



Тоджиева Нигина Искандаровна

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

**ФЕТОПЛАЦЕНТАР ЕТИШМОВЧИЛИКНИНГ НОМОЁН БЎЛИШИ**

Тоджиева Нигина Искандаровна

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

**MANIFESTATIONS OF FETOPLACENTAL INSUFFICIENCY**

Todjjeva Nigina Iskandarovna

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Долзарблиги: йўлдош етишмовчилиги шунингдек, унинг асорати ҳисобланган ҳомиланинг бачадон ичи сурункали гипоксияси замонавий перинатологиянинг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади. Шу билан бирга сўнги йилларда унинг частотаси ошиб бормоқда. Мақсад – Озонотерапиянинг она-ҳомила қон айланиши, фетоплацентар қон айланиши ва ҳомиланинг гипоксияга мослашувчанлик даражасига таъсирини кардиотокография, УТГ ва доплерометрия натижалари асосида баҳолаш. Материаллар ва усуллар: СамДТУ 1-сонли клиникасининг акушерлик ва гинекология бўлимига фетоплацентар етишмовчилик билан мурувжаат қилган 38 нафар ҳомиладор аёлларини даволаш турига қараб икки гуруҳга бўлиб ўтказилди: озонотерапия билан ўтказилган комплекс даво олганлар ва стандарт даво муолажаларини олган беморлар. Натижалар: ҳар бир гуруҳдаги аёлларнинг тахминан учдан бирида бирлашган экстрагенитал патология мавжуд эди. Иккала гуруҳдаги аёллар умумий клиник хусусиятлар, антропометрик маълумотларнинг асосий кўрсаткичлари, экстрагенитал касалликлар ва репродуктив тарих бўйича таққосланганда статистик жиҳатдан мос бўлишган. Туғруқнинг энг кўп учрайдиган асоратлари амниотик суюқликнинг ўз вақтидан олдин қуйилиши (1-гуруҳда 4 та - 22,2% ва 2-гуруҳда 5-25%) ва ўткир ҳомила гипоксияси (3-16,7% ва 3-15%) бўлган. Хулоса: Шундай қилиб, озонотерапия қўлланилган гуруҳдаги аёлларда она-ҳомила қон айланиши, фетоплацентар қон айланиши кўрсаткичлари 2-гуруҳга нисбатан ижобий эди ва ҳомиланинг гипоксияга мослашувчанлик даражаси баландроқ эди.

**Калим сўзлар:** метаболик синдром (МС), турмуш тарзини тузатиш, тўғри ва мувозанатли овқатланиш, метформин, қоннинг липид спектри.

**Abstract.** Relevance: Placental insufficiency, as well as its complication intrauterine chronic fetal hypoxia, is one of the important problems of modern perinatology. At the same time, its numbers have been increasing in recent years. Purpose - Evaluation of the effect of ozone therapy on the blood circulation of the mother and fetus, fetoplacental blood flow and the degree of adaptation of the fetus to hypoxia according to the results of cardiotocography, ultrasound and dopplerometry. Material and methods: 38 pregnant women who applied to the Department of Obstetrics and Gynecology of Clinic No. 1 of the Samara State Medical University with fetoplacental insufficiency were divided into two groups according to the type of treatment: patients who received complex treatment with ozone therapy, and patients who received standard medical procedures. Results: about a third of women in each group had a combined extragenital pathology. Women in both groups were statistically comparable when compared in terms of general clinical characteristics, basic anthropometric data, extragenital diseases and reproductive history. The most common complications of childbirth were premature rupture of amniotic fluid (4 in the 1st group - 22.2% and 5-25% in the 2nd group) and acute fetal hypoxia (3-16.7% and 3-15%). Conclusion: Thus, the indicators of maternal-fetal circulation, fetoplacental circulation in women in the ozone therapy group were more positive than in the 2nd group, and the level of fetal adaptability to hypoxia was higher.

**Keywords:** placental insufficiency (FPI), mother-placenta-fetus system, ozone therapy, fetal growth retardation syndrome.

**Долзарблиги:** Йўлдош етишмовчилиги шунингдек, унинг асорати ҳисобланган ҳомиланинг бачадон ичи сурункали гипоксияси замонавий перинатологиянинг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади. Шу билан бирга сўнги йилларда унинг частотаси ошиб бормоқда.

Бир қатор муаллифларнинг изланишларига кўра, йўлдош етишмовчилиги (ЙЕ) нинг частотаси сурункали экстрагенитал патологияси бўлган аёлларда юқори бўлади, шу жумладан сийдик ажратиш тизимини яллиғланиш касалликлари 35% гача, камқонликда 30% гача, юрак-қон томир ка-

салликлари билан хасталанган аёлларда 30% дан - 45% гача, эндокрин патологияси бўлган аёлларда 25% гача [4, 9]. Кўпинча ЙЕ артериал гипертензияси бўлган ҳомиладор аёлларга ташхис қўйилади, гипертензия I босқичида унинг частотаси 27%, II босқичда эса 59% гача ортади [11]. Юрак-қон томир тизимининг оғир патологияси, қон айланишининг бузилиши билан юрак нуқсонлари ва онанинг сурункали гипоксияси ҳомила ривожланишининг секинлашиши билан касалланишнинг сезиларли даражада ошишига олиб келади [2, 14, 18]. ЙЕ га олиб келадиган ҳомиладорлик асоратлари орасида пайдо бўлиш частотаси бўйича иккинчи ўринни узоқ муддатли аборт таҳдиди эгаллайди. Ҳомила ривожланишининг кечикиши учун хавф омиллари орасида ушбу патологиянинг частотаси 23% гача. Миометрий тонусининг узоқ ва кўп маротаба ошиши йўлдошга артериал қон оқимининг пасайишига олиб келади ва веноз қон оқими ортиши ва тикилиши сабаб бўлади. Бундай гемодинамик бузилишлар натижасида она ва ҳомила танаси ўртасидаги газ алмашинуви пасаяди, бу ҳомиланинг кислород, озук моддаларини олишини, метаболик маҳсулотларнинг чиқарилишини қийинлаштиради ва хомилалик гипоксиянинг ўсишига ёрдам беради [1, 3, 12, 15]. Умумлаштириб айтилганда ЙЕ хомилдорликга таъсир кўрсатувчи турли омиллар натижасида юзага келиб, ҳомила ривожланишида кўплаб нуқсонларга олиб келиши мумкин. Шу боис ушбу ҳолатда хомилдорларни олиб бориш ва даволаш тактиларини ишлаб чиқиш долзарб ҳисобланади.

**Мақсад** – Озонотерапиянинг она-ҳомила қон айланиши, фетоплацентар қон айланиши ва ҳомиланинг гипоксияга мослашувчанлик даражасига таъсирини кардиотокография, УТГ ва доплерометрия натижалари асосида баҳолаш.

**Материаллар ва методлар:** Сурункали фетоплацентар етишмовчилиги бўлган 38 нафар аёлларда ҳомиладорлик, туғруқ, туғруқдан кейинги давр, ҳомила ва янги туғилган чақалоқлар ҳолати таҳлил қилинди. Тадқиқот СамДТУ 1-сон акушерлик ва гинекология кафедраси негизида амалга оширилди. Аёллар даволаш усулига кўра 2 гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ комплекс даволаш (озонотерапияси билан) - 18 нафар аёллар ва 2- гуруҳ - сурункали плацента етишмовчилиги бўлган 20 нафар ҳомиладор аёллар, фақат анъанавий даволаш усулларидан фойдаланилган. Назорат гуруҳи ҳомиладорлиги физиологик кечаётган 16 нафар аёллардан иборат эди. Стандарт усуллардан фойдаланган ҳолда клиник текширувлар ва стандарт лаборатор таҳлил усуллари билан бир қаторда махсус тадқиқот усуллари - гемостазиологик кўрсаткичлар таҳлили, биокимёвий қон таҳлили

ва инструментал тадқиқотлардан ултратовуш текшируви (ҳомила скрининги), "Она-плацента-ҳомила" тизимидаги қон оқимининг доплерографияси, антенатал кардиотокография. Олинган маълумотларни ўзгарувчанлик-статистик қайта ишлаш "Statistica 6.0" дастури ёрдамида ўзгарувчанликнинг асосий кўрсаткичларини аниқлаш орқали амалга оширилди: ўртача қийматлар (М), ўртача хатолар (m), стандарт оғиш (р). Агар р-қиймати 0,05 дан кам бўлса, иккала кўрсаткич ўртасидаги фарқ муҳим ҳисобланади.

**Натижалар:** Беморларнинг ёши 18 ёшдан 39 ёшгача бўлиб, ўртача 27,4±4,1 ёшни ташкил этди. Текширилаётган аёлларда масса-бўй нисбатларини таҳлил қилишда аҳоли меъёрларидан четга чиқишлар аниқланмади. Ҳомиладорликдан олдин ўртача тана вазни 61,2±2,5 кг, ўртача бўйи 165,3±5,8 см ни ташкил қилди. 1-жадвалда келтирилган маълумотлардан кўра, энг кўп тарқалган касалликлар отоларингологик касалликлари (1-гуруҳда 33,3% ва 2-гуруҳда 35%) ва сийдик ажратиш тизими касалликлари (гуруҳларда мос равишда 38,9% ва 30%) бўлди. Қалқонсимон без (16,7% ва 20%) ва ошқозон-ичак тракти (гуруҳларда мос равишда 16,7% ва 20%) сурункали касалликларининг сезиларли улуши ҳам эътиборга лойиқдир. Бундан ташқари, биз иккала гуруҳдаги беморларда сурункали экстрагенитал патологиянинг бир нечта аъзоларда мавжудлигини аниқладик: масалан, патология частотаси гуруҳдаги сурункали патологияга эга бўлган беморлар сонига нисбати 1,69 ва 1,54 ни ташкил этди. Ҳар хил локализациядаги экстрагенитал касалликлари бўлган беморларда иккитасининг бирга келиши кўпинча қайд этилган (4 ва 5 аёлларда мос равишда 22,2 ва 25% гуруҳларда), камроқ - 3 ёки 4 та экстрагенитал сурункали касалликлар бирлашиши (16,77% ва 20% мос равишда) кузатилди.

Шундай қилиб, ҳар бир гуруҳдаги аёлларнинг тахминан учдан бирида бирлашган экстрагенитал патология мавжуд эди, беморларнинг шунга ўхшаш улуши оғир соматик фонга эга эмас эди ва бироз каттароқ қисмида моноорган патологияси қайд этилди. Ҳомиладор аёлларда экстрагенитал патологиянинг тузилишини статистик гуруҳлараро таҳлил қилиш гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқларни аниқламади ( $p>0,05$ ). Гуруҳларда ҳайз кўриш ёши деярли бир хил бўлиб, ўртача 13,1 ± 1,2 йилни ташкил этди. Кўпчилик аёлларда ҳайз кўриш ёши ўз вақтида бўлган (1-гуруҳда 11 - 61,1% ва 2 гуруҳда 13 - 65%), гуруҳларда мос равишда 7 нафар аёлларда (38,9% ва 35%), ҳайз даврининг бошланиши кеч бўлган, гуруҳлараро статистик жиҳатдан муҳим фарқлар аниқланмаган.

**Жадвал 1.** Текширилаётган аёллар анамнезидаги соматик касалликлар

Касалликлар	1-гурух (n=18)		2-гурух (n=20)	
	abs.	%	abs.	%
Отолорингологик касалликлар (гайморит, фарингит, тонзиллит ва бошқ.)	6	33,3%	7	35,0%
Нафас олиш органлари касалликлари (трахеит, бронхит, пневмония, бронхиал астма)	2	11,1%	3	15,0%
Юрак-кон томир тизими касалликлари (артериал гипертензия, нейросиркулятор дистония, юрак нуқсонлари ва бошқалар).	2	11,1%	2	10,0%
Ошқозон-ичак тракти органларининг касалликлари (гастрит, гастродуоденит, ошқозон яраси, холецистит ва бошқалар)	3	16,7%	4	20,0%
Сийдик ажратиш тизими касалликлари (пиелонефрит, уролитиаз, ситит)	7	38,9%	6	30,0%
Қалқонсимон без касалликлари	3	16,7%	4	20,0%

Гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар аниқланмади,  $p > 0,05$

Оғирлашган акушерлик ва гинекологик тарих билан мураккаб ҳомиладорлик ва турли ҳомиладорлик даврида репродуктив йўқотишлар кўрсаткичи юқори бўлган. Тиббий абортнинг юқори частотаси аниқланди, бу 1-гурухда 27,8% ва 2-гурухда 20%, бундан ташқари, ривожланмайдиган ҳомиладорлик гуруҳларида 33,3% ва 35% ни, спонтан аборт частотаси мос равишда 16,7 ва 20% ни ташкил этди. Олдинги ҳомиладорликлар даврида юзага келган асоратлар ичида кўпинча ҳомиладорликнинг ерта даврида аборт таҳдиди бўлган: 12 - 66,7% 1-гурухда ва 2-гурухда 60%, шунингдек сурункали ЙИ - 8 (44,4%) ва 9 (45%) нафар аёллар, гуруҳлар бўйича мос равишда,  $p > 0,05$ . Шунингдек, муддатдан олдинги туғруқ ҳолатлари 1-гурухда - 5 (27,8%) нафарда, 2-гурухда - 4 (20,0%) ва бачадоничи инфексияланиши - 3 нафардан аёлларда гуруҳлар бўйича, мос равишда 16,7% ва 15% да аниқланган,  $p > 0,05$ .

Шуни таъкидлаш керакки, иккала гуруҳдаги аёллар умумий клиник хусусиятлар, антропометрик маълумотларнинг асосий кўрсаткичлари, экстрагенитал касалликлар ва репродуктив тарих бўйича таққосланганда статистик жиҳатдан мос бўлишган. Туғруқнинг энг кўп учрайдиган асоратлари амниотик суюқликнинг ўз вақтидан олдин қуйилиши (1-гурухда 4 та - 22,2% ва 2-гурухда 5-25%) ва ўткир ҳомила гипоксияси (3-16,7% ва 3-15%) бўлган.

1-гурухдаги ҳомиладор аёлларда ЙИни комплекс даволашда озон терапиясидан фойдаланиш анъанавий усуллар билан даволанган 2-гурух ҳомиладор аёлларидан фарқли ўлароқ, гемоглобин даражасининг, эритроцитлар, тромбоцитлар сонининг сезиларли даражада ошишига, ва периферик қондаги лейкоцитлар сонининг камайишига олиб келди. Шу билан бирга, иккала гуруҳдаги беморлар анемия учун темир препаратларини қабул қилишди, аммо 1-гурухда терапия давомийлиги 14 кун, 2-гурухда 21 кунни ташкил қилди.

Дастлаб, ҳар иккала гуруҳдаги беморларда қон зардобидида оксил миқдори камайган (гуруҳларда мос равишда 59,3 ва 60,4 г/л), аммо беморларнинг ҳеч бирида гипопропротеинемиянинг клиник кўринишлари кузатилмаган. 1-гурух ҳомиладор аёлларида озон терапияси сеансларидан 3 ҳафта ўтгач протеин даражаси клиник жиҳатдан ўзгармади ва 62,8 г/л ни ташкил этди,  $p < 0,001$ . 2-гурухда қон плазмасидаги умумий оксил миқдори ҳам сезиларли даражада ўзгармади ва 61,2 г / л ни ташкил этди.

Билирубин, мочевино ва креатининнинг ўртача даражаси терапиянинг ефферент усулларида сўнг сезиларли даражада камайди.

**Хулоса:** Озонотерапия қўлланилган гуруҳдаги аёлларда она-ҳомила қон айланиши, фетоплацентар қон айланиши кўрсаткичлари кардиотокография, УТТ ва доплерометрия натижалари асосида баҳоланганда 2-гурухга нисбатан ижобий эди ва ҳомиланинг гипоксияга мослашувчанлик даражаси баландроқ эди.

#### Литература:

1. Агабабян Л., Тоджиева Н., Ахмедова А. Современные взгляды на причины развития гиперпластических процессов эндометрия и их классификация (обзор литературы) //Журнал вестник врача. – 2014. – Т. 1. – №. 03. – С. 37-38.
2. Александрович А.С. и др. Особенности морфологии плаценты у беременных с фетоплацентарной недостаточностью // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической мед. – 2019. – №. 9. – С. 3-15.
3. Кулаков, В.И. Плацентарная недостаточность и инфекция : руководство для врачей / В.И. Кулаков, Н.В. Орджоникидзе, В.Л. Тютюнник. - Москва, 2004. - 494 с.
4. Серова О. Ф. и др. Особенности фетоплацентарного комплекса при многоплодной беременности, осложненной внутриутробной гибелью одного из плодов //Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2022. – Т. 22. – №. 6.

5. Тоджиева Н. и др. Современные методы лечения гиперпластических процессов эндометрия (гпэ) в перименопаузе // Журнал вестник врача. – 2014. – Т. 1. – №. 03. – С. 39-42.

6. Тоджиева Н. И., Худоярова Д. Р., Базарова З. З. Совершенствование методов лечения гиперпластических процессов эндометрия в пременопаузе // Профессионал года. – 2018. – Т. 2018. – С. 81-84.

7. Тоджиева Н., Курбаниязова В. Эффективность применения пролонгированного режима комбинированных оральных контрацептивов при лечении гиперпластических процессов эндометрия // Журнал проблемы биологии и медицины. – 2016. – №. 4 (91). – С. 93-96.

8. Ризаев Ж.А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.

9. Худаярова Д.Р., Шавкатова Г.Ш. "Эндометрий полипларини та шхислаш ва даволашнинг замонавий жиҳатлари"

10. Шавкатова А. и др. Влияние озонотерапии на фетоплацентарную недостаточность // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3.2. – С. 63-66.

11. Шавкатова Г. Ш., Худоярова Д. Р. Оптимизация лечения метаболического синдрома // Проблемы современной науки и образования. – 2022. – №. 3 (172). – С. 54-57.

12. Худоярова Д., Абдуллаева Ш. Фетоплацентарная недостаточность и гипотония у беременных (литературный обзор) // Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 2023. – Т. 3. – №. 1 Part 2. – С. 121-130.

13. Шавкатова, Г.Ш., Худоярова Д.Р., Абдуллаева Н.Н. "Метаболический синдром и новые возможности его коррекции."

14. Iskandarovna T. N., Rakhimovna K. D. Risk factors for the development of endometrial hyperplastic processes in premenopause // Биомедицина ва амалиёт журнали. – С. 72.

15. Iskandarovna T. N. Current approach and factors leading to endometrial hyperplasia in premenopause // World Bulletin of Public Health. – 2022. – Т. 11. – С. 77-79.

16. Iskandarovna T. N. Endometrial Hyperplastic Processes in Premenopause // Eurasian Medical Research Periodical. – 2022. – Т. 9. – С. 43-45.

17. Khudoyarova D. S. D. R., Tilavova S. A., Shopulotova Z. A. Manifestations of examination of chronic pyelonephritis in pregnant women (clinical

case) // Thematics Journal of Microbiology. – 2022. – Т. 6. – №. 1.

18. Tilavova Sitora Amirzoda, & Khudoyarova Dildora Rakhimovna. (2023). Physiotherapeutic treatment methods and urinary incontinence. International Journal of Medical Sciences And Clinical Research, 3(02), 05–12.

19. Rakhimovna K. D., Abdumuminovna S. Z. The role of staphylococcal infection in the structure of inflammatory diseases // Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 1180-1183.

20. Sherbekova G.E., Khudayarova D.R. "Assessment of the significance of polymorphism wnt3 gene in anomalies of fetus development in pregnant women of the samarkand population." Art of Medicine. International Medical Scientific Journal 2.1 (2022).

21. Rizaev Z. A., Abdunosirovich R. R., Sharipovna N. N. Ways to improve the organization of dental services for chemical industry workers // The American journal of medical sciences and pharmaceutical research. – 2020. – Т. 2. – №. 12. – С. 35-39.

#### **ПРОЯВЛЕНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДАСТАТОЧНОСТИ**

*Тоджиева Н.И.*

**Резюме.** Актуальность. Плацентарная недостаточность, а также ее осложнение внутриутробная хроническая гипоксия плода является одной из важных проблем современной перинатологии. В то же время его численность в последние годы увеличивается. Цель – оценка влияния озонотерапии на кровообращение матери и плода, фетоплацентарный кровоток и степень приспособленности плода к гипоксии по результатам кардиотокографии, УЗИ и доплерометрии. Материал и методы: 38 беременных, обратившихся в отделение акушерства и гинекологии клиники №1 СамГМУ с фетоплацентарной недостаточностью, были разделены на две группы по виду лечения: пациентки, получавшие комплексное лечение с озонотерапией, и пациентки, получавшие стандартные лечебные процедуры. Результаты: примерно у трети женщин каждой группы была сочетанная экстрагенитальная патология. Женщины в обеих группах были статистически сопоставимы при сравнении по общеклиническим характеристикам, основным антропометрическим данным, экстрагенитальным заболеваниям и репродуктивному анамнезу. Наиболее частыми осложнениями родов были преждевременное излитие околоплодных вод (4 в 1-й группе - 22,2% и 5-25% во 2-й группе) и острая гипоксия плода (3-16,7% и 3-15%). Заключение: Таким образом, показатели материнско-плодового кровообращения, фетоплацентарного кровообращения у женщин в группе озонотерапии были более положительными, чем во 2-й группе, а уровень адаптивности плода к гипоксии был выше.

**Ключевые слова:** фетоплацентарная недостаточность (ФПН), система мать-плацента – плод, озонотерапия, синдром отставания роста плода.