

**MEDICINE
PROBLEMS**

.UZ

**TIBBIYOT
FANLARINING
DOLZARB
MASALALARI**



Vol 1. № 1

2023



САЙТ: <https://medicineproblems.uz>
DOI: 10.47390/MPV1I1Y2023

MEDICINEPROBLEMS.UZ

**TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB
MASALALARI**

№ 1 (1)-2023

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

TOPICAL ISSUES OF MEDICAL SCIENCES

ТОШКЕНТ-2023

БОШ МУҲАРРИР:

ИСАНОВА ШОИРА ТУЛҚИНОВНА- Тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD), Самарқанд давлат тиббиёт университети

ТАҲРИР ҲАЙЪАТИ:

Ҳакимов Мурод Шавкатович –тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тошкент тиббиёт академияси;

Мавланев Алимбай – тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тошкент тиббиёт академияси;

Эргашев Насриддин Шамсиддинович - тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тошкент педиатрия институти;

Абдуллаева Наргиза Нурмаматовна - тиббиёт фанлари доктори, профессор, Самарқанд давлат тиббиёт университети;

Джурабекова Азиза Тахировна - тиббиёт фанлари доктори, профессор, Самарқанд давлат тиббиёт университети;

Хайдарова Дилдора Кадировна - тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тошкент тиббиёт академияси;

Рузибоев Санжар Абдусаломович- тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат тиббиёт университети;

Саттаров Ойбек Тохирович- тиббиёт фанлари доктори, доцент, Тошкент тиббиёт академияси;

Ниёзов Шухрат Ташмирович - тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат тиббиёт университети;

Тавашаров Баҳодир Назарович – тиббиёт фанлари номзоди, Тошкент тиббиёт академияси;

Халметова Феруза Искандаровна – тиббиёт фанлари номзоди, Тошкент тиббиёт академияси;

Ғайбиев Акмалжон Ахмаджонович - тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD), доцент, Самарқанд давлат тиббиёт университети;

Қўзиёв Отабек Журақулович – тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Тошкент педиатрия институти;

Эргашева Муниса Якубовна - тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD), доцент, Самарқанд давлат тиббиёт университети;

Олланова Шахноза Сирлибаевна – тиббиёт фанлари номзоди, Самарқанд давлат тиббиёт университети;

Хайитов Илхом Баҳодирович – тиббиёт фанлари номзоди, Тошкент тиббиёт академияси;

Алимов Сухроб Усмонович- тиббиёт фанлари номзоди, Тошкент тиббиёт академияси;

Фозилов Уктам Абдураззокович - тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Бухоро давлат тиббиёт институти;

Рахимов Ойбек Умарович – тиббиёт фанлари номзоди, Тошкент педиатрия институти;

Саттаров Инаят Сапарбаевич – тиббиёт фанлари номзоди, Тошкент тиббиёт академияси;

Абидов Ўткир Ўктамович – тиббиёт фанлари номзоди, Бухоро давлат тиббиёт институти;

Амонова Захро Қахрамон қизи - тиббиёт фанлари номзоди, Самарқанд давлат тиббиёт университети.

TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB

MASALALARI электрон журнали 02.03.2023 йилда 132099-сонли гувоҳнома билан давлат рўйхатидан ўтказилган.

Муассис: “SCIENCEPROBLEMS TEAM” масъулияти чекланган жамияти.

ТАҲРИРИЯТ МАНЗИЛИ:

Тошкент шаҳри, Яккасарой тумани, Кичик Бешёғоч кўчаси, 70/10-уй. Электрон манзил: scienceproblems.uz@gmail.com

Телеграм канал:

https://t.me/Scienceproblemsteam_uz

МУНДАРИЖА

| | |
|--|-------|
| <i>Liverko Irina, Abduganiyeva Elnora, Ahmedov Shahboshan, Halilova Dilnoza</i> BRONXIAL ASTMANI DAVOLASH XUSUSIYATLARI: A2BCD TAVSIYALARI (GINA2023) | 5-12 |
| <i>Наврузов Рустам Рашидович, Яхёева Гулчеҳра Мусоевна</i> НУР ТАШХИС УСУЛЛАРИ ЁРДАМИДА СОН-ЧАНОҚ БЎҒИМИ ОСТЕОНЕКРОЗИНИ ЭРТА БОСҚИЧЛАРДА ТАШХИСЛАШ: ИМКОНИЯТЛАР ВА КАМЧИЛИКЛАР..... | 13-24 |
| <i>Tillyashayxova Iroda Mirzagalebovna</i> КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДАН КЕЙИН БЕМОРЛАРДА УГЛЕВОД АЛМАШИНУВИНИ БУЗИЛИШИ | 25-33 |
| <i>Tosheva Iroda Isroilovna, Ixtiyarova Gulchexra Akmalovna</i> XORIOAMNIONIT VA PERINATAL NATIJALAR | 34-40 |
| <i>Vafoyev Shaxzod Farhod o'g'li</i> SOG'LOM VA TURLI KASALLIKLARDA INSON ICHAK MIKROFLORASI HOLATINING O'ZGARISHI | 41-49 |
| <i>Собирова Гузал Наимовна, Бафоева Зарнигор Орифовна</i> COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ВИРУСГА ҚАРШИ ИШЛАТИЛГАН ДОРИ-ПРЕПАРАТЛАР НАТИЖАСИДА ЖИГАР ФЕРМЕНТЛАРИНИНГ ЎЗГАРИШИ ТАҲЛИЛИ | 50-56 |
| <i>Миррахимова Мактуба Хабибуллаевна, Нишонбоева Нилуфар Юнусджоновна</i> БОЛАЛАРДА АТОПИК ДЕРМАТИТДА ПСИХОСОМАТИК ЎЗГАРИШЛАРНИ АНИҚЛАШ ВА БАҲОЛАШ | 57-63 |
| <i>Назарова Нигина Отабек қизи, Жабборов Озимбой Отахонович</i> ЛЮПУС НЕФРИТ БЕМОР ГУРУҲЛАРИДА КЛИНИК ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ | 64-70 |
| <i>Худойдодова Сайёра Гафурджановна</i> КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ | 71-76 |
| <i>Sultonova Nigora A`zamovna</i> ODATIY VOLA TASHLASH KUZATILGAN AYOLLARDA HOMILA TUSHISHINI TASHXISLASHNING CHORALARI | 77-84 |

Sultonova Nigora A`zamovna
Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti
"UASH malakasini oshirish" kafedrası
"Tez tibbiy yordam" kursi bilan

ODATIY BOLA TASHLASH KUZATILGAN AYOLLARDA HOMILA TUSHISHINI TASHXISLASHNING CHORALARI

Аннотация. Homila tushishi, qoida tariqasida, bir vaqtning o'zida bir necha sabablar natijasidir. Homilaning tushishi ko'p omilli kasallik ekanligini hisobga olgan holda, bir bemorning o'zida bir necha sabablar borligini e'tirof etish lozim. Bemorlarni tekshirish keng qamrovli bo'lishi va barcha kerakli zamonaviy, klinik, instrumental va laboratoriya usullarini o'z ichiga olishi kerak.

Калит сўзлар: odatiy bola tashlash, tashxislash markerlari, o'z-o'zidan homila tushishi.

Sultonova Nigora A`zamovna
Department of "Advanced training of
a General Practitioner" with the Course
of "Emergency care" of the Bukhara Medical Institute

DIAGNOSTIC MEASURES FOR SPONTANEOUS MISCARRIAGES IN WOMEN WITH HABITUAL MISCARRIAGE

Abstract. Miscarriage, as a rule, is the result of not one, but several causes that act simultaneously or sequentially. Taking into account that miscarriage is a multifactorial disease, in which most patients have a combination of several causes, then the examination of patients should be comprehensive and include all the necessary modern clinical, instrumental and laboratory methods.

Key words: recurrent miscarriage, diagnostic markers, spontaneous miscarriage.

Султонова Нигора Аъзамовна
Кафедра «Повышения квалификации
врача общей практики» с курсом
«Неотложной помощи»
Бухарского медицинского института

МЕРЫ ДИАГНОСТИКИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ ВЫКИДЫШЕЙ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ

Аннотация. Невынашивание беременности, как правило, является следствием не одной, а нескольких причин, оказывающих свое действие одновременно или последовательно. Принимая во внимание, что невынашивание беременности является многофакторным заболеванием, при котором у большинства больных имеет место сочетание нескольких причин, то и обследование пациенток должно быть комплексным и включать в себя все необходимые современные клинические, инструментальные и лабораторные методы.

Ключевые слова: привычное невынашивание беременности, маркеры диагностики, самопроизвольный выкидыш.

DOI: <https://doi.org/10.47390/MEDV111Y2023N10>

Kirish. Homila tushishi muammosi dolzarb tibbiy hamda ijtimoiy bo'lib qolmoqda. Ushbu patologiyaning statistik tahlili uning ko'p sillar davomida pasaymayotganligini ko'rsatadi [1,3,7,10]. Homiladorlikning noqulay fon asnosida vujudga kelishi uning asoratlar bilan kechishiga zamin yaratadi. Bunda homila tushishi ehtimolligi bir necha baravar oshadi [2,4,6]. O'rganilayotgan patologiya ko'p omillarga bog'liq [5,8]. Zamonaviy tibbiyot kundan kunga homila tushishiga sabab bo'layotgan yangi markerlarni aniqlayotgan bo'lsada, ushbu patologik holatning uzil-kesil yechimi mavjud emas.

Tadqiqot maqsadi. Homila tushishi mavjud ayollarda uni aniqlashga yordam beruvchi tashxislash mezonlarini ishlab chiqish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqotda oldimizga qo'yilgan vazifalarni amalga toshirish maqsadida 200 nafar anamnezida odatiy bola tashlash bulgan reproduktiv darvdagi ayollar jalb qilindi. Birinchi guruhni avvalgi homiladorliklari fiziologik kechgan 50 nafar, (I-guruh), keyingi guruhga 75 nafar-homila tushishi kuzatilgan AAA 4-9 haftalik homiladorligi bilan hisobga olingan ayollar kiritildi uchinchi guruhga homiladorlikning kattaroq muddatidagi 8-12 haftadagi 75 nafar homilador ayollar (III-guruh) kiritildi. Tadqiqotga kiritilgan bemorlar ayollar maslahatxonalari va RSHTYOIM BF da tekshirilib, davolandilar. Tadqiqotga kiritish mezonlari: odatiy homila tashlash tashxisi, birinchi trimestrdan boshlab, homiladorlarni tadqiqot davomida tekshirishga bo'lgan yozma roziligi. Barcha tadqiqot guruhidagi ayollarga ishlab chiqilgan anketalar yordamida, ularning anamnezi to'liq o'rganilib olingan natijalar matematik va statistik ishlab chiqildi. Statistik tahlilda Styudent usulidan foydalangan holda, Fisher usulida, X^2 (Pirson) uslubida StatGraf i Microsoft excel programmasi yordamida korrelyatsion tahlil olib borildi.

Tadqiqot natijalari. Chuqurlashtirilgan tekshirish va davoning samaradorligini baholash maqsadida homiladorlikning erta muddatlaridan boshlab, 200 nafar homilador ayollarda o'tkazildi. Biz ularni quyidagi guruhlarga bo'lib o'rgandik:

* Birinchi guruhni 50 nafar homiladorligi fiziologik kechayotgan ayollar kiritildi (I-guruh);

* II-guruhni AAA mavjud bo'lgan homila tushishi kuzatilgan homiladorlikning 4-8 haftasida hisobga olingan ayollar kiritildi (p=75);

*III – guruhni homiladorlikning 8-12 haftasida hisobga olingan ayollar kiritildi (p=75).

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

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

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

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

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

| Guruhlar | QIV, sek. | | AQTV, sek. |
|----------------|-------------|-------------|------------|
| | boshlanishi | oxiri | |
| 1-guruh, n=50 | 108,13±5,00 | 253,4±4,38 | 27,37±0,13 |
| 2-guruh, n= 75 | 97,95±1,20 | 264,95±1,25 | 29,01±0,57 |
| 3-guruh, n= 75 | 98,59±1,99 | 255,35±2,47 | 26,31±0,29 |

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

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

Ma'lumki, gemostazning ikkinchi plazma koagulyatsiyasi bosqichini aniqlash uchun protrombin vaqti, protrombin indeksi va XNO dan foydalaniladi. PTV plazma gemostazining I va II-bosqichi haqida ma'lumot berib, u protrombin kompleksi aktivligini ko'rsatadi. Bizning tadqiqotimizda PTV ikkinchi va uchinchi guruh bemorlarida ishonchli farqlanmadi (2-jadvalga qarang). Uchinchi guruh ayollarida ushbu ko'rsatkichning 19,50±0,72 sekundgacha ishonchli uzayishi (nazorat guruhida 16,06±0,36 sekund) kuzatildi. Ushbu ko'rsatkichning uzayishi homiladorlik vaqtida profilaktik antikoagulyant terapiyani olayotgan ayollarda kuzatildi (24,00±1,00 sekundgacha, R<0,05). Ushbu holat esa, ularning gipokoagulyatsiyaga moyilligidan dalolat berdi.

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

| Guruhlar | PTV, sek | PTI, % | PO | XNO |
|----------------|------------|------------|-----------|-----------|
| 1-guruh, n=50 | 16,06±0,36 | 78,8±1,01 | 1,10±0,01 | 1,03±0,03 |
| 2-guruh, n= 75 | 17,24±0,4 | 86,18±1,49 | 1,15±0,03 | 1,11±0,04 |
| 3-guruh, n= 75 | 16,67±0,3 | 79,65±1,32 | 1,05±0,03 | 0,99±0,05 |

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

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

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

Koagulyatsiya ikkinchi bosqichini o'rganish davomida homila tushish xavfi mavjud bo'lgan ayollarda antikoagulyant davo choralarini olib borish koagulyatsion gemostazga ta'sir etadi shuning uchun gemostaz ko'rsatkichlari gipokoagulyatsiyani oldini olish maqsadida doimiy nazoratda bo'lishi kerak. Shuni ta'kidlab o'tish lozimki, koagulyatsiyaning uchinchi bosqichiga baho berish maqsadida plazmadagi fibrinogenning miqdori, geparinga nisbatan plazmaning tolerantligi, trombotest va trombin vaqtini o'rganish kerak. Shuning uchun biz fibrinogen va D-dimerni o'rgandik (3-jadvalga qarang).

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

3-jadval. Homila tushish xavfi bo'lgan ayollarda fibrinogena va D-dimerning miqdori, M±m

| Guruhlar | Fibrinogen, mg/l | D-dimer, ng/ml |
|----------------|---------------------------|-----------------------------|
| 1-guruh, n=50 | 2672,2±105,2 | 63,26±3,81 |
| 2-guruh, n= 75 | 3211,0±85,78 ^a | 209,24±31,75 ^{a,B} |
| 3-guruh, n= 75 | 3033,6±54,12 ^a | 332,28±27,64 ^a |

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

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

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

Uchinchi guruhda profilaktik davo choralari olib borilganidan so'ng D-dimer miqdori statistik jihatdan ishonarli ravishda 1,71 (R<0,001) marta ortiq bo'lib, 122,2±15,63 ng/ml ni

tashkil etdi. Ammo u birinchi guruh ko'rsatkichlaridan 1,93 ($R < 0,001$) marta ortiq edi. Ta'kidlash joizki, ushbu musbat o'zgarishlar ushbu guruh va ikkinchi guruh ayollarda davo samarasidan dalolat berardi. O'tkazilgan davo choralaridan so'ng D-dimer miqdori statistik jihatdan ishonarli ravishda 1,57 ($R < 0,01$) va 4,04 ($R < 0,001$) marta kam bo'lib, $75,92 \pm 5,63$ va $167,33 \pm 16,97$ ng/mlni tashkil etdi. Ushbu ko'rsatkich 1-guruhdagilardan 1,2 ($R < 0,05$) va 2,64 ($R < 0,001$) marta ortiq edi. Ushbu o'zgarishlar bizning fikrimizcha, geparinsimon vositalar yoki bilvosita ta'sir etuvchi antikoagulyantlar ta'siri bo'lishi mumkin. Adabiyotlardan ma'lumki, bilvosita ta'sir etuvchi antikoagulyantlar D-dimer miqdoriga asta-sekinlik bilan ta'sir qilib, uning miqdorini kamaytiradi.

Ma'lumki, giperkoagulyatsiya jarayoni aterogen hodisalarga ham ta'sir ko'rsatadi. PZLP (past zichlikdagi lipoproteidlar) va xolesterin oshishi natijasida endoteliyda aterogen pilakchalar hosil bo'ladi. Shuning uchun biz qondagi PZLP, YUZLP (yuqori zichlikdagi lipoproteidlar) va XS (xolesterin) ni aniqlashga qaror qildik. Tadqiqot natijasida PZLP va XS miqdori ikkinchi va uchinchi guruh ayollarida birinchi guruh ayollariga nisbatan 1,31 baravar yuqori edi ($R < 0,05$) (4-jadvalga qarang). Ammo prospektiv tadqiqotda quyidagilar aniqlandi. Homila tushish sodir bo'lgan ayollarda ikkala guruhda ham ushbu ko'rsatkichlarning 1,55 ($R < 0,01$) va 1,56 ($R < 0,01$) marta oshishi aniqlandi. Homila tushish xavfi mavjud bo'lgan ayollarda PZLP va XS miqdori qariyb o'zgarmagan edi.

4-jadval. Homila tushish xavfi mavjud bo'lgan ayollarda SRO va yog' kislotalari miqdorining o'zgarishlari, $M \pm m$

| Guruhlar | Tashuvchilarda xolesterin miqdori, mg/dl | | SRB, ME/l |
|----------------|--|------------------|--------------------|
| | 3ПЛП | 3ЮЛП | |
| 1-guruh, n=50 | $84,75 \pm 4,85$ | $42,57 \pm 1,75$ | $5,76 \pm 0,62$ |
| 2-guruh, n= 75 | $96,93 \pm 7,27$ | $43,66 \pm 1,08$ | $11,79 \pm 1,51^a$ |
| 3-guruh, n= 75 | $110,78 \pm 8,01^{a,b}$ | $41,63 \pm 1,19$ | $15,88 \pm 1,81^a$ |

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

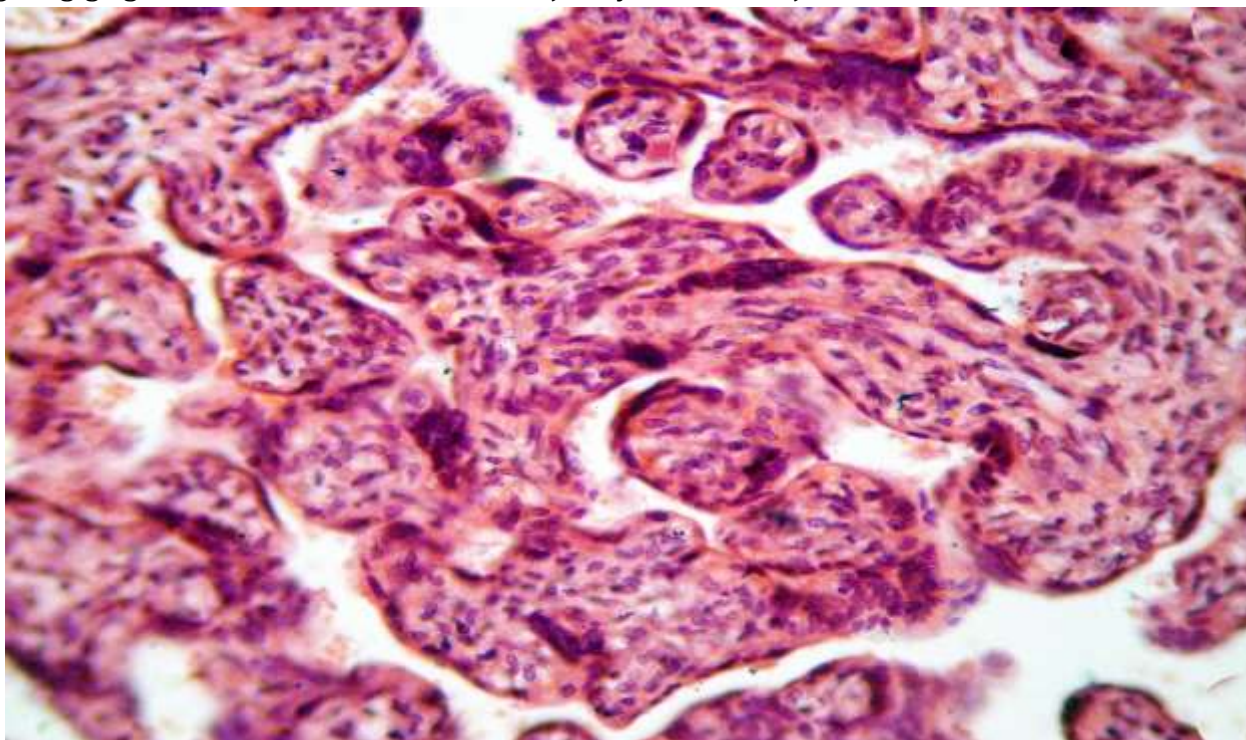
Ma'lumki, D-dimer miqdoriga infeksiyon va yallig'lanish jarayonlari ham ta'sir ko'rsatadi. Yallig'lanish markeri sifatida bunda SRO (S-reaktiv oqsil)ni e'tirof etish lozim. Uni ishlab chiqarilishi jigarda IL-6 va sitokinlar ta'siri ostida faollashadi. SRO ning asosiy vazifasi qondagi T-limfotsitlar va leykotsitlarni bog'lashdan iborat. Kalsiy ionlari mikroorganizmlar ligandlariga bog'lanib, uning eliminatsiyasiga sabab bo'ladi. Shuning uchun uning miqdori yallig'lanish va infeksiyon jarayonlarida oshadi. SRO yallig'lanish jarayonining darajasini belgilaydi. Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, biz homila tushish xavfi mavjud bo'lgan ayollarda SRO ning miqdorini aniqlashga qaror qildik. Tadqiqot natijasida 2-va 3-guruh ayollarida SRO ning miqdorini birinchi guruh ayollari ko'rsatkichlariga nisbatan 2,05 ($R < 0,001$) va 2,76 ($R < 0,001$) marta yuqori bo'lib, $11,79 \pm 1,51$ va $15,88 \pm 1,81$ ME/l ni tashkil etdi.

Prospektiv tahlilda gestatsiyadan oldingi davrda va homiladorlikning erta muddatlarida o'z vaqtida etiopatogenetik davo choralarini olgan ayollarda SRO miqdori norma chegarasida bo'lib, birinchi trimestr oxiriga kelib, uning miqdori ko'tarila boshladi. Ushbu holat ayoniqsa, 3-guruh ayollarida yaqqol namoyon bo'lib, (normaga nisbatan 3,89 marta ortiq edi ($R < 0,001$))

bu esa yallig'lanish jarayonidan dalolat beradi. Uning miqdori qondagi D-dimer miqdoriga mos keladi. Uning eng baland ko'rsatkichlari ikkinchi va uchinchi guruhlarda aniqlanilib, norma chegarasidan 3,66 ($R<0,001$) va 5,6 ($R<0,001$) marta birinchi guruh ko'rsatkislariga nisbatan yuqori edi, uning miqdori $21,10\pm 2,82$ va $32,23\pm 5,25$ ME/l ni tashkil etadi.

O'rganilgan bemorlar guruhida ayrim holatlarda meddatdan oldingi tug'ruqlar sodir bo'ldi. Homiladorlikning 32-34 haftasida sodir bo'lgan muddatdan oldingi tug'ruq jarayonlarida 13 holatda o'rganilgan yo'ldoshning holati shuni ko'rsatadiki, bunda vorsinalarning yetilishi, involyutiv-distروفik jarayonlarning rivojlanishi fibrinlarning cho'kishi shaklida, terminal vorsinalar va kalsiyning paydo bo'lishi, kompensator reaksiyalarning vaskulyarizatsiyaning kamayishi, sinsitiokapilyar membranalar va buyraklar sinsitiysida yallig'lanish uchoqlari va limfotsitar infiltratlar shaklida namoyon bo'ladi. Sinsitiokapilyar membranalar hosil bo'lishi yo'ldoshning yetishmovchiligi homiladorlikning 32-haftasida yoki undan keyin paydo bshladi. Onada yo'ldoshning yetishmovchiligi tufayli sinsitiokapilyar membranalarda o'zgarishlar kuzatiladi. Patologik holatlarda xorial epiteliyning o'zgarishi kompensator-giperplastik jarayonlarning natijasi bo'lib, bunda ko'p miqdordagi sinsitial hosilalar paydo bo'ladi (11-rasm). Bu surunkali yo'ldosh yetishmovchiligiga xos bo'lib, gematogen virus infeksiyasining ta'siri ostida sinsiotrofoblastning displastik o'zgarishlari bilan kechadi. Ayrim holatlarda yo'ldoshda ko'p sonli yallig'lanish o'choqlarining hosil bo'lishi, yiringli-nekrotik jarayonlarning rivojlanishi va qon-tomirlar trombozi bilan kechadi.

Muddatdan oldingi tug'ruqlarda ko'p hollarda yo'ldosh yetishmovchiligi rivojlanadi, bunda yo'ldosh to'qimasida fibrioidlarning to'planishi, skleroz, kalsinoz va vorsina venalarining varikoz kengayishi bilan namoyon bo'ladi (13-rasm). Shuningdek, vorsinalarning embrional turdagi yetilishning buzilishi bilan kechib, xaotik joylashish va notekis tarqalganligiga guvoh bo'lishimiz mukmin, natijada yo'ldosh rivojlanishi buziladi.



11-rasm. 32 haftalik homila. Vorsinalar stromasining fibrozlanishi va ko'p miqdordagi sinsitial o'smachalarning rivojlanishi bilan kechadi. Bo'yalishi: Gematoksilin va eozin bilan: Kattalashtirish:10x40.

Xulosa. Koagulyatsiyaning uchinchi halqasini o'rganish davomida homila tushish xavfi mavjud bo'lgan ayollarda giperfibrinemiya va giperkoagulyatsiya aniqlanilib, bu holat D-dimer miqdorining oshishiga sabab bo'ladi. Homila tushish xavfi mavjud bo'lgan ayollarda xolesterin shaklidagi aterogen lipoproteidlar yallig'lanish markerlaridan biri bo'lgan SRO ning oshishi D-dimer miqdorining proporsional ravishda oshishi uning homila tushishi xavfi mavjudligidan dalolat beradi. Ushbu holat morfologik natijalar asosida yana bir marta o'z tasdig'ini topdi.

Адабиётлар/Литература/References:

1. Apolixina I.A., Shneyderman M.P, Teterina T.A., Gorbunova Ye.A. Prichini nevinashivaniya beremennosti. // Ginekologiya, 2013. 15(5): 60-65.
2. Bazina M.I., Siromyatnikova S.A., Yegorova A.T., Kirichenko A.K., Xorjevskii V.A. Pregestatsionnaya immunomorfologicheskaya otsenka endometriya i obosnovaniye terapii u jenshin s narusheniyem reproduktivnoy funktsii// Akusherstvo i ginekologiya. 2013; 10: 46-50.
3. Goncharova A.A., Kravchenko Ye.N., Krivchik G.V., Votrina I.R., Chebakova V.Yu. Antifosfolipidniy sindrom v akusherskoy praktike // Mat i ditya v Kuzbasse. 2018. № 1 (72). S. 52–56.
4. Dubossarskaya Z.M., Duka Yu.M. Mesto trombofilii v strukture sindroma poteri ploda. Tavricheskii mediko-biologicheskii vestnik. 2011; 14 (3; 1): 75-77.
5. Kayumova G., Sarkisova L.V. Morfologicheskkiye aspekti platsent pri prejdevremennix rodax. Materiali XXVI konferensii molodix uchenix i studentov BGMI. 2018. S.14.
6. Zaripova D.Ya., Tuksanova D.I., Negmatullayeva M.N. Osobennosti techeniya perimenopauzalnogo perexoda jenshin s ojireniyem. Novosti dermatovenerologii i reproduktivnogo zdorovya. № 1-2.2020 Str.39-42.
7. Zenkina V.G., Saxonenko V.A., Zenkin I.S. Patomorfologicheskkiye osobennosti platsenti na raznix etapax gestatsii // Sovremennye problemi nauki i obrazovaniya. – 2019. – № 6.;48-54.
8. Zaripova D.Ya., Negmatullayeva M.N., Axmedov F.K., Ashurova N.G. Vliyaniye magniy defitsitnogo sostoyaniya i disbalansa steroidnix gormonov jiznedeyatelnosti organizma jenshini. Tibbiyotda yangi kun 2019; 3 (27) Str- 14-18.
9. Sulstonova N.A. Rol patologii endometriya pri reproduktivnix poteryax v rannix srokax beremennosti. Tibbiyotda yangi kun №4 (34) 2020 392-395 str.
10. Sulstonova Nigora Azamovna. Rannaya diagnostika nedostatochnosti platsenti u jenshin s reproduktivnimi poteryami v respublike Uzbekistana. Noviy den meditsini // 2020 . - 4 (34).- S.-366-368.
11. Solieva N.K., Negmatullaeva M.N., Sulstonova N.A. Features Of The Anamnesis Of Women With The Threat Of Miscarriage And Their Role In Determining The Risk Group// The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. - 2020. - № 2(09). - P. 32-34.



САЙТ: <https://medicineproblems.uz>

DOI: 10.47390/MPV1I1Y2023

MEDICINEPROBLEMS.UZ- TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB MASALALARI

№ 1 (1)-2023

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

TOPICAL ISSUES OF MEDICAL SCIENCES

**TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB
MASALALARI** электрон журнали
02.03.2023 йилда 132099-сонли
гувоҳнома билан давлат рўйхатидан
ўтказилган.
Муассис: "SCIENCEPROBLEMS TEAM"
масъулияти чекланган жамияти.

ТАҲРИРИЯТ МАНЗИЛИ:
Тошкент шаҳри, Яккасарой тумани, Кичик
Бешёғоч кўчаси, 70/10-уй. Электрон
манзил: scienceproblems.uz@gmail.com
Телеграм канал:
https://t.me/Scienceproblemsteam_uz