgan.

2019-2020-yillari, ya’ni ikki yil davomida qator yondosh mutaxassislar: akusher-ginekologlar, urologlar tomonidan va umumiy shifoxonalarda davolanayotgan bemorlar orasidan birorta ham so‘zak topilmagan. Xuddi shunday, Jizzax viloyatida ham umuman bemor aniqlanmagan. Shunday holatni Namangan va Navoiy viloyatlarida (2022-yil) ham kuzatish mumkin. Xuddi shu 2023-yilga kelib Qashqadaryo, Xorazm, Farg‘ona va Namangan viloyatlarida ham davom etmoqda.

Akusher-ginekologlar tomonidan ginekologik xastaliklar bilan murojaat qilgan ayollar orasidan so‘zak kasalligining aniqlanishi respublika miqyosida bir xil deb bo‘lmaydi. Sirdaryo, Samarqand, Navoiy, Qashqadaryo, Buxoro va Namangan viloyatlarida va Qoraqalpog‘iston Respublikasida ham so‘zak, ham zaxm sanoqli miqdorda (2-7) aniqlangan xolos, lekin shu joyda aytish lozimki, birgina Toshkent viloyatida so‘zakka chalingan bemorlarning soni 114 nafarni tashkil qiladi. Qator dermatovenerolog mutaxassislarning [1,8] ta’kidlashicha, ginekologik xastaliklar bilan murojaat qilgan ayollar orasida so‘zakning aniqlanmasligi so‘nggi yillarda profilaktika masalasiga e’tibor kamayib ketganligi bilan bog‘liqdir.

So‘zak kasalligini aniqlashda urologiya xizmatining roli katta albatta. Respublikamizda 307 ta urologiya xonalari mavjud bo‘lib, ularda 328 ta urologlar aholiga xizmat qiladi. Birgina 2023-yilda ular tomonidan 876 774 nafar bemor qabul qilingan bo‘lib, ularning 262 224 nafari jinsiy yo‘l bilan yuquvchi kasalliklarga tekshirilgan va 465 holatda so‘zak kasalligi aniqlangan. Sirdaryo, Jizzax viloyatlarida bu sohadagi ishlar ancha sust. Qashqadaryo va Namangan viloyatlari bergan ma’lumotlarining haqqoniyligiga ishonish qiyin.

Umumiy somatik kasalxonalarda davolanayotgan bemorlar orasida, ayniqsa, ayollarda so‘zak aniqlanishi birlamchi profilaktikaning asosiy maqsadlaridan biridir. Respublikada

2023-yil davomida jami aniqlangan 2382 nafar bemorlarning bor yo‘g‘i 59 (2,5) nafari somatik kasalxonalarga murojaat qilgan bemorlar orasidan topilgan. Jizzax, Qashqadaryo, Navoiy, Namangan, Sirdaryo, Farg‘ona va Xorazm viloyatlarida birorta ham bemor topilmagan. Aksincha, Toshkent shahrida 33 (8,8), Samarqand viloyatida 13 (12,4) va Qoraqalpog‘iston Respublikasida 7 (6,6) nafar so'zakka chalingan bemorlarni aniqlangan. Ammo, shu joyda aytish joizki, umumiy statsionarlarga murojaat qilib davolanayotgan bemorlar orasida so‘zakni aniqlamaslik holati Andijon, Jizzax va Sirdaryo viloyatida 4-5 yildan beri davom etib kelmoqda.

Tanosil kasalliklarini aholi orasida tizimli ravishda aniqlashda faol izlanish degan ibora o‘z joyini mahkam egallagan. Ayniqsa, turli profilaktik tibbiy ko‘riklarda so‘zakni qayd qilish surunkali kasallanib yurgan bemorlarni erta davolashda katta ahamiyat kasb etadi. 2023-yili respublika bo‘yicha turli profilaktik tibbiy ko‘riklarda jami 207 (8,7) holatda so‘zak aniqlangan bo‘lsa, xuddi shu ko‘rsatkich to‘rt yil avval, 2019-yili 340 (12,6) tani tashkil qilgan. Demak 3,9 ga kamaygan. Albatta, bu yaxshi natija emas. Farg‘ona, Xorazm va Navoiy viloyatlarida esa bundan ham past ko‘rsatkich aniqlangan.

Aholining dekretiv guruhlari orasidan tanosil kasalliklariga chalingan bemorlarni aniqlash dermatovenerologiyaning eng muhim jihatlaridan biri hisoblanadi. 2023-yilda Respublika bo‘yicha jami 1 476 238 nafar shaxsdan 1 390 735 (94.2%) nafarini tanosil kasalliklariga, shu jumladan so‘zakka tekshirishga muvaffaq bo‘lingan. Va ularning bor-yo‘g'i 113 nafarida so‘zak aniqlangan. Kasallik aniqlanishida Toshkent viloyati (43) eng yuqori natijani, Buxoro viloyati (22) keyingi o‘rinni egallagan, ammo poytaxt Toshkent shahri, Qashqadaryo va Xorazm viloyatlarida dekretiv guruxlar o‘rtasida birorta ham so‘zak ro‘yxatga olinmagan. Sirdaryo va Jizzax viloyatlaridan yil davomida 1-2 nafar bemor qayd qilingan, xolos.

Anonim xonalarning dermatovenerologiya xizmati qoshida ochilishida mahalliy xalq vakillarining o‘ziga xos urf-odatlari, qolaversa, mentaliteti hisobga olingan edi va bu xonalar 5-10 yil avval salmoqli natijalarni ko‘rsatdi.

Qator mualliflarning ta’kidlashicha, xususiy klinikalarning keyingi yillarda ko‘payib borishi anonim xonalar faoliyatiga sezilarli darajada negativ ta’sir qildi. Masalan, 2019-yili Toshkent shahrida ochilgan anonim xonalar 3035 nafar shaxsni qabul qilgan bo'lsa, 2023-yilga kelib 421 nafarni tashkil qildi xolos, ya’ni 2624 taga kamaygan. Tabiiy holki, ular orasidan so‘zak aniqlanishi ham kamaygan. Navoiy, Surxondaryo va Farg‘ona viloyatlarida bu struktura allaqachon o‘z faoliyatini to‘xtatgan. Namangan, Sirdaryo, Farg‘ona, Xorazm viloyatlari va Qoraqalpog‘iston Respublikasida so‘zak tashxisi qo‘yilgan bemorlar soni 2023-yilda 0-1 ga teng.

Shunday qilib, turli mutaxassislar tomonidan so‘zak kasalligini faol aniqlanishida qator kamchiliklar mavjud. Sababi bu yo‘nalishda aniqlangan bemorlar soni yildan-yilga kamayib bormoqda. Masalan, 2019-yili jami 2708 nafar bemor ro‘yxatga olingan bo‘lsa, 2023-yili 2382 nafar, ya’ni 326 taga kam aniqlangan. Xuddi shunday, jinsiy muloqotdorlar orasidan so‘zakni aniqlash – 944 (34,8) dan 485 (20,4) ga kamayib ketgan. Akusher-ginekologlarga jinsiy a’zolarda yallig‘lanish bilan murojaat qilgan ayollar orasidan so‘zakni aniqlash 520 (19,2) dan 362 (15,2) gacha pasaygan.

Ushbu ma’lumotlarni tahlil qilgan holda biz so‘zakni faol aniqlashda ishtirok etadigan yondosh mutaxassislar bilan hamkorlikda ishlashni kelajakda jadallashtirishimiz lozim. Dekretiv guruhlar o‘rtasidan so‘zak kasalligini aniqlashning nazoratini kuchaytirish ish faoliyatini o‘z holicha to‘xtatib qo‘ygan anonim xonalar faoliyatini tiklash kerak bo‘ladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Abidov A.M., Eshboyev E.X., Isroilov X.T. So‘zak (gonoreya) epidemiologiyasi, etiologiyasi, klinikasi, davosi va laboratoriya diagnostikasi/ T., Alisher Navoiy nomidagi O‘zbekiston milliy kutubxonasi nashriyoti, 2018.-108 b.;

2. Анисимова Е.Н, Винник Ю.Ю., Прохоренко В.И., Катцына Г.И. «Диагностика гонококковой инфекции в Красноярском крае». Кожные и венерические болезни. 2013; 1: 59-61.

3. Arifov S.S., Eshboyev E.X., “Teri va tanosil kasalliklari”. “O‘zbekiston Milliy ensiklopediyasi”. Davlat-ilmiy nashriyoti. Toshkent -1997.347 b.

4. Березовская И.С., Ешимов А.Е., Баев А.И. «Динамика заболеваемости гонококковой инфекции в Республике Казахстан». Дерматовенерология и эстетическая медицина. 2014; 1: 125 с.

5. «Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путём, и борьба с ними» (2006-2015 г). ВОЗ; Женева; 2007.

6. Нефедьева Ю.В., Зиганшин О.Р., Долгушин И.И., «Современные особенности терапии гонококковой инфекции». Кожные и венерические болезни. 2015; 4: 56-59.

7. Сюч Н.И. «Лабораторная диагностика гонореи: проблемы и пути их решения». Клиническая дерматология и венерология. 2014; 4: 10-16.

8. Eshboyev E.X., Abdusattarova V.K. Dermatovenerologik kasalliklarni aniqlashning laborator tashhisoti/ Toshkent – 2024. 156 b.

9. Yuldashev K.A., Kurbanova N.K., Yuldashev K.K. Zaxm kasalligi. - Toshkent: Yoshlar nashriyoti uyi, 2021.- 368 б.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СООТНОШЕНИЯ АНТИАНГИОГЕННЫХ И ПРОАНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ С ЦЕЛЬЮ УВЕЛИЧЕНИЯ СПЕЦИФИЧНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МАРКЕРОВ В ПРЕДИКЦИИ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМСИИ

Э.Э. Ахмадиев, М.М. Асатова

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка

В данной статье показаны первичные результаты исследования измерения биохимических в сочетании с биофизическими маркерами таких как антиангиогенных (sFlt) и проангиогенных (PIGF) факторов роста с вычислением их соотношения и ультразвуковым вычисление пульсационного индекса маточных артерий в группе беременных с клиническими факторами риска развития преэклампсии в I и II триместрах беременности. Особый интерес представляет правильное толкование самого соотношения sFlt/PIGF и соотношение с данными пульсационного индекса маточных артерий, что позволит расширить критерии профилактики преэклампсии и даст возможность оптимизировать акушерскую тактику у данных беременных в III триместре беременности.

Ключевые слова: преэклампсия, ранняя диагностика преэклампсии, биохимические маркеры преэклампсии, ультразвуковые маркеры преэклампсии.

Preklamziya rivojlanishini boshqarishda ultrasonik markerlarning xususiyatini oshirish uchun antiangiogen va proangiogen omillarning nisbatidan foydalanish

E.E. Axmadiev, M.M. Asatova

Ushbu maqola homiladorlikning I va II trimestrlarida preeklampsi rivojlanishining klinik xavf omillari bo‘lgan homilador ayollar guruhidagi bachadon arteriyalarining pulsatsiyalanuvchi indeksini ultratovush bilan hisoblash bilan antiangiogen (sFlt) va proangiogen (PIGF) o‘sish omillari kabi biofizik belgilar bilan birgalikda biokimyoviy o‘lchovlarni o‘rganishning dastlabki natijalarini ko‘rsatadi. SFlt/PIGF nisbatini to‘g‘ri talqin qilish va bachadon arteriyalarining pulsatsiya indeksi ma’lumotlari bilan nisbati alohida qiziqish uyg‘otadi, bu preeklampsiyaning oldini olish mezonlarini kengaytiradi va homiladorlikning III trimestridagi homilador ayollarda akusherlik taktikasini optimallashtirishga imkon beradi.

Tayanch so‘zlar: preeklampsi, preeklampsiyaning erta tashxisi, preeklampsiyaning biokimyoviy belgilari.

Using the ratio of antiangiogenic and proangiogenic factors to increase the specificity of ultrasonic markers in prediction of the development of preeclamsia

E.E. Akhmadiev, M.M. Asatova

This article shows the primary results of a study measuring biochemical in combination with biophysical markers such as antiangiogenic (sFlt) and proangiogenic (PIGF) growth factors with the calculation of their ratio and ultrasound calculation of the uterine artery pulsation index in a group of pregnant women with clinical risk factors for preeclampsia in the I and II trimesters of pregnancy. Of particular interest is the correct interpretation of the sFlt/PIGF ratio itself and the ratio with the data of the uterine artery pulsation index, which will expand the criteria for the prevention of preeclampsia and make it possible to optimize obstetric tactics in these pregnant women in the third trimester of pregnancy.

Key words: preeclampsia, early diagnosis of preeclampsia, biochemical markers of preeclampsia, ultrasound markers of preeclampsia.

Актуальность: По данным ВОЗ [4], гипертензивные нарушения регистрируются у 10% беременных и являются одной из ведущих причин как материнской так перинатальной заболеваемости и смертности. Также тяжелая ПЭ встречается у 1,3-6,7% беременных женщин. Ежегодно в мире регистрируется 8,5 млн. случаев преэклампсии. В развивающихся странах это осложнение беременности является ведущей причиной материнской смертности, в экономически развитых занимает 2-3-е место в ее структуре (в общем 15-20%) [2, 3]. Эклампсия развивается в 2-3 случаях на 10 000 родов в странах Европы, США; в развивающихся странах – в 10-30 раз чаще [1]. После перенесенной эклампсии риск развития преэклампсии при последующей беременности составляет 25% [5,6].

В Республике Узбекистан преэклампсия занимает третье место в структуре причин МС, уступая акушерским кровотечениям и септическим осложнениям. В период с 2013 по 2021 г. частота заболеваемости гипертензивными растройствами в нашей республике увеличилась с 8,9% до 20,7%, т.е. более чем в 2 раза. Ученые всего мира изучающие ПЭ, полагают, что на основании клинических показателей, гемодинамических изменений, биохимических и ультразвуковых предикторов можно прогнозировать риск развития преэклампсии уже в первом триместре беременности.

Цель исследования. Изучение биохимических (соотношение sFlt-1/PlGF) и ультразвуковых маркеров (ПИ маточных артерий) в прогнозировании развития преэклампсии.

Материалы и методы исследования: Исследование проведено на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребенка у 30 женщин в возрасте 23±1,5 года, обратившихся в клинику центра в первый раз со сроком беременности 10,5±1,7 недель и во второй раз 18,4 ± 2,1 недель. Все беременные прошли обследование крови на определение уровня растворимой fms-подобной тирозинкиназы-1 (sFlt-1) и плацентарного фактора роста (PlGF), затем было вычислено их соотношение, а также проводилось ультразвуковое исследование с определением пульсационного индекса маточных артерий.

Результаты: Концентрацию PlGF и sFlt-1 в сыворотке крови беременных определяли с помощью электрохемилюминесцентных диагностических тест-систем Elecsys PlGF и Elecsys sFlt-1 компании Hoffmann La Roche (Швейцария) на автоматическом анализаторе Cobas e411 той же фирмы.

Кровь брали из локтевой вены. Уровень артериального давления у всех беременных во время беременности не превышал норму, белок в моче не регистрировался.

Было обследовано в первом триместре в сроке 11-13 недель – 30 пациенток с клиническими факторами риска развития преэклампсии, которые по данным УЗИ имели нормально развивающийся плод и низкий риск генетической и хромосомной патологии плода. Эти же пациентки были обследованы и во втором триместре со сроком беременности 18-20 недель, без патологий развития плода;

В первом триместре беременности концентрация PlGF была значительно ниже, чем во втором триместре беременности, в то время как концентрация sFlt-1 существенно не различалась. В сроке 18-20 недель концентрация PlGF достоверно увеличилась. Соответственно изменилось и соотношение концентраций PlGF и sFlt-1. На 18-20 неделе беременности соотношение sFlt-1/PlGF в среднем составляло – 6,9±2,1. Следует отметить, что в I триместре беременности (11-13 недель) среднее значение соотношения- показателей антиангиогенных (sFlt) и проангиогенных (PIGF) факторов роста составило 39,3±4,2. В течение второго триместра беременности отмечены следующие особенности динамики концентраций PlGF и sFlt-1. На 18-20 неделе концентрация PlGF существенно не различались, однако концентрация sFlt-1 на этих сроках беременности была практически в 2 раза выше, чем на 11-13 неделях беременности. Соотношение этих показателей составило 10±2,5. Также было отмечено увеличение показателей пульсационного индекса маточных артерий при проведении ультразвукового допплерометрического исследования среднее значение его составило в I триместре 1,76±1,2 и II триместре 1,43±1,6. По данным литературы, аналогичные результаты были получены группой исследователей кафедры акушерства и гинекологии Лейпцигского университета, Германия [6].

Таким образом, в результате проведенной работы были получены данные о содержании PlGF, sFlt-1 и значениях их соотношения в сроках беременности от 11 до 13 недель, от 18 до 20 недель.

В группе пациенток с клиническими факторами риска, у которых в последующем развилась преэклампсия, снижение концентрации PlGF отмечалось уже на 11-13 недель беременности. Пограничный уровень PlGF, являющийся границей между нормальной беременностью и преэклампсией, на 11-13 неделе беременности составляет 42,7±23,2 пг/мл. Ввиду чего, прогностическим маркером преэклампсии является уровень PlGF в сыворотке крови 50-100 пг/мл, который служит ранним ценным маркером в диагностике этого заболевания и свидетельствует о начальных признаках нарушений в фетоплацентарном комплексе, протекающих в течение длительного времени. до клинической плацентарной недостаточности. Исследование выявило связь между повышенным уровнем sFlt-1 и преэклампсией. Уже в II триместре беременности до начала ПЭ уровни sFlt-1 повышаются и остаются повышенными по сравнению с нормальной физиологической беременностью. Определение содержания PlGF и sFlt-1 в кровотоке матери позволяет прогнозировать развитие ПЭ, поскольку эти показатели отражают дисбаланс между проангиогенными и антиангиогенными факторами. У беременных у которых в последующем развилась ПЭ обнаружено достоверное снижение PlGF и увеличение концентрации sFlt-1 по сравнению с физиологически протекающими беременностями . Подтверждением ПЭ являются предельные значения соотношения sFlt-1/PlGF>85 (срок беременности от 11+0 до 29+6 недель). Повышенное соотношение sFlt-1/PlGF отражает патологию неэффективной плацентации, плацентарную ишемию и считается перспективным биомаркером для прогнозирования и диагностики заболевания.

Сроки беременности, выбранные для исследования, обусловлены тем, что именно в эти сроки проводится плановая пренатальная диагностика, в первом и втором триместрах. Представляется, что оценка риска развития преэклампсии на этих сроках беременности может способствовать снижению частоты осложнений и перинатальных потерь, поскольку принятие соответствующих мер в ряде случаев позволяет своевременно корригировать развивающееся патологическое состояние и решить вопрос о сроках родоразрешения.

Выводы: Концентрации sFlt-1 и PlGF, их соотношение в сочетании с доплерометрическими показателями пульсационного индекса маточных артерий являются высокоинформативными показателями развития преэклампсии. Определение концентрации этих маркеров и расчет их соотношения необходимо проводить в первом и втором триместрах беременности в рамках скрининговой программы диагностики внутриутробной патологии плода. Это позволит решить вопрос о целесообразности пролонгирования данной беременности и разработать тактику ведения беременной на уровне антенатального ухода с целью предупреждения развития преэклампсии. Оценка угрозы развития преэклампсии на ранних стадиях будет способствовать разработке адекватного алгоритма лечения, позволяющего исключить риск развития различных осложнений приводящих к необратимым изменениям в органах и системах как матери, так и плода.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Anderson U.D., Olsson M.G., Kristensen K.H., Åkerström B., Hans son S.R. Review: Biochemical markers to predict preeclampsia. Placenta 2012; 33: Suppl: 42-47.

2. Fisher S.J. Why is placentation abnormal in preeclampsia? Am J Obstet Gynecol. 2015;213(4 Suppl):S115–22. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.08.042.

3. Karumanchi S.A., Lindheimer M.D. Advances in the understanding of eclampsia. Curr Hypertens Rep 2008; 10: 4: 305-312.

4. Steegers E.A., von Dadelszen P., Duvekot J.J., Pijnenborg R. Preec lampsia. Lancet 2010 ; 376: 9741: 631-644.

5. World Health Organization. WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-eclampsia and Eclampsia. Geneva 2011.

6. Young B.C., Levine R.J., Karumanchi S.A. Pathogenesis of preec lampsia. Annu Rev Pathol 2010; 5: 173-192.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДЕНОМИОЗА

М.А. Юсупова, Н.Ш. Ибрагимова
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
кафедра «Подготовки семейного врача»

Аденомиоз, являясь одним из частых заболеваний, вызывающих маточные кровотечения, альгоменоррею, бесплодие. Совершенствование алгоритмов обследования и разработка современных критериев оценки эффективности проводимой терапии, направленной на восстановление репродуктивной функции у данного контингента пациенток, является актуальной задачей сегодняшнего дня.

Ключевые слова: Аденомиоз, альгоменоррея, маточные кровотечения, бесплодие.

Adenomiyozlarning klinik va diagnostik jihatlari

M.A. Yusupova, N.Sh. Ibragimova

Adenomiyoz bachadondan qon ketishi, algomenoreya va bepushtlikka olib keladigan keng tarqalgan kasalliklardan biridir. Tekshiruv algoritmlarini takomillashtirish va bemorlarning ushbu guruhida reproduktiv funktsiyani tiklashga qaratilgan terapiya samaradorligini baholashning zamonaviy mezonlarini ishlab chiqish bugungi kunning dolzarb vazifasidir.

Tayanch so‘zlar: adenomiyoz, algomenoreya, bachadondan qon ketish, bepushtlik.

Clinical and diagnostic aspects of adenomyosis

N.Sh. Ibragimova, M.A. Yusupova

Adenomyosis, being one of the common diseases that cause uterine bleeding, algomenorrhea, and infertility. Improving examination algorithms and developing modern criteria for assessing the effectiveness of therapy aimed at restoring reproductive function in this group of patients is an urgent task today.

Key words: Adenomyosis, algomenorrhea, uterine bleeding, infertility.

В структуре гинекологической заболеваемости аденомиоз встречается у 12-50% женщин репродуктивного возраста, причем чаще он диагностируется уже на поздних стадиях (Ш-IV стадия), когда представляет собой серьезную опасность для здоровья пациенток. Это связано с отсутствием четких неинвазивных критериев клинической и инструментальной диагностики начальных степеней аденомиоза. У больных с аденомиозом и бесплодием часто встречается патология эндометрия, которая является причиной нарушения фертильности. Учитывая преобладание в структуре аденомиоза диффузной формы, возникает потребность в дифференциальной диагностике данного заболевания с другими диффузными процессами в миометрии [2,4]. У больных аденомиозом с нарушением фертильности имеет морфологические признаки аномально высокого пролиферативного потенциала базального слоя или стромы эндометрия. Нередкой сопутствующей патологией являются функциональные дефекты матки, аномальные уровни свободных радикалов, что приводит к нарушению баланса между активными формами кислорода и антиоксидантами [1,3,7]. Свободные радикалы также принимают участие в деятельности некоторых ферментов, например, рибонуклеозид дифосфат редуктазы, цитохром Р-450 и простагландин синтазы. Оплодотворенная яйцеклетка находится под негативным влиянием окислительного стресса, что так же препятствует развитию эмбриона и беременности. При наличии аномальных уровней свободных радикалов эмбрион может быть атакован активированными макрофагами и Т-клетками, или подвергаться воздействию избытка оксида азота, что может привести к выкидышу на ранних сроках. Полученные результаты свидетельствуют о гормональном влиянии на железы эндометрии при аденомиозе и возникновении воспалительной реакции, вызванной цитокинами, простагландинами и другими факторами, влияющими на пролиферацию гладких мышц матки, приводящих к изменению сокращений матки, которые влияют на способность к имплантации [5-7].

Цель исследования: оптимизация ранней диагностики аденомиоза путем разработки клинико-морфологических критериев, связанных с дисфункцией «переходной зоны».

Материал и методы исследования. Ретроспективно было проанализировано 456 историй болезни пациенток, подвергщихся гистерэктомии, которым на основании клинико-инструменталного и/или гистологического исследования был диагностирован диффузный аденомиоз различных степеней. На втором этапе проспективно были обследованы 142 пациентки с гистологически подтвержденным аденомиозом. Критериями включения послужили:возраст пациенток от 18 до 50 лет; наличие диффузного аденомиоза, подтвержденного инструменталными методами и результатами гистологического исследования; отсутствие гормонотерапии в течение одного года. Критериями исключения пациенток послужили: возраст пациенток менее 18 лет, более 50 лет; другие локализации эндометриоза, очаговая форма аденомиоза, миома матки. Прошедшие по всем критериям 142 пациентки были разделены на 3 клинические группы в зависимости от степени распространения аденомиоза: 1-я группа (п=46) – аденомиоз I степени, 2-я группа (п=49) – аденомиоз II степени, 3-я группа (п=47) – аденомиоз III степени. Контрольные группы: 4-я группа (контроль-1) – 35 условно здоровых женщин и 5-я группа (контрол-2) – аутопсийный материал от условно здоровых женщин (25 случаев).

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее частыми симптомами аденомиоза явились дисменорея и геморрагический синдром, тяжесть которых прогрессировала по мере увеличения степени распространения заболевания. При этом аденомиоз I степени (1-я группа) характеризовался наличием дисменореи легкой или средней степени (73,9 %), кровомазания до и после менструации (76%), бесплодия (43,4%), что подтверждает данные литературы о малосимптомности и неспецифичности клинической картины. В гинекологическом анамнезе у всех пациенток с аденомиозом отмечена высокая частота хронического метроэндометрита

и/или салпингоофорита 135 пациенток (95%). Однако по результатам ПЦР-диагностики, посевов и гистологического исследования соскобов эндометрия и пунктатов миометрия диагноз «хронический метроэндометрит» не подтвердился ни у одной пациентки. Общими гормональными изменениями являлись относителная гиперэстрогенемия и снижение уровня прогестерона, наблюдаемое у пациенток даже с 1-й степенью аденомиоза. Эти данные подтверждают дисгормональный генез аденомиоза, но в связи с их непатогномоничностбю не могут служит критерием верификации данного заболевания. Оценка функционалного состояния кровотока в бассейне маточной артерии на основании изучения параметров гемодинамики показала, что при аденомиозе, независимо от степени распространения, определялось статистически значимое увеличение сопротивления кровотоку в бассейне маточных артерий по сравнению с таковым у здоровых женщин, что свидетельствует об уменшении у больных аденомиозом интенсивности артериалного кровообращения в матке.

Выводы: Выраженность клинической симптоматики аденомиоза, верификационнаya информативность УЗИ и гистероскопии возрастают по мере увеличения степени распространения аденомиоза. Ультразвуковая визуализация «переходной зоны» толщиной более 5 мм и статистически значимое увеличение сопротивления кровотоку в бассейне маточных артерий явлуаются одними из эхографических признаков аденомиоза I степени. Применение функциональной нагрузочной пробы при допплерометрии в бассейне маточных сосудов повышает специфичность и чувствительность ранней ультразвуковой диагностики.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Эндометриоз. Клинические рекомендации Минздрава РФ. М., 2020.

2. Жигаленко А.Р., Карахалис Л.Ю., Папова Н.С. Клинико-диагностические параллели при аденомиоз-ассоциированном бесплодии. Кубанский научный медицинский вестник, 2017. 24 (4): 65–73.

3. Эл-Джефут М., Артымук Н.В. Новое о теориях патогенеза эндометриоза. Фундаментальная и клиническая медицина. 2019;4(3):77-82 .

4. Abbott JA. Adenomyosis and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-A)-Pathogenesis, diagnosis, and management. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2017;40:68-81. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2016.09.006.

5. Vannuccini S, Petraglia F. Recent advances in understanding and managing adenomyosis. F1000Res. 2019; 8: F1000 Faculty Rev-283.

6. Tanos V, Lingwood L, Balami S. Junctional Zone Endometrium Morphological Characteristics and Functionality: Review of the Literature. Gynecol Obstet Invest. 2020; 85 (2):107-17. DOI:10.1159/000505650

7. Yu O, Schulze-Rath R, Grafton J, et al. Adenomyosis incidence, prevalence and treatment: United States population-based study 2006-2015. Am J Obstet Gynecol. 2020; 223(1):94.e1-10.

МНОГОВОДИЕ: ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Д.У. Игамбердиева

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка

В статье объектом исследования были беременные с многоводием родоразрешенных в в РСНПМЦЗМиР. Изучена частота встречаемости, особенности течения гестации, родов и методы родоразрешения.

Ключевые слова: многоводие, беременность, роды, околоплодные воды.

Ko‘psuvlilik: erta tug‘ilish xavf omili

D.O‘. Igamberdiyeva

Maqolada tadqiqot obyekti qilib RIOvaBSIATMda tug‘iq amalga oshirilgan ko‘psuvlilik kuzatilgan homilador ayollar olingan. Maqolada RIOvaBSIATM da tug‘ruq amalga oshirilgan ko‘psuvlilik kuzatilgan ayollarning retrospektiv tahlil natijalari keltirilgan. Ko‘psuvlilikning uchirashi, homiladorlikning kechishi, tug‘ruq va tug‘ruqni amalga oshirish turlari urganilgan.

Tatanch so‘zlar: ko‘psuvlilik, homiladorlik, tug‘ruq, amniotik suyuqlik.

Polyhydramnios: risk factors for premature birth

Igamberdieva D.U.

In the article, the object of the study was pregnant women with polyhydramnios who gave birth at the RSSPMCMCH. The frequency of occurrence, features of the course of gestation, childbirth and methods of delivery were studied.

Key words: polyhydramnios, pregnancy, childbirth, amniotic fluid.

Актуальность. Многоводие имеет разную этиологию, причины могут быть связаны с заболеваниями матери или плода и плаценты. Идиопатическое многоводие встречается в 20,1-66,7% случаев и не выявляется какая-либо патология со стороны матери и плода [1,5].

Наиболее распространенным нарушением функции околоплодных оболочек является многоводие, что связано с постоянно возрастающим инфекционным индексом у беременных. Многоводие является одним из клинических проявлений внутриутробной инфекции, которая представляет собой актуальную проблему акушерства и современной перинатологии. Многоводие – один из специфичных признаков внутриутробной инфекции, частота которой в настоящее время возросла до 3-5% [2,7,10]. При этом, течение беременности при многоводии часто осложняется преэклампсии, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, преждевременными родами, гипоксией и асфиксией плода [4,5,8].

Частота встречаемости многоводия в зависимости от срока беременности составляет от 0,12 до 3% и колеблется в больших пределах в разные сроки гестации: 16-19 недель – 1,5%; 20-23 недели – 8,9%; 24-27 недель – 12,2%; 28-32 недели – 28,4%; 33-38 недель – 19,6%.

Кроме вышеперечисленных, большое значение имеет:

- степень многоводия, которое зависит от количества околоплодных вод (легкая, средняя, тяжелая степень);

- скорость нарастания околоплодных вод (острое, хроническое);

- срок гестации, в котором возникло многоводие (первичное, вторичное).

Несмотря на многочисленные исследования околоплодных вод, многоводие относится к одному из наиболее серьезных осложнений беременности и является серьёзной проблемой, приводящей к плацентарной дисфункции и обусловливающая высокий риск перинатальной патологии [2,3,5,6].

Цель исследования. Изучить частоту акушерских осложнений у беременности с многоводием.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования были беременные с многоводием в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре здоровья матери и ребенка. Изучены записи клинико-лабораторных и инструментальных данных. Исследование околоплодных вод, маточно-плодово-плацентарного кровообращения проводилось в РСНПМЦЗМиР МЗ РУз по методу допплерографии с цветным картированием и допплерометрии на аппарате «Mindray DC-70». Исследование проводилось во II, III триместрах.

Таблица 1

Перенесенные заболевания у беременных с многоводием

Нозология	Беременные с многоводием (n=199)	
	абс.	%
Хронический тонзиллит	38	19,1%
ОРВИ, ОРЗ	189	95%
Гиперплазия щитовидной железы	62	31,1%
Анемия	102	51,2%
Варикозная болезнь	11	5,5%

Результаты исследования. По данным возраст обследованных беременных женщин с многоводием (n=199) был в пределах от 21 до 40 лет, средний возраст составил 28+2,64 лет. Удельный вес женщин в возрасте до 25 лет составил 38,80%; женщин были в возрасте 26-35 лет – 55,60% и в возрасте 36 лет и старше – 5,60% (рис.1).

По данным беременные женщины с многоводием в основном (55,6%) были в активном репродуктивном возрасте.

Паритет беременных с многоводием показало, что 41,70% женщин были первобеременные, 54,2% повторнобеременные и 4,1% многорожавшие (рис.2).



Рис. 1. Возраст беременных с многоводием.



Рис. 2. Паритет беременных с многоводием.

Анализ клинико-анамнестических данных беременных с многоводием, показал высокую частоту соматической патологии. Среди перенесенных заболеваний обращает на себя внимание высокая частота заболеваний дыхательных путей 95%, ЖДА 51,2%, гиперплазии щитовидной железы 31,1%, 19,1% женщин страдали хроническим тонзиллитом (табл. 1).

Также у этих женщин имело место высокая частота акушерская патология. Анализ акушерского анамнеза показал, что у 56% случаев имело место угроза прерывания беременности, 45,5% – женщин с многоводием, 30,6% случаев маловодием и 16,5% преждевременные роды (рис 3).

В родах имели место следующие осложнения: слабость родовой деятельности – у 16 (8,0%) и дискоординированная родовая деятельность – у 8 (4,0%) женщин с многоводием. Одним из вероятных факторов развития перинатальных осложнений у беременных с многоводием был ПОНРП, который имел место в 10,5% случаев (табл. 2).

Выбор оптимальной тактики ведения беременности и родов существенно зависит от точного определения объема околоплодных вод. Количество околоплодных вод отражает состояние плода и изменяется при патологических состояниях как плода, так и маточно-плацентарного комплекса [9]. Исследования показал, роды через естественные родовые пути составило 25,2% случаев, 74,8% случаев роды проводилось путем операции кесарево сечение.

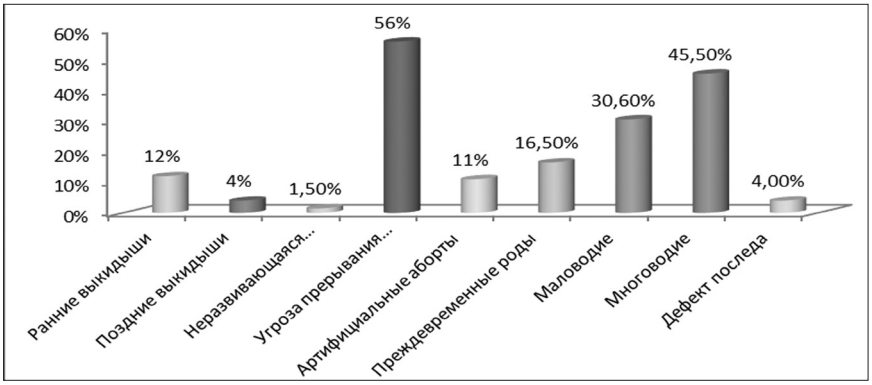


Рис. 3. Акушерский анамнез у беременных с многоводием.

Таблица 2

Течение родов у беременных с многоводием

Показатель		Беременные с многоводием (n=199)	
		абс.	%
Преждевременный разрыв плодного пузыря		35	17,5
Быстрые роды		9	4,5
Слабость родовой деятельности		16	8,0
Дискоординированная родовая деятельность		8	4,0
Кровотечение			
ПОНРП		21	10,5
Гипотоническое		11	5,5
Дефект последа		9	4,5
Кесарево сечение (n=149; 74,8%)	плановое	88	59
	экстренное	61	41
Роды через естественные родовые пути (n=50; 25,2%)		50	25,2
Выходные акушерские щипцы		0	0
Ручное обследование полости матки		3	6

Таблица 3

Состояние новорожденных у беременных с многоводием

Изучаемые параметры	n=199	%
Рост		
- 45-50	99	61,9%
- 51-55	57	35,6%
> 55	4	2,5%
Масса		
< 2500	97	60,6%
2500-4000	58	36,3%
> 4000	5	3,1%
Оценка по шкале Апгар		
5-6	109	55,6%
6-7	13	8,1%
7-8	58	36,3%

У беременных с многоводием в 59,7% случаев роды произошли в сроке 25-37 недель. Беременные с многоводием подвергались абдоминальному родоразрешению, в связи с ТГД – 8%, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – в 11%, неправильного положения плода в – 9%, миопии средней и тяжелой степени – в 5%, тазовом предлежании плода в – 7% случаев, нарушения МППК 3-й степени – в 18%, и СЗРП – 19% случаев (рис 4).

Оценка состояние новорожденных (табл. 3) показала, что состояние 36,3% новорожденных от беременных женщин с многоводием по шкале Апгар было оценено на 7-8 баллов; 8,1% новорожденных при рождении были оценены на 6-7 баллов; 36,3% новорожденных оценены на 5 и ниже баллов. По росто-весовым показателям больше половине случаев было недоношенные дети, которые были родоразрешении в сроке 25-37 недель беременности.

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование показало, что многоводие встречается в 6% случаев среди всех родов по данным клиники РСНПМЦЗМиР. Многоводие занимает ведущие место в развитии акушерских и перинатальных осложнений. Сроки родоразрещения были в сроке 25-37 недель беременности. Перинатальная смертность составило 15,5% в связи с досрочными родоразрешениями вследствие острого многоводие. Осуществить своевременные диагностические и лечебные мероприятия как амниоредукция, которая улучшить перинатальные исходы.



Рис. 4. Показания к абдоминальному родоразрешению у беременных с многоводием

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Сидоренко В.Н., Бугров В.Ю., Клецкий С.К., Сахаров И.В. Современный взгляд на этиопатогенез маловодия и многоводия и пути их решения при многоводии инфекционной природы // Мед. новости. – 2018. – №4. – С. 53-57.

2. Dashe J.S., McIntire D.D., Ramus R.M. et al. Hydramnios: anomaly prevalence and sonographic detection // Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. P. 100.

3. Мудров В.А., Мочалова М.Н., Мудров А.А. Особенности определения объема околоплодных вод на современном этапе // Журн. акуш. и жен.бол. – 2018. – Т. 67, №5. – С. 74-84.

4. Buchel, J. Differential diagnostic und Therapie das polyhydramnion/ info@gynakologie.-2015.-Vol.4.-S. 16-18.

4. Moise Jr. KJ. Toward consistent terminology: assessment and reporting of amniotic fluid volume. Seminar Perinat. 2013; 37: 370-374.

5. Hamza, D. Herr, E. F. Solomayer,and G.Meyberg-Solomayer. /Polyhydramnios: Causes, Diagnosis and Therapy Geburtshilfe Frauenheilkd. 2013 Dec; 73(12): 1241–1246.doi: 10.1055/s-0033-1360163. Германия.

6. Anderson DF, Jonker SS, Louey S, et al.Regulation of intramembranous absorption and amniotic fluid volume by constituents in fetal sheep urine. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol. 2013; 305: 506–511.

7. Dorleijn D.M., Cohen-Overbeek T.E., Groenendaal F. et al. Idiopathic polyhydramnios and postnatalfindings // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. – 2009. – Vol.– P. 22.

SIYDIK CHIQARISH YO‘LLARI INFEKSIYALARI BO‘LGAN HOMILADOR AYOLLARDA UROSEPTIK ASORATLARNI BASHORAT QILISH VA OLDINI OLISHNI TAKOMILLASHTIRISHDA KLINIK TAVSIYALAR

S.A. Matyaqubova, Z.Q. Nazirbayeva

Siydik chiqarish yo‘llarining infeksiyasi (SYI) homilador ayollarning taxminan 8% ga ta’sir qiluvchi eng keng tarqalgan perinatal asoratlardan biridir. SYIning mavjudligi homiladorlikning salbiy oqibatlari, jumladan, erta tug‘ilish va kam vaznli tug‘ilishning ko‘payishi bilan bog‘liq. Ko‘pgina tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, asemptomatik bakteriuriyani skrining va davolash homiladorlik davrida pielonefrit bilan kasallanishni kamaytiradi. Homiladorlik davrida SYIlar paydo bo‘lish chastotasini hisobga olgan holda, ularni aniqlash, tashxis qo‘yish va davolash qobiliyati homilador ayollar uchun muhimdir.

Tayanch so‘zlar: Siydik yo‘llari infeksiyasi (SYI). o‘tkir respirator distress sindromi (RDS), Asimtomatik bakteruriya (ASB)

Клинические рекомендации по совершенствованию прогнозирования и профилактики уросептических осложнений у беременных с инфекциями мочевыводящих путей

С.А. Матьягубова, З.К. Назирбаева

Инфекция мочевыводящих путей (ИМП) – одно из наиболее частых перинатальных осложнений, от которого страдают около 8% беременных. Наличие ИМП связано с увеличением неблагоприятных исходов беременности, включая преждевременные роды и низкий вес при рождении. Многие исследования показали, что скрининг и лечение бессимптомной бактериурии снижают заболеваемость пиелонефритом во время беременности. Учитывая частоту ИМП во время беременности, для беременных женщин важна способность их выявлять, диагностировать и лечить.

Ключевые слова: Инфекция мочевыводящих путей (ИМП). острый респираторный дистресс-синдром (РДС), бессимптомная бактериурия (БСБ)

Clinical recommendations for improving the prediction and prevention of uroseptic complications in pregnant women with urinary tract infections

S.A. Matyaqubova, Z.Q. Nazirbayeva

Urinary tract infection (UTI) is one of the most common perinatal complications affecting approximately 8% of pregnant women. The presence of SYI is associated with an increase in adverse pregnancy outcomes, including preterm birth and low birth weight. Many studies have shown that screening and treatment of asymptomatic bacteriuria reduces the incidence of pyelonephritis during pregnancy. Given the frequency of SYIs during pregnancy, the ability to identify, diagnose and treat them is important for pregnant women.

Key words: Urinary tract infection (UTI). acute respiratory distress syndrome (RDS), asymptomatic bacteriuria (ASB)

Maqsad va vazifalari: Siydik chiqarish yo‘llari infeksiyasi (SYI) eng keng tarqalgan perinatal asoratlardan biri bo‘lib, homiladorlikning taxminan 8% ga ta’sir qiladi [1,2]. Ushbu infeksiyalar asemptomatik bakteriuriyadan (ASB) simptomatik o‘tkir sistitgacha, eng jiddiy pielonefritgacha bo‘lgan spektrni ifodalaydi. Umuman olganda, Escherichia coli homilador odamlarning siydik namunalarida ajratilgan eng keng tarqalgan bakterial patogen hisoblanadi [6-9]. SYIning mavjudligi homiladorlikning salbiy oqibatlari, jumladan, erta tug‘ilish va kam vaznli tug‘ilishning ko‘payishi bilan bog‘liq. Bundan tashqari, pielonefritning jiddiy ona asoratlari orasida sepsis, tarqalgan intravaskulyar koagulyatsiya va o‘tkir respirator distress sindromi (RDS) mavjud. Homiladorlik davrida SYI bilan kasallanish chastotasini hisobga olgan holda, ularni aniqlash, tashxis qo‘yish va davolash qobiliyati homiladorlarga yordam ko‘rsatadiganlar uchun juda muhimdir.

Metod: Ushbu Klinik tavsiyalar alohida nashr etilgan Klinik tavsiyalar metodologiyasiga asoslangan belgilangan protokol yordamida ishlab chiqilgan [12]. Quyidagi tavsif yordamida Klinik tavsiyalar hujjatini ishlab chiqish.

Natijalar va klinik tavsiyalar: Asimtomatik bakteruriya (ASB) diagnostikasida prenatal parvarishning dastlabki bosqichida siydik tahlilini ekib tekshirish zarur hisoblanadi. Salbiy tahlil natijasidan keyin homiladorlik davrida takroriy siydik tahlili qilishni tavsiya qilinadi. Homiladorlik davrida pielonefritning oldini olish uchun ASB skriningi klinik ahamiyatga ega. Biroq, ASB skriningini qo‘llab-quvvatlovchi tadqiqotlar asosan 1960 va 1970-yillarda o‘tkazilgan o‘rganishlar sifati past va antibiotiklar bilan davolash rejimlari zamonaviy amaliyotni aks ettirmaydi. ASB skriningi va davolash odatiy amaliyotga aylanganligi sababli, homiladorlik davrida pyelonefrit bilan kasallanish 20-35% ga, 1-4% gacha kamaydi [3]. Garchi bu pasayish ASB skriningi va davolashning samarali ekanligi haqidagi tasdiqni tasdiqlasa-da, ASB davolashning eng so‘nggi ikkita randomizatsiyalangan tekshiruvi ASB uchun davolanmagan bemorlar guruhida pielonefritning atigi 2,2-2,4% ni ko‘rsatadi [13,14]. ASB uchun skrining tekshiruvi prenatal parvarishlashning dastlabki bosqichida amalga oshirilishi kerak [15]. Pielonefrit ikkinchi trimestrda eng ko‘p tarqalgan, ammo holatlarning muhim qismi birinchi trimestrda, ayniqsa ASB uchun skriningdan o‘tmagan bemorlarda qayd etilgan [16,17]. Skrining siydik namunasini prenatal parvarishlash davrida erta tahlil qilish maqsadga muvofiqdir, ammo skrining o‘tkazilishi kerak bo‘lgan aniq homiladorlik yoshini tavsiya qilish uchun dalillar yetarli emas. ASB skriningi uchun o‘rta oqim siydik tahlili tavsiya etiladi. O‘rta oqimni yig‘ish paytida qin tozaligi bo‘yicha ko‘rsatmalar («toza ushlash») siydikning vulvovaginal bakterial ifloslanish tezligini kamaytirmaydi [20]. Homilador bemorlarning uchdan birida siydik tahlilini qanday yig‘ish usulida teri florasining 10 000 (104) KOE/ml gacha o'sishini ko‘rsatadi. Siydik tahlilining dastlabki salbiy skrining natijasidan so‘ng, qo‘shimcha tekshiruv ko‘rsatilmaydi, chunki pielonefritning kelib chiqish xavfi past [21]. Potensial yuqori xavfli populyatsiyalar bir necha marta tekshirilishi mumkinligi taklif qilingan. 2007-yilda Tita va boshqalar [22] normal gemoglobin A genotipiga ega (aOR 1,4, 95% CI 1,2-1,5) bilan

solishtirganda o‘roqsimon hujayrali homilador bemorlarda siydik tahlilining musbat boshlang‘ich darajasi 40% ga oshganligini xabar qildilar. Ushbu topilmalar 1990-yilda Baill va Witter tomonidan olib borilgan eski tadqiqotda [23] kasallikka chalingan homilador bemorlarda nazorat guruhidagi bemorlarga nisbatan yuqori ASB qayd etilgan (13,0% ga nisbatan 9%, P =.011). Alfa va beta talassemiya belgilari (72%) bo‘lgan tadqiqotida gemoglobinopatiya xususiyatiga ega bo‘lgan odamlarda homiladorlik davrida ASB yoki SYI ko‘rsatkichlari (RR 12,18, 95% 4,76-33,51) nazorat guruhidagi odamlarga qaraganda yuqori ekanligi aniqlandi [24]. Koloniyalar soni 100 000 KOE/ml yoki undan yuqori bo‘lgan ASB ni davolash uchun maqsadli antibiotiklarning 5-7 kunlik kursini buyurishlari kerak. ASB ning dastlabki epizodini tegishli davolashdan so‘ng takroriy skriningni tavsiya qilish yoki unga qarshi tavsiya qilish uchun dalillar yetarli emas. Asemptomatik bakteriuriya koloniyalar soni 100 000 KOE/ml (105 KOE/ml) yoki undan yuqori bo‘lganida klinik ahamiyatga ega. Davolash ASB va SYIdagi eng keng tarqalgan bakteriyalarga, xususan, E coli va Proteus va Klebsiella turlariga qarshi samaradorligini ko‘rsatgan antibiotikning 5-7 kunlik kursi bilan bo‘lishi kerak. Agar 100 000 KOE/ml dan ortiq bo‘lsa, B guruhi streptokokini davolash kerak. Past ko‘rsatgichli koloniyalar soni davolashni talab qilmaydi, lekin tug‘ruq vaqtida B guruhi streptokokklarining profilaktikasi uchun ko‘rsatma sifatida e’tiborga olinishi kerak. Oddiy vulvovaginal flora, shu jumladan laktobakteriyalar va korinebakteriyalar va koagulaza-salbiy stafilokokklarni davolash mumkin emas [20]. Bir nechta randomizatsiyalangan tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, 5-7 kunlik muddat davolash tezligi yuqori va kam vaznli chaqaloq tug‘ilish holatlari kamayadi. Biroq, ASB va simptomatik o‘tkir sistit uchun bir martalik davolash sifatida fosmomitsin yaxshi samaradorlikni ko‘rsatdi [27], bu ASB ni 1 kunlik davolash uchun oqilona tanlovdir.

O‘tkir sistit diagnostikasida esa shifokorlar bemorning klinik belgilariga asosan siydik tahlili buyuriladi. O‘tkir sistit tahlili asosan siydikning surtma tahlilida natija 100 KOE|ml dan yuqori bo‘lsa musbat hisoblanadi. O‘tkir sistit ASB dan dizuriya, gematuriya, siydik chastotasi va nokturiya kabi belgilar mavjudligi bilan ajralib turadi. 5 dan ortiq oq qon hujayralari/yuqori quvvatli maydon yoki leykotsit esterazasi mavjudligi bilan tavsiflangan piuriya SYI uchun 97% gacha sezgirlikka ega, ammo kamroq o‘ziga xosdir, chunki oq qon hujayralari vulva yoki vaginadan ifloslantiruvchi moddalar bo‘lishi mumkin. Nitritlar eng o‘ziga xos topilmadir (94-98%), lekin SYIning barcha holatlarida mavjud emas, chunki hamma bakteriyalar nitritlar ishlab chiqarmaydi. Agar nitritlar ham, leykotsitlar esterazasi ham bo‘lmasa, SYI ehtimoldan yiroq (salbiy bashoratli qiymat 78-98%); Siydik tahlilining ijobiy natijasi bo‘lsa, simptomatik bartaraf etish uchun antibiotiklar bilan davolash boshlanishi mumkin. Siydik tahlillarini to‘plashning iloji bo‘lmagan holatlarda, homilador bo‘lmagan ayollarda eng o‘ziga xos simptom namunasi bo‘lgan yangi boshlangan dizuriya va chastota mavjud bo‘lganda empirik davolash tavsiya qilinadi [32]. SYIni tasdiqlash uchun chegara koloniyalari soni 100 000 (105) KOE/ml ni tashkil qiladi. Biroq, simptomlar mavjud bo‘lganda, homilador ayollarda o‘tkir sistitni 5-7 kunlik maqsadli antibiotik bilan davolash kerak. Agar empirik terapiya madaniyat va sezuvchanlik natijalari mavjud bo‘lgunga qadar boshlangan bo‘lsa, amoksitsillin yoki ampitsillin rejimlaridan foydalanish ichak tayoqchasiga rezistentligi bo‘lganligi sababli tavsiya qilinmaydi. O‘tkir sistit tashxisi qo‘yilgach, homilador shaxslarni davolash 5-7 kunlik antibiotiklar kursi bilan boshlanishi kerak. Davolash usulini tanlash nafaqatsiydik tahlili natijalariga, balki nitrofurantoin, b-laktamlar, sulfanilamidlar va fosfomitsinga sezuvchanlikga ham bog‘liq. Antibiotiklarga chidamlilik o‘sishda davom etar ekan, eng tor amaliy spektrga ega tegishli antibiotikni tanlash va tegishli muddat davomida davolash antibiotiklarni boshqarish va optimal klinik yordamning muhim tarkibiy qismlari hisoblanadi. Homilador bo‘lmagan shaxslarda o‘tkazilgan tadqiqotlar antibiotiklarga sezuvchanlikning o‘zgarishini ko‘rsatdi, E coli ga ampitsillin qarshiligi 39,3% dan 48,2% gacha]7, 35]. Shunga o‘xshab, homilador ayollarda qarshilikning ortib borishiga qarab farqlanadi [36]. Ta’kidlash joizki, homilador ayollarda SYI qayta takrorlanishini oldini olish uchun ushbu klinik tavsiyalar muhim ahamiyatga ega.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. McCormick T, Ashe RG, Kearney PM. Urinary tract infection in pregnancy. Obstet Gynaecol 2008; 10: 156– 62. doi: 10.1576/toag.10.3.156.27418

2. Patterson TF, Andriole VT. Bacteriuria in pregnancy. Infect Dis Clin North Am 1987; 1: 807– 22.

3. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, Colgan R, DeMuri GP, Drekonja D, et al. Clinical practice guideline for the management of asymptomatic bacteriuria: 2019 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2019; 68: e83– 110. doi: 10.1093/cid/ciy1121

4. Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2019, Issue 11. Art. No.: CD000490. doi: 10.1002/14651858.CD000490.pub4

5. Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA 2019; 322: 1188– 94. doi: 10.1001/jama.2019.13069

6. Unlu BS, Yildiz Y, Keles I, Kaba M, Kara H, Tasin C, et al. Urinary tract infection in pregnant population, which empirical antimicrobial agent should be specified in each of the three trimesters? Ginekol Pol 2014; 85: 371– 6. doi: 10.17772/gp/1744

7. Zhanel GG, Hisanaga TL, Laing NM, DeCorby MR, Nichol KA, Weshnoweski B, et al. Antibiotic resistance in Escherichia coli outpatient urinary isolates: final results from the North American Urinary Tract Infection Collaborative Alliance (NAUTICA). NAUTICA Group. Int J Antimicrob Agents 2006; 27: 468– 75. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2006.02.009

8. Wing DA. Pyelonephritis in pregnancy: treatment options for optimal outcomes. Drugs 2001; 61: 2087– 96. doi: 10.2165/00003495-200161140-00006

9. Denoble A, Reid HW, Krischak M, Rosett H, Sachdeva S, Weaver K, et al. Bad bugs: antibiotic-resistant bacteriuria in pregnancy and risk of pyelonephritis. Am J Obstet Gynecol MFM 2022; 4: 100540. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100540

10. Gilstrap LCIII, Ramin SM. Urinary tract infections during pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 2001; 28: 581– 91. doi: 10.1016/s0889-8545(05)70219-9

11. Jolley JA, Wing DA. Pyelonephritis in pregnancy: an update on treatment options for optimal outcomes. Drugs 2010; 70: 1643– 55. doi: 10.2165/11538050-000000000-00000

12. ACOG methodology: clinical consensus methodology. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2021; 138: 523– 26. doi: 10.1097/AOG.0000000000004520

13. Kazemier BM, Koningstein FN, Schneeberger C, Ott A, Bossuyt PM, de Miranda E, et al. Maternal and neonatal consequences of treated and untreated asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a prospective cohort study with an embedded randomised controlled trial. Lancet Infect Dis 2015; 15: 1324– 33. doi: 10.1016/S1473-3099(15)00070-5

14. Foley ME, Farquharson R, Stronge JM. Is screening for bacteriuria in pregnancy worthwhile? Br Med J (Clin Res Ed) 1987;

295: 270. doi: 10.1136/bmj.295.6592.270

15. Langermans LM, Cools W, Van Limbergen I, Gucciardo L, Faron G. Optimal timing to screen for asymptomatic bacteriuria during pregnancy: first vs second trimester. J Perinat Med 2021; 49: 539– 45. doi: 10.1515/jpm-2020-0322

16. Hill JB, Sheffield JS, McIntire DD, Wendel GDJr. Acute pyelonephritis in pregnancy. Obstet Gynecol 2005; 105: 18– 23. doi: 10.1097/01.AOG.0000149154.96285.a0

17. McDonnold MA, Friedman AM, Raker CA, Anderson BL. First-trimester pyelonephritis is associated with later initiation of prenatal care: a retrospective cohort analysis. Am J Perinatol 2012; 29: 141– 6. doi: 10.1055/s-0031-1295655

18. American Academy of Pediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care . 8th ed. AAP; ACOG; 2017.

19. O'Leary BD, Armstrong FM, Byrne S, Talento AF, O'Coigligh S. The prevalence of positive urine dipstick testing and urine culture in the asymptomatic pregnant woman: a cross-sectional study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020; 253: 103– 7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.08.004

20. Schneeberger C, van den Heuvel ER, Erwich JJ, Stolk RP, Visser CE, Geerlings SE. Contamination rates of three urine-sampling methods to assess bacteriuria in pregnant women. Obstet Gynecol 2013; 121: 299– 305. doi: 10.1097/AOG.0b013e31827e8cfe

21. Macejko AM, Schaeffer AJ. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Urol Clin North Am 2007; 34: 35– 42. doi: 10.1016/j.ucl.2006.10.010

22. Tita AT, Biggio JR, Chapman V, Neely C, Rouse DJ. Perinatal and maternal outcomes in women with sickle or hemoglobin C trait. Obstet Gynecol 2007; 110: 1113– 9. doi: 10.1097/01.AOG.0000285995.41769.83

23. Baill IC, Witter FR. Sickle trait and its association with birthweight and urinary tract infections in pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 1990; 33: 19– 21. doi: 10.1016/0020-7292(90)90649-6

24. Kasparek J, Burkhardt T, Hoesli I, Amstad Bencaiova G. Pregnancy outcomes in women with a hemoglobinopathy trait: a multicenter, retrospective study. Arch Gynecol Obstet 2021; 304: 1197– 203. doi: 10.1007/s00404-021-06058-y

25. Schneeberger C, Erwich JJ, van den Heuvel ER, Mol BW, Ott A, Geerlings SE. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in pregnant women with and without diabetes: cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2018; 222: 176– 81. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.12.013

26. Widmer M, Lopez I, Gülmezoglu AM, Mignini L, Roganti A. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2015, Issue 11. Art. No.: CD000491. doi: 10.1002/14651858.CD000491.pub3

27. Wang T, Wu G, Wang J, Cui Y, Ma J, Zhu Z, et al. Comparison of single-dose fosfomycin tromethamine and other antibiotics for lower uncomplicated urinary tract infection in women and asymptomatic bacteriuria in pregnant women: a systematic review and meta-analysis. Int J Antimicrob Agents 2020; 56: 106018. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.106018

28. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: a 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Infectious Diseases Society of America, European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clin Infect Dis 2011; 52: 103. doi: 10.1093/cid/ciq257

29. FitzGerald MP, Graziano S. Anatomic and functional changes of the lower urinary tract during pregnancy. Urol Clin North Am 2007; 34: 7– 12. doi: 10.1016/j.ucl.2006.10.007

30. Aslan D, Aslan G, Yamazhan M, Ispahi C, Tinar S. Voiding symptoms in pregnancy: an assessment with international prostate symptom score. Gynecol Obstet Invest 2003; 55: 46– 9. doi: 10.1159/000068957

31. Simerville JA, Maxted WC, Pahira JJ. Urinalysis: a comprehensive review. Am Fam Physician 2005; 71: 1153– 62.

32. Chu CM, Lowder JL. Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. Am J Obstet Gynecol 2018; 219: 40– 51. doi: 10.1016/j.ajog.2017.12.231

33. Graham JC, Galloway A. ACP Best Practice No 167: the laboratory diagnosis of urinary tract infection. J Clin Pathol 2001; 54: 911– 9. doi: 10.1136/jcp.54.12.911

34. Vazquez JC, Abalos E. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2011, Issue 1. Art. No.: CD002256. doi: 10.1002/14651858.CD002256.pub2

35. Naber KG, Schito G, Botto H, Palou J, Mazzei T. Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy. Eur Urol 2008; 54: 1164– 75. doi: 10.1016/j.eururo.2008.05.010

36. Emami A, Javanmardi F, Pirbonyeh N. Antibiotic resistant profile of asymptomatic bacteriuria in pregnant women: a systematic review and meta-analysis. Expert Rev Anti Infect Ther 2020; 18: 807– 15. doi: 10.1080/14787210.2020.1759420

ANDIJON VILOYATIDA QO'TIR BILAN KASALLANISH DINAMIKASI

E.X. Eshboyev, Q.M. Yorqulov, A.S. Mamatxo'jaev, F.S. Qalandarova

Respublika ixtisoslashtirilgan Dermatovenerologiya va Kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi,
Respublika ixtisoslashtirilgan Dermatovenerologiya va Kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Andijon filiali,
Andijon tibbiyot instituti,
Toshkent vaksina va zardoblar ilmiy tadqiqot instituti

Olib borgan epidemiologik, statistik taxlillarimizdan ma'lum bo‘ldiki, Andijon viloyati xududida qo‘tir kasalligining o‘ziga xos o‘choqlari yuzaga kelgan. Albatta, bu o‘choqlar aholi orasida yildan-yilga o‘sib borayotgan ichki va tashqi migrasiyaning ta'siri bilan bog‘liq. Migrasion jarayon avjiga chiqqan viloyat markazi Andijon shahrida kasallanish ham eng yuqori darajada. 100 ming aholiga nisbatan intensiv ko‘rsatkich 2020 yili shaharda 17,1 bo‘lsa, 2023 yilga kelib deyarli uch baravariga (45,1) ko‘tarilgan. Kasallikning endemik holatda o‘choqqa aylanishida bolalar kasalllanishining ahamiyati kattadir. Aksariyat vaziyatlarda bolalar ko‘pchilik bo‘lib bog‘cha, maktab va boshqa o‘quv markazlarida ta'lim olishadi. Bolalar uylari, internat kabi maskanlarda esa kechasiyu kunduzi birgalikda yashashadi. Darhaqiqat, yuqoridagi ma'lumotlarga tayangan holda qo‘tir kasalligining aholi orasida, ayniqsa bolalar orasida tarqalishining oldini olish uchun tinimsiz izlanishlar olib borishimiz zarur. Bemorlarni erta aniqlash, davolash va maishiy kontaktlari nazoratini kuchaytirishimiz kerak.

Kalit so‘zlari: Qo‘tir kasalligi, urg‘ochi va erkak kanalar, epidermis, maishiy- kontakt, mavsumiylik.

Динамика заболеваемости чесоткой в Андижанской области

Э.Х. Эшбаев, К.М. Яркулов, А.С. Маматходжаев, Ф.С. Каландарова

Из проведенных нами эпидемиологических, статистических анализов выяснилось, что на территории Андижанской области выявлены специфические очаги чесотки. Конечно, эти очаги связаны с влиянием внутренней и внешней миграции, которая год от года растет среди населения. В Андижане, областном центре, где миграционный процесс находится на пике,

заболеваемость также самая высокая. Интенсивный показатель на 100 000 жителей в 2020 году составлял 17,1 в городе, а к 2023 году вырос почти втрое (45,1). В превращении болезни в очаг в эндемичном состоянии большое значение имеет заболеваемость детей. В большинстве ситуаций дети в подавляющем большинстве получают образование в детских садах, школах и других учебных центрах. А в таких учреждениях, как детские дома и интернаты, они живут вместе днем и ночью. Фактически, нам необходимо постоянно проводить исследования, чтобы предотвратить распространение чесотки среди населения, особенно среди детей, на основе приведенной выше информации. Мы должны усилить раннее выявление, лечение и контроль за домашними контактами пациентов.

Ключевые слова: чесотка, самки и самцы клещей, эпидермис, бытовой контакт, сезонность.

Dynamics of scabies in the Andijan region

E.H. Eshbaev, K.M. Yarkulov, A.S. Mamatkhodzhaev, F.S. Kalandarova

From the epidemiological and statistical analyzes we conducted, it turned out that specific foci of scabies were identified in the Andijan region. Of course, these hotspots are associated with the influence of internal and external migration, which is growing among the population from year to year. In Andijan, the regional center, where the migration process is at its peak, the incidence is also the highest. The intensive rate per 100,000 inhabitants in 2020 was 17.1 in the city, and by 2023 it had almost tripled (45.1). In turning a disease into a focus in an endemic state, the incidence of children is of great importance. In most situations, children overwhelmingly receive their education in kindergartens, schools and other educational centers. And in institutions such as orphanages and boarding schools, they live together day and night. In fact, we need to continuously conduct research to prevent the spread of scabies in the population, especially among children, based on the information above. We must strengthen early detection, treatment and monitoring of patients' household contacts.

Key words: scabies, female and male ticks, epidermis, household contact, seasonality.

Mavzuning dolzarbligi. Qo‘tir (scabies) – terining keng tarqalgan parazitar kasalligi bo‘lib, uning qo‘zg‘atuvchi Sarcoptes scabies kanasi hisoblanadi. Qo‘tir kanasi butun hayoti siklini xo‘jayinining epidermisi ichida parazitlik qilib o‘tkazadi (endoparazitizm), juda qisqa vaqt teri ustida (ektoparazitizm) yoki tashqarisida qolishi mumkin [1,2].

Kanalar bemor odamdan yaqin maishiy muloqotda bo‘lganda boshqalarga yuqib qoladi. Ayniqsa, bir o‘rin-ko‘rpadan foydalanganda, shaxsiy gigiena qonun-qoidalariga rioya qilmaganda yuqish darajasi ortib boraveradi. Ba’zan shunday bo‘ladiki 2-3 hafta ichida butun oila vakillari kasallikka chalinadi. Maktabgacha tarbiya uylarida, maktab va internat tarbiyalanuvchilari orasida e’tibor berilmasa, kasallik tez tarqalib ketadi.

Qo‘tir kasalligining odamlar orasida tarqalishi mavsumiylik xarakteriga ega. Aksariyat kuzning dastlabki oylarida kasallanish yuqori darajaga yetadi. Bu holatni olimlar kanalarning uzoq yillik o‘z hayot evolyusiyasi jarayonida nam va salqin havoda yashashga moslashganligi bilan baholashadi. Bizning ham uzoq yillik tajribalarimizdan ma’lumki, O‘zbekiston Respublikasi sharoitida ham qo‘tir bilan kasallanish har doim qish fasliga borib oshib boradi [3,4].

Tadqiqotning maqsadi. Ushbu ma’lumotlarni e’tiborga olgan holda biz aholisi soni jihatdan (3 281 151) Respublikamizda yuqori o‘rinlarda turgan Andijon viloyatida qo‘tir bilan kasallanish so‘nggi besh yilda qanday kechganligini o‘rganish.

Tadqiqot natijalari. Andijon viloyatida 2019-yili qo‘tir bilan kasallanishning 100 ming aholiga nisbatan intensiv ko‘rsatkichi 24,6 (abs 756 ta) ni tashkil etgan bo‘lib, boshqa hududlar bilan taqqoslaganda Toshkent viloyatidan (40,5, abs. 1174 ta) keyingi o‘rinni egallagan. Ammo jami kasallanish 2020-yilga kelib deyarli ikki baravari (15,5) ga kamaygan. Biz bu holatni COVID-19 pandemisi bilan bog‘ladik. Chunki bu davrda aholi orasidagi kontaktlar cheklangandi. Lekin, e’tiborlisi shundaki, 2021-yilga kelib viloyatda qo‘tir bilan kasallanish yana oshgan va intensiv ko‘rsatkich 26,9 ni tashkil qildi. 2022-yilga kelib kasallanish 27,8 gacha ko‘tarildi, aksincha, 2023-yilda 23,4 ga pasaygan. Ushbu ma’lumotlarni Respublika ko‘rsatkichlari bilan taqqoslaydigan bo‘lsak, viloyatda qo‘tir bilan kasallanish ko‘rsatkichi 5,3 dan 11,3 gacha ko‘tarilgan. Xo‘sh, viloyatning shahar va tumanlarida kasallanish qay darajada kechgan? Buning uchun biz har bir shahar va tumanlarda olingan ma’lumotlarni tahlil qildik.

Andijon shahridan 2020-yil qo‘tirga chalingan 75 nafar bemor qayd qilingan bo‘lib, 100 ming aholiga intensiv ko‘rsatkich 17,1, ularning 38 nafari 14 yoshgacha bo‘lgan bolalar bo‘lib, jami bemorlarning 50,6% ini tashkil qiladi. 2021-yilga kelib shaharda kasallanish deyarli ikki hissaga – 151 (33,8) gacha ko‘tarilgan. Kasallikning ko‘payishi 2022-yil – 44,7 va 2023-yili – 45,1 yana davom etmoqda. Ayniqsa, shaharda 18 yoshgacha bolalarning kasallanishi 66,9% bo‘lishi biroz tashvishlidir. Lekin viloyatning Xonobod va Qorasuv shaharlarida aholisi orasidan so‘nggi besh yil davomida o‘rtacha 3-5 tadan bemor aniqlanayotganligi u joydagi dermatovenerolog xodimlarining ish sifatining pasayganligidan darak beradi.

Aholisi 75000 dan ziyod Bo‘ston tumani va aholisi 186000 dan ortiq bo‘lgan Qo‘rg‘ontepa tumanlarida ham qo‘tir kasalligini aniqlash darajasi uzoq yillardan beri juda past darajada. So‘nggi besh yil ichida (2019-2023-yy) 100 ming aholiga nisbatan intensiv ko‘rsatkich (5,1; 6,4) oralig‘ida bo‘lgan xolos. Viloyat ko‘rsatkichi esa 15,5-23,4 ni tashkil qilgan. Xuddi shunday holatni Ulug‘nor tumanida ham kuzatish mumkin. E’tiborlisi shundaki, 2023-yil davomida aholi soni 62400 bo‘lgan Ulug‘nor tumanidan qo‘tirga chalingan bor yo‘g‘i 8 nafargina bemor qayd qilingan xolos. Vaholanki, shu yili viloyat aholisi orasidan 770 nafar bemor aniqlangan.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Лопатина Ю.В., Новолоская К.М. Редкие варианти чесотки в клинической практике и их инвазионний потенциал//Проблемы медицинской микологии. – 2021.

2. Dermatologik kasalliklarni laboratoriya sharoitida aniqlash. Eshboev E.X. Toshkent -2024.

3. Малярчук А.П., Соколова Т.В. Диагностическая значимостб дерматоскопии при чесотке//Вестник Витебского государственного медицинского университета. - 2013.

4. Xamidov F.Sh. Qo‘tirni zamonaviy davolash usullari: nauchnoe izdanie / F. Sh. Xamidov , L. Tojiboev, T. Rasulov, N. Karimov // Dermatovenerologiya i esteticheskaya medisina. - T., 2013.

ОЦЕНКА ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ РЕЦИДИВНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ ОЦЕНКА ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ РЕЦИДИВНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Ф.К. Миралиев, Д.А. Алиева

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка, Ташкент, Узбекистан

В статье освещены особенности иммуногистохимических изменений при рецидивной форме гиперплазии эндометрия. В исследование включены 20 пациенток нормальная гиперплазия эндометрия, госпитализированные в гинекологическое отделение РСНПМЦЗМиР за 2019-2021 гг. С помощью рецептора Ki67 наблюдалась: от всего пациента 5% до 10 % низкая позитивная реакция. Отрицательной, средней и высокой позитивной реакции не наблюдалось. Иммуногистохимические картина рецидивная железистая гиперплазия эндометрия. Рецептор прогестерон и высокая эстроген, высокая позитивная экспрессия.

Ключевые слова: Гиперплазия эндометрия, рецидивная форме гиперплазия, гистология эндометрия, иммуногистохимические маркеры - Ki67, эстроген, прогестерон.

Endometriyal giperplaziyaning takroriy shaklidagi immunohistokimyoviy o‘zgarishlarni baholash

F.K. Miraliyev, D.A.Aliyeva

Tadqiqot maqsadi endometriyal giperplaziyaning takroriy shaklidagi immunogistokimyoviy o‘zgarishlarning xususiyatlarini aniqlashdan iborat edi. Tadqiqotga 2019-2021-yillar davomida Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy akusherlik va ginekologiya tibbiyot markazi ginekologiya bo‘limiga yotqizilgan restidiv endometriy giperplaziyasi bo‘lgan 20 nafar bemor ishtirok etdi. Ki67 retseptorlari yordamida: butun bemordan 5% dan 10% gacha past ijobiy reaktsiya kuzatilgan. Salbiy, o‘rta va yuqori ijobiy reaktsiyalar kuzatilmadi. Endometriymning takroriy bezli giperplaziyasining immunohistokimyoviy rasmidan shu aniq bo‘ldiki, progesteron va estrogen retseptorlari, yuqori ijobiy natijaga ega bo‘ldi.

Tayanch so‘zlar: Endometriyal giperplaziya, giperplaziyaning takroriy shakli, endometriyal gistologiya, immunohistokimyoviy belgilar - Ki67, estrogen, progesteron.

Assessment of immunohistochemical changes in the recurrent form of endometrial hyperplasia

F.K. Miraliev, D.A. Alieva

Purpose of the study: To determine the features of immunohistochemical changes in the recurrent form of endometrial hyperplasia. The study included 20 patients with normal endometrial hyperplasia, hospitalized in the gynecological department of RSSPMC A and G for 2019-2021. With the help of the Ki67 receptor, it was observed: from the whole patient 5% to 10% low positive reaction. Negative, medium and high positive reactions were not observed. Immunohistochemical picture of recurrent glandular hyperplasia of the endometrium. Progesterone receptor and high estrogen, high positive expression.

Key words: Endometrial hyperplasia, recurrent form of hyperplasia, endometrial histology, immunohistochemical markers - Ki67, estrogen, progesterone.

Введение. Гиперплазия эндометрия (ГЭ) является наиболее частой патологией тела матки у женщин детородного возраста, проявляющееся неравномерной неинвазивной пролиферацией желез эндометрия с нарушением железисто-стромального соотношения по сравнению с эндометрием пролиферативного типа, с его функциональным и морфологические изменения [2,6].

По данным научной литературы, ГЭ составляет 15-40% всей гинекологической патологии [1,3]. Научные публикации по этому вопросу позволили проанализировать некоторые этиопатогенетические пути формирования гиперпластических изменений в ткани эндометрия, в частности оценить роль инфекционных факторов как провоцирующих и этиологических фактором возникновения ГПЭ [4,7].

Недавнее исследование показало, что вирус герпеса и HVI в биоптатах эндометрия сохраняются у 40,7% женщин с хроническим эндометритом, микробно-вирусные ассоциации – у 35% [5]. Некоторыми исследователями показана возможная причастность вирусной инфекции к возникновению атипии при ГПЭ, в частности, опубликованы сообщения о наличии ВПЧ в аденокарциномах ткани эндометрия [8].

Изучение этих особенностей расширит возможности прогнозирования течения и перспективы профилактического лечения рецидивов ГПЭ.

Цель исследования: Определить особенности иммуногистохимических изменений рецидивная форме гиперплазия эндометрия

Материал и методы. В исследование включались пациенты репродуктивного возраста с морфологически подтвержденным диагнозом гиперплазии эндометрия простой формы.

В исследование включены 20 пациенток рецидивная форме гиперплазия эндометрия, госпитализированные в гинекологическое отделение РСНПМЦЗМиР за 2019-2021 гг. Критерии включения в исследование: репродуктивный возраст; морфологически подтвержденный диагноз гиперплазия эндометрия простая.

Иммуногистохимическое исследование проведены в патоморфологической лаборатории РСНПМЦОиР отделением патморфологии с помощью IHC Full Automat Stainer Leica BOND-MAX по общепринятой методике, на серийных парафиновых срезах эндометрия, помещенных на стекла, покрытые поли-L-лизином.

Исследование всегда проводится с обязательным использованием контрольных стёкол с уже известным результатом для контроля правильности реакции и качества реагентов.

Результаты исследования. Результаты иммуногистохимическое исследование при рецидивной форме гиперплазии эндометрия. Были исследованы 20 случаев с использованием биомаркёров Ki67.

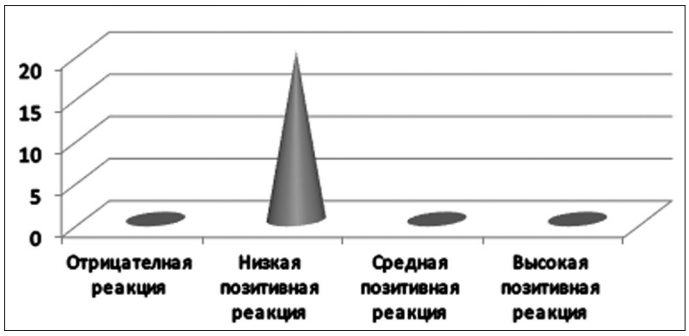


Рис.1. Иммуногистохимические результаты рецептора Ki67 № 20

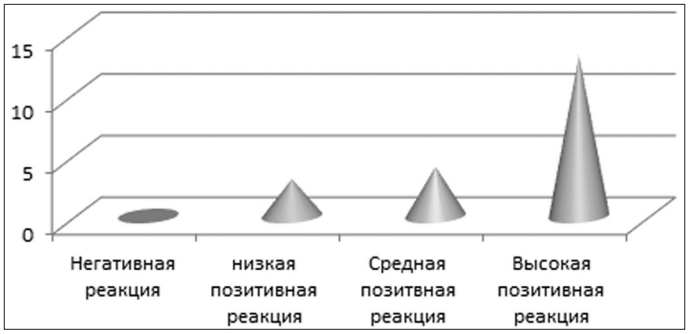


Рис. 3 Иммуногистохимические результаты рецептора прогестерон.

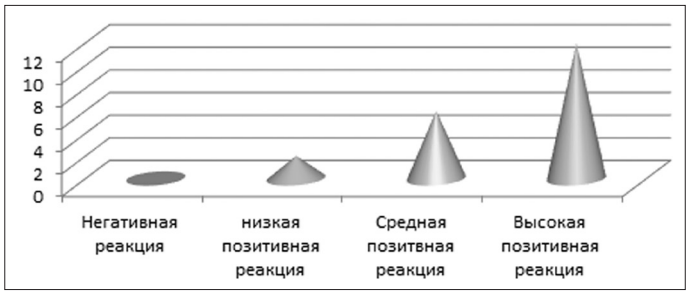


Рис. 5. Иммуногистохимические результаты рецептора Эстроген.

Иммуногистохимические картина рецидивная железистая гиперплазия эндометрия. Рецептор прогестерон высокая позитивная экспрессия.

При иммуногистохимическом исследовании с диагнозом простой гиперплазия эндометрия у 20 пациентов с помощью рецептора Ki67 наблюдалась: от всего пациента 5% до 10 % низкая позитивная реакция. Отрицательной, средней и высокой позитивной реакции не наблюдалось.

Иммуногистохимические картина рецидивная железистая гиперплазия эндометрия. Рецептор Ki67 низкая позитивная экспрессия.

Иммуногистохимическое исследование у 20 пациентов с рецидивная форма гиперплазией эндометрия с помощью рецептора прогестерона показало низкая позитивную реакцию у 3 пациентов, средную позитивную реакцию 4 пациентов и высокой позитивной реакции 12 пациента. Негативная реакции не наблюдалось. Рецепторы эстроген окрашивание ядерной белок оценивать в процентах: 10-30 % низкий показатель, 30-60 % пограничная показатель, 60-100% высокой показатель.

Иммуногистохимическое исследование у 20 пациентов с рецидивная форма гиперплазией эндометрия с помощью рецептора Эстроген показало низкая позитивную реакцию

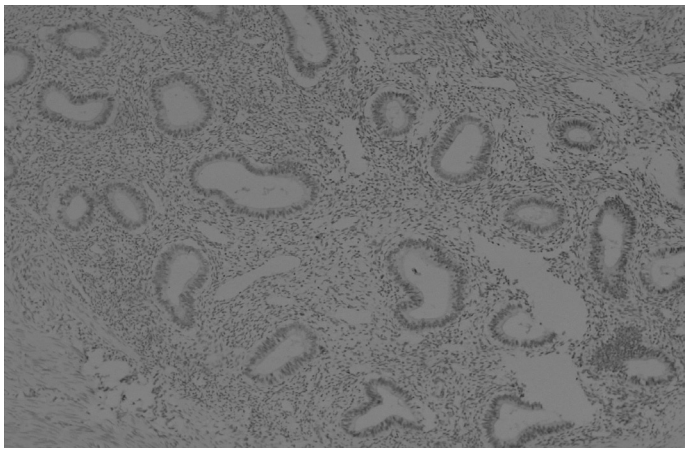


Рис. 2. Рецидивная форма железистая гиперплазия эндометрия. Окраска: ИГХ Dab хромаген. Иммуногистохимические рецептор Ki-67, низкая экспрессия. Об 10х ок40.

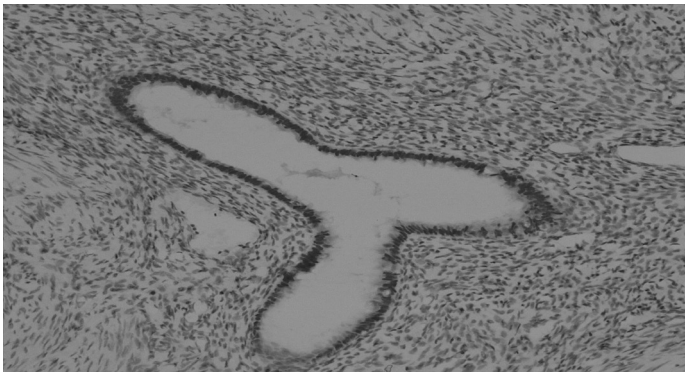


Рис. 4. Рецидивная железистая гиперплазия эндометрия. Окраска: ИГХ Dab хромаген.Иммуногистохимические рецептор прогестерон, высокая позитивная экспрессия. Об 10х ок40.

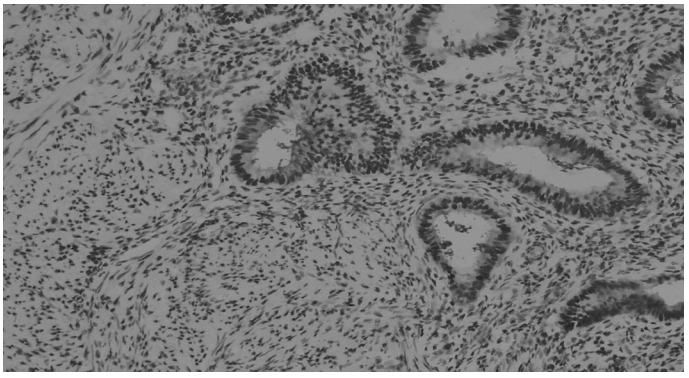


Рис.6. Простая железистая гиперплазия эндометрия. Окраска: ИГХ Dab хромаген. Иммуногистохимические рецептор эстроген, высокая позитивная экспрессия.. Об 10х ок40.

у 2 пациентов, средную позитивную реакцию 6 пациентов и высокой позитивной реакции 12 пациента. Негативная реакции не наблюдалось. Рецепторы эстроген окрашивание ядерной белок оценивать в процентах: 10-30 % низкий показатель, 30-60 % пограничная показатель, 60-100% высокой показатель.

Выводы. Таким образом, иммуногистохимические картина рецидивная железистая гиперплазия эндометрия показывает рецепторы эстрогенов с высокой позитивной экспрессии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Akrish S., Eskander-Hashoul L., Rachmiel A., Ben-Izhak O. Clinicopathologic analysis of verrucous hyperplasia, verrucous carcinoma and squamous cell carcinoma as part of the clinicopathologic spectrum of oral proliferative verrucous leukoplakia: A literature review and analysis. Pathol. Res. Pract. 2019;215(12):152670

2. Boichuk A.V., Shadrina V.S., Vereshchahina T.V. Hyperplasia of endometrium – a modern system-pathogenetic view on the problem (literature review): (literature review). Actual problems of pediatrics, obstetrics and gynecology, 2019;(1):67-72

3. Cicinelli E., Matteo M., Trojano G. Et al. Chronic endometritis in patients with unexplained infertility: Prevalence and effects of antibiotic treatment on spontaneous conception. Reprod. Immunol., 2018;79(1): e12782.

4. Gorban N.Y., Vovk I.B., Hoida N.H., Linchak O.V. Menstrual dysfunction: the situation in the world and in ukraine – in women of reproductive age and with atypical hyperproliferative pathology of the endometrium. Bull. Soc. Hygiene Health Protect. Organiz. Ukraine, 2019;(3): 77-83.

5. Yang F., Li H., Qi X., Bian C. Post-hysterectomy rare collision vulva tumor with long-term human papilloma virus infection composed of squamous cell carcinoma of the labia major and adenosquamous carcinoma of bartholin gland: A case report. Medicine (Baltimore), 2019;98(39): e17043.

6. Vargas M.V., Huang K., Norwitz E. Et al. Endometriosis and adenomyosis. Evidence-based Obstetrics and Gynecology. John Wiley & Sons, Ltd, 2019:8:75–87. h

7. Honcharenko G.Y. The role of steroid receptors in the pathogenesis of adenomyosis in the presence of concomitant endometrial pathology in postmenopause. Reports of morphology, 2019;1(25):45-54.

8. Horban N.Ye., Vovk I.B., Lysiana T.O. et al. Peculiarities of uterine cavity biocenosis in patients with different types of Endometrial Hyperproliferative Pathology. J. Med. Life, 2019;12(3):266-270.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

С.К. Юлдашев

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка

Пролапс тазовых органов (ПТО) — это распространенное заболевание тазового дна, которое влияет на качество жизни миллионов женщин во всем мире. Нормальное положение органов малого таза зависит как от мышц тазового дна/мышцы, поднимающей задний проход, так и от соединительной ткани, поддерживающей матку и влагалище. Известные факторы риска ПТО включают возраст, количество детей, семейный анамнез, генетическую предрасположенность и хроническое напряжение. Диагноз ПТО зависит главным образом от анамнеза и клинического обследования. Лечение начинается с информирования пациента о заболевании и доступных методах лечения. Если у пациента наблюдаются неприятные симптомы, существуют консервативные и хирургические методы лечения.

Ключевые слова: гинекология, трансвагинально, влагалище/вагинально, пролапс тазовых органов, цистоцеле, пролапс матки.

Chanoq a’zolar prolapsini davolashga zamonaviy yondashuv

S.K. Yuldashev

Chanoq a’zolari prolapse (CHAP) – chanoq a’zolarining keng tarqalgan kasalliklaridan biri bo‘lib, dunyo bo‘ylab minglab ayollar hayot sifatiga ta’sir ko‘rsatib kelmoqda. Chanoq a’zolarining normal joylashuvi faqatgina ularni ko‘tarib turuvchi mushaklarga bog‘liq bo‘libgina qolmay, bachadon va qinning biriktiruvchi to‘qimalariga ham bog‘liqdir. Chanoq a’zolari prolapsining xavf omillari o‘z ichiga yosh, farzandlar soni, oilaviy anamnez, genetik moyillik va surunkali bosimni oladi. Tashxis asosan anamnez va klinik tekshiruvlarga bog‘liq. Davolash bemorga tashxisni va ma’lum davo usullarini tushuntirishdan boshlanadi. Agar bemorda nohush belgilar paydo bo‘lsa, konservativ va xirurgik davo usullari tavsif qilinadi.

Tayanch so‘zlar: ginekologiya, transvaginal, vaginal, transvaginal, chanoq a’zolari prolapsi, sistosele, bachadon prolapsi.

Modern approach to the treatment of pelvic organ prolapse

S.K. Yuldashev

Pelvic organ prolapse (POP) is a common pelvic floor disorder that affects the quality of life of millions of women worldwide. The normal position of the pelvic organs depends on both the pelvic floor muscles/levator ani and the connective tissue that supports the uterus and vagina. Known risk factors for POP include age, number of children, family history, genetic predisposition, and chronic tension. The diagnosis of POP depends mainly on the history and clinical examination. Treatment begins with education of the patient about the disorder and the treatment options available. If the patient has bothersome symptoms, there are conservative and surgical treatment options.

Keywords: gynecology, transvaginal, vagina/vaginal, pelvic organ prolapse, cystocele, uterine prolapse.

Введение. Пролапс тазовых органов (ПТО) – это заболевание тазового дна (ПФД), которое влияет на качество жизни миллионов женщин во всем мире. Хирургические процедуры по лечению ПТО являются вторыми по распространенности гинекологическими процедурами после гистерэктомии [1].

Общая частота операций по поводу ПТО составляет 1,5 операций на 1000 женщин в год, которая увеличивается с возрастом и достигает пика до 4 на 1000 женщин в год. 1000 женщин в год у женщин в возрасте старше 70 лет с предполагаемым совокупным риском хирургического вмешательства на ПТО 12,6%. В крупном проспективном опросе 3% опрошенных женщин сообщили о симптомах пролапса тазовых органов (ПТО), которые в значительной степени совпадают с симптомами других дисфункциях тазового дна (ДТД), вызывая симптомы мочеиспускания и кишечника. Разница между зарегистрированными симптомами и данными обследования указывает на то, что у значительной части пациентов с ПТО симптомы отсутствуют [4].

Патофизиология. Нормальное положение органов малого таза зависит как от мышц тазового дна, так и от внутритазовой фасции, обеспечивающей соединительнотканную поддержку органов малого таза. Признаки по-

вреждения мышцы, поднимающей задний проход, чаще всего лобково-копчиковой мышцы (также известной как лобково-висцеральная мышца), наблюдаются у 40% женщин с пролапсом. Это происходит в 2-3 раза чаще, чем у женщин с нормальной опорой [5]. Травма лобково-копчиковой мышцы приводит к расширению полового отверстия, что приводит к нарушению биомеханической поддержки органов малого таза и предрасполагает больных к развитию ПТО. Кроме того, ослабление соединительной ткани может наблюдаться в местах прикрепления матки и стенки влагалища к боковой стенке таза (уровень I) или прикрепления средней части влагалища к боковой стенке таза (уровень II). Вероятность развития ПТО связана со степенью повреждения, отмеченного при визуализации мышц, поднимающих задний проход, и в меньшей степени в опорных структурах соединительной ткани [6-8].

Оценка и диагностика. Диагноз ПТО зависит главным образом от анамнеза и клинического обследования [1]. Подробный анамнез должен включать документацию симптомов пациента, связанных с ПТО и другими функциями мочеиспускания и кишечника.

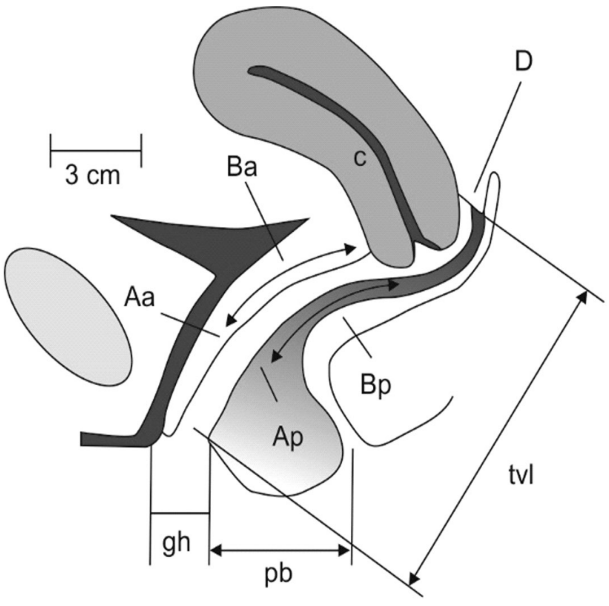
Рекомендуется использовать классификацию (POP-Q), поскольку она позволяет стандартизировать степень пролапса разного уровня. POP-Q обеспечивает важные стандартизированные измерения, которые можно сравнивать до и после хирургического и консервативного лечения [2,8]. Обследование следует проводить на пустой мочевой пузырь и с помощью вагинальных зеркал, чтобы отвести переднюю и заднюю стенку влагалища для оценки наличия пролапса. Шесть определенных точек для оценки переднего, заднего и апикального пролапса измеряются во время пробы Вальсальвы по отношению к девственной плеве. Также получают три дополнительных описательных измерения, независимых от девственной плевы: (1) генитальное отверстие (gh); (2) промежность (pb); и (3) общая длина влагалища (tvl). Единственное измерение, полученное без Вальсальвы – это общая длина влагалища. Затем выпадение каждого из отделов определяется в зависимости от его отношения к девственной плеве.

Несмотря на простой диагноз и доступные варианты лечения, существует недооценка полного времени заболевания. Наличие выпуклости влагалища, которую можно почувствовать или увидеть у входа во влагалище, является наиболее чувствительным симптомом, о котором сообщают пациентки с ПТО.

Сбор полного анамнеза и проведение физического осмотра – единственные шаги, необходимые для первоначального обследования женщины на ранней стадии ПТО (стадии I и II). Пациентам с более выраженным пролапсом рекомендуется оценка остаточной мочи после мочеиспускания с помощью ультразвукового исследования мочевого пузыря для выявления дисфункции мочеиспускания. Признаки стрессового недержания мочи (СНМ) при обследовании требуют обсуждения вариантов лечения, включая хирургическое вмешательство при СНМ, если это необходимо.

Лечение. Лечение ПТО должен быть индивидуальным в соответствии с целями пациентов и основан на множестве факторов, таких как наличие симптомов, степень нарушения, история болезни и хирургических операций, планы по отношению к сексуальной функции и физического состояния. Из вышеизложенного важно отметить, что во многих случаях ПТО протекает бессимптомно или сопровождается минимальными проблемами. В этих случаях консервативное лечение с последующим наблюдением является лучшей рекомендацией. Нарушение, вызванное пролапсом, остается наиболее важным фактором, определяющим необходимость любого вмешательства.

Нехирургические методы лечения. Информирование женщин о ПТО и его естественном развитии, а также предоставление им уверенности является важной частью консультирования. Часто у женщин могут наблюдаться сопутствующие симптомы мочеиспускания и кишечника, которые могут быть основной причиной обращения за обследованием, на которое следует обратить внимание [7]. Недавний метаанализ, оценивающий эффективность тренировки мышц тазового дна при ПТО, выявил положительное влияние на субъективные симптомы выпуклости мочевого пузыря, кишечника и влагалища, и объективную тяжесть, особенно в краткосрочной перспективе [3]. Необходимы дополнитель-



Anterior wall Aa	Anterior wall Ba	Cervix or cuff C
Genital hiatus gh	Perineal body pb	Total vaginal length tvl
Posterior wall Ap	Posterior wall Bp	Posterior fornix D

ные исследования для оценки долгосрочных эффектов, а также протоколов лечения. Имеются данные, позволяющие предположить, что рутинное использование физиотерапии перед хирургическим вмешательством не повлияло на результаты по сравнению с обучением у женщин, перенесших хирургическое лечение по поводу ПТО [4].

Вагинальная эстрогеновая терапия у женщин с мочеполовым синдромом менопаузы (МСМ) помогает уменьшить симптомы сухости влагалища и восстанавливает здоровый вагинальный эпителий. Хотя нет никаких доказательств в пользу использования вагинального эстрогена в качестве лечения ПТО, использование эстрогена у женщин с МСМ может помочь облегчить симптомы сухости и теоретически может помочь избежать язв слизистой оболочки влагалища у женщин с выраженным пролапсом [5].

Пессарийная терапия – это нехирургический метод лечения, который следует предлагать всем женщинам с неприятными симптомами ПТО. Установка пессария успешна более чем у 90% женщин, а использование пессариев у женщин с ПТО связано с облегчением симптомов. Рекомендуется начать с поддерживающего пессария, такого как кольцо с поддержкой, прежде чем пытаться использовать объемные пессарии, поскольку кольцевые пессарии можно успешно использовать при пролапсе на поздней стадии [10].

Хирургические методы лечения. Хирургическое вмешательство – это вариант для женщин с ПТО, которые отказались от консервативных методов или для которых эти варианты оказались неудачными. Пожизненный риск хирургического вмешательства по поводу ПТО составляет 12,6% [3,4]. Зарегистрированная частота рецидивов варьируется от 6% до 30% [10]. Выбор конкретной операции зависит от многих факторов, включая пожелания пациента, сопутствующие заболевания, сопутствующие симптомы, пострадавшие отсеки, имеющиеся технологии и подготовка хирургов. Хирургический доступ может быть вагинальным, абдоминальным или комбинированным. Операции можно разделить на категории – в зависимости от желания пациентов по отношению к послеоперационной сексуальной функции – на реконструктивные операции таза и облитерирующие операции. Пациент с рецидивом ПТО требует индивидуального подхода, основанного на основных симптомах и специфическом анатомическом расположении ПТО. Пациентки, желающие сохранить матку, должны быть проинформированы о рисках и преимуществах конкретных операций. Сопутствующие процедуры по лечению недержания мочи и операции на придатках распространены и должны учитываться у каждого пациента, чтобы снизить риск повторной операции. Использование трансплантационного: биологического или синтетического материал, было еще одной важной частью планирования операции при ПТО и был в центре внимания в протоколах Управления по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) по безопасности использования сетки в гинекологической хирургии [9].

Операции апикальной фиксации. В настоящее время существует несколько вагинальных и абдоминальных операций по устранению пролапса апикального отдела, которые могут включать сопутствующую тотальную гистерэктомию. Число операций по сохранению матки растет, но долгосрочные результаты неясны, а общая частота таких операций по-прежнему ниже, чем процедуры апикального подвешивания в сочетании с гистерэктомией. В распространенных операциях коррекции апикального ПТО в настоящее время используются нативные ткани (фиксация крестцово-маточной связки [ФКМС] и фиксация сакроспинальной связки [ФССС]) или трансплантат (сакрокольпопексия [СКП]). В небольшом количестве исследований абдоминальный метод сравнивался с вагинальным методом лечения. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что вагинальные операции, включая ФКМС и ФССС, имеют значительный эффективность при лечении апикального пролапса по сравнению с СКП; однако эти данные были в основном получены в результате исследований с небольшим количеством субъектов. С СКП связано больше осложнений, чем с восстановлением влагалища другими методами. На сегодняшний день нет убедительных доказательств эффективности и безопасности операции поддержки верхушки влагалища после вагинальной гистерэктомии по сравнению с минимально инвазивной СКП после гистерэктомии [6,8].

Для женщин, выбравших подход с использованием нативных тканей для лечения апикальной ПТО, ФКМС и ФССС дали сопоставимые результаты. Выбор процедуры зависит от предпочтений и опыта хирурга [4]. Несмотря на очевидную необходимость хирургического вмешательства по устранению апикального пролапса у женщин с выраженным апикальным ПТО, в исследовании 2021 года Слопник и коллеги показали, что эти процедуры недостаточно используются наряду с гистерэктомией, выполняемой для лечения. Национальной программы улучшения хирургического качества, которым была проведена гистерэктомия для лечения «полного выпадения матки», и <50% пациенток перенесли хирургическое вмешательство для поддержки апикального пролапса.

Вагинальный подход разработан для лечения ПТО, а процедуры восстановления нативных тканей включают переднюю кольпорафию, заднюю кольпорафию и процедуры апикальной поддержки, включающие ФКМС, ФССС и кольпопексию подвздошно-копчиковой мышцы.

Кольпорафия – это процедура коррекции дефектов поддержки стенки влагалища путем складирования слоев соединительной ткани между эпителием влагалища и мочевым пузырем или прямой кишкой. Кольпорафия, обычно выполняемая через разрез по средней линии, восстанавливает выравнивание стенки влагалища и устраняет выпуклость анатомически. Если отмечается опущение верхушки, важно выполнить кольпорафию с восстановлением апикального пролапса влагалища. Другие процедуры восстановления пролапса передней и задней стенки влагалища включают паравагинальное восстановление и восстановление специфического участка. По сравнению со стандартной кольпорафией эти операции не принесли каких-либо дополнительных преимуществ.

Заключение. ПТО вызывает не только неприятные физические ощущения, но и существенно влияет на качество жизни пациентов. Женщины отказываются от привычных повседневных дел, вынуждены снижать интенсивность физической нагрузки, отказываться от интимных отношений. В комплексе все эти нарушения приводят к глубокому эмоциональному угнетению, что важно учитывать при проведении терапии. Выбор метода лечения основывается на индивидуальных особенностях пациента. Возможно применение как консервативной терапии, так и хирургической коррекции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Subak LL, Waetjen LE, van den Eeden S, et al. Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. Obstet Gynecol 2021;98:646.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Pelvic Organ Prolapse: ACOG Practice Bulletin, Number 214. Obstet Gynecol 2019;134:e126.
3. Slopnick EA, Roberts K, Sheyn DD, et al. Factors influencing selection of concomitant total versus supracervical hysterectomy at the time of sacrocolpopexy and associated perioperative outcomes. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2021;27:415.
4. U.S. Food and Drug Administration (FDA). FDA Takes Action to Protect Women's Health, Orders Manufacturers of Surgical Mesh Intended for Transvaginal Repair of Pelvic Organ Prolapse to Stop Selling All Devices. document at: andprosthetics/urogynecologic-surgical-mesh-implants Accessed March 1, 2022.
5. Chapman GC, Slopnick EA, Roberts K, et al. Pelvic organ prolapse surgery in the elderly and frail: Safety of a reconstructive versus obliterative approach. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2021;27:620.
6. Chapman GC, Slopnick EA, Roberts K, et al. Pelvic organ prolapse surgery in the elderly and frail: Safety of a reconstructive versus obliterative approach. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2021;27:620.
7. Aserlind A, Garcia AN, Medina CA. Uterus-sparing surgery: Outcomes of transvaginal uterosacral ligament hysteropexy. J Minim Invasive Gynecol 2021;28:100.
8. Nager CW, Visco AG, Richter HE, et al. Effect of sacrospinous hysteropexy with graft vs vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension on treatment failure in women with uterovaginal prolapse: 5-year results of a randomized clinical trial. Am J Obstet Gynecol 2021;225:153.151.
9. Kulkarni M, Young N, Lee J, et al. Hysterectomy with uterosacral suspension or Upholdtm hysteropexy in women with apical prolapse: A parallel cohort study. Int Urogynecol J 2020;31:2137
10. Mendelson J, Grigorescu B, Quinn C, et al. Pessaries and rectovaginal fistulae: Consequences of delayed clinical follow-up in the Covid-19 pandemic. Int Urogynecol J 2021;32:2353.

YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA ISHEMIK-GIPOKSIK ENSEFALOPATIYA RIVOJLANISHI UCHUN XAVF OMILLARI

M.N. Negmatullayeva, M.M. Boltayeva

2-son Akusherlik va ginekologiya kafedrasi, Buxoro Davlat tibbiyot universiteti

Maqolada yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ishemik-gipoksik entsefalopatiya rivojlanishining xavf omillarini retrospektiv o'rganish natijalari bo'yicha o'z tadqiqotlarimiz natijalari keltirilgan. Homiladorlik davrida turli xavf omillari tufayli 37 nafar yangi tug'ilgan chaqaloqda «homila o'sishining kechikishi sindromi» tashxisi va 63 nafar yangi tug'ilgan chaqaloqda «Bosh miyaning perinatal zararlanishi» va «gipoksik-ishemik entsefalopatiya» tashxislari aniqlangan. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gipoksik-ishemik entsefalopatiya rivojlanishi uchun xavf omillarini aniqlash homilador ayollarni tibbiy ko'rikdan o'tkazishga kompleks yondashuvni ishlab chiqish, homiladorlikning ushbu patologiyasini o'z vaqtida tekshirish va davolash imkonini beradi.

Tayanch so'zlar: qo'zg'alish sindromi, fetal gipoksiya, nafas yetishmovchiligi.

Факторы риска развития ишемически-гипоксически эцефалопатии у новорождённых

М.Н. Негматуллаева, М.М. Болтаева

В статье представлены результаты нашего собственного исследования по результатам ретроспективного изучения факторов риска развития ишемически-гипоксической энцефалопатии у новорожденных. Из-за различных факторов риска во время беременности у 37 новорожденных был диагностирован «синдром задержки роста плода», а у 63 новорожденных были диагностированы «перинатальное повреждение головного мозга» и «гипоксически-ишемическая энцефалопатия». Выявление факторов риска развития гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденных дает возможность разработать комплексный подход к диспансеризации беременных, своевременному обследованию и лечению данной патологии беременности.

Ключевые слова: синдром возбуждения, гипоксия плода, дыхательная недостаточность.

Risk factors for the development of ischemic-hypoxic encephalopathy in newborns

M.N. Negmatullaeva, M.M. Boltaeva

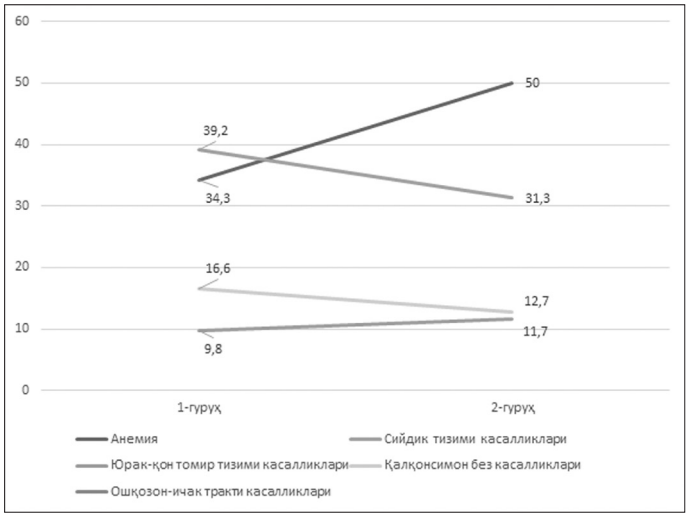
The article presents the results of our own research based on the results of a retrospective study of risk factors for the development of ischemic hypoxic encephalopathy in newborns. The study of risk factors for the development of ischemic hypoxic encephalopathy in newborns. Due to various risk factors during pregnancy, 37 newborns were diagnosed with «fetal growth retardation syndrome», and 63 newborns were diagnosed with «perinatal brain damage» and «hypoxic-ischemic encephalopathy». The identification of risk factors for the development of hypoxic-ischemic encephalopathy in newborns makes it possible to develop an integrated approach to the medical examination of pregnant women, timely examination and treatment of this pathology of pregnancy.

Key words: agitation syndrome, fetal hypoxia, respiratory failure.

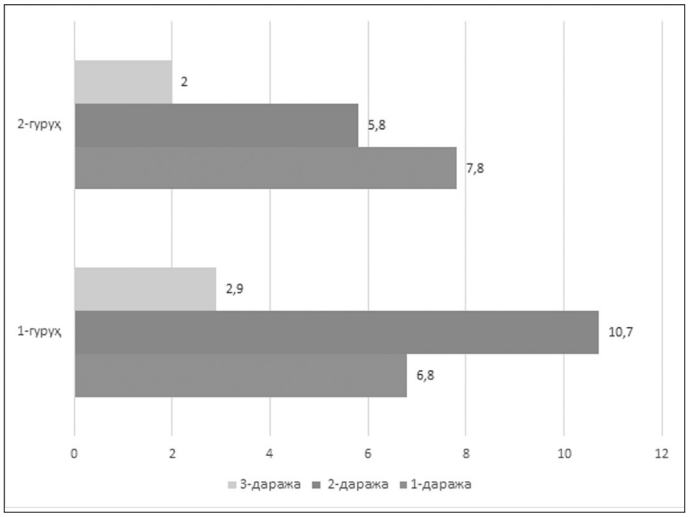
Dolzarbligi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda markaziy asab tizimining zararlanishi neonatologiya va bolalar nevrologiyasining asosiy muammosi bo'lib, u patologik jarayonning rivojlanishida asosiy etiologik omil bo'lib, bolalarning keyingi rivojlanishi va ularning individual xususiyatlarini bashorat qiladi [1,3,9,10]. Jahon statistik ma'lumotlariga ko'ra, to'liq tug'ilgan chaqaloqlarda gipoksik-ishemik ensefalopatiyaning aniqlanishi 2,0-9,0 ga 100 ni tashkil qiladi, antenatal gipoksiya chaqaloqlarda asosiy etiopatogenetik omil sifatida yotadi va tug'ilish vaqtida gipoksik-ishemik ensefalopatiya rivojlanishining asosiy sababidir. Retrospektiv tahlilimizning maqsadi homilaichi gipoksiya rivojlanishi va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ishemik-gipoksik ensefalopatiya shakllanishi uchun xavf omillarini aniqlash va neonatal davrda uning kechish xususiyatlarini o'rganish [5.7].

Tadqiqotning maqsadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ishemik-gipoksik ensefalopatiya rivojlanishining xavf omillarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Biz ushbu tadqiqotda 100 nafar onaning va yangi tug'ilgan chaqaloqning kasallik tarixidan



1-rasm. Ikkala asosiy guruhlarda tizimlar bo‘yicha uchragan patologiyalar nisbati, % larda.



2-rasm. Asosiy guruhdagi aniqlangan semizlik darajalari nisbati.

salomatlik holati, homiladorlik kechishi va tug‘ish jarayonining o‘ziga xos xususiyatlari, tug‘ish usullari, akusherlik-ginekologik va geneologik anamnez ma’lumotlari tahlil qildik. Tadqiqot Buxoro viloyat perinatal markazida o‘tkazildi. Retrospektiv tarzda «Homila o‘sishining kechikishi sindromi», «Bosh miyaning perinatal zararlanishi» va «Gipoksik-ishemik ensefalopatiya» diagnozlari qo‘yilgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlar kasallik tarixlari va homilador ayollarni tanlash mezonlari sifatida yagona homila, homiladorlik yoshi 20 dan 35 yoshgacha bo‘lgan, homiladorlik 36 hafta yoki undan katta muddatlarda bo‘lgan, homilalik gipoksiyasiga shubha mavjud bo‘lgan bemorlar kiritildi. Tadqiqotimizda ko‘rsatkichlarini aniqlash uchun homilaning holati, kindik tizimchasidagi tugunlar yoki o‘ralishlar borligiga alohida e’tibor berildi.

Tadqiqot natijalari va ularni muhokama qilish. 1- va 2-asosiy kuzatuv guruhlarida homiladorlik jarayonida turli akusherlik va somatik patologiyalar aniqlandi. Tug‘ruqdagi 35 (34,3%) ayolga turli ekstragenital kasalliklar tashxisi qo‘yilgan. 1-guruhda quyidagi patologiyalar ustunlik qildi: anemiya – 62 (60,8%) siydik tizimi kasalliklari – 40 (39,2%), yurak-qon tomir tizimi kasalliklari – 10 (9,8%), qalqonsimon bez kasalliklari – 17 (16,6), oshqozon-ichak trakti kasalliklari – 11 (10,7%). 2-guruhda anemiya – 51 (50,0%) bemorda, siydik tizimi kasalliklari – 32 (31,3%), yurak-qon tomir tizimi kasalliklari – 12 (11,7%), qalqonsimon bez kasalliklari – 13 (12,7%), oshqozon-ichak trakti kasalliklari –10 (9,8%) bemorda kuzatildi. Ushbu ko‘rsatkichlar 1-rasmda keltirilgan.

Ikkala guruh ayollarning 15 nafarida (14,7%) 1-darajali semizlik bor edi, bunda 1-guruhda 7 nafar (6,8%) va 2-guruhda esa 8 nafar (7,8%), 2-darajali semizlik esa, 1- va 2-guruhlarda mos ravishda umumiy 11 nafar (10,7%), bunda 1-guruhda 6 (5,8%) va 2-guruhda 5 (4,9%) homiladirni tashkil etdi. 3-darajali semizlik tashxisi esa, umumiy 7 nafar (6,8%) ta bo‘lib, 1-guruhda 3 (2,9%), 2-guruhda (3,9%) ayolga qo‘yilgan. Tana vazni oshgan 10 homilador ayolning 7 nafarida tug‘ruq faoliyati anomaliyalari bilan asoratlandi. Shuni ta’kidlash kerakki, aksariyat hollarda homiladorlik va tug‘ish jarayonini sezilarli darajada murakkablashtirgan bir nechta kasalliklarning kombinatsiyasi qayd yetilgan. Ushbu holat 2-rasmda keltirilgan.

Surunkali fetoplatsental yetishmovchilik (CFE) barcha tekshirilgan homilador ayollarning 92 (90,1%) nafarini tashkil etib, u guruhlar bo‘yicha 52 (56,5%) va 40 (44,5%) nisbatida taqsimlandi. Shu bilan birga, homila o‘sishdan orqada qolish sindromi (HO‘OQS) mos ravishda 10 (9,8%) ni tashkil etib, guruhlarda 6 (5,8%) va 4 ta (3,9%) dan aniqlandi. Undan tashqari UTT (ultratovush tekshiruvi) natijasida asosida 1-guruhda 12 (11,7%) va 2-guruhda 10 (9,3%) bemorda homiladorlikning uchinchi trimestrida qog‘onoq suvi kamligi aniqlandi, undan tashqari poligidroamnioz 1-guruhda 10 (9,8%) va 2-guruhda 9 (8,8%) homiladorda aniqlandi.

Bemorlarda UTT natijasida kindik tizimchasi o‘ralishi umumiy hisobda, 21,3% ni tashkil etdi. Bunda ushbu holat ikkala guruhda 11,3% va 10% nisbatda taqsimlandi. Ushbu holat fetal gipoksiyani yana chuqurlashishiga sabab bo‘ladi. Tahlil natijasida guruhlar o‘rtasida statistik jihatdan sezilarli farqlarni aniqlamadi.

Bemorlarda o‘tkazilgan dopplerometriya natijasida yo‘ldosh arteriyalari, bachadonning o‘ng arteriyasida qon aylanish sekinlashganligi aniqlandi. Undan tashqari, homila o‘rta miya arteriyasida ham kon oqish tezligi rezistentligining norma ko‘rsatkichlariga nisbatan oshganligi ham bundan dalolat beradi.

Homila holatining yomonlashganligi tufayli 1-guruhda 12 (11,7%) va 2-guruhda 10 (9,8%) holatda vakuum ekstraktori ishlatilgan. Kesar kesish jarrohlik amaliyoti 1-guruhda 15 ta (14,7%) va 2-guruhda 18 ta (17,6%) holatda amalga oshirildi.

Xulosa. Homilalik gipoksiyasi diagnostikasining kombinatsiyalangan usulidan foydalanganda, o‘tkir xomila gipoksiyasi sezilarli darajada kamroq tashxis qo‘yilgan ($p<0,05$) mos ravishda 21,0 va 35,2% 1-guruhlarda va 20% hollarda 2-guruhda birinchi darajali fetoplatsental kompleksning buzilishi kuzatilgan.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1088 с.

2. Болтаева Малика Миралиевна. Современные аспекты прогнозирования и ранней диагностики фетальной гипоксии для снижения перинатальной заболеваемости гипоксической- ишемического генеза. С.693-698.

3. Колыбина П.В., Ившин А.А. Фетальная пульсоксиметрия – новый тренд в диагностике интранатальной гипоксии плода // Проблемы современной науки и образования. 2016. № 13 (55). С. 132–134

4. 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

5. Болтаева Малика Миралиевна, Негматуллаева Мастура Нуруллаевна. Ҳомила гипоксияси мавжуд беморларнинг клинико-анамнестик хусусиятлари. Проблемы биологии и медицины 2023, №6 82-85

6. Ayres-De-Campos D., Spong C. Y., Chandraharan E. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. Int. J. Gynecol. Obstet. 2015, 135 (1), pp. 13-24

7. Boltaeva Malika Miralievna. Modern aspects of forecasting and early diagnosis of fetal hypoxia to reduce the perinatal incidence of hypoxic- ischemic genesis, 2023, Volume 4, Issue 4, pp.959-963

8. Boltaeva M.M.,Negmatullaeva M.N. – Diagnostic criteria for fetal hypoxia //New Day in Medicine 2023 8(58): 2-8

9. Tuksanova, D. I. (2019). Osobennosti sostoyanie parametrov gomeostaza i kardiogemodinamiki u zhenshchin s fiziologicheskim techeniem beremennosti. Novyj den' v medicine-Tibbiyotda yangi kun-2019, 1(25), 159-163.

10. Tuksanova, D. I. (2019). Features of the state of parameters of homeostasis and cardiodynamics in women with the physiological course of pregnancy. Tibbietda yangi kun.Tashkent, (1), 25.

XORAZM VILOYATIDA HOMILADOR AYOLLARDA SIYDIK YO‘LLARI INFEKSIASINING KECHISHI VA UNGA OLIB KELUVCHI OMILLAR

D.T. Ruzmetova, D.O. Artikova

TTA Urganchfiliali, Urganch, Uzbekiston

So‘nggi o‘n yilliklarda homilador ayollarda buyrak kasalliklari ko‘paydi. Buyrak patologiyasi homiladorlik jarayoniga va homilaning holatiga salbiy ta’sir qiladi. Bu tez-tez o‘z-o‘zidan bola tushishi, kech toksikozni qo‘shilishi, perinatal patologiya va o‘lim bilan ifodalanadi. Muammoning muhimligiga qaramay, homiladorlik davrida buyrak patologiyasi va buyrak funksiyasini o‘zganishi hozirgacha o‘rganilib kelinmoqda.

Tayanch so‘zlar: Siydik yo‘llarining infeksiyasi (SYI), Surunkali buyrak yetishmovchiligi (SBY), Simtomsiz bakteriuriya (SB)

Течение инфекций мочевых путей у беременных в Хорезмской области и факторы, приводящие к нему

Д.Т. Рузметова, Д.О. Артикова

В последние десятилетия у беременных участились заболевания почек. Патология почек отрицательно влияет на процесс беременности и состояние плода. Нередко выражается самопроизвольным выкидышем, присоединением позднего токсикоза, перинатальной патологии и летального исхода. Несмотря на важность проблемы, изменения патологии почек и функции почек во время беременности изучаются до сих пор.

Ключевые слова: Инфекция мочевыводящих путей (ИМП), Хроническая почечная недостаточность (ХПН), Бессимптомная бактериурия (ББ).

Incurrency of urinary tract infections in pregnant women in Khorazm region and factors leading to it

D.T. Ruzmetova, D.O. Artikova

In recent decades, kidney diseases have increased in pregnant women. Kidney pathology negatively affects the pregnancy process and the condition of the fetus. It is often expressed by spontaneous miscarriage, the addition of late toxicosis, perinatal pathology and death. Despite the importance of the problem, changes in kidney pathology and kidney function during pregnancy have been studied until now.

Key words: Urinary tract infection (UTI), Chronic kidney failure (ChKF), Asymptomatic bacteriuria (AB).

Siydik yo‘llari infeksiyasi homiladorlik va tug‘ishning jiddiy akusherlik va neonatal asoratlarni rivojlanish xavfini oshirishi mumkin: anemiya, arterial gipertenziya, qog‘onoq pardoning muddatidan oldin yorilishi, tana vazni past bo‘lgan bolalar tug'ilishi (<2500 g). Bu esa, o‘z navbatida, og‘ir tug‘ilishga olib keladi va perinatal o‘lim ko‘rsatkichini oshiradi.

Tadqiqotning maqsadi: Xorazm viloyatida homilador ayollarda yuzaga keluvchi siydik yo‘llari infeksiyasini erta aniqlash, unga olib keluvchi omillarni o‘rganish, profilaktik va davo muolajalarini olib borish samaradorligiga erishish.

Tatqiqot vazifalari. 1. Siydik yo‘llari infeksiyasi mavjud bo‘lgan homilador ayollarda olingan anamnestik ma’lumotlar asosida siydik chiqarish yo‘llari infeksiyasiga olib keluvchi xavf omillarini aniqlash.

2. Siydik yo‘llari infeksiyasi mavjut bo‘lgan homilador ayollarda o‘tkazilgan klinik laborator teshkiruvlar (siydikda nicheporenko, umumiy siydik tahlili, umumiy qon tahlili, qonning biokimyoviy tahlili, qin miqraflorasi, qonning koagulogramma teshkiruvlari) natijasida yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan xavf guruhlarni aniqlash.

3. Olingan ma’lumotlar asosida siydik yo‘llari infeksiyasiga chalingan homiladorlarda profilaktik tadbirlarni ishlab chiqish va davolash samaradorligini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari: Ilmiy izlanishimiz Xorazm viloyati perinatal markazida (Direktor t.f.d. Matyaqubova S.A) olib borildi. 50 nafar retrospektiv, 50 nafar prospektiv va 20 nafar nazorat guruhiga homilador ayollar olindi. Homilador ayollarning homiladorlik davrida o‘tkazgan turli xil kasalliklaridan prospektiv guruhdan simtomsiz bakteriuriya 15 nafar (30%) ni, gestatsion pielonefrit 46 nafar (92%) ni, sistit 3 nafar (6%) ni, buyrak tosh kassaligi 1 nafar (2%) ni, nefrastoma amaliyotidan keyingi holat 1 nafar (2%) ni, gidronefroz 1 nafar (2%), urasepsis 1 (2%) ni tashkil qildi.

Homilador ayollarning homiladorlik davrida o‘tkazgan turli xil kasalliklaridan retrospektiv guruhdan simtomsiz bakteriuriya 18 nafar (36%) ni, gestatsion pielonefrit 45 nafar (90%) ni, sistit 4 nafar (8%) ni, buyrak tosh kassaligi 1 nafar (2%) ni, nefrastoma amaliyotidan keyingi holat 1 nafar (2%) ni, gidronefroz 1 nafar (2%) ni tashkil qildi.

Natija. Homilador ayollarning homiladorlik davrida o‘tkazgan turli xil kasalliklaridan prospektiv guruhdan simtomsiz bakteriuriya 15 nafar (30%) ni, gestatsion pielonefrit

46 nafar (92%) ni, sistit 3 nafar (6%) ni, buyrak tosh kassaligi 1 nafar (2%) ni, nefrastoma amaliyotidan keyingi holat 1 nafar (2%) ni, gidronefroz 1 nafar (2%), urasepsis 1 (2%) ni tashkil qildi

Homilador ayollarning homiladorlik davrida o‘tkazgan turli xil kasalliklaridan retrospektiv guruhdan simtomsiz bakteriuriya 18 nafar (36%) ni, gestatsion pielonefrit 45 nafar (90%) ni, sistit 4 nafar (8%) ni, buyrak tosh kassaligi 1 nafar (2%) ni, nefrastoma amaliyotidan keyingi holat 1 nafar (2%) ni, gidronefroz 1 nafar (2%) ni tashkil qildi.

Xulosa:

1. Simtomsiz bakteriuriya 33nafar (66%) ni, 35 yoshdan kattasi 11nafar (22%) ni,

1-homiladorlik 39 nafar (78 %) ni, 2- homiladorlik 17 nafar (34 %) ni, 3- homiladorlik 25 nafar (50%) ni, 4< homiladorlik 14 nafar (28%) ni tashkil qiladi.

2. Umumiy qon tahlilida 37 (74%) nafar ayolda lekositlar soni oshgani, 49 (98%) nafar ayolda ECHT oshgan. Umumiy siydik tahlilidagi 4 (8%) nafarida oqsil miqdori oshgan, 12 (24%) nafarida epiteli miqdori normadan oshgan, 53 (106%) nafarida leykotsit miqdori normadan oshgan.

3. Siydik yo‘llari infeksiyasiga chalingan homiladorlarda profilaktik tadbirlarni ishlab chiqishda homiladorlikni 12 haftasigacha simptomsiz bakteriuriya aniqlash va antibiotikka sezuvchanlik tahlili o‘tkazish, shu tahlilga asosan birlamchi antibakterial davolash ishlarini olib borish.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Acute antepartum pyelonephritis inpregnancy: a critical analysis of risk factors and outcomes / E. Farkash [et al.] // Europ. J. Obstetrics Gynecology and ReproductiveBiology. - 2012. - V. 162, № 1. - P. 24-27.

2. Acute renal colic during pregnancy: management and predictive factors / M. N'gamba [et al.] // The Canadian journal of urology. - 2015. - V. 22, № 2. -P. 7732-7738.

3. EAU guidelines on interventional treatment for urolithiasis / C. Türk [et al.] // European urology. - 2016. - V. 69, № 3. - P. 475-482.

4. Semins M.J. Management of urolithiasis in pregnancy / M.J. Semins, B.R. Matlaga // International J. Women's Health. - 2013. - №5. - P. 599-604.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Г.У. Султанмуратова[1], С.А. Матьякубова[2]

1- Ташкентская медицинская академия

2 - Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Анемия остается одним из основных экстрагенитальных заболеваний, осложняющих течение беременности и послеродового периода. Фактически, почти 30% женщин репродуктивного возраста во всем мире страдают анемией, а распространенность анемии во время беременности оценивается в 38%. Тяжелая анемия может существенно увеличить риск материнской смертности и отрицательно повлиять на развитие плода. Данная обзорная статья содержит информацию об эпидемиологии и последствиях дефицита железа у матерей и новорожденных и базируется на данных электронного поиска в PubMed и Web of Science 117 исследований с 4 127 430 беременностями.

Ключевые слова: дефицит железа, анемия у беременных, гемоглобин, осложнения анемии, анемия новорожденных, ферритин..

Temir tanqisligi kamqonligida akusherlik va perinatal natijalar

G.U. Sultanmuratova, S.A. Matyoqubova

Kamqonlik homiladorlik va tug‘ruqdan keyingi davrni murakkablashtiradigan asosiy ekstragenital kasalliklardan biri bo‘lib qolmoqda. Darhaqiqat, butun dunyo bo‘ylab reproduktiv yoshdagi ayollarning qariyb 30 foizi kamqonlik bilan kasallangan va homiladorlik davrida kamqonlikning tarqalishi 38 foizni tashkil qiladi. Kamqonlikning og‘ir darajasi onalar o‘limi xavfini sezilarli darajada oshirishi va homila rivojlanishiga salbiy ta’sir ko‘rsatishi mumkin. Ushbu sharh maqola onalar va yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda temir tanqisligining epidemiologiyasi va oqibatlari haqida bo‘lib, PubMed va Web of Science tomonidan 4,127,430 homiladorlikni o‘z ichiga olgan 117 ta tadqiqotning elektron qidiruvi ma’lumotlariga asoslangan.

Tayanch so‘zlar: temir tanqisligi, homilador ayollarda kamqonlik, gemoglobin, kamqonlik asoratlari, yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda kamqonlik, ferritin.

Obstetric and perinatal outcomes in iron deficiency anemia

G.U. Sultanmuratova, S.A. Matyakubova

Anemia remains one of the main extragenital diseases complicating the course of pregnancy and the postpartum period. In fact, nearly 30% of women of reproductive age worldwide are anemic, and the prevalence of anemia during pregnancy is estimated to be 38%. Severe anemia can significantly increase the risk of maternal mortality and negatively affect fetal development. This review article provides information on the epidemiology and consequences of iron deficiency in mothers and newborns and is based on an electronic search of PubMed and Web of Science for 117 studies involving 4,127,430 pregnancies.

Key words: iron deficiency, anemia in pregnant women, hemoglobin, complications of anemia, anemia in newborns, ferritin.

Введение. Анемия – это состояние, которое характеризуется пониженным числом эритроцитов или уровнем концентрации гемоглобина в них. Анемия является серьезной проблемой в области общественного здравоохранения, затрагивающей, в основном, детей раннего возраста, беременных женщин и женщин в послеродовой период, а также менструирующих девочек подросткового возраста и женщин, в то время как мужская популяция менее подвержена этой патологии. Ключ к пониманию гендерных различий кроется в физиологии женского организма и в современных особенностях репродуктивного поведения, которые заключаются в снижении количества беременностей и в многократном увеличении числа менструаций. От анемии страдают около 30% женщин, 37% беременных женщин и 40% детей в возрасте от полугода до

пяти лет, преимущественно из-за дефицита железа. Другие причины включают недостаточность питания, гемоглобинопатии, инфекционные и хронические заболевания, редко – злокачественное новообразование [12,18]. Наибольшее бремя анемии несут страны с низким уровнем дохода или уровнем дохода ниже среднего, особенно группы населения, проживающие в сельской местности, в более бедных домохозяйствах и не получившие официального образования (ВОЗ). Несмотря на усилия мирового медицинского сообщества, частота анемии у женщин разных возрастов остается стабильно высокой. Это вынудило ВОЗ в 2014 г признать отсутствие прогресса в решении данной проблемы. Важность снижения и правильного ведения материнской анемии была признана во всем мире и на международном уровне установлены такие цели, как Цель устойчивого развития-3 и Глобальные цели в области питания до 2025 года, направленные на сокращение анемии у женщин репродуктивного возраста на 50%.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) характеризует уровень гемоглобина <130,0 г/л у мужчин, <120,0 г/л у женщин и <110,0 г/л у беременных и <100 г/л после родов как анемию. Распространенность анемии является важным показателем здоровья. Углубленное изучение данных анамнеза, особенностей течения беременности, родов и послеродового периода, состояния плода и новорожденного показало, что пациенток с анемиями необходимо относить к группе высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений.

По данным М.М. Шехтмана 9 из 10 больных анемией страдают железодефицитной анемией (ЖДА). ЖДА – заболевание, при котором снижено содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и депо. В результате нарушается образование гемоглобина, возникают гипохромная анемия и трофические расстройства в тканях. ЖДА остается серьезной проблемой в акушерстве, поскольку частота заболевания не снижается.

В современных условиях целесообразно рассматривать ЖДА как тотальную органную патологию, приводящую к функциональным и морфологическим изменениям всех органов и тканей. Различные авторы полагают, что к концу беременности ЖДА развивается у всех без исключения беременных [1]. Железодефицитная анемия (ЖДА) возникает в том случае, когда поступление железа в организм человека меньше его выведения, иными словами, это состояние, когда в организме возникает отрицательный баланс железа (повышенная потребность в железе, нарушения всасывания, хронические кровопотери) в результате его недостаточного поступления. Естественным источником железа служит пища. Женщина потребляет ежесуточно с пищей в среднем 2000-2500 ккал, которые содержат 10-20 мг железа, из них может всосаться не более 2 мг – это предел всасывания данного минерала. Одновременно женщина теряет ежедневно с мочой, калом, потом, слушивающимся эпителием кожи, выпадающими волосами примерно 1 мг железа. Кроме того, потери железа значительно возрастают во время беременности, в родах и при лактации. Поэтому нередко в связи с беременностью потребность в железе превышает возможности всасывания железа из пищи.

Акушерские осложнения при железодефицитной анемии

Недавние научные работы показали, что материнская анемия является причиной 60 534 случаев смерти и 3,4% инвалидности в мире [17]. 0,8 миллиона женщин в мире страдают от тяжелой материнской анемии, которая, как сообщается, увеличивает риск материнской и перинатальной смертности [11]. В ряду причин, приводящих к необратимым последствиям, на первом месте стоят массивные акушерские кровотечения в родах и послеродовом периоде. На примере 3278 случаев послеродовых кровотечений, осложнивших 84 750 родов и повлекших смерть 178 женщин, показано, что тяжелая хроническая дородовая анемия (уровень гемоглобина 7 г/л и менее) ассоциирована с риском материнской смертности от послеродового кровотечения (отношение шансов (ОШ) 7,05) [22]. Очевидно, что диагностика и рациональное лечение антенатальной анемии может уменьшить число материнских потерь, связанных с послеродовыми кровотечениями.

Еще одной причиной материнских потерь следует считать инфекционную патологию на фоне анемии, в частности септические осложнения во время беременности и, особенно, после родоразрешения. Патофизиологической основой этой взаимосвязи служит хорошо известное снижение иммунной защиты при анемическом синдроме. Анемия является фактором риска послеродового сепсиса даже в странах с высоким уровнем дохода и качественной медициной. Есть данные, что сепсис после родов у женщин с тяжелой анемией развивается в 16 раз чаще в сравнении с женщинами без анемии. Кроме того, ретроспективное когортное исследование, включавшее 828 269 одноплодных родов, продемонстрировало, что анемия входит в число основных идентифицируемых факторов риска при летальных исходах от сепсиса, наряду с затяжными родами, ведением родов неподготовленным лицом и небезопасным абортом. Анемия после родов повышает риск сепсиса со смертельным исходом в 3,4 раза [8].

Другими жизнеугрожающими состояниями при беременности на фоне анемии следует считать тромбозы и венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО). Известно, что у госпитализированных пациенток с острыми состояниями анемия является независимым фактором риска ВТЭО, даже несмотря на проведение тромбопрофилактики (ОШ 1,71). Подтверждением этого в акушерском контексте служат результаты популяционного контролируемого когортного исследования, включавшего 634 292 женщины в период до 180 дней после родов. Установлено, что 1169 из них имели ВТЭО, а доказанным их предиктором, наряду с возрастом родильниц, высоким индексом массы тела, тромбофилией, гестационным диабетом и многоплодной беременностью, была и анемия. Особое беспокойство вызывает тот факт, что венозные тромбозы могут иметь нетипичную для акушерской практики и поэтому плохо распознаваемую внутримозговую локализацию. Имеются данные, что среди пациенток с церебральными венозными тромбозами анемия встречалась в 4 раза чаще, низкое содержание железа в сыворотке крови – в 7,5 раза чаще, чем в популяции. Делается вывод, что лечение анемии у пациенток с факторами риска гиперкоагуляции, такими как голодание, прием КОК и беременность, может снизить заболеваемость церебральными венозными тромбозами [6,10,16].

Материнская ЖДА связана с повышенным риском на кесарево сечение, переливание крови, перинатальное кровотечение, преэклампсию, отслойку плаценты, дисфункцию щитовидной железы у матери, плохое заживление ран, сердечную недостаточность и даже смерть [9].

Исходы внутриутробной железодефицитной анемии у младенцев

Проблема анемии беременных не исчерпывается негативным влиянием этой патологии на здоровье женщины. Она также включает риски для плода, новорожденного и в дальнейшем находит отражение в нарушении здоровья растущего организма. Механизмы перинатальных повреждений многочисленны

и разнообразны. Немалое значение имеет гемическая гипоксия женщины. Следует отметить, что ее отрицательное действие, как правило, реализуется посредством механизмов анаэробного окисления, которые включаются при довольно низком (85 г/л и ниже) содержании гемоглобина [3].

Играют свою патогенетическую роль и микроциркуляторные сдвиги в маточно-плацентарном звене. Они связаны как непосредственно с нарушением реологических свойств крови у беременной, так и с изменением свойств сосудистой стенки, а также с периваскулярными повреждениями. Это подтверждается данными биомикроскопических исследований, которые демонстрируют целый комплекс нарушений: очаги микрозастоя и кровоизлияний, неравномерность и аневризмы капилляров и венул, распространенный сладж-феномен и уменьшение числа функционирующих венул с увеличением их диаметра [20].

Связь между материнской анемией и неблагоприятными исходами беременности, такими как рождение маловесных детей, преждевременные роды, малый для гестационного возраста плод, послеродовое кровотечение и эклампсия, широко изучены ранее в предыдущих исследованиях. Доказанным при анемии беременных можно считать: повышение перинатальной смертности (ПС) (14-32%); повышение перинатальной заболеваемости (ПЗ) до 1000‰; задержку развития плода (ЗРП) – 32%; гипоксию – 63%; гипоксическую травму мозга – 40%; инфекционно-воспалительные заболевания – 37% (больше, чем при хроническом пиелонефрите) [2].

Имеются данные о том, что анемия беременных (АБ) является для новорожденного предиктором диабета и сердечно-сосудистых заболеваний в зрелом возрасте [24]. Следует заметить, что указанные неблагоприятные последствия АБ, как правило, ассоциируются с уровнем Hb< 90 г/л. При уровне Hb 90-110 г/л во второй половине беременности прогноз для женщины и ребенка благоприятный. Такая умеренная анемия в III триместре беременности ассоциируется даже со сниженным риском преждевременных родов [21]. В то же время повышение концентрации Hb выше 120 г/л в этом периоде гестации чревато высоким риском развития осложнений (преэклампсии). По мнению В.А. Белошевского (2000), гемодилюция у беременных является эффективным физиологическим механизмом, ограничивающим отрицательные последствия гиперкоагуляции, характерной для второй половины беременности. По этой причине стремление к максимальному повышению уровня Hb при лечении АБ является необоснованным и опасным.

Хотя проспективные исследования, доказывающие пользу рутинного скрининга и приема добавок, редки, многочисленные отчеты, основанные на фактических данных, указывают на то, что ЖДА у матерей и младенцев вызывает значительную заболеваемость.

Рост мозга плода, новорожденного и ребенка требуют железа, и при его недостаточности неблагоприятное воздействие на миелинизацию, синтез нейромедиаторов и программирование мозга неизбежно. Опубликованные данные сообщают, в случае, когда у новорожденного сильно ограничено железо, доступное железо отводится эритроцитам преимущественно, за счет мозга, сердца и мышц [23].

Низкие концентрации ферритина в сыворотке крови матери связаны с дефицитом железа у новорожденных [19], что связано со статистически значимым увеличением как когнитивных, так и поведенческих нарушений [7], которые носят длительный и обнаруживаемый характер до 19 лет [14]. Имеются убедительные доказательства того, что у детей в возрасте от 6 до 24 месяцев с ЖДА увеличивается риск ухудшения когнитивных, двигательных, социально-эмоциональных и нейрофизиологическое развитие [13]. В последние годы начали проясняться механизмы, с которыми может быть связан этот патологический сценарий. Оказалось, что даже латентный дефицит железа, не говоря уже об истинной анемии, препятствует физиологической активации большого числа генов гиппокампа. Это приводит к нарушению трансмиссии сигналов, ответственных за нейрокогнитивные процессы. Причем восстановленный баланс железа обеспечивает нормализацию экспрессии всего лишь 198 из более чем 300 генов-кандидатов. Это говорит о необратимости нарушений, особенно если они сформировались на этапе раннего нейрогенеза – в самом начале становления нервной системы плода, который приходится на 6-8-ю недели беременности. Очевидно, что вопросы качественной прегравидарной подготовки, выявления и лечения анемии, в т. ч. латентной, до момента зачатия являются актуальными как с медицинской, так и с социальной точки зрения [4].

Помимо прямого воздействия на развитие мозга, у матерей с дефицитом железа в два раза увеличивается частота преждевременных родов, а также в три раза увеличивается число детей с низкой массой тела при рождении и малыми для гестационного возраста младенцами, и все это является результатом нарушения нервно-психического развития.

Возможность снизить развитие анемии зависит от ранней диагностики, обнаружения факторов риска и их управления. Как часть консультирования перед зачатием важно учитывать известные факторы риска развития анемии во время беременности, включающие более молодой возраст (<18 лет), многоплодие, дефицит железа в предыдущих родах и/или беременностях, сокращение интервала беременности, неблагополучный социально-экономический статус, плохое питание, негроидное этническое происхождение, гемоглобинопатия, хроническая кровопотеря и паразитарные заболевания [15].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Докуева Р.С., Дубровина Н.В. Дефицит железа у беременных: профилактика и лечение. Русский медицинский журнал. 2014; 22(19): 1418-23.

2. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Побединская О.С. Железодефицитная анемия как фактор риска плацентарной недостаточности и перинатальных осложнений // 2016.12.125-30. DOIhttps://dx.doi.org/10.18565/aig.

3. Салов И.А., Лысенко Л.В., Маршалов Д.В., Петренко А.П. Зависимость тканевой оксигенации от уровня гемоглобина у беременных и рожениц с анемией. Фундаментальные исследования. 2014;4(часть 1):163–166.

4. Barks A., Fretham S.J.B., Georgieff M.K., Tran P.V. Early-life neuronal-specific iron deficiency alters the adult mouse hippocampal transcriptome. J Nutr. 2018;148(10):1521–1528. DOI: 10.1093/jn/nxy125.

5. Barroso F, Allard S, Kahan BC, et al. Prevalence of maternal anaemia and its predictors: A multi-centre study. Euro J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011;159(1):99–105. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.07.041.

6. Chi G., Gibson C.M., Hernandez A.F. et al. Association of Anemia with Venous Thromboembolism in Acutely Ill Hospitalized Patients: An APEX Trial Substudy. Am J Med. 2018;131(8):972.e1–972.e7. DOI: 10.1016/j.amjmed.2018.03.031.

7. Congdon EL, Westerlund A, Algarin CR, Peirano PD, Gregas M, Lozoff B, et al. Iron deficiency in infancy is associated with altered neural correlates of recognition memory at 10 years. J Pediatr. 2012 Jun;160(6):1027–33.

8. Daru J. , Zamora J., Fernández-Félix B.M. et al. Risk of maternal mortality in women with severe anaemia during pregnancy and post partum: a multilevel analysis. Lancet Glob Health. 2018;6(5):e548–e554. DOI: 10.1016/S2214-109X (18) 30078-0.

9. Drukker L, Hants Y, Farkash R, Ruchlemer R, Samueloff A, Grisaru-Granovsky S. Iron deficiency anemia at admission for labor and delivery is associated with an increased risk for Cesarean section and adverse maternal and neonatal outcomes. Transfusion. 2015 Dec; 55(12):2799–806.

10. Galambosi P.J., Gissler M., Kaaja R.J., Ulander V.M. Incidence and risk factors of venous thromboembolism during postpartum period: a population-based cohort-study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017;96(7):852–861. DOI: 10.1111/aogs.13137.

11. Global Health Observatory Data Repository. Prevalence of anaemia in pregnant women. Estimates by WHO region [online]. Accessed September 14, 2018. http://apps.who. int/gho/data/view.main. ANAEMIAWOMENPWREG.

12. Lee AI, Okam MM. Anemia in pregnancy. Hematol Oncol Clin North Am 2011;25(2):241–59. doi: 10.1016/j.hoc.2011.02.001.

13. Lozoff B. Iron deficiency and child development. Food Nutr Bull. 2007 Dec;28(4 Suppl):S560–71.

14. Lozoff B., Jimenez E., Smith J.B. Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status: a longitudinal analysis of cognitive test scores to age 19 years. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006 Nov;160(11):1108–13.

15. Masukume G, Khashan AS, Kenny LC, Baker PN, Nelson G, SCOPE Consortium. Risk factors and birth outcomes of anaemia in early pregnancy in a nulliparous cohort. PloS One 2015;10(4):e0122729. doi: 10.1371/journal.pone.0122729.

16. Nemati R., Nazerib M., Emami S. Association between iron deficiency anemia and cerebral venous thrombosis. Journal of the Neurological Sciences. 2017;381:631–632. DOI: 10.1016/j.jns.2017.08.1781.

17. Rahman, M.M., S.K. Abe, M.S. Rahman, et al. 2016. Maternal anemia and risk of adverse birth and health outcomes in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. Am. J. Clin. Nutr. 103: 495–504).

18. Roy NBA, Pavord S. The management of anaemia and haematinic deficiencies in pregnancy and post-partum. Transfus Med 2018;28(2):107–16. doi: 10.1111/tme.12532.

19. Shao J, Lou J, Rao R, Georgieff MK, Kaciroti N, Felt BT, et al. Maternal serum ferritin concentration is positively associated with newborn iron stores in women with low ferritin status in late pregnancy. J Nutr. 2012 Nov; 142(11):2004–9.

20. Sharawy N., Hussein A., Hossny O. et al. Effects of haemoglobin levels on the sublingualmicrocirculation in pregnant women. Clin Hemorheol Microcirc. 2016;64(2):205–212. DOI: 10.3233/CH-162064.

21. Scholl, T.O. Maternal iron status: relation to fetal growth, length of gestation and the neonate's iron endowment / T.O. Scholl // Nutr Rev. – 2011. – Vol. 69 (Suppl. 1). – P. S23-S29.

22. Tort J., Rozenberg P., Traoré M. et al. Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:235. DOI: 10.1186/s12884-015-0669-y.

23. Tran PV, Fretham SJ, Carlson ES, Georgieff MK. Long-term reduction of hippocampal brain-derived neurotrophic factor activity after fetal-neonatal iron deficiency in adult rats. Pediatr Res. 2009 May;65(5):493–8.

24. Trivedi, S.S. Anemia in pregnancy. / S.S. Trivedi, M. Puri. – New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2008. – 206 p.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ-5 ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ С НАРУШЕНИЕМ МАТОЧНО-ПЛОДОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА

И.П. Жолымбетов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр

Цель обзора – оценить эффективность применения ингибиторов фосфодиэстеразы-5 в акушерской практике. Сосудорасширяющий эффект тадалафила также проявляется на матке и сосудах миометрия. На сегодняшний день во многих странах активно изучается антенатальная терапия тадалафилом при нарушениях маточно-плацентарно-плодового кровотока. Доказано отсутствие тератогенного влияния. Применение тадалафила во время беременности вызывает интерес у исследователей по всему миру. Опираясь на предварительные данные, можно предполагать, что серьезные побочные эффекты у беременных женщин, негативные воздействия на плод, увеличение частоты мертворождений, неонатальных смертей и врожденных аномалий, связанных с приемом тадалафила, не наблюдались. Необходимы дальнейшие исследования.

Ключевые слова: нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока (НМППК), задержка роста плода, тадалафил, силденафил.

Fosfodiesteraza-5 ingibitorlarini homiladorlikda bachon-yo‘ldosh-homila qon oqimi buzishilida qo‘llanilishi

I.P. Jolimbetov

Tekshiruvning maqsadi – akusherlik amaliyotida fosfodiesteraza-5 ingibitorlarining samaradorligini baholash. Tadalafilning tomirlarni kengaytiruvchi ta’siri bachadon va miometriy tomirlarida ham namoyon bo‘ladi. Bugungi kunda bachadon-yo‘ldosh-homilali qon oqimining buzilishilarini tadalafil bilan davolash bo‘yicha izlanishlar olib borilmoqda. Uning teratogen ta’siri yo‘qligi isbotlangan. Homiladorlik davrida tadalafildan foydalanish butun dunyo bo‘ylab tadqiqotchilarni qiziqtiradi. Dastlabki ma’lumotlarga ko‘ra, tadalafil bilan bog’liq holda homilador ayollarda jiddiy nojo‘ya ta’sirlar, homilaga salbiy ta’sirlar, o‘lik tug‘ilishning ko‘payishi, neonatal o‘lim yoki tug‘ma anomaliyalar yuzaga kelishi kuzatilmagan. Shunday bo‘lsa ham qo‘shimcha tadqiqotlar olib borish kerak.

Tayanch so‘zlar: bachadon-yo‘ldosh-homilali qon oqimining buzilishi, homila o‘sishining cheklanishi, tadalafil, sildenafil.

Use of phosphodiesterase-5 inhibitors in pregnancy with uterine-fetal-placental blood flow disorders

I.P. Jolimbetov

Purpose of the review: to evaluate the effectiveness of phosphodiesterase-5 inhibitors in obstetric practice. The vasodilating effect of tadalafil is also manifested in the uterus and myometrial vessels. Today, antenatal therapy with tadalafil for disorders of the uteroplacental-fetal blood flow is being actively studied in many countries. The absence of teratogenic effects has been proven. The use of tadalafil during pregnancy is of interest to researchers around the world. Based on preliminary data, it appears that no serious adverse effects in pregnant women, adverse effects on the fetus, increased rates of stillbirth, neonatal death, or congenital anomalies have been observed in association with tadalafil. Further research needed.

Key words: disturbance of uteroplacental-fetal blood flow (DUPFB), fetal growth restriction, tadalafil, sildenafil.

Нарушение маточно-плацентарно-плодового кровообращения (НМППК) тяжёлой степени с или без синдрома задержки роста плода (СЗРП) является одним из распространенных заболевании во время беременности, вызываемый различными факторами, такие как гипертонические нарушения беременности, инфекция, генетические и структурные нарушения. Это связано с различными неблагоприятными исходами и увеличением перинатальной смертности. Однако радикального лечения этого серьезного заболевания не существует, за исключением обеспечения родов в подходящее время, чтобы состояние не стало неконтролируемым. Одним из вероятных методов лечения НМППК тяжёлой степени с или без СЗРП, изучаемых в настоящее время, являются ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ-5), но эти препараты до настоящего времени использовались для лечения эректильной дисфункции у мужчин, а также для лечения легочной гипертензии. Силденафил и тадалафил являются одними из таких препаратов. Мы изучали множество источников, исследований ученых по поводу силденафила и тадалафила. Исходя из этих данных мы пришли к выводу, что тадалафил является более эффективным решением в отношении данной патологий, а пока приводим несколько информаций касающейся наших выводов и в конце обобщим наши результаты с выводами. Силденафил более короткого действия препарат, а тадалафил имеет длительный период полувыведения (период биологического полураспада тадалафила составляет 14-15 часов, а у силденафила 3 часа) и оба имеют высокую селективность в отношении ФДЭ-5. Однако воздействие тадалафила на плод через плаценту отличается от воздействия силденафила [3,8,11]. Силденафил назначается в дозе от 25 мг 3-4 раза в сутки, максимальная суточная доза составляет 100 мг [1,2,4]. Тадалафил назначалось по 10-20 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза составляет 40 мг [9,10,12,14]. Тадалафил имеет ряд преимуществ, во-первых тадалафил имеет более хорошие отзывы у исследователей в отношении эффективности, во-вторых его можно принимать даже на полный желудок, в отличие от силденафила, в-третьих его принимают 2 раза в день чтобы достичь максимального уровня концентраций в крови [5,11]. Тадалафил может улучшить фетоплацентарную перфузию при плацентарной недостаточности, вызванной вышеупомянутыми факторами. Поэтому в этом обзоре в основном подчеркивается эффективность именно тадалафила.

Механизм действия тадалафила. Тадалафил является обратимым селективным ингибитором фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ5) циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ). Ингибирование ФДЭ5 тадалафилом ведет к повышению концентрации цГМФ. Следствием этого является расслабление гладких мышц маточных артерий. Исследования in vitro показали, что тадалафил является селективным ингибитором ФДЭ-5. ФДЭ-5 является ферментом, обнаруженным в гладких мышцах сосудов внутренних органов (матка), в скелетных мышцах, тромбоцитах, почках, легких и мозжечке. Действие тадалафила на ФДЭ-5 является более активным, чем на другие фосфодиэстеразы. Тадалафил является в 10000 раз более мощным в отношении ФДЭ-5, чем в отношении ФДЭ1, ФДЭ2, ФДЭ4 и ФДЭ7, которые локализуются в сердце, головном мозге, кровеносных сосудах, печени, лейкоцитах, скелетных мышцах и в других органах. Тадалафил в 10000 раз активнее блокирует ФДЭ-5, чем ФДЭ-3 – фермент, который обнаруживается в сердце и кровеносных сосудах, эта селективность имеет важное значение, поскольку ФДЭ-3 является ферментом, принимающим участие в сокращении сердечной мышцы. Тадалафил у здоровых лиц не вызывает достоверного изменения систолического и диастолического давления в сравнении с плацебо (среднее максимальное снижение составляет 1.6/0.8 мм рт.ст. соответственно) в положении лежа и (среднее максимальное снижение составляет 0.2/4.6 мм рт.ст. соответственно) в положении стоя [5,6]. А также тадалафил не вызывает достоверного изменения ЧСС. Исходя из этого можно предположить об отсутствии побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы. Это доказывается учеными, например, Shintaro Maki и другие в Японии провели исследование, которое направлено на то, чтобы выяснить, оказывает ли тадалафил какое-либо влияние на беременных женщин без сердечно-сосудистых заболеваний. Tmax тадалафила составляет 3 часа в сутки, после чего концентрация в крови падает, поэтому они посчитали, что прием 20 мг два раза в день стабилизирует концентрацию в крови [7,10,13,15]. У пациентов с легочной гипертензией при применении данного препарата легочное артериальное давление снижалось, а сердечный выброс и сердечный индекс улучшались, поэтому и они применялись при лечений легочной гипертензий. По их данным, результаты УЗИ сердца существенно не отличались до и после приема препарата. Также было доказана, что такие возможные побочные эффекты, как вазодилатация вследствие применения тадалафила, включая снижение венозного возврата и существенного снижения СО не наблюдалось. Так они пришли к выводу, что тадалафил является практически безвредным для женщины. Другие авторы тоже согласились с этим результатом. Однако у этого препарата все-таки есть один побочный эффект, это головные боли, но это редкость, по предварительной статистике 1 из 9 женщин наблюдалось данное состояние. Авторы отметили, что головные боли исчезли после четвертого дня приема тадалафила, при его приеме по 20 мг дважды в день [4,8,10]. Возможно, это связана с действием тадалафила на ФДЭ головного мозга, хотя исследования говорят, что этого практически не должно быть, так как тадалафил на другие ФДЭ действует несколько сотен раз меньше чем ФДЭ-5, а также это могло быть ранее не диагностированная соматическая патология, триггером которого стал применение тадалафила. Тут мы должны отметить, что при применении силденафила другими учеными, такого побочного эффекта не наблюдали.

Мито Сакамото и другие в своих исследованиях доказали, что применение тадалафила по 20 мг в день может повысить уровень амниотической жидкости, а также вес плода (окружности головы и окружности живота плода), соответственно срок гестации и родов у пациенток с ранней задержкой роста плода. Также не наблюдались побочные эффекты (гипотензия и головная боль), вдобавок не развилась гипертензия, возможно, это тадалафил препятствовал развитию данной патологии. Они также утверждают, что тадалафил преимущественно расширяет артерии плода и распределяет кровоток к более важным органам, таким как мозг, потому что они выявили, что после приема тадалафила начали увеличиваться размеры головы и окружность живота, а вот длина бедренной кости росли немного медленнее, также наблюдалось периодические появления обратного тока крови венозного протока после нормализации, вызванной терапией тадалафилом. Это доказывает, что тадалафил расширял не только артерии, но и вены плаценты, что приводило к

увеличению венозного притока к сердцу, проявляющемуся данным эффектом. [4,5,9,10,11]

В исследованиях отметили, что тадалафил тоже проникает через фетоплацентарный барьер, достаточно чтобы влиять на плод, хотя это может быть недостоверная информация, так как это упоминалось как клинический случай [11].

Первые исследования проведено по терапевтическому эффекту тадалафила против СЗРП в ретроспективных исследованиях фазы I и фазы II. Исследование I фазы по установлению безопасности введения в материнский организм для лечения ЗРП было проведено в 2015 году. Они тоже доказали, что у этих пациентов не наблюдалось серьезных нежелательных явлений со стороны матери или новорожденного, связанных с приемом тадалафила.

Недавно Кохреиновская библиотека опубликовала обзорную статью, посвящённую на эту тему. Они изучали эффективность четырех препаратов (силденафил, тадалафил, L-аргинин, нитроглицерин) по сравнении с плацебо, при лечении синдрома задержки роста плода во время беременности. Они относительно тадалафила сделали вывод, что тадалафил уменьшает неонатальную и младенческую смертность, увеличивает массу плода во время беременности и при рождении, продлевает срок гестации. Но они также утверждают, что малое количество исследовании не доказывают полностью эффективность данного препарата, поэтому советуют провести дополнительные исследования в данном направлении [13].

Выводы. Исходя из вышеизложенных можно предположить, что тадалафил является новым подходом в лечениях таких состояний как нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока тяжёлой степени с или без задержки роста плода. Терапия тадалафилом может способствовать улучшению внутриутробного состояния плода (улучшение биофизических параметров, а также допплерометрических показателей плода) и продлению беременности до 32 недель гестации и, наконец, неосложненному послеродовому течению. Но ввиду малое количество исследовании нельзя с абсолютной уверенностью сказать об успехе данного препарата, поэтому мы должны продолжить исследования в этой области пока не достигнем желаемого результата.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Andrew Sharp, Christine Cornforth, Richard Jackson, Jane Harrold, Mark A Turner, Louise C Kenny, Philip N Baker, Edward D Johnstone, Asma Khalil, Peter von Dadelszen, Aris T Papageorghiou, Zarko Alfirevic, on behalf of the STRIDER group. Maternal sildenafil for severe fetal growth restriction (STRIDER): a multicentre, randomised, placebo-controlled, double-blind trial. Lancet Child Adolesc Health 2018; 2: 93–102. doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30173-6.

2. Felix Rafael De Bie, David Basurto, Sailesh Kumar, Jan Deprest and Francesca Maria Russo. Sildenafil during the 2nd and 3rd Trimester of Pregnancy: Trials and Tribulations. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 11207. doi.org/10.3390/ijerph191811207.

3. Fieke Terstappen, Anne E. Richter, A. Titia Lely, Freek E. Hoebeek, Ayten Elvan-Taspinar, Arend F. Bos, Wessel Ganzevoort, Anouk Pels, Petra M. Lemmers and Elisabeth M. W. Kooi. Prenatal use of sildenafil in fetal growth restriction and its effect on neonatal tissue oxygenation— a retrospective analysis of hemodynamic data from participants of the Dutch STRIDER Trial. December 2020 | Volume 8 | Article 595693. doi: 10.3389/fped.2020.595693.

4. Kyoka Tsuchiya, Kayo Tanaka, Hiroaki Tanaka, Shintaro Maki, Naosuke Enomoto Sho Takakura, Masafumi Nii, Kuniaki Toriyabe, Shinji Katsuragi and Tomoaki Ikeda Tadalafil Treatment Ameliorates Hypoxia and Alters Placental Expression of Proteins Downstream of mTOR Signaling in Fetal Growth Restriction. Medicina 2020, 56, 722; doi:10.3390/medicina56120722.

5. Kayo Tanaka, Hiroaki Tanaka, Shintaro Maki, Michiko Kubo, Masafumi, Nii, Shoichi Magawa, Fumi Hatano, Makoto Tsuji, Kazuhiro Osato, Yuki, Kamimoto, Takashi Umekawa & Tomoaki Ikeda Cardiac function and tadalafil used for treating fetal growth restriction in pregnant women without cardiovascular disease. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine, 2018. doi.org/10.1080/14767058.2018.1438401.

6. Liam Dunn, Vicki Flenady and Sailesh Kumar. Reducing the risk of fetal distress with sildenafil study (RIDSTRESS): a double-blind randomised control trial. Dunn et al. Journal of Translational Medicine (2016). DOI 10.1186/s12967-016-0769-0.

7. Liam Dunn, Ristan Greer, Vicki Flenady, Sailesh Kumar. Sildenafil in Pregnancy: A Systematic Review of Maternal Tolerance and Obstetric and Perinatal Outcomes. Fetal Diagn Ther 2017;41:81–88. DOI: 10.1159/000453062.

8. Maryam Damghanian, Farnaz Farnam, Roghieh Kharaghani, The Effects of Sildenafil on Fetal Doppler Indices: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Advances in Medical and Biomedical Research | ISSN:2676-6264. 2020; 28(131): 307-315.

9. Makoto Tsuji, Shintaro Maki, Naosuke Enomoto, Kota Okamoto, Asa Kitamura, Shoichi Magawa, Sho Takakura, Masafumi Nii, Kayo Tanaka, Noriko Yodoya, Hiroaki Tanaka, Hirofumi Sawada, Eiji Kondo, Masahiro Hirayama and Tomoaki Ikeda. Fetal Biometric Assessment and Infant Developmental Prognosis of the Tadalafil Treatment for Fetal Growth Restriction. Medicina 2023, 59, 900. doi.org/10.3390/medicina59050900.

10. Michi Kasai, Osamu Yasui, Kenji Nagao, Yuka Maegawa, Tomomi Kotani, Masayuki Endo, Ichiro Yasuhi, Shigeru Aoki, Yoichi Aoki, Yoshio Yoshida, Masahiko Nakata, Akihiko Sekizawa, Tomoaki Ikeda. Tadalafil treatment for fetuses with early-onset growth restriction: a protocol for a multicentre, randomised, placebo-controlled, double-blind phase II trial. Maki S, et al. BMJ Open 2022;12:e054925. doi:10.1136/bmjopen-2021-054925.

11. Mito Sakamoto, Kazuhiro Osato, Michiko Kubo, Masafumi Nii, Hiroaki Tanaka, Nao Murabayashi, Takashi Umekawa, Yuki Kamimoto and Tomoaki Ikeda. Early-onset fetal growth restriction treated with the long-acting phosphodiesterase-5 inhibitor tadalafil: a case report. Sakamoto et al. Journal of Medical Case Reports (2016) 10:317. DOI 10.1186/s13256-016-1098-x.

12. Nina D. Paauw, Fieke Terstappen, Wessel Ganzevoort, Jaap A. Joles, Hendrik Gremmels, A. Titia Lely. Sildenafil During Pregnancy: A Preclinical Meta-Analysis on Fetal Growth and Maternal Blood Pressure. Hypertension. 2017;70:998-1006. doi: 10.1161/hypertensionaha.117.09690.).

13. Pels A, Ganzevoort W, Kenny LC, Baker PN, von Dadelszen P, Gluud C, Kariya CT, Leemhuis AG, Groom KM, Sharp AN, Magee LA, Jakobsen JC, Mol BWJ, Papageorghiou AT. Interventions affecting the nitric oxide pathway versus placebo or no therapy for fetal growth restriction in pregnancy (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 7. Art. No.: CD014498. DOI: 10.1002/14651858.CD014498.

14. Shintaro Maki, Hiroaki Tanaka, Sho Takakura, Masafumi Nii, Kayo Tanaka, Toru Ogura, Mayumi Kotera, Yuki Nishimura, Satoshi Tamaru, Takafumi Ushida, Yasuhiro Tanaka, Norihiko Kikuchi, Tadatsugu Kinjo, Hiroshi Kawamura, Tadalafil treatment for fetuses with early onset growth restriction: a protocol for multicentre, randomised, placebo-controlled, double-blind phase II trial (Tadafer IIb). Maki S, et al. BMJ Open 2022;12:e054925. doi:10.1136/bmjopen-2021-054925.

15. Takashi Umekawa, Shintaro Maki, Michiko Kubo, Hiroaki Tanaka, Masafumi Nii, Kayo Tanaka, Kazuhiro Osato, Yuki Kamimoto, Satoshi Tamaru, Toru Ogura, Yuki Nishimura, Mayumi Kodera, Chisato Minamide, Masakatsu Nishikawa. TADAFER II: Tadalafil treatment for fetal growth restriction - a study protocol for a multicenter randomised controlled phase II trial. Umekawa T, et al. BMJ Open 2018;8:e020948. doi:10.1136/bmjopen-2017-020948.

HOMILADORLIK DAVRIDA REVMATIK JARAYONNING FAOLLASHUVI VA UNING KLINIK KECHISHI XUSUSIYATLARI

A.Sh. Berdiyev, F.Q. Ahmedov

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston

Revmatizm ijtimoiy kasallik hisoblanib, iqtisodiy, madaniy, ijtimoiy imkoniyatlar va tibbiy yordamni yaxshilash revmatizm va unga bog‘liq bo‘lgan og‘ir yurak patologiyalarini kamaytiradi. Shunga qaramay, homilador ayollarda revmatik etiologiyali yurak nuqsonlari muammosi dolzarbligicha qolmoqda. Revmatizm – yurakning birlamchi shikastlanishi bilan bog‘liq to‘qimalar va bo‘g‘imlarning tizimli yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, ko‘pincha ayollar erkaklarga qaraganda 3 baravar ko‘p kasallanadilar. Hozirgi kunda homilador ayollarda revmatizm muammosi juda keng tarqalgan.

Tayanch so‘zlar: revmatizm, mitral qapqoq, yurak, β-gemolitik streptokokk, S-reaktiv oqsil, homiladorlik.

Особенности активизации ревматического процесса при беременности и его клиническое течение

А.Ш. Бердиев, Ф.К. Ахмедов

Ревматизм является социальным заболеванием, и улучшение экономических, культурных, социальных возможностей и медицинского обслуживания может снизить заболеваемость ревматизмом и связанными с ним серьезными патологиями сердца. Тем не менее, проблема пороков сердца ревматической этиологии у беременных остается актуальной. Ревматизм – системное воспалительное заболевание тканей и суставов, связанное с первичным поражением сердца, которым страдают женщины в 3 раза чаще, чем мужчины. В настоящее время проблема ревматизма у беременных очень распространена.

Ключевые слова: ревматизм, митральный клапан, сердце, β-гемолитический стрептококк, С-реактивный белок, беремонность.

Features of activation of the rheumatic process during pregnancy and its clinical course

A.Sh. Berdiev, F.Q. Akhmedov

Rheumatism is a social disease, and improving economic, cultural, social opportunities and health care can reduce the incidence of rheumatism and related serious heart pathologies. However, the problem of rheumatic heart defects in pregnant women remains relevant. Rheumatism is a systemic inflammatory disease of tissues and joints associated with primary heart disease, which affects women 3 times more often than men. Currently, the problem of rheumatism in pregnant women is very common.

Key words: rheumatism, mitral valve, heart, β-hemolytic streptococcus, C-reactive protein, pregnancy.

Hozirgi kunda revmatik etiologiyali orttirilgan yurak nuqsonlari, shu jumladan mitral qopqoq yetishmovchiligi va homiladorlik zamonaviy akusherlikning eng muhim va dolzarb muammolaridan biridir. Mitral qopqoq yetishmovchiligi, orttirilgan yurak nuqsonlari orasida eng keng tarqalgan organik genezli kasallik bo‘lib, bu ayniqsa sanoati rivojlangan, ekologik muhiti yaxshi bo‘lmagan mamlakatlarda, rivojlanmagan mamlakatlarga ko‘ra ko‘proq uchraydi [4].

Butun dunyoda revmatik patologiya ijtimoiy kasallik hisoblanib, iqtisodiy, madaniy, ijtimoiy imkoniyatlar va tibbiy yordamni yaxshilash, revmatizm va unga bog‘liq bo‘lgan og‘ir yurak patologiyasi, ya’ni mitral qopqoq yetishmovchiligini kamaytiradi [2]. Shunga qaramay, homilador ayollarda revmatik etiologiyali yurak nuqsonlari muammosi, hali-hanuz dolzarbligicha qolmoqda [15].

Revmatizm – bu autoimmun xarakterdagi biriktiruvchi to‘qimalarning tizimli kasalligi bo‘lib, og‘ir yurak nuqsonlarining asosiy keltirib chiqaruvchi sababchilaridan biridir. Kasallikning qo‘zg‘atuvchisi streptokokk infeksiyasi bo‘lib, u ko‘pincha bolalik davrida uchraydi. Streptokokk A ning turli xil serotiplari, faringit, tonzillit, skarlatina va teri piodermiyasining qo‘zg‘atuvchisi biriktiruvchi to‘qimalarning shikastlanishiga yordam beradi [6]. A guruhidagi streptokokkning (Streptococcus pyogenes) hujayra membranasida yuqori antigen xususiyatlarga ega bo‘lgan oqsil («M-oqsil») mavjud. Ushbu antigenga ishlab chiqarilgan antitelolar miozin, miofibrillalar oqsili va yurak arteriyalarining silliq mushak hujayralari bilan o‘zaro ta’sir qilishi mumkin [13].

Hozirgi kungacha, revmatizm ijtimoiy kasallik sifatida tasniflanadi: odamlarning madaniy, iqtisodiy, ijtimoiy mavqeni yaxshilash, tibbiy yordam ko‘rsatish imkoniyatlari va sifatini oshirish yurak kasalliklarining rivojlanish ehtimolini kamaytiradi. Xalqaro ma’lumotlarga ko‘ra, dunyoning rivojlangan mamlakatlarida so‘nggi 20-25 yil ichida revmatik etiologiyali yurak qopqoqlarining orttirilgan nuqsonlari bilan asoratlangan homiladorlik soni keskin kamaydi [17].

Homiladorlik gestatsiya muddatlarining ortib borishi natijasida onaning organ tizimlari o‘zgarishlarga uchraydi. Ko‘pincha revmatik kasalliklar reproduktiv yosh guruhida uchraydi. Homiladorlik davrida yuzaga keladigan gormonal o‘zgarishlar revmatik kasalliklarning belgilari va alomatlariga tahdid qilishi mumkin, bu esa tashxisni qiyinlashtiradi. Revmatologik kasalliklar homiladorlikdan kamida 6 oy oldin aniqlanishi va davolanishi kerak; aks holda, ular kasallikning prognoziga sezilarli ta’sir ko‘rsatishi mumkin [1]. Bu, ayniqsa, SQB (sistemali qizil bo‘richa) va antifosfolipid sindromi holatlarida yaqqol namoyon bo‘ladi. Shuning uchun homiladorlik, revmatologik kasalliklarga chalingan reproduktiv yoshdagi barcha bemorlarda aniq va batafsil ko‘rib chiqilishi kerak bo‘lgan eng muhim muammodir.

Homiladorlik davrida revmatik jarayonning faollashuvi kuzatiladigan bemorlarda ikkita muammo bor. Birinchisi, kasallik faoliyatining homiladorlikka ta’siri, ikkinchisi esa homiladorlikning kasallikka ta’siri. Bu nima uchun homilador bo‘lishga urinishdan oldin homiladorlikni kamida 6 oylik remissiya uchun ehtiyotkorlik bilan rejalashtirish kerakligini tushuntiradi. Bu homiladorlik davrida kasallikning faolligini diqqat bilan kuzatib borish bilan qo‘llab-quvvatlanadi. Shuning uchun revmatik kasallikka chalingan homilador bemorlarni davolash juda qiyin bo‘lishi mumkin. Oddiy tushuntirish orqali – homiladorlik bilan kasallikning og‘irlashishini, homiladorlik bilan kasallikning kuchayishini va homiladorlik davrida maxsus

dori-darmonlarni o‘z vaqtida qo‘llash kerakligini homilador ayolga tushuntirish kerak bo‘ladi [3].

Bu kasallik bilan asoratlanib homiladorlikning muvaffaqiyatli kechishida, homiladorlik «urug‘lanish, embriogenez, yo‘ldosh va homila rivojlanishi, tug‘ilishgacha bo‘lgan ona-homila aloqasi»dan bir nechta biologik bosqichlarga erishishni talab qiladi.

Homiladorlik fiziologiyasi: homiladorlik paytida ona, homila va platsenta qo‘shimcha stressni boshdan kechiradi. Bularning barchasi onaning organ tizimlari tomonidan amalga oshirilishi kerak. Shunday qilib, normal homiladorlik davrida onada sodir bo‘ladigan yurak-qon tomir, gematologik, immunologik, endokrin va metabolik o‘zgarishlar mavjud.

Yurak-qon tomir tizimidagi o‘zgarishlar: homiladorlik davrida sodir bo‘ladigan eng muhim fiziologik o‘zgarishlar yurak qisqarishlar sonining ko‘payishi, natriy va suvning ushlanib qolishidir. Ushbu o‘zgarishlar qon hajmining sezilarli darajada oshishiga va tizimli qon-tomir qarshiligi va qon bosimining pasayishiga olib keladi. Bu o‘zgarishlar homiladorlikning to‘rtinchi haftasidayoq boshlanadi, ikkinchi trimestrda eng yuqori darajaga yetadi va keyin tug‘ilishgacha nisbatan doimiy bo‘lib qoladi. Eritrotsit hujayralari hajmining ortishi plazma hajmining oshishiga nisbatan mutanosib ravishda ancha kichik bo‘lganligi sababli, ikkinchi trimestr oxirida gemodilyutsiya (fiziologik anemiya) kuzatiladi [16].

Plazmadagi eritropoetinning yuqori darajalari qizil qon tanachalari massasining muvozanatli o‘sishi uchun javobgardir. Homiladorlik davrida yuzaga keladigan fiziologik anemiya yurakdagi yukni kamaytiradi va qonning yopishqoqligini kamaytirish orqali platsenta qon oqimini yaxshilaydi. Bundan tashqari, homila-yo‘ldosh qon aylanishida tromboz xavfini kamaytiradi [8].

Hozirgi kunga kelib, revmatizmning klinik belgilari fanga yaxshi ma’lum. Revmatik xurujning asosiy mezonlari JONES formulasi asosida belgilanganda, quyidagi holatlar qayd qilinadi: ko‘chib yuruvchi poliartirit (Joints); miokardit, yurak yetishmovchiligi hansirash fonida kelishi, perikardit yoki yurakda shovqinning paydo bo‘lishi (imagine heart-shaped O); teri osti tugunlari va revmatik toshmalar, halqasimon eritemalar (Erythema marginatum); xoreya (Sydenham's chorea) kuzatiladi. Keyingi yillarda ushbu mezonlar qayta ko‘rib chiqildi va C.A.N.C.ER formulasi ko‘rinishida taklif qilindi: C: Carditis (kardit); A: Arthritis (artrit); N: Nodules (teri osti tugunlar yoki toshmalar); C: Chorea (xoreya); ER: ERythema marginatum (halqasimon eritema) [18].

Tadqiqodlarda keltirilishicha, bunday kasallik bilan asoratlangan homilador ayollarda, leykotsitoz, anemiya, ECHT tezlashishi, qon plazmasida yallig‘lanish oqsillari SRO, fibrinogen konsentratsiyasi oshishi kuzatiladi. Bundan tashqari revmatizmning faol davrida antistreptolizin O-antitel (ASL-O) oshadi.

Fiziologik homiladorlik davrida yurak qisqarishlar chastotasi 30-50 foizga oshadi. Bu qon hajmining ortishi, umumiy pereferik qon tomir qarshiligining pasayishi tufayli keyingi yukning kamayishi va onaning yurak urish tezligining oshishiga olib keladi. Tug‘ruqdan keyin 3 oy ichida yurak qisqarishlar soni umumiy pereferik tomir qarshiligi me’yor darajasiga qaytadi [12].

Hozirgi kunga kelib, revmatik patologik jarayonning rivojlanishi bir necha bosqichlardan iborat:

a) tonzillit, faringit, skarlatina yoki streptokokk infeksiyalari, boshqa LOR-infeksiyasi bilan kasallanish tufayli;

b) β-gemolitik streptokokklarning kirib borishiga javoban, immunitet tizimi o‘ziga xos antitelolarni ishlab chiqarilishi. C-reaktiv oqsilning ortishi;

v) revmatizmga genetik moyillik mavjud bo‘lsa, C-reaktiv oqsillar biriktiruvchi to‘qima hujayralariga hujum qila boshlaydi (ularning yuzasida gemolitik streptokokkdagi kabi antigenler mavjud);

d) zararlangan hududda otoimmun yallig‘lanish jarayoni rivojlanadi – ko‘pincha bo‘g‘imlarda, miokardda, endokardda, qon tomirlarida va boshqalarda.

Homiladorlik davrida revmatizmning kuchayishi uchun qo‘zg‘atuvchi omillar quyidagilardir:

a) gipotermiya;

b) erta homiladorlik davrida immunitetning fiziologik pasayishi;

v) bakterial va virusli infeksiyalar;

d) stress;

ye) noto‘g‘ri ovqatlanish;

f) mavjud surunkali kasalliklarning kuchayishi;

g) quyoshga haddan tashqari ta’sir qilish.

Kasallikning belgilari haqida gapirganda, ular streptokokk tomoq og‘rig‘i belgilariga biroz o‘xshashligini va xarakterli ekanligini yodda tutish kerak [8,9]:

a) umumiy zaiflik;

b) yurak sohasida og‘riq paydo bo‘lishi;

c) ko‘pincha kichik jismoniy faoliyat nafas qisilishi va tez yurak urishini keltirib chiqarishi mumkin;

d) ishtahaning yo‘qolishi;

ye) qo‘shma og‘riqlar, ayniqsa ob-havo sezilarli darajada o‘zgargan kunlarda; harorat oshishi.

Homiladorlik davrida juda ko‘p kortikosteroidlar ishlab chiqarilganligi sababli yallig‘lanishga qarshi ta’sirga ega gormonlar revmatizmning kuchayishi belgilarini biroz pasaytiradi. Revmatizmning yurak shakli bilan asoratlanganda, yurakdagi og‘riq, bo‘g‘im shaklida esa hamma katta bo‘g‘imlarda og‘riq kuzatiladi, bunday holda, og‘riq bir guruh bo‘g‘imlardan boshqasiga o‘tadi. Teri shakli terida vaqt o‘tishi bilan yo‘qoladigan xarakterli pushti halqalarning paydo bo‘lishi bilan namoyon bo‘ladi. Homilador ayollarda revmatizm kechki toksikoz kabi holatga olib kelishi mumkin. Revmatizmning kuchayishi bilan tez-tez kislorodning o‘tkir yetishmasligi paydo bo‘ladi, bu platsenta vaskulitiga, yo‘ldoshning o‘zgarishiga, homila ichi gipoksiyaga va noto‘g‘ri ovqatlanishga olib kelishi mumkin. Mumkin bo‘lgan asoratlarni hisobga olgan holda, xavf ostida bo‘lgan homilador ayollar tug‘ilishning o‘zigacha butun jarayon davomida diqqat bilan nazorat qilinadi [5]. Agar ayol revmatizmning bir necha bor kuchayishiga duchor bo‘lgan bo‘lsa, u bu haqda antinatal klinikaga birinchi tashrifida albatta aytishi kerak. Profilaktik chora sifatida o‘tkir yuqumli kasalliklarning oldini olish kerak va agar ular paydo bo‘lsa, darhol samarali davolanishni tayinlaydigan shifokor bilan maslahatlashish zarur bo‘ladi. Bundan tashqari, tonzillit yoki yuqori nafas yo‘llarining shamollashi bo‘lgan homilador ayollarda revmatik terapiya o‘tkaziladi [11].

Homiladorlik davrida revmatizm diagnostikasi: homilador ayolda revmatizmni tekshirish va tahlil qilishdan keyin faqat shifokor aniqlashi mumkin. Birinchi trimestrda revmatizmning tashxisi muhim ahamiyatga ega. Revmatizm keltirib chiqaradigan xavflar tufayli (ayniqsa, yurak yetishmovchiligi va yurak nuqsonlari mavjud bo‘lganda) abort qilish kerakmi degan savol tug‘ilishi mumkin. Revmatik kardit diagnostikasi EKG (elektrokardiogramma) ma’lumotlari va yurakning ultratovush

tekshiruviga asoslanadi [10]. Ba'zi homilador ayollar revmatizmga shubha qilmagan holatlarni hisobga olish kerak. Somatik patologiyani aniqlash uchun laboratoriya (diagnostik) testlari talab qilinadi. Diagnostik tekshiruvlar majmuasi haqida gapirganda, biz qon testini, shuningdek, yurakning ultratovush va exokardiogrammasini olishni nazarda tutishimiz lozim. Ushbu ko'rsatkichlar homilador ayolning revmatizmga chalingan yoki yo'qligi haqida aniq ma'lumot berishi mumkin [20].

Yurak qisqarishlar sonini oshirishga alohida e'tibor beriladi. Revmatizm kabi kasallik bilan og'rigan homilador ayollarda yurak urishi normal (sog'lom) ayollarga qaraganda ancha aniqroq bo'ladi. Shuning uchun, yurakning ishi haqida ko'proq aniq va ishonchli ma'lumotlarni olish uchun bir necha usullar qo'llaniladi. Bunday holda, EKG (elektrokardiogramma) ko'rsatkichlari diagnostikada muhim rol o'ynaydi, masalan: kattalashish / tekislash /P-Q intervalining kengayishi; P to'lqinining tirnash xususiyati; ORS kompleksidagi o'zgarishlar; yengil yoki aksincha, sezilarli pasayish ST segmenti va T to'lqini. KG va yurakning ultratovush tekshiruvi natijalaridan tashqari, revmatizmni aniqlash uchun qon testlari qo'llaniladi. Amaliyot shuni ko'rsatadiki, revmatizm, ayniqsa, uni yomonlanish tendensiyasi mavjud bo'lsa, ECHT (eritrotsitlarning cho'kish tezligi) 35-50 mm/soatgacha oshishiga olib keladi [12].

Homiladorlik davrida biokimyoviy qon testini o'tkazishda asosiy ko'rsatkichlar: [11]:

a) C-reaktiv oqsil;

b) geksoza;

v) seruloplazmin;

d) seromukoid;

ye) gidroksiprolin;

ye) α2-globulin.

Qon tekshiruvi bilan aniqlanadigan fibrinogen kabi ko'rsatkichga kelsak, unga alohida e'tibor berilmaydi, chunki u homilador ayollarda har doim ko'tariladi va revmatizmning kuchayishini ko'rsatmaydi.

Yana bir muammo – revmatik jarayonning faollashishini kutish mumkin bo'lgan homiladorlik davrlarini aniqlash. Deyarli barcha mualliflar revmatizmning eng tez-tez kuchayishi homiladorlikning birinchi trimestrida sodir bo'lishi haqida gapirishadi. Ikkinchi zaif davr tug'ruqdan keyingi davr bo'lib, ba'zida homiladorlikning 28-32 xaftalarida kuchayishi sodir bo'ladi, shuning uchun bu davrlarda, ayniqsa homiladorlikning birinchi 3 oyida va tug'ruqdan keyin darhol qo'zishga qarshi davolanishni o'tkazish tavsiya etiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, kasallikning rivojlanish xavfi tug'ruqdan keyingi davr bilan chegaralanmaydi. Bu ayollar tug'ruqdan keyin bir necha oy o'tgach kelishi ham mumkin, bu ayollarning ushbu populyatsiyasini uzoqroq vaqt davomida (kamida 6-12 oygacha) maxsus monitoringni talab qiladi [19].

Homiladorlik paytida revmatizm xavfi qanday? Dastlabki bosqichlarda revmatizmning kuchayishi homila tushishi yoki homila shakllanishidagi nuqsonlarni keltirib chiqarishi mumkin. Ikkinchi va uchinchi trimestrda revmatizmning kuchayishi quyidagi asoratlar va oqibatlarga olib kelishi mumkin [13]: yo'ldoshning qon tomirlarining shikastlanishidagi nuqsonlar, homilalik gipoksiya, homilaning antinatal o'limiga sabab bo'ladi;

a) shish va o'pka infarkti; tromboflebit;

b) Bo'lg'usi onaning revmatik karditi xomilalik gipoksiyani keltirib chiqaradi, bu uning intrauterin rivojlanishining turli xil buzilishlariga olib keladi va bundan tashqari quyidagi asoratlar kuzatiladi:

v) homilaning og'ir nuqsonlari;

d) homila oldi suvlarining muddatidan oldin ketishi;

ye) homiladorlikni muddatidan oldin uzilishi; preeklampsiya;

f) homila asfiksiyasi tahdidi;

g) Homilador ayolning hayotiga tahdid soladigan holatlar.

Agar revmatizm qaytalansa, nima qilish kerak va homiladorlik paytida uni qanday davolash mumkin?

• Homilador ayollarni davolash usullariga bog'liq bo'ladi:

a) kasallikning darajasiga;

b) revmatizmning klinik ko'rinishiga;

d) yurak mushaklari holatiga, yurak klapan apparati holatiga;

ye) klinik tekshirish natijalariga;

f) yondosh kasalliklarning mavjudligiga;

g) homiladorlik jarayonining kechishiga.

Homiladorlik davrida revmatizmni davolash kerak, chunki ona va bolaning kelajakdagi hayotiga tahdid soladigan xavfli asoratlar rivojlanishi mumkin.

• Bir necha muhim davolash qoidalari mavjud [14].

a) Agar infeksiya o'choqlari yoki patologik jarayonlarning aniq faolligi (2- yoki 3-darajali revmatizm) aniqlansa, antibakterial terapiya, shu jumladan penitsillinlar va uning sintetik hosilalari guruhidan dorilarni qo'llash ko'rsatiladi.

b) Homiladorlikning dastlabki 10 haftasida aspirinni qabul qilish uning teratogen ta'siri tufayli qarama-qarshidir. Tug'ishdan oldin qabul qilmang, chunki u gipokoagulyant xususiyatlarga ega va qon ketish xavfini oshiradi.

v) Og'ir preeklampsiyalarda analginni qo'llash mumkin emas, chunki u suyuqlikni organizmdan chiqishini qiyinlashtiradi. Nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalarini va kortikosteroidlar faqat birinchi trimestr tugagandan so'ng, qachonki antirevmatik terapiya choralari ta'sir qilmaganida ruxsat etiladi.

Shunday qilib, ona va homila uchun yaxshi natijalarga erishish, asoratlarni o'z vaqtida baholash, homiladorlikning barcha gestatsiya muddatlarida to'g'ri qaror qabul qilish orqali homiladorlikni yaxshi kechishini ta'minlash mumkin va uning rejalashtirishda, akusher va kardiolog tomonidan birgalikda homiladorlikni boshqarish maqsadga muofiqdir.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Билич И.Л., Сызганова К.И. Ревматические пороки сердца и беременность // Казанский медицинский журнал. - 2021. - Т. 39. - №2. - С. 85-89.

2. Клеменов А.В. Дисплазия соединительной ткани и беременность (обзор) / А.В. Клеменов, О.Н. Ткачева, А.Л. Верткин // Тер. архив. – 2014. – № 11. – С. 80–83

3. Насонов Е.Л. Биоаналоги в ревматологии. Научно-практическая ревматология. 2016; 54(6): 628-640

4. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. 5-е изд. М. : Триада-Х, 2013. 896 с.

5. Afa B. Features of Rheumatic Disease Management while Pregnancy. Int Gyn & Women's Health 1(2)-2018. IGWHC.

6. Avi Sabbag et.al., Mitral valve prolapse: arrhythmic risk during pregnancy and postpartum, European Heart Journal, Volume 45, Issue 20, 21 May 2024, Pages 1831–1839/

7. Billy McBenedict,,Zaeemah Mansoor.,Abhishek Chaudhary.,Anusha Thomas.,Muhammad Yaseen.,Wilhelmina Hauwanga,Temporal Trends of Age-Adjusted Mortality Rates for Rheumatic Heart Disease in Brazil From 2000 to 2021, Cureus, (2024).

8. Bujor AM, Janjua S, LaValley MP, Duran J, Braun J, Felson DT. Comparison of oral versus parenteral methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis: A meta-analysis. PLoS One. 2019; 14(9): e0221823. doi: 10.1371/journal.pone.0221823

9. Carapetis JR, Beaton A, Cunningham MW, Guilherme L, Karthikeyan G, Mayosi BM, Sable C, Steer A, Wilson N, Wyber R, Zühlke L Acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. Nat Rev Dis Primers. 2016;

10. Coffey PM, Ralph AP, Krause VL. The role of social determinants of health in the risk and prevention of group a streptococcal infection, acute rheumatic fever and rheumatic heart disease: a systematic review. PLoS Negl Trop Dis. 2018;12:e0006577.

11. D. Yu. Andriyashkina, ,N. A. Shostak,, A. V. Aksenova,, D. V. Abeldyaev, Acute rheumatic fever and rheumatic heart disease: what's new?, The Clinician, 17, 1, (12-20), (2023).

12. Doria LA. Pregnancy in Rare Autoimmune rheumatic Disease; UCTD, MCTD, Myositis, Systemic Vasculitis and Bechet Diseases, Lupus. 2014;139(9):690–5.

13. Kozer E, et al. Effects of aspirin consumption during pregnancy on pregnancy outcomes: meta-analysis. Birth defects Res B Dev Reprod Toxicol. 2013;68(1):70–84.

14. McAnulty, J. Heart Valve Regurgitation in Pregnancy: Risks Related to the Company It Keeps. JACC. 2021 Jun, 77 (21) 2665–2666.

15. Kumar RK, Antunes MJ, Beaton A, Mirabel M, Nkomo VT, Okello E, Regmi PR, Reményi B, Sliwa-Hähnle K, Zühlke LJ, et al. Contemporary diagnosis and management of rheumatic heart disease: implications for closing the gap: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2020;142:e337–e357.

16. Lv M, Jiang S, Liao D, Lin Z, Chen H, Zhang J. Global burden of rheumatic heart disease and its association with socioeconomic development status, 1990-2019. Eur J Prevent Cardiol. 2022;29:1425–1434.

17. Pfaller, B, Dave Javier, A, Grewal, J. et al. Risk Associated With Valvular Regurgitation During Pregnancy. JACC. 2021 Jun, 77 (21) 2656–2664.

18. Remenyi B, ElGuindy A, Smith SC, Yacoub M, Holmes DR Valvular aspects of rheumatic heart disease. Lancet. 2016;387:1335–1346.

19. Tomero Molina J, Calvo Alen J, Ballina J, Belmonte , Blanco FJ, et al. Recommendations for the use of parenteral methotrexate in rheumatic diseases. Reumatol Clin. 2018; 14(3): 142-149. doi: 10.1016/j.reuma.2016.12.001

20. Saberi S. Hypertrophic cardiomyopathy in pregnancy // Cardiology Clinics. – 2021. – Т. 39. – №. 1. – С. 143-150.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИСТМОЦЕЛЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ

М.Р. Хикматуллаева

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка

В статье представлен обзор научной литературы, посвященный основным проблемам формирования истмоцеле. Обобщено подробное определение, предрасполагающие причины, факторы риска развития, диагностика истмоцеле после оперативных родов. Выявлено, что наличие самый оптимальный термин при данной осложнении кесарево сечение – это истмоцеле. Установлено, что основными факторами заживления шва на матке являются, кроме воспаления, проведение кесарева сечения в активной фазе родов, проведение разреза на матке на шейке матке, ишемические процессы в зоне репарации, в том числе на фоне ожирения, сахарного диабета, онкологических заболеваний женщины. Полученные данные позволяют сформировать группу риска женщин с рубцом на матке по развитию истмоцеле и предотвратить осложнения в последующем.

Ключевые слова: истмоцеле, кесарево сечение, рубец на матке.

Kesarcha kesish jarrohlik amaliyotidan keyin istmosele paydo bo‘lishiga olib keluvchi omillar

M.R. Xikmatullayeva

Maqolada istmosele paydo bo‘lishiga olib keluvchi asosiy xavf guruhlariga bagishlangan ilmiy adabiyotlaring tahlili namoyish etilgan. Operativ tug‘ruqlardan keyin paydo bo‘luvchi istmosele tavsifi, olib keluvchi omillar va xavf guruhlariga batafsil ta’riflar keltirilgan. Kesarcha kesishning ushbu asorati jarrohlik amaliyoti uchun eng maqbul atama istmosele ekanligi aniqlandi. Bachadondagi chandiqning tiklanishidagi asosiy omillar sifatida yallig‘lanish jarayonidan boshqa, tug‘ruqning aktiv fazasida olib borilganligi, bachadondagi kesmaning bachadon bo‘ynida bo‘lganligi, tiklanish sohasidagi sihemiya, shuningdek, semizlik, qandli diabet va ayollardagi onkologik kasalliklar ekanligi aniqlandi. Olingan ma’lumotlar istmoselning rivojlanishi va kelajakda asoratlarni oldini olish uchun bachadon chandig‘i bo‘lgan ayollarning xavf guruhini shakllantirishga imkon beradi.

Tayanch so‘zlar: istmosel, kesarcha kesish jarrohlik amaliyoti, bachadon chandig‘i.

Risk factors of formation of isthmocele after cesarean section

M.R. Khikmatullaeva

The article presents a review of scientific literature devoted to the main problems of formation of isthmocele. A detailed definition, predisposing causes, risk factors for development, diagnostics of isthmocele after operative delivery are summarized. It was revealed that the presence of the most optimal term for this complication of cesarean section is isthmocele. It was established that the main factors of healing of the suture on the uterus are, in addition to inflammation, performing a cesarean section in the active phase of labor, making an incision on the uterus on the cervix, ischemic processes in the reparation zone, including against the background of obesity, diabetes mellitus, oncological diseases of women. The obtained data allow us to form a risk group of women with a uterine scar for the development of isthmocele and prevent complications in the future.

Key words: isthmocele, cesarean section, uterine scar.

Введение. Всемирная организация здравоохранения рекомендует в идеале частоту кесарева сечения (КС) в 10-15% всех родов [1]. Однако проценты родов КС в Южной Америке (42,9%), в Латинской Америке (40,5%), в Северной Америке (32,3%) %) и в Европе (25%) [2] значительно превышают это число. В частности, в Узбекистане этот показатель кесарева сечения постоянно растет (с 9,58 % в 1999 до 16,10 % в 2019, 21,4% в 2022 г), что увеличивает риск материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Это привело к всемирной дискуссии об осложнениях и последствиях процедуры, число которых также растет [3]. Некоторые из них, такие как расхождение рубцов, предлежание и приращение плаценты, уже установлены и изучены. Другие, однако, только недавно приобрели большее зна-

чение на дефект рубца после кесарева сечения известный как истмоцеле или ниша [4]. Истмоцеле представляет собой дефект миометрия, напоминающий мешочек на передней стенки матки, в области рубца от предыдущего кесарева сечения [5,6]. Это приводит к патологическим изменениям, которые могут предрасполагать к появлению таких симптомов, как меноррагия [7], аномальное маточное кровотечение (АМК) [8], тазовая боль, дисменорея, рубец после кесарева сечения, беременность и вторичное бесплодие [8,9]. Учитывая неуклонный рост оперативных родов с последующими возможными осложнениями, произведен литературный обзор последней декады для более подробного сбора данных.

Цель данного исследования – представить обзор современной литературы о понятии истмоцеле, выявить этиопатогенез и предрасполагающие факторы развития истмоцеле в области рубца на матке.

Определение. В современной литературе представлены множественно описании несостоятельности рубца на матке, и на данный момент нет достоверных стандартизации, диагностики и лечения данной патологии. Последнее десятилетие широко используется термин «Истмоцеле», так как, является более понятным в медицинской литературе.

Перешеек (isthmus) – нижний сегмент матки (НСМ), покрыт пограничным эндометрием, который анатомический является внутренним зевом матки и был описан гистероскопическим исследованием в 2020 году [17]. Истмоцеле этимологически означает грыжу перешеек как следствие нарушения заживления как эндометрия, так и миометрия в области рубца на матке. Кроме того, известны термины такие как дефект от кесарево сечения (cesarean scar defect CSD), ниша, мешочек рубца или же дивертикул. Впервые истмоцеле был описан в 1995 году Хью Моррис в образцах матки женщин перенёсших гистерэктомию по поводу стойкой аномальной кровотечением (АМК) без каких-либо других идентифицируемых условий [2].

Не существует универсального определения истмоцеле или стандартной характеристики, который четко указывает его расположение и размер [11]. Некоторые авторы предложили определения в попытке создать универсальную концепцию. В целом, в большинстве исследований истмоцеле, дефект рубца после кесарева сечения, ниша или дивертикул рассматриваются как разрыв миометрия или гипоэхогенный треугольник в миометрии передней стенки матки в месте гистеротомии, представленный при трансвагинальном ультразвуковом исследовании (ТВУЗИ) или соногистерографии (ГГГ). обследование у женщин вне беременности [3,4,8,11]. Тем не менее, другие исследования описывают мешочек как истончение миометрия, анэхогенный дефект >1 мм или дефект миометрия >2 мм на месте рубца от кесарева сечения [12-14]. Несмотря на это, дефект обычно представляет собой обильные и эктатические сосуды, покрытые гладкой слизистой оболочкой, и менструальная кровь часто заполняет мешочек [15]. Губбини описал, что место дефекта варьируется в зависимости от места расположения CS, который связан со стадией родов, изменениями шейки матки и хирургической техникой [5,16].

Распространенность. Точная распространенность истмоцеле неизвестна и связана с методом, используемым для оценки дефекта [12]. В недавнем систематическом обзоре Туланди и Коэн [4] обнаружили, что распространенность истмоцеле колеблется от 24% до 70% при ТВУЗИ и после от 56% до 84% при ГСП у женщин с 1 или более предыдущим КС [3,4]. По сравнению с бессимптомными пациентами распространенность выше у пациентов с симптомами, варьируясь по данным литературы от 19,4% до 84% [13,19], с постменструальными кровянистыми кровянистыми выделениями в качестве основного симптома [4,20].

Этиопатогенез и факторы риска. С развитием истмоцеле связано несколько факторов риска; однако на сегодняшний день доказано мало ассоциаций. Ofili-Yebovi и соавторы [14] впервые представили связь между истмоцеле и множественными предыдущими КС, ретрофлексией матки и неспособностью идентифицировать все рубцы КС во время повторного КС, множественного КС, что позже было подтверждено несколькими авторами [20].

Туланди и Коэн [4] также недавно рассмотрели предрасполагающие факторы, заявив, что, хотя несколько факторов риска связаны с истмоцеле, множественный КС является основным фактором риска его развития. Несмотря на неубедительные результаты, Bij de Vaate et al. [3] в систематическом обзоре предположили, что продолжительность родов, дилатация, стадия предлежащей части и более низкое положение гистеротомии CS могут быть потенциальными предрасполагающими факторами для развития ниши. КС, проведенное во время активных родов и раскрытии шейки матки >5 см, связано с более крупными истмоцеле [3,4]. Связь различных швов матки и распространенность истмоцеле до сих пор неясны. Хотя однослойное закрытие миометрия, по-видимому, увеличивает риск развития истмоцеле по сравнению с двухслойным закрытием, [21] оно незначительно связано с более крупными дефектами [4].

Amal Drizi в своей статье в журнале Троакар – официальный журнал всемирной организации для гинекологической эндоскопии (TheTrocar – official online journal of ISGE) очень четко и объективно предоставила факторов риска развития истмоцеле подразделив их на факторов связанные с хирургией и с пациентами [16,17] (Табл. 1).

Что касается этиологии, Vervoort и его соавторы [11] выдвинули четыре гипотезы о причинах истмоцеле, зависящих главным образом от хирургически индуцированных факторов и факторов пациента.

Первая теория касается места гистеротомии, предполагая, что низкий разрез в шейной части матки делается через ткань шейки матки, содержащую слизистые железы, а слизь, образующаяся во время заживления, может расширять зашитые края миометрия. Подтверждается несколькими исследованиями, которые связывают более высокую распространенность истмоцеле и у пациенток с раскрытием шейки матки >5 см, более длительными родами (>5 часов) или более низкой станцией [3,6,16,]. Кроме того, высокая распространенность истомоциле и КС, выполненные в активных родах, позволяют предположить, что разрез, сделанный через ткань шейки матки из-за сглаженной шейки матки, труднее отличить от стенки матки [11,3,4].

Вторая гипотеза связана с хирургической техникой и касается неполного закрытия стенки матки [11]. Неправильное закрытие или даже отсутствие закрытия более глубокого мышечного слоя, обычно непреднамеренное или связанное с неперпендикулярными швами и эндопротезированием. Метросберегающие методы могут привести к неравномерному смыканию миометрия, вызывая тем самым развитие истмоцеле [11,2].

Третья гипотеза связана с ранним развитием спаек в рубце после гистеротомии и передней брюшной стенке, растягивая края раны и затрудняя заживление из-за противодействующих сил, действующих на рубец матки [11,3]. Этот механизм еще более выражен в ретрофлексированная матка, при которой эти противодействующие силы увеличиваются, что потенциально снижает приток крови к заживляющим тканям [3,4].

Последняя гипотеза включает в себя факторы пациента, предполагающие наличие индивидуальной/генетической предрасположенности, способствующей нарушению заживления ран, плохому гемостазу, воспалению или образованию спаек, которые могут влиять на развитие истмоцеле.

Таким образом, определенные факторы риска формиро-

Таблица №1

Факторы риска развития истмоцеле по Amal Drizi (2023)

Факторы риска развития истмоцеле	Специфичность	Определения
Факторы, связанные с хирургией	цервикальное расположение разреза на матке	местная секреция слизи, вызывает плохое заживление и приводит к растяжению дефекта
	неполное восстановление стенки матки	дефекты на задействованных участках
	Однослойное ушивание раны на матке	долгий спорный вопрос, который недавно был утверждён на международном систематическом обзоре [16]
	Замкнутые швы в отличие от незамкнутых	повышенная гипоксия тканей с последующим плохим заживлением
	Послеоперационная инфекция рубца на матке	деваскулиризация и ишемия тканей приводит к плохому заживлению
Факторы, связанные с пациентом	индивидуальные особенности заживлении ран	Из-за индивидуальных особенностей иммунного ответа и процесса заживления
	Гестационный сахарный диабет и ожирение	известно, что замедляет процесс восстановления
	количество ранее выполненных кесаревых сечений	Согласно исследованию, у 100% пациенток с анамнезом 3 кесаревых сечений был проспективно диагностирован истмоцеле.
	Кесарево сечение, выполненное во время второго периода родов	в большинстве, выполняется на шейке матки
	Положение матки	более высокая распространенность при ретрофлексии матки, чем при антефлексии

вания истмоцеле, дает возможность намного раз уменьшить его проявлений в последующем.

Выводы. Сложившаяся тенденция к увеличению частоты кесарева сечения диктует необходимость разработки комплекса мер, направленных на предотвращение развития несостоятельности рубца на матке в период следующей беременности и создание условий для проведения естественных родов с рубцом на матке. При обнаружении состоятельного рубца на матке, при отсутствии общепринятых показаний к повторному кесареву сечению в случае отсутствия у женщины ранее приобретенных показаний к кесаревому сечению, возможно проведение родов под контролем врача и с учетом готовности операционной к экстренному операционному вмешательству в случае возникновения каких-либо осложнений в родах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. World Health Organization Human Reproduction Programme, 10 April 2015. WHO statement on caesarean section rates. Reprod Health Matters. 015;23(45):149-50.
2. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. PLoS One. 2016;11(2):e0148343.
3. Bij de Vaate AJ, Van der Voet LF, Naji O, Witmer M, Veersema S, Brölmann HA, et al. Prevalence, potential risk factors for development and symptoms related to the presence of uterine niches following cesarean section: systematic review. Ultrasound Obstet Gynecol. 2014;43(4):372-82.
4. Tulandi T, Cohen A. Emerging manifestations of cesarean scar defect in reproductive-aged women. J Minim Invasive Gynecol. 2016;23(6):893-902.
5. Gubbini G, Casadio P, Marra E. Resectoscopic correction of the "isthmocele" in women with postmenstrual abnormal uterine bleeding and secondary infertility. J Minim Invasive Gynecol. 2008;15(2):172-5.
6. Florio P, Filippeschi M, Moncini I, Marra E, Franchini M, Gubbini G. Hysteroscopic treatment of the cesarean-induced isthmocele in restoring infertility. Curr Opin Obstet Gynecol. 2012;24(3):180-6.
7. Morris H. Surgical pathology of the lower uterine segment caesarean section scar: is the scar a source of clinical symptoms? Int J Gynecol Pathol. 1995;14(1):16-20.
8. Tower AM, Frishman GN. Cesarean scar defects: an underrecognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications. J Minim Invasive Gynecol. 2013;20(5):562-72.
9. Abacjew-Chmylko A, Wydra DG, Olszewska H. Hysteroscopy in the treatment of uterine cesarean section scar diverticulum: a systematic review. Adv Med Sci. 2017;62(2):230-9.
10. Li C, Tang S, Gao X, Lin W, Han D, Zhai J, et al. Efficacy of combined laparoscopic and hysteroscopic repair of post-cesarean section uterine diverticulum: a retrospective analysis. Biomed Res Int. 2016;2016:1765624.
11. Vervoort AJ, Uittenbogaard LB, Hehenkamp WJ, Brölmann HA, Mol BW, Huirne JA. Why do niches develop in Caesarean uterine scars? Hypotheses on the aetiology of niche development. Hum Reprod. 2015;30(12):2695-702.
12. Van der Voet LF, Bij de Vaate AM, Veersema S, Brölmann HA, Huirne JA. Long-term complications of caesarean section. The niche in the scar: a prospective cohort study on niche prevalence and its relation to abnormal uterine bleeding. BJOG. 2014;121(2):236-44.
13. Bij de Vaate AJ, Brölmann HA, van der Voet LF, van der Slikke JW, Veersema S, Huirne JA. Ultrasound evaluation of the cesarean scar: relation between a niche and postmenstrual spotting. Ultrasound Obstet Gynecol. 2011;37(1):93-9.
14. Ofili-Yebovi D, Ben-Nagi J, Sawyer E, Yazbek J, Lee C, Gonzalez J, et al. Deficient lower-segment cesarean section scars: prevalence and risk factors. Ultrasound Obstet Gynecol. 2008;31(1):72-7.
15. Florio P, Gubbini G, Marra E, Dores D, Nascetti D, Bruni L, et al. A retrospective case–control study comparing hysteroscopic resection versus hormonal modulation in treating menstrual disorders due to isthmocele. Gynecol Endocrinol. 2011;27(6):434-8.
16. Genovese F, Schiattarella A, D'Urso G, Vitale SG, Carugno J, Verzì G, D'Urso V, Iacono E, Siringo S, Leanza V, Palumbo M. Impact of Hysterotomy Closure Technique on Subsequent Cesarean Scar Defects Formation: A Systematic Review. Gynecol Obstet Invest. 2023;88(2):81-90. doi: 10.1159/000528144. Epub 2023 Feb 1. PMID: 36724750.)
17. Drizi, Amal. (2023). Isthmocele: new insights and review. 129-142. 10.36205/trocar1.2023013.

ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ТЯЖЕЛЫМ МАТОЧНО-ПЛОДОВО-ПЛАЦЕНТАРНЫМ НАРУШЕНИЯМ

А.М. Бабаханова, М.Ж. Даулетова

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка

Обследованы 120 беременных женщин с хронической артериальной гипертензией, осложненной фетоплацентарными нарушениями 3-й степени. В результате мониторинга фетальных шунтов удалось пролонгировать беременность до оптимальных сроков родоразрешения у беременных с хронической артериальной гипертензиии осложенной фетоплацентарной недостаточночти 3-й степени.

Ключевые слова: фетальные шунты, артериальная гипертензия, фетоплацентарная недостаточность, беременность.

Og‘ir bachadon-yo‘ldosh-homila qon aylanishining buzilishlari bilan asoratlangan surunkali arterial gipertenziya kuzatilgan ayollarda homiladorlikni olib borish

A.M. Babaxanova, M.J. Dauletova

120 nafar 3-darajali fetoplasentar buzilishlar bilan asoratlangan surunkali arterial gipertenziya kuzatilgan homilador ayollarda tekshiruvga olingan. Fetal shuntlarni kuzatish natijasida 3-darajali fetoplasentar buzilishlar kuzatilgan homilador ayollarni optimal tug‘ruq vaqtigacha homiladorlikni uzaytirishga erishilgan.

Tayanch so‘zlar: fetal shuntlar, arterial gipertenziya, fetoplasentar yetishmovchilik, xomiladorlik.

Management of pregnant women with chronic arterial hypertension complicated by severe uterofetal-placental disorders

A.M. Babakhanova, M.J. Dauletova

The article examined 120 pregnant women with chronic arterial hypertension complicated by grade 3 fetoplacental disorders. As a result of monitoring fetal shunts, it was possible to prolong pregnancy until the optimal timing of delivery in pregnant women with chronic arterial hypertension complicated by fetoplacental insufficiency of the 3rd degree.

Key words: fetal shunts, arterial hypertension, fetoplacental insufficiency, pregnancy.

Актуальность. Фетоплацентарная недостаточность на фоне артериальной гипертензии (АГ) является самым распространенным заболеванием, осложняющим течение беременности, а также одной из наиболее актуальных проблем медицинской науки и практики [1,2,5,9]. В последние годы осложнения, связанные с беременностью, включая гипертензивные расстройства, возросли во всех экономически развитых странах что в отражено последних в публикациях [2,4,5,8].

Заболевание характеризуется тяжелым течением, снижением качества жизни и повышением случаев перинатальной заболеваемости и смертности. По данным Всемирной организации здравоохранения, проблема репродуктивного здоровья находится в центре внимания ученых всего мира. Фетоплацентарая недостаточность и синдром замедления роста плода (СЗРП) на фоне гипертензивных расстройств осложняется в 20% случаях беременности занимает 2-3 место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности [3,4].

Согласно докладу экспертов Всемирной организации здравоохранения, частота АГ и соответственно СЗРП среди беременных за последние 20 лет наблюдений увеличилась более чем на 40% [6,7,10]. Повышенное артериальное давление (АД) во время беременности строго ассоциируется с высокой частотой преждевременных родов, хронической и острой фетоплацентарной недостаточностью, различными перинатальными осложнениями в виде СЗРП и гибелью плода [10]. В связи с этим, важно поднять уровень качества оказываемых медицинских услуг на новый уровень, и разработка новых подходов прогноза и прологирования беременности у женщин с хронической артериальной гипертензии (ХАГ), осложненным тяжелым кровообращения в системе мать-плацента-плод.

Цель исследования: Оптимизировать акушерскую тактику ведения беременных с хронической артериальной гипертензией в зависимости от состояния фетальных шунтов.

Материалы и методы исследования. Было исследовано 120 беременные женщины с хронической артериальной гипертензии (ХАГ) с нарушением маточно-плацентарно-плодовым кровотоком (НМППК) 3-й степени. 120 беременных женщин с ХАГ разделили на 2 группы:

I группу составили 73 беременных женщин с нулевым кровотоком в артерии пуповине с ХАГ (основная группа) которым беременность пролонгировали;

II группа – 47 беременные женщины с нулевым кровотоком, ХАГ родоразрешенных без пролонгирование беременности (группа сравнения).

Беременные основной группы регулярно посещали врача акушера-гинеколога, которым проводился динамический контроль допплерометрических параметров и в зависимости от их показателей пролонгировали беременность.

Результаты и обсуждения. Во время наблюдения беременных с ХАГ были выявлены следующие особенности. Беременные с ХАГ регулярно посещали врача акушера-гинеколога и врача ультразвуковой диагностики, но пациентки основной группы достоверно чаще – в среднем частота посещений составила 14,2±0,3 явок, чем группа сравнения 5,1±0,4 раз ($p<0,001$). Это обусловлено тем, что в связи с прогрессированием нарушение кровообращения МППК пациентки чаще ходили на допплерографию плода, а женщины в группе сравнения как только выявили НМППК 3-й степени (нулевой кровоток) были сразу госпитализированы и досрочно родоразрешены. Все пациентки основной группы были взяты под наблюдение в сроке беременности 25-28 недель и наблюдались в динамике до родоразрешения, соответственно в группу сравнения также были включены беременные в сроке 25-28 недель и более.

Возраст обследованных беременных находился в пределах от 21 до 38 лет и в основной группе составил в среднем 27,4±1,26 лет, который достоверно не отличался от 26±2,54

Таблица 1

Характеристика возрастного состава беременных (в абс. числах и %)

Группы	18-25		26-35		>36	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная группа (n=73)	25	34,2%	43	59%	5	6,8%
Группа сравнения (n=46)	18	38,3%	26	55,3%	3	6,4%

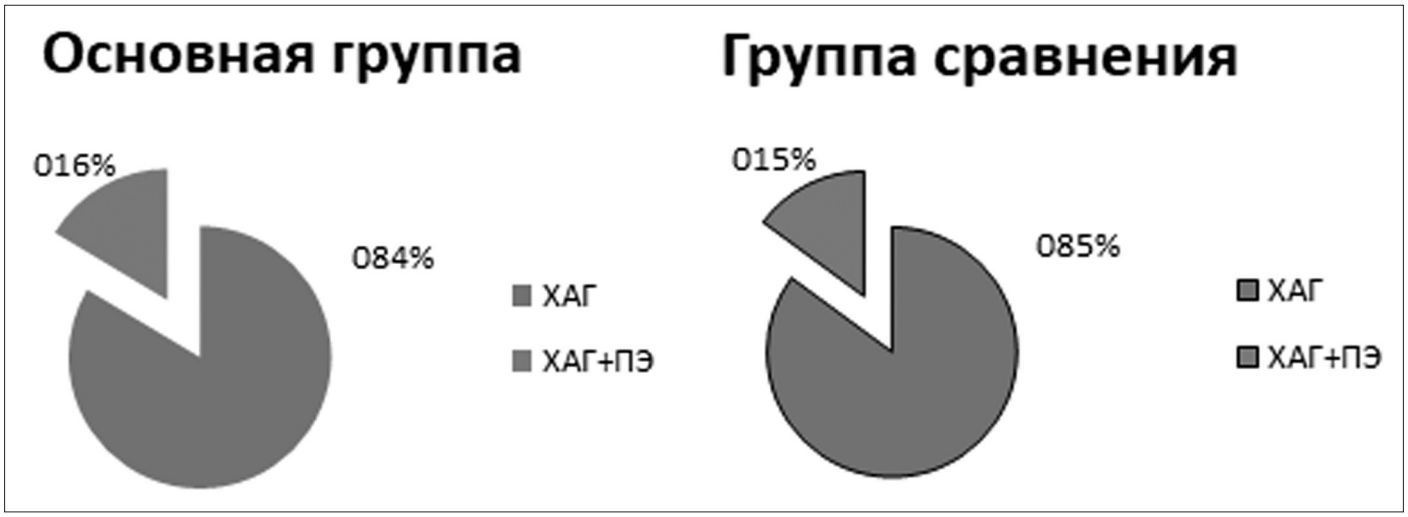


Рис.1. Частота встречаемости ПЭ у беременных с ХАГ в обеих группах.

лет у женщин группы сравнения (* – здесь и далее по тексту различие не достоверно при p>0,05) (табл. 1).

В обеих группах у беременных с ХАГ, выявлено присоединение ПЭ в III триместре беременности. Эти показатели существенно не отличались, в основной группе ПЭ присоединилась в 16,4% случаях и в группе сравнения в 14,9% случаях соответственно (рис. 1).

При анализе пациенток группы наблюдения при дородовой госпитализации выявлена высокая частота НМППК уже на амбулаторном этапе. Нарушения МППК 3 степени регистрировалась у всех обследованных беременных, что явилось показанием к госпитализации.

В проспективном исследовании в обеих группах беременность осложнилась нарушениями МППК (табл. 2). Синдром замедления роста плода (СЗРП) является одним из признаков внутриутробного страдания плода, являющегося основным проявлением НМППК при наличии гипертензивных нарушений.

Допплерометрия артерии пуповины показали результаты нулевого кровотока. В наших наблюдениях был выявлен СЗРП 1ст у 6,4%, СЗРП 2ст 2,1% у женщин группы сравнения и в основной группе соответственно 6,8% и 2,7%. (p<0,001).

Исследование венозного протока составляла некоторые трудности визуализации, которые были показанием к повторному осмотру через определенное время. Типичная волна кровотока ВП состояла из трех фаз: первый пик это градиент давления между венами и правым предсердием в период желудочковой систолы; второй пик связан с открытием клапанов и ранним пассивным заполнением желудочков; снижение скорости потока совпадает с третьей фазой – сокращением предсердий в конце диастолы. При развитии застойной сердечной недостаточности плода и ухудшении сократительной способности миокарда резистентность в правом предсердии возрастала в 33% случаях. Получили 3 вида кривых венозного кровотока, которые описаны в табл. 3.

Таким образом, в ходе исследования были описаны 3 вида нарушении ВП у беременных с хронической артериальной гипертензией и преэклампсией:

У 54 (74%) при первичном осмотре выявлен 1-й вид кривой ВП, это норма без изменений визуального графика нормативных показателей пульсационного индекса (ПИ) и индекса резистентности (ИР) согласно сроку беременности в пределах 95 процентиля для данного срока ПИ=0,21-1,35, ИР 0,50-0,70., этим женщинам динамическое допплерометрическое исследование МППК и ВП проводилось каждые

Таблица 2

Показателей допплерографии по НМППК в II и III триместре беременности

Нозология	Основная группа (n=73)		Группа сравнения (n=47)	
	Абс	%	Абс	%
МППК 3ст	73	100%	47	100%
Среди них частота СЗРП				
СЗРП 1ст	5	6,8%	3	6,4%
СЗРП 2ст	2	2,7%	1	2,1%
СЗРП 3ст	0	0%	0	0%

Примечание: различия не значимы между: * – основной и сравнительной группы

Таблица 3

Состояние венозного протока в исследуемых группах

Состояние венозного протока плода	Основная группа (n=73)	
	(пролонгирование беременности)	
1-й тип	54 (74%)	14±4,1дней
2-й тип	15 (20,5 %)	5±2,5дней
3-й тип	4 (5,5%)	1±0,5 дней

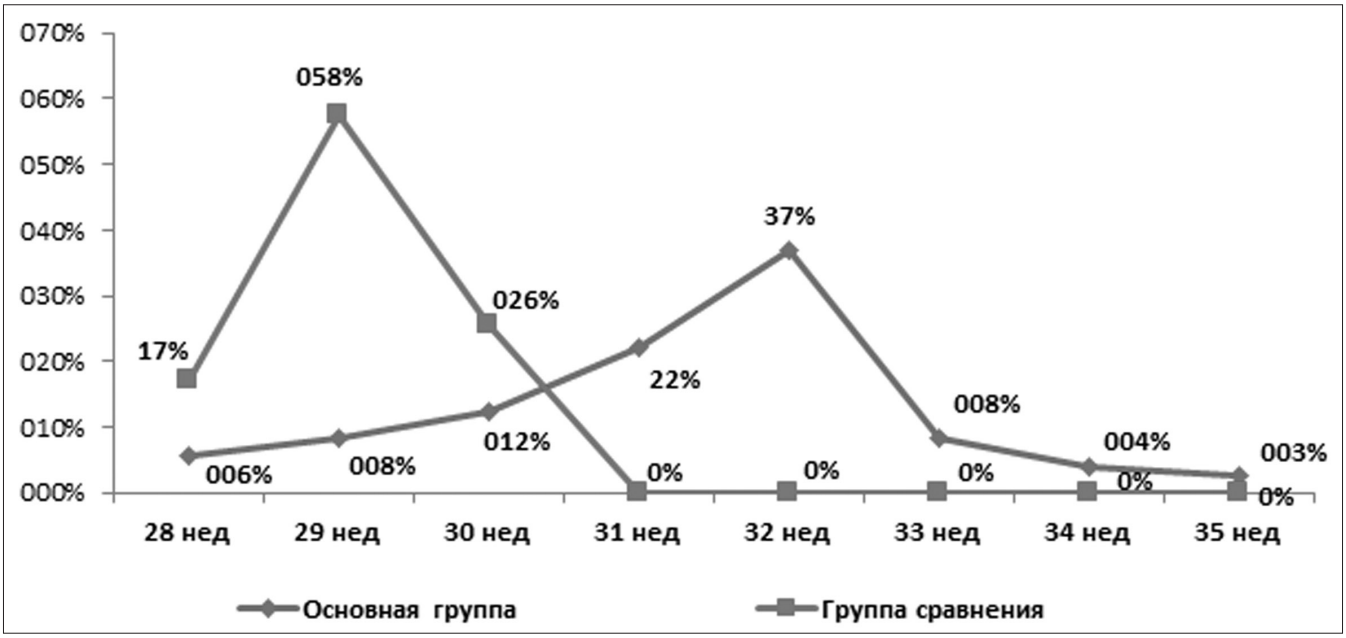


Рис. 2. Сроки родоразрешения у обследованных женщин с ХАГ и ПЭ с нулевым кровотоком

7 дней, после перехода на 2-й вид кривой ВП, исследование проводилось каждые 3 дня. В нашем исследовании пациентом с 1-м видом нарушения кровообращения беременность была продлена от 14±4,1дней.

У 15 женщин (20,5%) выявлен 2-й вид кривой ВП. Это с изменением визуального графика спектрограммы с увеличением пульсативности и патологическими показателями (ПИ, ИР) выше 95 процентиля для данного срока беременности, этим женщинам каждые 3 дня проводилось допплерометрическое исследование МППК и оценивали кровоток в ВП. В нашем исследовании с 2-м видом нарушения кровообращения беременность была продлена от 5±2,5дней.

При первичном обследовании у 4 женщин (5,5%) выявлен 3-й вид кривой ВП, в связи с чем все они были родоразрешены в течении 24 часов.

3-й вид кривой это – грубые патологические изменения спектрограммы – реверсный или нулевой диастолический кровоток пульсовой волны и патологического пульсационного индекса выше 95 процентиля для данного срока беременности.

Изменения венозного протока 3-го вида было основанием для досрочного родоразрешения в основной группе, в группе сравнения эти показатели не измеряли по различным причинам (плохая визуализация, технические затруднения, отсутствие персонала владеющего методов измерения ВП) в том числе и отказе женщин от предложения пролонгирование беременности. Таким образом, маркером контроля выявленным при помощи допплерометрии мы взяли данные изменения венозного кровотока. Критические показатели кровотока в пуповине которые возникают вследствие остановки поступательного движения крови в фазу диастолы (нулевые значения) или изменения движения потока крови на противоположное (ретроградный кровоток) были показанием к экстренному родоразрешению в группе сравнения. В свою очередь применение оценки кровотока в ВП позволило пролонгировать беременность до 35 недель у 2,7% женщин основной группы (рисунок 3).

Из диаграммы видно, что в 28 недель в основной группе были родоразрешены (5,5%), наибольшее число родоразрешений имели место в 31, 32 и 33 недели соответственно в группе сравнения 22%, 37% и 8,2% случаев. В 34 недели родоразрешены 3 женщины (4,1%). По данным допплерометрии плода, удалось пролонгировать беременность до 35 недель только в 2,7% случаев, соответственно это значительно увеличивает шанс выживания новорожденных.

Для выявления функционального состояния плода проведено исследование в обеих группах методом кардиотокографии с определением индекса Фишера и оценки графика кардиотокограммы (табл. 4). Результаты КТГ расценивались строго индивидуально только в комплексе с клиническими данными, а также с результатами других исследований, таких как допплерометрия маточно-плодового комплекса. Вышеизложенные состояния наблюдались в первой группе и во второй группе и это явилось маркером для ежедневного наблюдения и для досрочного родоразрешения в связи с отсутствием улучшения в динамике.

Как видно из таблицы 4, показатели критерия Фишера различными в обеих группах. При выявлении критерия Фишера ниже 5 баллов проводили ежедневно КТГ, ухудшение в динамике выявлялось в среднем у 89% больных в течении 3-х суток, что говорит о том, что интервал наблюдение можно продлить до 3-х дней без дополнительного исследования.

Анализ исходов родов для плода показал, что у беременных основной группы 64,4% детей родились с оценкой по шкале Апгар 6-7 балл, 13,3% с оценкой 8-10 балла и 6,8% с оценкой 4-5 балла, в то время как в группе сравнения оценку по шкале Апгар 8-10 балла имели 14,9% женщин, 6-7 балла 57,4% и 4-5 балла 21,3% женщин. Также в группах у женщин имела место антенатальная гибель плода в основной группе в 6,84 % и группе сравнения в 6,3% случаях что было статистически недостоверно. Результаты КТГ расценивались

Таблица 4

Оценка критерия Фишера

Критерий Фишера	Основная группа (n=73)	Группа сравнения (n=47)
4-5 баллов	11 (15%)	10 (21,3%)
6-7 баллов	47 (64,4%)	27 (57,4%)
8-10 баллов	10 (13,7%)	7 (14,9%)
Антенатальная гибель плода	5 (6,84%)	3 (6,3%)

строго индивидуально только в комплексе с клиническими данными, а также с результатами других исследований, таких как допплерометрия маточно-плодового комплекса.

Показания к досрочному родоразрешению в первой группе выставлены в первые 3 дня у 28 беременных, в течении последующих 2-х дней у 14 беременных, показаниями были в основном это было прогрессирование гипертензивный состояний в (28,5%), прогрессирование НМППК в (21,3%) и неубедительное состояние плода в (18,9%) случаях, а также другие акушерские показания которые не зависели от гипертензивных состояний.

Выводы. Таким образом, нарушении венозного протока у беременных с хронической артериальной гипертензией беременность была продлена неболее 1-й сутки у женщин 14 (5,5%) беременности. Изучение кровотока в венозном протоке плода позволило оценить гемодинамику плода при ХАГ с чувствительностью 85% и специфичностью 56%, что позволяет контролировать резервные возможности плода и своевременно диагностировать угрожающие состояния плода.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2009 Jul;114(1):192-202.

2. Adam K. Lewkowitz, Methodius G. Tuuli, Alison G. Cahill. Perinatal outcomes after intrauterine growth restriction and intermittently elevated umbilical artery Doppler // American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM. March 2019.

3. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals.

Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May 31;5:CD006066.

4. Amanda S. Trudell, Alisson G. Cahill, Methodius G. Tuuli. Risk of stillberth after 37 weeks in pregnancies complicated by small-for-gestational-age fetuses // American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2013. №208. P. 3763.

5. Ayres-de-Campos D1, Bernardes J; FIGO Subcommittee. Twenty-five years after the FIGO guidelines for the use of fetal monitoring: time for a simplified approach? Int J Gynaecol Obstet. 2010 Jul;110(1):1-6.

6. Barker D.J. The origins of the developmental origins theory // Journal of International Medicine. 2007. №261. P. 412-417.

7. Baschat A.A. Neurodevelopment after fetal growth restriction // Fetal Diagnosis and Therapy. 2014. №36. P. 136-142.

8. Basky Thilaganathan. The ASPRE pre-eclampsia trial: implications for basic research and clinical practice // Cardiovascular Research. 2018. №114. P. 60-61.

9. Ganzevoort W., Mensing Van Charante N., Thilaganathan B., et al., for the TRUFFLE Group. How to monitor pregnancies complicated by fetal growth restriction and delivery before 32 weeks: post-hoc analysis of TRUFFLE study // Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2017. №49. P. 769-777.

ИНТРАТУМОРАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ТУЧНЫЕ КЛЕТКИ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ

М.М. Атаханов, М.А. Юсупова

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Исследовано прогностическое значение подсчета интратуморальных стромальных тучных клеток (ТК) при почечно-клеточном раке. Материалом для исследования послужил операционный материал 63 больных раком почки. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что число стромальных ТК в опухоли взаимосвязано с рядом важных прогностических клинико-анатомических факторов ПКР, и поэтому данный параметр может быть использован в качестве дополнительного фактора прогноза.

Buyrak-hujayra saratonida intratumoral stromal mast hujayralar

M.M. Ataxanov, M.A. Yusupova

Buyrak-hujayra saratoni paytida intratumoral stromal mast hujayralarni (MH) hisoblashning prognostik ahamiyati tekshirildi. Tadqiqot uchun material buyrak saratoni bilan bog‘langan 63 nafar bemorning operatsion materiali bo‘ldi. Shu tariqa, o‘tkazilgan tadqiqot natijalari ko‘rsatishicha, o‘simlikdagi stromal MH soni bir qator muhim klinik-anatomik omillar bilan bog‘liq bo‘lib, ushbu parametr qo‘shimcha prognoz omili sifatida foydalanishi mumkin.

Intratumoral stromal mast cells in renal cell carcinoma

M.M. Atakhanov, M.A. Yusupova

The prognostic value of intratumoral stromal mast cell (MC) counting in renal cell cancer was investigated. The material for the study was the operative material of 63 patients with renal cancer. Thus, the results of the study showed that the number of stromal MCs in the tumour is interrelated with a number of important prognostic clinical and anatomical factors of RCC, and therefore this parameter can be used as an additional prognostic factor.

Интерес к изучению микроокружения клеток злокачественных новообразований, и в том числе к стромальным интратуморальным тучным клеткам (ТК), сохраняется на протяжении последних десятилетий [1-6]. Имеется небольшое количество работ, посвященных исследованию прогностического значения ТК при почечно-клеточном клинические исследования раке (ПКР). По данным B. Tuna и соавт. [3], содержание интратуморальных ТК значительно выше при раке почки (РП), чем в нормальной почечной ткани, что, по мнению данных авторов, объясняется их участием в туморогенезе. Однако авторами не было найдено взаимосвязей между числом ТК в опухоли и важными факторами прогноза ПРК: полом и возрастом больных, клинической стадией заболевания, размером опухолевого узла, градацией по Fuhrman, при этом количество ТК было значительным в светлоклеточных карциномах. Более высокое число интратуморальных ТК в светлоклеточных карциномах авторы объясняют высокой метаболической потребностью данно-

го гистологического типа рака почки (РП). Таким образом, работы, посвященные исследованию прогностического значения интратуморальных стромальных ТК при ПКР, немногочисленны и противоречивы, и поэтому данный элемент микроокружения опухоли нуждается в дальнейшем изучении.

Практически отсутствуют исследования количественных и качественных изменений соединительнотканных клеток (макрофагов, тучных клеток, нейтрофилов), инфильтрирующих опухоли во взаимосвязи с важнейшими клинико-морфологическими факторами почечно-клеточного рака (ПКР), которые могут повлиять на суждения о прогнозе заболевания. Морфометрических исследований сосудистого русла РП крайне мало, а, как известно, при помощи компьютерной обработки изображений достигается очень высокая воспроизводимость результатов за счет большого массива исследованных объектов. Улучшение диагностики и определение объективных критериев прогнозирования послеоперационной выживаемости пациентов при ПКР является важной проблемой патологической анатомии.

Целью работы стало исследование интратуморальных стромальных ТК при ПКР, поиск взаимосвязей с важными клинико-анатомическими факторами прогноза и послеоперационной выживаемостью больных.

Материал и методы. Изучен операционный материал 63 больных ПКР, из них мужчин было 34 (54%), женщин – 29 (46%). Средний возраст пациентов составил 58,2±1,2 года. Во всех наблюдениях ПКР классифицировали в соответствии с классификацией ВОЗ 2004 г. По гистологическому строению опухоли были представлены следующим образом: светлоклеточный рак – 52 случая; папиллярный рак – 5; хромофобный рак – 3; веретеноклеточный (саркоматоидный) рак – 3.

Степень распространенности опухолевого процесса оценивалась в соответствии с TNM-классификацией злокачественных опухолей (TNM. Classification of Malignant Tumors, edited by L.H. Sobin, 2002) [1,2]. Среди наших пациентов I клинической стадии (T1N0M0) соответствовали 47 (74,6%) больных; II стадии (T2N0M0) – 3 (4,8%) больных; III стадии (T1N1M0, T2N1M0, T3N0M0, T3N1M0) – 8 (12,7%) и IV стадии (T4N0M0, T4N1M0) – 5 (7,9%). Степень злокачественности опухолевых клеток оценивали по S.A. Fuhrman [5]. Степени анаплазии G1 соответствовала 31 (49,2%) опухоль, степени анаплазии G2 – 14 (22,2%) опухолей, степени анаплазии G3 – 13 (20,6%) опухолей и степени анаплазии G4 – 5 (8%) опухолей.

Карцином с регионарными и отдаленными метастазами было 11 (17,5%), локализованных опухолей – 52 (82,5%). Средний размер опухолевого узла составил 7,1±0,3 см. Контролем служила ткань почек, забранная из максимально удаленных от опухоли участков, без выраженных явлений воспаления и склероза. Материал фиксировали в 10% нейтральном забуференном формалине на протяжении 12-24 ч. Гистологические препараты окрашивали гематоксилином и эозином и на кислые мукополисахариды коллоидным железом по Гале. ТК выявляли иммуногистохимическим методом с помощью моноклональных антител C-kit (CD117) (клон A4052, разведение 1:200, DAKO) по рекомендованному производителем протоколу. Высчитывали среднее количество ТК в 3 полях зрения при увеличении микроскопа в 400 раз.

При анализе содержания ТК в зависимости от клинической стадии заболевания по TNM получены следующие результаты: у пациентов с I стадией среднее число ТК составило 1,85±0,15; при II стадии число ТК возрастало до 2,7±0,4; при III стадии количество ТК увеличивалось до 4,3±0,4, и в IV стадии оно равнялось 6,3±0,6. Таким образом, в III и IV стадиях отмечали достоверное увеличение числа ТК по сравнению с I стадией.

Сведения о выживаемости больных получали по данным регистра злокачественных заболеваний и амбулаторных карт (за 2010-2016 гг.). Статистическую обработку материала проводили при помощи статистического пакета Statistica 6.0. При исследовании различных гистологических вариантов ПКР наибольшее среднее количество ТК обнаружено в веретеноклеточной карциноме (6,3±0,6), а наименьшее число - при папиллярном раке (1,05±0,4). Промежуточное положение занимали хромофобный (2,4±0,4) и светлоклеточный рак (2,5±0,2). Таким образом, наибольшее число ТК выявляли в веретеноклеточном варианте рака, а наименьшее – в папиллярном. В опухолях больных без регионарных и отдаленных метастазов содержание ТК составило 2±1,2, а при наличии метастазов оно достоверно возрастало – до 4,7±0,4.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что число стромальных ТК в опухоли взаимосвязано с рядом важных прогностических клинико-анатомических факторов ПКР, и поэтому данный параметр может быть использован в качестве дополнительного фактора прогноза. Увеличение количества ТК в опухоли можно рассматривать как критерий вероятного возникновения метастазов опухоли.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лазарев А.Ф., Бобров И.П., Черданцева Т.М., Климачев В.В., Брюханов В.М., Авдалян А.М. и др. Тучные клетки и опухолевый рост. Сибирский онкологический журнал. 2021; 46(4): 59-63.

2. Черданцева Т.М., Бобров И.П., Климачев В.В., Брюханов В.М., Лазарев А.Ф., Авдалян А.М., Гервальд В.Я. Тучные клетки при раке почки: клинико-морфологические параллели. Медицина в Кузбассе. 2011; 10(2): 48-51.

3. Liu J., Zhang Y., Zhao J., Yang Z., Li D., Katirai F., Huang B. Mast cell: insight into remodeling a tumor microenvironment // Cancer Metastas. Rev. 2011; 30(2): 177-84.

4. Rigoni A., Colombo M.P., Pucillo C. The role of mast cells in molding the tumor microenvironment. Cancer Microenviron. 2015; 8(3): 167-76.

5. Guldur M.E., Kocarslan S., Ozardali H.I., Ciftci H., Dincoglu D., Gumus K. The relationship of mast cells and angiogenesis with prognosis in renal cell carcinoma. J. Pak. Med. Assoc. 2014; 64(3): 300-3.

6. Sobin L.H., Wittekind Ch. UICC - TNM. Classification of malignant tumors. New York: Wiley-Liss.; 2002: 193-5.

ЦЕРВИКАЛЬНЫЕ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ НЕОПЛАЗИИ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Ю.К. Мирзаева, Д.А. Алиева

Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре здоровья матери и ребенка МЗ Республики Узбекистан

Показана эффективность вагинальных суппозиториев, содержащих куркуму. Свечи пависин обладают иммуномодулирующим свойством; способствуют нормализации цитокинового статуса; в 3,7 раза снижают частоту LSIL/CIN I в ПАП мазках; в 3,2 снижают частоту ВПЧ в мазке.

Ключевые слова: рак шейки матки, шейка матки, легкая дисплазия многослойного плоского эпителия слизистой оболочки шейки матки, лечение, вагинальные суппозитории.

Bachadon bo‘yni intraepitelial neoplaziyai: muammoning zamonaviy ko‘rinishi va yechimlari

Yu.K. Mirzaeva, D.A. Alieva

Tadqiqotimizda kurkimin tarkibini o‘z ichiga olgan vaginal shamchalarning samaradorligi ko‘rsatilgan. Pavisin shamchalari immunomodulyatsion xususiyatga ega; sitokin holatini normallashtirishga hissa qo‘shish; PAP surtmalarida LSIL/CIN I chastotasini 3,7 marta kamaytirish; 3,2 marta mazokdagi HPV chastotasini kamaytiradi.

Tayanch so‘zlar: bachadon bo‘yni saratoni, bachadon bo‘yni, bachadon bo‘yni shilliq qavatining qatlamli skuamoz epiteliysining engil displazi, davolash, vaginal shamchalar.

Cervical intraepithelial neoplasia: a modern view of the problem and solutions

Yu.K. Mirzaeva, D.A. Alieva

The effectiveness of vaginal suppositories containing turmeric has been shown. Pavisin suppositories have an immunomodulatory property; contribute to the normalization of cytokine status; 3.7 times reduce the frequency of LSIL / CIN I in PAP smears; in 3.2 reduce the frequency of HPV in the smear.

Key words: cervical cancer, cervix, mild dysplasia of stratified squamous epithelium of the cervical mucosa, treatment, vaginal suppositories.

Заболевания, ассоциированные с вирусом папилломы человека (ВПЧ), являются важной проблемой здравоохранения. Их распространенность среди населения достигает 80%. Заболеваемость папилломавирусной инфекцией (ПВИ) значительно увеличилась за последние 35 лет [1,3]. Важное место в структуре заболеваний шейки матки, ассоциированных с ВПЧ, занимают цервикальные интраэпителиальные неоплазии (CIN), которые нередко приводят к развитию РШМ. Несмотря на современные методы лечения предраковых заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, риск развития рака шейки матки (РШМ) остается высоким. Ежегодно в мире диагностируется 569 847 новых случаев рака шейки матки, который является вторым наиболее распространенным раком у женщин в возрасте от 15 до 44 лет [2].

Согласно данным литературы, после инфицирования ВПЧ HSIL (CIN II/III) развивается уже через 3 года у 27% женщин [4]. Частота CIN в структуре патологии шейки матки у женщин репродуктивного возраста составляет 17-20% [1]. На этих стадиях цервикального канцерогенеза возможно неосложненное органосохраняющее лечение в объеме конизации шейки матки с сохранением фертильности.

Цервикальные интраэпителиальные неоплазии характеризуются нарушением дифференцировки клеток эпителия в результате пролиферации камбиальных элементов с развитием их атипии, утратой полярности и нарушением гистоструктуры [4,8]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «дисплазия – это изменение, при котором часть толщи эпителия замещена клетками с различной степенью атипии, утратой стратификации и полярности без изменения стромы»

Куркума является одним из самых мощных натуральных целебных средств с мощным антиопухолевым, антиоксидантным и противовоспалительным действием [4,5]. На рынке появились вагинальные суппозитории Пависин, содержащие масло куркумы [6,7].

Цель исследования: изучить эффективность вагинальных суппозиториев Пависин в лечении слабой дисплазии многослойного плоского эпителия слизистой шейки матки.

Материал и методы исследования. В исследование включили 156 пациенток репродуктивного возраста от 30 до 46 лет с результатом ПАП теста – LSIL/CIN I – интраэпителиальное поражение легкой степени. Пациентки разделены на 2 группы: в 1-ю группу включили 30 пациенток, которым были назначены вагинальные свечи пависин по 1 свече на ночь в течение 14 дней с 5 дня цикла в течение 3 месяцев. 2-й группе женщин, состоящей из 126 пациенток, ничего не назначали.

Критерии исключения:

- острые и подострые инфекционно-воспалительные заболевания, при которых необходима системная антибиотикотерапия;
- наличие заболеваний, передающихся половым путем, кроме вируса папилломы человека;
- злокачественные заболевания шейки матки.

Проведенные иммунологические исследования позволили выявить характерные особенности состояния иммунологических параметров. Свечи Пависин назначались по 1 свече глубоко интравагинально ежедневно на ночь 14 дней в течение 3 циклов. Расширенную кольпоскопию, ПАП тест, определение вируса папилломы человека методом ПЦР проводили до использования вагинальных свечей Пависин, а также через 1 месяц после постановки последней свечи.

Пациенткам обеих групп кроме гинекологического осмотра и УЗИ, провели расширенную кольпоскопию, ПАП тест, определение ВПЧ через 1,5-2 месяца после последней свечи. Также изучены некоторые параметры иммунного статуса: ИЛ-2, ИЛ-4, а-ФНО, а-ИНФ, у-ИНФ, ИЛ-1 в и IgA в сыворотке крови женщин методом ИФА с применением

Таблица 1

Результаты лабораторных методов обследования пациенток с LSIL/CIN I

Группы обследованных	Период обследования	АКК		LSIL/CIN I		ВПЧ+	
Группа с выжидательной тактикой, n= 126	До выжидательной тактики	абс.	%	абс.	%	абс.	%
		126	100	126	100	126	100
	После окончания выжидательной тактики	113	89,7	94	74,6	109	86,5
Группа с пависином, n= 30	До назначения пависина	30	100	24	80,0	30	100
	После применения пависина	9	30,0	6	20,0	8	26,7

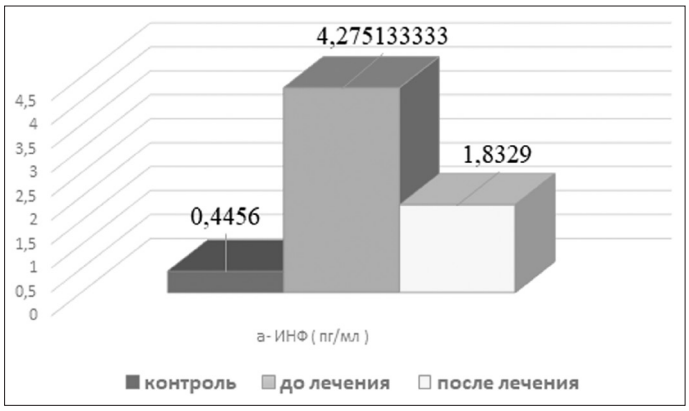


Рис 1. Концентрация а-ИНФ в сыворотке крови пациенток с LSIL/CIN I.

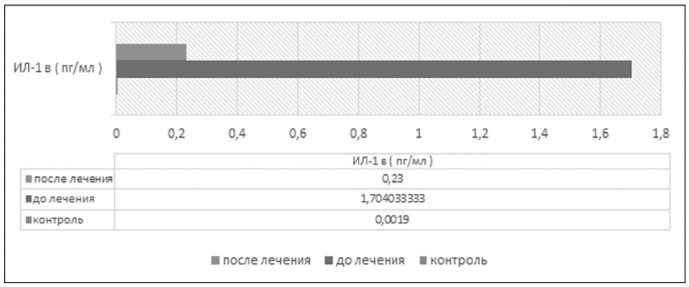


Рис.2. Содержание ИЛ-1 в сыворотке крови пациенток с LSIL/CIN I.

тест-систем «Вектор-Бест», Россия.

Результаты исследования и их обсуждение. Как видно из таблицы №1, в группе пациенток с выжидательной тактикой в 2,99 раза чаще имела место АКК, по сравнению с группой женщин, получивших свечи Пависин. Кроме того, в группе с Пависином в 3,7 раза реже верифицировано LSIL/CIN I и в 3,2 раза реже диагностирован ВПЧ по сравнению с группой, в которой лечения не проводилось.

Кроме того, в группе пациенток до и через 1 месяц после применения свечей Пависин изучили показатели иммунного статуса: ИЛ-2, ИЛ-4, а-ФНО, а-ИНФ, у-ИНФ, ИЛ-1 в и IgA в сыворотке крови. Исследования проводили методом ИФА с применением тест-систем «Вектор-Бест», г. Новосибирск, Россия.

Так, до лечения концентрация а-ИНФ составила 4,27±0,24 пг/мл против 0,45±0,24пг/мл в контроле (P<0,05), тогда как после лечения Пависином наблюдалось достоверное его снижение до 1,83±0,42 пг/мл (рис.1).

А-ИНФ является важным медиатором межклеточных взаимодействий, обладает иммуномодулирующим, противовирусным, антимикробным, противоопухолевым эффектом. Количественное определение его позволяет прогнозировать исход заболевания и эффективность проводимого лечения. Выработка, а-ИНФ является врожденной реакцией организма на внедрение вируса – ИНФ индуцирует каскад внутриклеточных событий, которые приводят к подавлению репродукции вирусов. Наблюдаемое нами повышение, а-ИНФ в крови женщин с ВПЧ свидетельствует о мобилизации адаптивного иммунного ответа, необходимого для полной элиминации инфекционного агента.

Содержание ИЛ-1 в сыворотке крови женщин основной группы составило 1,7±0,2пг/мл, что достоверно выше показателей контрольной группы 0,0019±0,0008 пг/мл (P<0,05), после лечения уровень его падает до 0,23±0,08 пг/мл (рис.2).

ИЛ-1 является ключевым провоспалительным цитокином, который продуцируется макрофагами и фагоцитами, лимфоцитами, эпителиальными клетками. Играет важную роль в развитии местного воспалительного процесса. Повышает хемотаксис, фагоцитоз и гемопоэз, обладает цитотоксической и бактерицидной активностью.

ИЛ-4 – гликопротеин, основным продуцентом которого являются Th2 лимфоциты, эозинофилы и базофилы. Основная его функция – направление развития иммунного ответа по Th2 пути и развитию гуморального иммунного ответа.

ИЛ-4 обладает местной противоопухолевой активностью, стимулируя популяцию цитотоксических Т лимфоцитов и инфильтрацию опухоли эозинофилами, подавляя продукцию цитокина воспаления – ФНО. Мы наблюдали в исследовании, что уровень ИЛ-4 у женщин с ВПЧ составил 2,75±0,22 пг/мл против 0,58±0,2 пг/мл контрольной группы (P<0,05) и снижение его после применения препарата Пависин (рис. 3).

Содержание, а-ФНО в сыворотке крови женщин основной группы до лечения составило 0,3±0,1 пг/мл, а после лечения 0,25±0,08 пг/мл по сравнению с группой контроля 0,04+0,004 пг/мл, достоверных различий не выявлено. Несмотря на то, что, а-ФНО является провоспалительным цитокином и проявляет избирательную цитотоксичность в отношении некоторых опухолевых клеток, обладает противовирусной активностью наблюдаемое нами «молчание», по-видимому связано с повышением ИЛ-4, который обладает свойством подавлять продукцию, а-ФНО (рис.4).

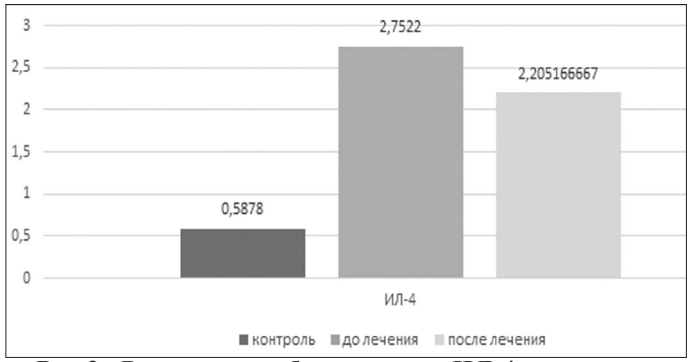


Рис.3. Результаты обследования ИЛ-4 в сыворотке крови пациенток с LSIL/CIN I.

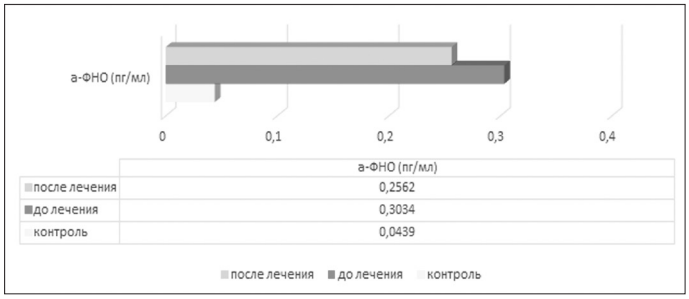


Рис.4. Результаты обследования, а-ФНО в сыворотке крови пациенток с LSIL/CIN I.



Рис.5 Результаты обследования ИЛ-2 в сыворотке крови пациенток с LSIL/CIN I.



Рис.6. Результаты обследования γ-ИНФ в сыворотке крови пациенток с LSIL/CIN I.

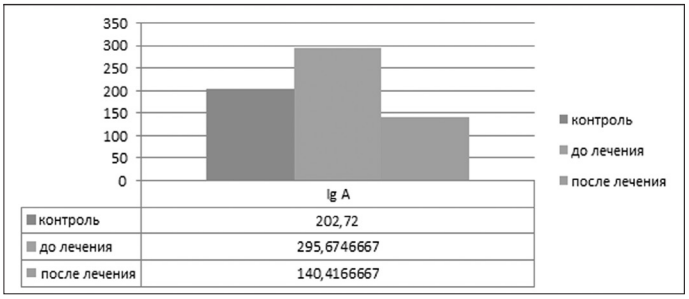


Рис.7. Результаты обследования IgA в сыворотке крови пациенток с LSIL/CIN I.

Уровни ИЛ-2 во всех группах наблюдения также не претерпевает изменений, по всей вероятности, этот факт свидетельствует о хронической форме заболевания, так как известно, что содержание ИЛ-2 в периферической крови значительно увеличивается на самых ранних сроках обострения болезни, снижаясь до нормального уровня в разгар заболевания. Данные представлены на рисунке 5.

Особое внимание заслуживает изучение γ-ИНФ. У-ИНФ обладает противовирусной, туморицидной активностью. Активирует клетки иммунной системы, а именно натуральные киллеры, подавляет опухолевой рост, размножение вируса в клетках. Подавляет также продукцию а-ФНО и усиливает активность против вирусов, а-ИНФ, что мы и наблюдали в настоящем исследовании. Так же γ-ИНФ включает синтез IgA В-лимфоцитами. Данные представлены на рисунке 6.

Выявлены достоверные различия показателей основной группы с показателями группы контроля – 5,45±0,05 пг/мл, 0,25±0,15 пг/мл, соответственно и после лечения 5,19±0,38 пг/мл.

Увеличение содержания IgA наблюдалось у пациенток основной группы 295,67±79,8 МЕ/мл против 202,72±18,18 МЕ/мл контрольной группы и P<0,05 и снижение до 140,4±15,3 МЕ/мл после лечения (рис.7). Известно, что основная функция сывороточного IgA – нейтрализация вирусов. Главная его роль – защита дыхательных, мочеполовых путей от инфекций и относится к гуморальным факторам иммунитета.

Анализ полученных данных показал, что иммунная система у женщин с LSIL/CIN I запускает механизм Th2 пути иммунного ответа, активирует противовирусную и противоопухолевую защиту. Применение Пависина показало, что данный препарат обладает:

- доказанным иммуномодулирующим свойством и способствует нормализации цитокинового статуса;
- в 2,99 раз улучшает кольпоскопическую картину;
- в 3,7 раза снижает частоту LSIL/CIN I в ПАП мазках;
- в 3,2 разауменьшает частоту ВПЧ, определяемой в цервикальных мазках методом ПЦР.

Таким образом, назначение Пависина позволило добиться улучшения кольпоскопической картины, способствовало элиминации ВПЧ, а также улучшило результаты ПАП теста. Полеченные результаты диктуют необходимость назначения свечей Пависин пациенткам с LSIL/CIN I, АКК и ВПЧ в цервикальном мазке.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Боровиков И.О., Куценко И.И., Булгакова В.П., Горбулина А.А. Инозин пранобекс в лечении цервикальной интраэпителиальной неоплазии легкой степени (опыт клинического применения). Медицинский совет. 2022;16(16):75-83.

2. Доброхотова Ю.Э., Ильина И.Ю. Синдром постгистерэктомии. Диагностика и лечение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017 [Dobrokhotova YuE, Ilyina IYu. Posthysterectomy syndrome. Diagnostics and treatment. Moscow: GEOTAR-Media, 2017

3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» МЗ России, 2017.

4. World Health Organization. Elimination of cervical cancer as a global health problem is within reach [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2020 Oct 20]. Available from: https://www.who. int/reproductivehealth/topics/cancers/en

5. Nkwabong E, Laure Bessi Badjan I, Sando Z. Pap smear accuracy for the diagnosis of cervical precancerous lesions. Trop Doct. 2019;49 (01):34–39.

6. Loopik DL, IntHout J, Ebisch RMF, Melchers WJ, Massuger LF, Siebers AG, et al. The risk of cervical cancer after cervical intraepithelial neoplasia grade 3: A population-based cohort study with 80,442 women. Gynecol Oncol. 2020;157(01):195–201.

7. Carvalho NS, Foggiatto AI, Fonseca FV, Araújo NS, Maestri CA. A review of cervical cancer precursor lesions and recurrence after treatment: what are the real risk factors. J Gynecol Oncol. 2020;3 (02):1029/

8. Pierre-Victor D, Stephens DP, Omondi A, Clarke R, Jean-Baptiste N, Madhivanan P. Barriers to HPV Vaccination Among Unvaccinated, Haitian American College Women. Health Equity. 2018;2(1):90-97.