

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
«YOSH OLIMLAR TIBBIYOT JURNALI»

TASHKENT MEDICAL ACADEMY
«MEDICAL JOURNAL OF YOUNG SCIENTISTS»

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ»

IXTISOSLASHUVI: «TIBBIYOT SOHASI»

ISSN: 2181-3485

Mazkur hujjat Vazirlar Mahkamasining 2017 yil i5 sentabrdagi 728-son qarori bilan tasdiqlangan O'zbekiston Respublikasi Yagona interaktiv davlat xizmatlari portali to'g'risidagi nizomga muvofiq shakllantirilgan elektron hujjatning nusxasi hisoblanadi.

№ 11 (09), 2024

«Yosh olimlar tibbiyot jurnali» jurnali O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligi huzuridagi Oliy attestatsiya komissiyasi Rayosatining 2023 yil 5 maydagi 337/6-son karori bilan tibbiyot fanlari buyicha dissertatsiyalar asosiy ilmiy natijalarini chop etish tavsiya etilgan milliy ilmiy nashrlar ruyxatiga kiritilgan.

Решением Президиума Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан от 5 мая 2023 г. № 337/6 «Медицинский журнал молодых ученых» внесен в перечень национальных научных изданий, рекомендованных для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Шадманов Алишер Каюмович

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Шайхова Гули Исламовна

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Алимухамедов Дилшод Шавкатович

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

д.м.н., профессор Азизова Ф.Л.
профессор Азизова Ф.Х.
профессор Аллаева М.Ж.
профессор Даминова Ш.Б.
профессор Каримжонов И.А.
профессор Каримова М.Х.
профессор Набиева Д.А.
профессор Нажмутдинова Д.К.

профессор Нуриллаева Н.М.
профессор Тешаев Ш.Ж.
профессор Хайдаров Н.К.
профессор Хакимов М.Ш.
профессор Хасанов У.С.
д.м.н. Худойкулова Г.К.
профессор Эрматов Н.Ж.
профессор Маматкулов Б.М.

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

Агишев И.А.	д.м.н. (Казахстан)	Парпиева Д.А.	д.м.н. (Ташкент)
Аглиулин Д.Р.	к.м.н. (Россия)	Рахимова Г.С.	д.м.н. (Ташкент)
Алейник В.А.	профессор (Андижан)	Рустамова М.Т.	д.м.н. (Ташкент)
Билолов Э.Н.	профессор (Ташкент)	Саломова Ф.И.	профессор (Ташкент)
Ганиев А.А.	д.м.н. (Ташкент)	Сидиков А.А.	д.м.н. (Фергана)
Инаков Ш.А.	Ph.D. (Германия)	Собиров У.Ю.	профессор (Ташкент)
Искандарова Г.Т.	профессор (Ташкент)	Тажиева З.Б.	Ph.D. (Ургенч)
Исраилов Р.	профессор (Ташкент)	Ташкенбаева У.А.	профессор (Ташкент)
Кайнарбаева М.С.	к.м.н. (Казахстан)	Хасанова Д.А.	д.м.н. (Бухара)
Матназарова Г.С.	профессор (Ташкент)	Хасанова М.А.	д.м.н. (Ташкент)
Мирзоева М.Р.	профессор (Бухара)	Хван О.И.	д.м.н. (Ташкент)
Мирмансур	Ph.D. (Индия)	Хожиметов А.А.	профессор (Ташкент)
Муртазаев С.С.	д.м.н. (Ташкент)	Холматова Б.Т.	д.м.н. (Ташкент)
Орипов Ф.С.	д.м.н. (Самарканд)	Чон Хи Ким	Ph.D. (Южная Корея)
Отамурадов Ф.А.	д.м.н. (Термез)	Юлдашев Б.С.	д.м.н. (Ургенч)
		Шадманов М.А.	Ph.D. (Андижан)

Адрес редакции:

Ташкентская медицинская академия 100109, г.
Ташкент, Узбекистан, Алмазарский район, ул. Фараби 2,
тел.: +99878-150-7825, факс: +998 78 1507828,
электронная почта: mjys.tma@gmail.com

**Toshkent tibbiyot
akademiyasi
«Yosh olimlar tibbiyot
jurnali»**



**Tashkent Medical
Academy
«Medical Journal of
Young Scientists»**

• № 11 (09), 2024 •

МУНДАРИЖА – ОГЛАВЛЕНИЕ – CONTENTS

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- Эрназарова С.И., Шукуров Ф.И.** / Роль ферментативной дисфункции в нарушении фолликулогенеза у женщин с бесплодием 6
- Ahrorov A.A., Sobirova D.R.** / Miokard infarktining turli yoshlar o'rtasida uchrash chastostasi, kasallikning kechish xususiyatlari va kelib chiqish omillari 19
- Makhkamova M.M.** / Coronary heart disease and metabolic syndrome: Approaches to treatment 24
- Mirzayeva M.A., Norbekova M.H., Xusanova M.J.** / Ko'krak bezi saratoni mavjud metabolik sindromli bemorlar qon zardobida IL-6 miqdorining o'sma xususiyatlariga bog'liq o'zgarishlari .. 28
- Турсунова Л.Д., Хужаниязова Н.К.** / Клинико-генетические аспекты диабетической нефропатии 35
- Закирходжаев Ш.Я., Рустамова М.Т., Талибджанова М.Х., Хайруллаева С.С.** / Функционально-метаболическая дисфункция печени у больных с хроническими гепатитами, перенесших COVID-19..... 41
- Iriskulov B.U., Tadjibaeva R.B., Nosirjonova M.B.** / Differential diagnosis of acute leukemia in children 47
- Yuldasheva L.O., Saparbaeva N.R.** / Obstetric outcomes in women with RH immunization 51
- Ortiqov B.B., Baxtiyorova G.R., Tugilova S.N.** / Analysis of the main risk group products in the daily diet of tekstil enterprises' employees..... 56
- Калниязова И.Б., Рахманова Ж.А., Ниязова Г.Т.** / Меҳнат мигрантлари бўлган ОИВ-инфекцияли ҳомиладор аёлларни дистанцион мониторинг тизимини ташкиллаштиришни такомиллаштириш..... 61
- Муратов С.А., Шайхова Г.И.** / Қўқон шаҳар тиббиёт коллежида таҳсил олаётган ўқувчилар тиббий кўрик натижалари 69

Otajonov I.O., Karayeva M.M. / Tibbiyot oliygohi talabalarining ovqatlanish holatiga baho berish	75
Эрматов Н.Ж., Хайдаров Ш.М. / “Nutromix” биологик фаол кўшимчасининг санитария-эпидемиологик хавфсизлик кўрсаткичларини гигиеник баҳолаш таҳлили натижалари	80
Шарипова С.А., Бахриддинова М.Н., Расулов Р.С., Шерқўзиева Г.Ф. / Сув объектларининг ифлосланишига боғлиқ аҳолининг юқумли касалликлар билан касалланиш ҳолати.....	86

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Ernazarov Kh.I., Sadullaeva K.Kh. / Impact of the new drug reomannisol in the treatment of experimental diabetic foot syndrome	91
Matkarimov O.I., Niyozov N.Q. / Tajribaviy qandli diabetda miokardning morfologiyasi	104
Kuliev O.A., Karabaev A.G. / Intakt urg‘ochi hayvonlarda diestrus va estrus davrda avtanom nerv tizimi, prooksidant, antioksidant tizimlari, endogen intoksikasiya ko‘rsatkichlariga bog‘liq holda adenogipofizning beta va delta bazofil xujayralaridagi morfofunktsional munosabatlar	110
Азизова Ф.Х., Утепова Н.Б. / Она организмига пестицидларнинг сурункали таъсири шароитида туғилган авлод мезентериал лимфа тугунларининг постнатал ривожланишини морфологик ва морфометрик хусусиятлари.....	116
Хошимов Б.Л., Ахмедова С.М. / Аорта деворини метаболик синдромда ультраструктуравий ўзгаришлари	122

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Хакимов М.Ш., Эрнazarov X.И., Садуллаева К.Х. / Способ оптимальной установки манипуляционных троакаров при лапароскопическом аппендэктомии основываясь на стереометрии	129
Курбанова Х.А. / Профилактика железодефицитной анемии	139
Кобилжанова Ш.Р., Саломова Ф.И. / Факторы риска развития аллергических заболеваний у детей дошкольного возраста в жарких климатических условиях.....	144
Рустамова М.Н., Каюмова Д.Т. / Важность санации кишечника перед пластической операцией влагалища и промежности.....	149
Тошматова В.И. / Международные правовые нормы по проведению клинических испытаний в медицинской сфере (обзор международной литературы).....	153
Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О. / Гломерулосклероз при хронической болезни почек.....	158
Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Кушиев Ж.Х., Асатуллаев Ж.Р., Собиров Б.М., Абдукаримов Ж.Ш. / Возможности профилактики острого панкреатита после ретроградных эндобилиарных вмешательств	166

Иброхимов К.И. / Чорвачилик комплекслари асосий биноларида ишчилар меҳнат шароитининг гигиеник тавсифи (адабиётлар шархи)	173
Sohibova G.K. / Ayollarda nospetsifik servitsitni kechishi: etiologiya, patogenez, klinik ko‘rinishi, diagnostika va davolash usullari. Nospetsifik servitsitlarni davolashda yangicha yondashuv	180
Kamilova I.A., Xalilova Sh. O. / Xomilador ayollarda preeklampsiyaning kechishi: etiologiya, patofiziologiya va klinik ko‘rinishi	185
Mirzaeva G.P. / Assessment and correction of cardiovascular risk in chronic kidney disease	194
Abdullayeva D.G., Haqberdiyev H.R., Bakiyeva M.T. / Penicillium va aspergillus zamburug‘i bo‘lgan bemorlarni yashash sharoiti va to‘g‘ri ovqatlanishini gigiyenik baholash	201
Отажанова А.Н., Азизова Ф.Х., Ишанджанова С.Х., Алимухамедов Д.Ш. / Ўзбекистон фанлар академияси академиги, хизмат кўрсатган фан арбоби, профессор Комилжон Аҳмаджонович Зуфаровнинг ҳаёти ва илмий фаолияти	207
Muhamedova O.A. / Tibbiyot sohasida lotin tilining o‘rni va ahamiyati	211
Назарова Н.О., Самиг‘жоновна Н.Б., / Atherosclerotic nephropathy	214
Yarmuxamedova D.Z., Ne‘matova D.N. / Menopauzaoldi davrida arterial gipertenziyaning kechishi xususiyatlari	219
Саидова Ш.А., Якубов А.В., Зуфаров П.С. Мусаева Л.Ж., Пулатова Н.И., Пулатова Д.Б. / Выбор антагонистов минералокортикоидных рецепторов при различных патологиях	227
Xalmuxamedov V.T. / Raqamli tibbiyotni tibbiy oliy ta‘lim muassasalarida o‘quv jarayoniga joriy etish	237

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Абдумаликова Ф.Б., Нуриллаева Н.М., Зубайдуллаева М.Т., Хидоятова М.Р. / Использование инновационных способов ранней диагностики заболеваний внутренних органов в первичном звене здравоохранения	244
Xalmuhamedov V.T. / Raqamli tibbiyot - shifokorlarning kasbiy motivatsiyasini oshirishda ahamiyati	249
Нарбаева Г.Х. / Medilingua didáctica: Инновационные подходы к обучению испаноязычной медицинской лексике	254

XOMILADOR AYOLLARDA PREEKLAMPSIYANING KECHISHI: ETIOLOGIYA, PATOFIZIOLOGIYA VA KLINIK KO'RINISHI

Kamilova Iroda Abdurasulovna

Xalilova Shaxnoza Oybekovna

Toshkent tibbiyot akademiyasi. Toshkent, O'zbekiston

Annotatsiya. Preeklampsiya xomiladorlik davridagi gipertenziv kasallik bo'lib, butun dunyo bo'ylab xomiladorlikning kechishiga 2% dan 8% gacha ta'sir qilib, perinatal kasalliklarga va onalar o'limiga sezilarli darajada sabab bo'ladi. Preeklampsiyada tizimli organ disfunktsiyasi yuzaga kelishi mumkin bo'lsa-da, gipertenziya va proteinuriya kasallikning asosidir. Klinik sindrom anormal platsentadan boshlanadi va keyinchalik asosan fmsga o'xshash tirozin kinaza-1 (sFlt-1) va eruvchan endoglin (sEng) vositasida antiangiogenik omillarning chiqarilishi yuzaga keladi. sFlt-1 va sEngning yuqori miqdorlari endotelial disfunktsiyaga, vazokonstriksiyaga va immunitetning buzilishiga olib keladi va ona va homilaga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Ushbu maqolada preeklampsianing yuzaga kelishidagi asosiy omillar, uning homilador ayollarda kechishi, diagnostikasi, davolash usullari va profilaktik chora tadbirlari haqida qisqacha bayon qilinadi.

Kalit so'zlar: Preeklampsiya, xomiladorlik, endoteliy disfunktsiyasi, tirozin kinaza-1, s-endoglin, gipertenziya, proteinuriya, tizimli organlar disfunktsiyasi.

COURSE OF PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN: ETIOLOGY, PATHOPHYSIOLOGY AND CLINICAL PRESENTATION

Kamilova Iroda Abdurasulovna

Khalilova Shakhnoza Oybekovna

Tashkent Medical Academy. Tashkent, Uzbekistan

Abstract: Preeclampsia is a hypertensive disorder of pregnancy. It affects 2% to 8% of pregnancies worldwide and causes maternal mortality and perinatal morbidity significantly. Hypertension and proteinuria are the cornerstone of the disease; though systemic organ dysfunction may ensue. The clinical syndrome begins with abnormal placentation with subsequent release of antiangiogenic markers, mediated primarily by soluble fms-like tyrosine kinase-1 (sFlt-1) and soluble endoglin (sEng). High levels of sFlt-1 and sEng result in endothelial dysfunction, vasoconstriction, and immune dysregulation, which can negatively impact every maternal organ system and the fetus. This article describes the main factors in the occurrence of preeclampsia, its course in pregnant women, diagnosis, treatment methods and preventive methods.

Key words: Preeclampsia, pregnancy, endothelial dysfunction, tyrosine kinase-1, s-endoglin, hypertension, proteinuria, systemic organ dysfunction.

ТЕЧЕНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОФИЗИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Камилова Ирода Абдурасуловна

Халилова Шахноза Ойбековна

Ташкентская медицинская академия. Ташкент, Узбекистан

Аннотация: Преэклампсия — гипертоническое заболевание беременных, которое поражает от 2% до 8% беременностей во всем мире и является важной причиной перинатальной заболеваемости и материнской смертности. Хотя при преэклампсии может возникнуть системная органная дисфункция, в основе заболевания лежат артериальная гипертензия и протеинурия. Клинический синдром начинается с аномальной плаценты, а затем высвобождением ангиогенных факторов, главным образом опосредованных fms-подобной тирозин киназой-1 (sFlt-1) и растворимым эндоглином (sEng). Повышенные уровни sFlt-1 и sEng приводят к эндотелиальной дисфункции, вазоконстрикции и иммунной дисфункции и могут отрицательно влиять на мать и плод. В статье кратко описаны основные факторы возникновения гестоза, его течение у беременных, диагностика, методы лечения и меры профилактики.

Ключевые слова: Преэклампсия, беременность, эндотелиальная дисфункция, тирозин киназа-1, s-эндоглин, гипертензия, протеинурия, системная органная дисфункция.

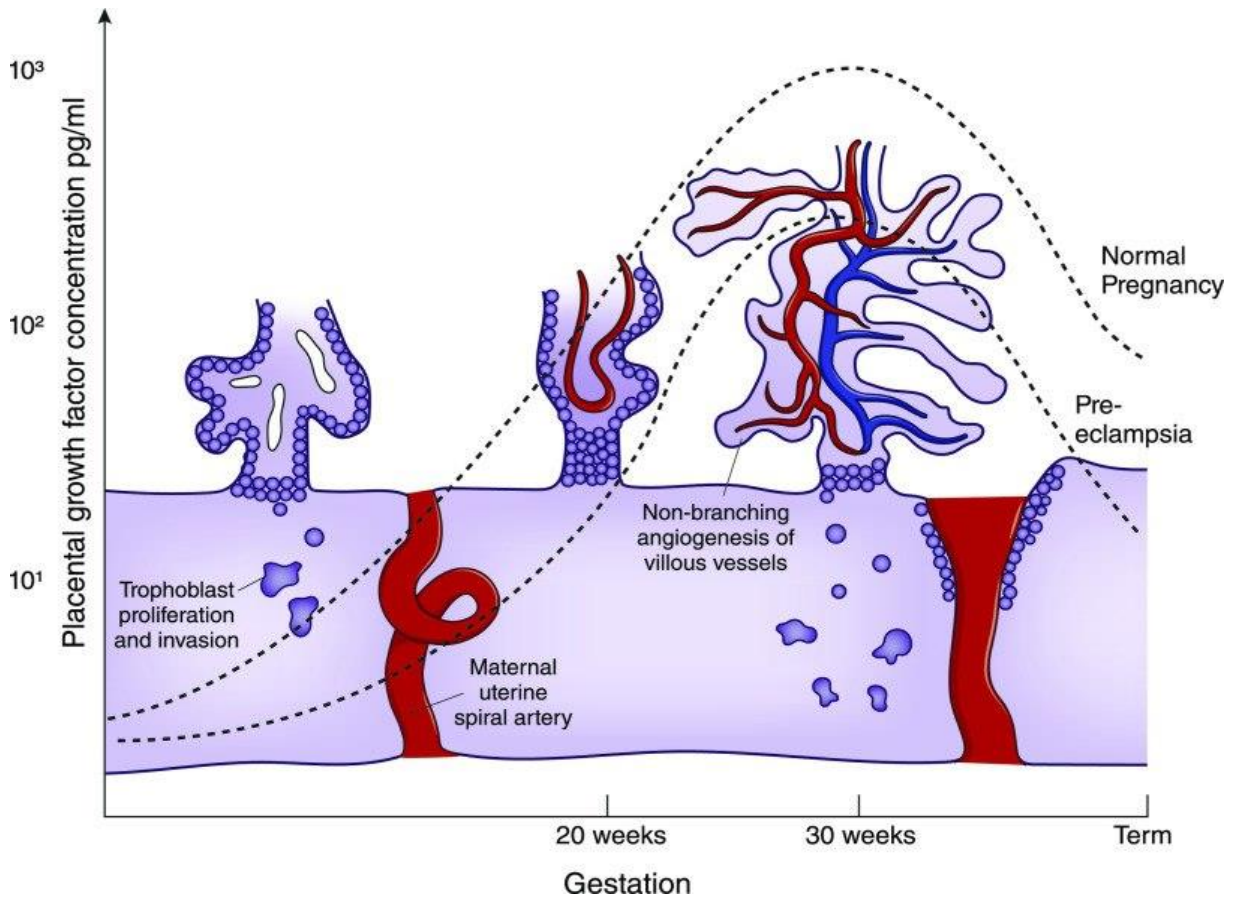
Kirish. Preeklampsi ko'p tizimli kasallik bo'lib, AQShda homiladorlikning 3-8% va butun dunyo bo'ylab 1,5 va 16,7% ta'sir qiladi va har yili dunyo bo'ylab 60 000 onalar o'limiga va 500 000 dan ortiq erta tug'ilishga olib keladi. Geografik, ijtimoiy, iqtisodiy va irqiy farqlar turli populyatsiyalarda uchraydigan preeklampsiyaning turli ko'rsatkichlarini tushuntirishi mumkin. Butun dunyoda preeklampsiya onalar o'limining ikkinchi asosiy sababi bo'lib, o'rtacha daromad darajasi past bo'lgan mamlakatlarda kamida 16%, Lotin Amerikasidagi ba'zi mamlakatlarda 25% dan oshadi [1].

Preeklampsiya odatda homiladorlikning 20-haftasidan keyin paydo bo'ladigan yangi boshlangan gipertenziya va so'nggi a'zolar faoliyatining buzilishi belgilari bilan tavsiflanadi. Preeklampsiya natijasida kelib chiqadigan yakuniy organ kasalligi turli xil bo'lib, proteinuriya, o'tkir buyrak shikastlanishi, jigar disfunktsiyasi, gemoliz, trombotsitopeniya va kamroq tez-tez - jigar yorilishi, tutilishlar (eklampsiya), insult va o'limni o'z ichiga olishi mumkin. Oldingi homiladorlik, diabet, gipertenziya, semirib ketish va ko'p homiladorlikda preeklampsi tarixi kabi preeklampsiya rivojlanishi uchun bir qator xavf omillari mavjud. Ma'lumotlarga ko'ra, egizak homiladorlikda

preeklampsiya bilan kasallanish darajasi 8-20% va uch egizaklarda 12-34% oralig'ida o'zgarib turadi[2].

Preeklampsiyaning etiologiyasi va patofiziologiyasi. Preeklampsiyaning patofiziologiyasi to'liq o'rganilmagan bo'lsa-da, asosan genetik va atrof-muhit omillari va anormal platsentaning ko'p faktorli birikmasidir. Kasallikning genetik va epidemiologik tadqiqotlari shuni ko'rsatadiki, preeklampsiyaning irsiy komponenti va past ijtimoiy-iqtisodiy ahvol, onaning semirishi va geografik o'zgarishlar – preeklampsiyaning xavf omillaridir.

Plasenta 550 km uzunlikdagi kapillyarlarni o'z ichiga olgan qon tomirlarga boy organdir. Bu murakkab jarayon bo'lib, proangiogen omillar bilan stimulyatsiya va antiangiogen omillar bilan tartibga solish plasentaning normal ishlashi uchun zarur bo'lgan vaskulogenezni ta'minlab beradi. Platsenta o'sish omili (PIGF) membrana o'rnatilgan retseptorlar fms-ga o'xshash tirozin kinaza- 1 bilan bog'lanish orqali endotelial hujayra faollashishini va angiogenezni rag'batlantiradi. PIGF kontsentratsiyasi ikkinchi trimestrda bachadon-yo'ldosh qon tomirlarning ko'plab shakllanishi bilan ortadi, eng yuqori konsentratsiyalar taxminan 30 -gestatsion haftaga to'g'ri keladi [3].1-rasm



1-rasm. Homiladorlik davrida aylanib yuruvchi platsenta o'sish omili (PIGF) kontsentratsiyasi.

Zamonaviy dalillar preeklampsiya ikki bosqichli kasallik ekanligini ko'rsatadi. Birinchi bosqich homiladorlikning asimptomatik bosqichi bo'lib, noodatiy trofoblast invaziyasi va spiral arteriyalarning qayta tuzilishi tufayli anormal platsentadan kelib chiqadi. Bu kasallikning ikkinchi bosqichiga olib keladi, bu platsenta ishemiyasi (reperfuzya) va onaning immuniteti orqali javob berish bilan tavsiflanadi. Natijada, onaning qon aylanishiga antiangiogen omillar va platsenta qoldiqlarining chiqishi va pro-angiogen omillarning yetarli darajada chiqarilishiga olib keladi. Bu angiogen nomutanosiblikka, immun vositachi bo'lgan yallig'lanish reaksiyasiga va endotelial hujayra disfunktsiyasiga olib keladi. Natijada trombositlar agregatsiyasining kuchayishiga, koagulyatsion tizimning anormal faollashishiga va tizimli tomirlarning kuchayishiga sabab bo'ladi. Ushbu kaskadning umumiy natijasi qon bosimining ko'tarilishi, proteinuriya va boshqa organlarning shikastlanishi kabi klinik ko'rinishlariga olib keladi. Anormal plat-

senta homilaning anormal perfuziyasiga olib keladi, bu anormal bachadon arteriya qon oqimi buzilishi va homila o'sishining 22,2% cheklanishi bilan namoyon bo'ladi. Bu anormal perfuziya ko'pincha bachadon arteriyasining Doppler tekshiruvida kuzatiladi. Placentaning antiangiogenik omillari eng ko'p o'rganilgan va kasallikka yordam beradi deb o'ylangan eruvchan fms-ga o'xshash tirozin kinaza-1 (sFlt-1) va eruvchan endoglin (sEng)dir. Bu molekularlar, ehtimol, platsenta perfuziyasini yaxshilash maqsadida onaning qon tomirlarining torayishi va gipertenziyani keltirib chiqaradi [4].

Shunday qilib, preeklampsiya patogenezini ko'p bosqichli jarayon bo'lib, platsenta implantatsiyasining buzilishi bilan boshlanib, platsenta biopsiya namunalari kichik tadqiqotlari shuni ko'rsatadiki, trofoblast invaziyasini va spiral arteriyalarni qayta qurishning buzilishi yuzaga keladi [5], bu onaning immunitetiga chidamliligi [6] natijasidir. Tarixan, homiladorlikning ikkinchi yarmida preek-

lampsiya klinik sindromi paydo bo'lgunga qadar kasallik asimptomatik hisoblangan. Biroq, yangi ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, platsentaning buzilishi disfunktsiyali bachadon-yo'ldosh qon aylanishiga olib keladi, bu esa onaning qon aylanishiga yallig'lanish sitokinlari va antiangiogen omillarni chiqaradi. Shuning uchun angiogen (PIGF) va antiangiogen (sFlt-1) omillar o'rtasidagi noodatiy muvozanatni klinik sindrom namoyon bo'lishidan oldin aniqlash mumkin [7].

Preeklampsi bo'lgan ayollarda preeklampsi bo'lmagan homilador ayollarga nisbatan PIGF past (16) va sFlt-1 konsentratsiyasi yuqori bo'ladi.

Klinika va diagnostika. Preeklampsiya odatda o'ziga xos belgilar va alomatlar bilan namoyon bo'lsa-da, bir nechta atipik xususiyatlar ham mavjud. Preeklampsia bilan og'rikan bemorlar anamnezning eng keng tarqalgan simptomi dori-darmonlarga javob bermaydigan boshqa muqobil tashxis (ya'ni, bosh og'rig'i yoki migren tarixi) bilan bog'liq bo'lmagan dastlabki bosh og'riqlaridir. Ushbu shikoyat ko'rish buzilishining qo'shimcha shikoyatlari bilan birga bo'lishi mumkin yoki bo'lmasligi mumkin. Bemorlar, shuningdek, ko'ngil aynishi yoki qayt qilish bilan birga o'ng yuqori kvadrant yoki epigastral og'riqni ham tasdiqlashlari mumkin. Bemorlarda yana nafas qisilishi va homiladorlik bilan bog'liq dastlabki simptomlardan yomonlashadigan shish ko'payish kabi shifoyatlari ham bo'lishi mumkin.

Anamnezda biron bir xususiyat yoki ushbu simptomlarning kombinatsiyasi bo'lgan bemorlar to'liq fizik tekshiruvdan o'tishlari kerak. Bu hayotiy belgilarni, aniqrog'i, qon bosimini baholash bilan boshlanadi. Sistolik qon bosimi 140 mmHg yoki undan yuqori yoki diastolik bosimi 90 mmHg va undan yuqori bo'lgan bemorlarda preeklampsiga shubha kuchayishi kerak. Homiladorlikning 20 haftasidan oshgan bemorlarda kamida 4 soatlik oralikda ikkita o'lhovdagi qon bosimi ko'rsatkichlari keyingi diagnostika tekshiruv bilan baholanishi kerak.

Diagnostik qon bosimi ko'rsatkichlarini yaqinda qayta baholash antigipertenziv terapiya bilan o'z vaqtida aralashuvni ta'minlash uchun takroriy o'qishlardan keyin bir necha

daqqa ichida doimiy og'ir gipertenziya ko'rsatkichlarini o'z ichiga olgan holda kengaytirildi. Ushbu qon bosimi ko'rsatkichlari 160 mmHg yoki undan yuqori sistolik bosim yoki 110 mmHg yoki undan ortiq diastolik bosimni o'z ichiga oladi. Batafsil fizik va instrumental tekshiruvlardan so'ng, preeklampsiya belgilari va alomatlari bo'lgan bemorlar o'z vaqtida diagnostik tekshiruvdan o'tishlari kerak. Bunga homiladorlik tufayli kelib chiqqan gipertenziya laboratoriya tekshiruv kiradi, u proteinuriya mavjudligini aniqlash uchun siydik tahlilini o'z ichiga oladi (agar boshqa usullar mavjud bo'lmasa, siydik o'lhagich natijasi 2+ yoki undan yuqori bo'lsa, 24 soatlik siydik namunasi 300 mg yoki kattaroq yoki siydik oqsilining kreatininga nisbati 0,3 yoki undan ko'p bo'lsa hamda trombositopeniyani baholash uchun umumiy qon tahlili (trombositlar soni 100 K/mm dan kam deb aniqlanadi), jigar funktsiyasining buzilishini baholash uchun to'liq metabolik panel (bilan jigar fermentlari normaning yuqori chegarasidan ikki baravar yuqori) va buyrak etishmovchiligi (zardobdagi 1,1 mg/dL yoki undan yuqori konsentratsiya yoki boshlang'ich darajadan ikki baravar yuqori darajalar sifatida aniqlanadi). Barcha laboratoriya ma'lumotlari diagnostika uchun ahamiyatli bo'lishi uchun har qanday anormalliklarni yoki anormalliklarning ikkilamchi sabablarini istisno qilishi kerak.

Proteinuriya bilan birga qon bosimining ko'tarilishi odatda preeklampsiya tashxisi uchun zarur deb hisoblansa-da, u har bir holatda ham bo'lmasligi mumkin. Bunday hollarda, agar proteinuriya yo'qligi va yangi boshlangan gipertenziya aniqlangan bo'lsa, trombositopeniya, buyrak etishmovchiligi, o'pka shishi, jigar funktsiyasining buzilishi yoki ko'rish buzilishi bilan yoki oldingi anamnezida bo'lmagan yangi boshlangan bosh og'rig'i kabi yangi boshlangan simptomlar qo'llanilishi mumkin.. Bu odatda yengil preeklampsiya deb ataladi, shu jumladan yangi boshlangan og'ir diapazondagi qon bosimi (sistolik bosim 160 mmHg yoki undan yuqori, diastolik bosim 110 mmHg yoki undan yuqori, kamida 4 soat oralig'ida ikki marta ko'rsatkich), yuqorida aytib o'tilgan topilmalarsiz.

Preeklampsiyani davolash qon bosimini etarli darajada nazorat qilish va tutilishning ol-

dini olishga qaratilgan erta tashxis va aralashuvdan boshlanadi. Qon bosimini nazorat qilish labetalol kabi beta-blokada yoki nifedipin kabi kaltsiy-kanal blokadasi yordamida amalga oshirilishi mumkin [8].

Xomilani baholash, shuningdek, amniotik suyuqlik indeksining ultratovush tekshiruvini, homilaning taxminiy vaznini va stresssiz testlar va biofizik profillar kabi antenatal testlarni o'z ichiga olishi kerak. Homila holati, shuningdek, preeklampitik bemorlarda tug'ilish va kutilayotgan boshqaruvni aniqlashda muhim rol o'ynashi mumkin. Oxir-oqibat, preeklampsiyaning aniq davosi homilaning tug'ilishi hisoblanadi. Oddiy tug'ruqdan oldin tekshiruvlar o'tkazilganda, yaxshi boshqariladigan homiladorlik gipertenziyasi yoki og'ir belgilari bo'lmagan preeklampsiya bilan og'irgan bemorlarda erta tug'ilgan homiladorlik uchun doimiy kuzatuvga ruxsat berilgan bo'lsa-da, tug'ruqdan oldin nazorat qilish xavfi mavjud. Agar barqaror bemorlarda kutilayotgan davolanish amalga oshirilsa, ketma-ket ultratovush tekshiruvi, haftalik tug'ruqdan oldin tekshiruv, klinik simptomlarni, qon bosimi va laboratoriya qiymatlarini diqqat bilan kuzatish kerak. Amerika akusherlik va ginekologiya kolleji (ACOG) ga ko'ra, homiladorlikning 37 (0-7) xaftaligida homiladorlik gipertenziyasi yoki og'ir belgilari bo'lmagan preeklampsiya tashxisi qo'yilgan bemorlarga kutilayotgan davolanishdan ko'ra tug'ruq tavsiya etiladi. Shuningdek, homiladorlikning 34 (0-7) haftasida yoki undan keyin og'ir belgilarga ega bo'lgan preeklampsiya tashxisi qo'yilgan bemorlarga onaning barqarorlashuvidan keyin tug'ruq tavsiya etiladi va steroidlarni qabul qilish uchun kechiktirilmasligi kerak. Homiladorlikning 34 (0-7) haftasidan kam bo'lgan bemorlarda og'ir belgilarga ega bo'lgan preeklampsiya tashxisi qo'yilgan hollarda, ona va homila farovonligini to'g'ri barqarorlashtirishni boshlash kerak va kutilgan davolanish bilan kuzatilishi mumkin.

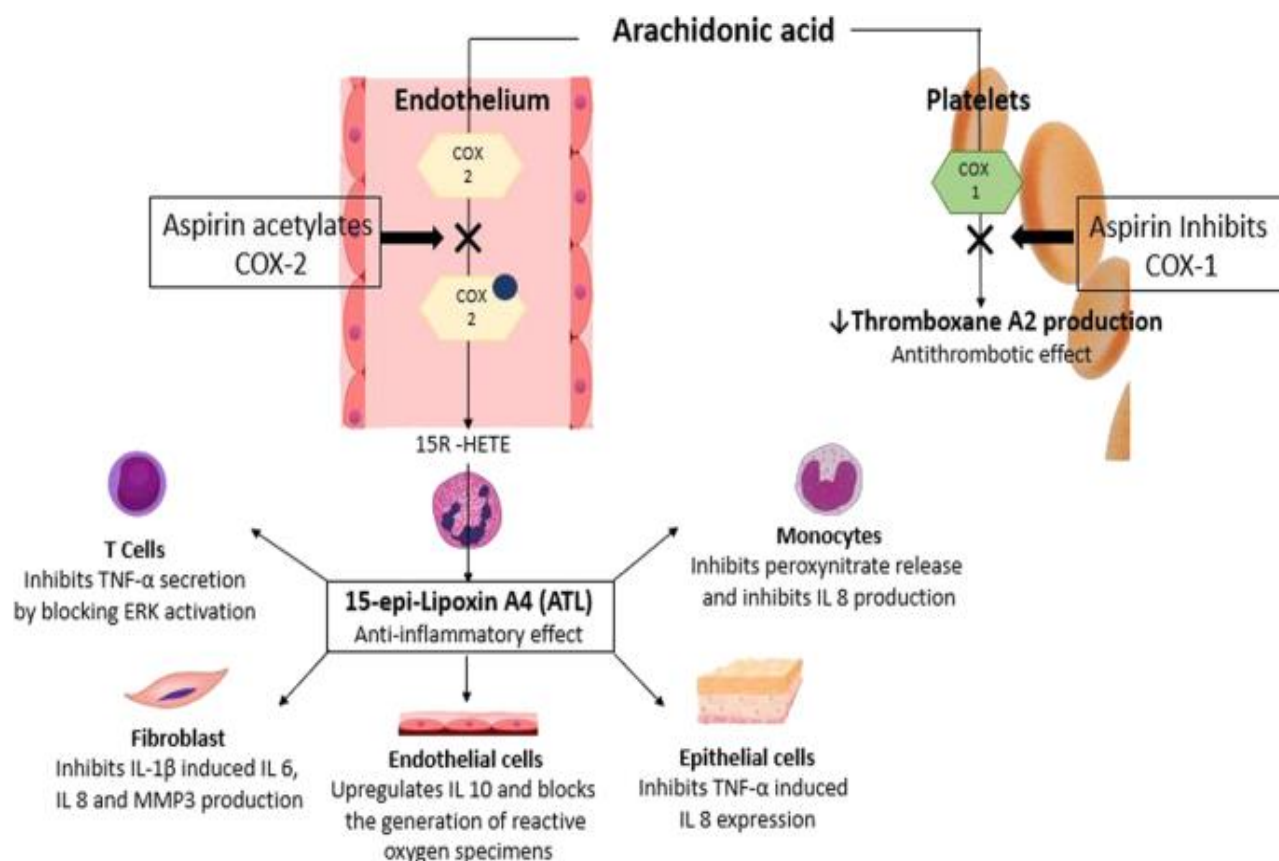
Og'ir diapazondagi qon bosimini barqarorlashtirish uchun ishlatiladigan dorilar vena ichiga labetalol, gidralazin va og'iz orqali nifedipin kiradi. Og'ir belgilarga ega bo'lgan preeklampsiya bilan og'irgan bemorlarda tutqanoq profilaktikasi uchun birinchi variant

tomir ichiga magniy sulfat terapiyasi bilan boshlanadi [8-13].

Differentsial diagnostika. Preeklampsiya uchun differentsial tashxis tasodifan preeklampsiya rivojlanishi uchun xavf omili bo'lishi mumkin. Bularga surunkali gipertenziya, homiladorlik gipertenziyasi, antifosfolipid sindromi, trombotik mikroangiopatiyalar, qizil yuguruk, epilepsiya yoki tutqanoq kasalligi, surunkali buyrak kasalligi, surunkali jigar kasalligi yoki boshqa muhim (masalan, feokromotsitoma yoki boshqa endokrinopatiyalar) kiradi [14].

Preeklampsiyani oldini olish. Erta tashxis qo'yish, o'z vaqtida tibbiy aralashuv va ona va homilani tegishli nazorat qilish ona va homila natijalarini sezilarli darajada yaxshilaydi. Dastlab prostatsiklin va tromboksan A2 metabolizmi patogeneza ishtirok etganligi haqidagi gipoteza tufayli sinovdan o'tkazilgan, past dozali aspirin randomizatsiya va meta-tahlil qilishda preeklampsiya xavfini kamaytirishi ko'rsatilgan [15-18]. 2-rasm. Optimal aspirin dozasi ham noaniq, Buyuk Britaniya va Qo'shma Shtatlarda eng ko'p buyurilgan 75-81 mg. Meta-tahlil ma'lumotlari 60 mg dozada preeklampsiyaning oldini olishda hech qanday foyda yo'qligini ko'rsatmoqda, eng ko'p foydasi 100 mg [18]. Yaqinda o'tkazilgan randomizatsiyalangan nazorat ostida o'tkazilgan tadqiqot shuni ko'rsatdiki, homiladorlikning 11-14 xaftaligidan boshlab 150 mg aspirin qabul qilgan ayollarda platsebo bilan solishtirganda preeklampsiya 62% ga kamaygan hamda buyrak shikastlanishi ko'paymagan. 75-81 mg dozani 150 mg bilan solishtirish bo'yicha ma'lumotlar yo'qligiga qaramay, ushbu sinov ko'plab klinisyenlar uchun preeklampsiya profilaktikasi uchun 150 mg ga o'tishlari uchun yetarli bo'ldi.

Proton pompasi ingibitorlarini, shu jumladan esomeprazolni qo'llash homiladorlik paytida xavfsizdir va homila teratogenligi, tushish yoki erta tug'ilish bilan bog'liq emas. Klinikadan oldingi tadqiqotlar esomeprazol sFlt-1 va sEng ishlab chiqarishni ingibirlash, bu bilan bog'liq bo'lgan vazodilatatsiya va endotelial disfunktsiyani kamaytirish bilan bog'liq edi [19]. sFlt-1 haddan tashqari ifodalangan hayvonlar modelida esomeprazol preeklampsiya belgilariga qarshi tura oldi [20].

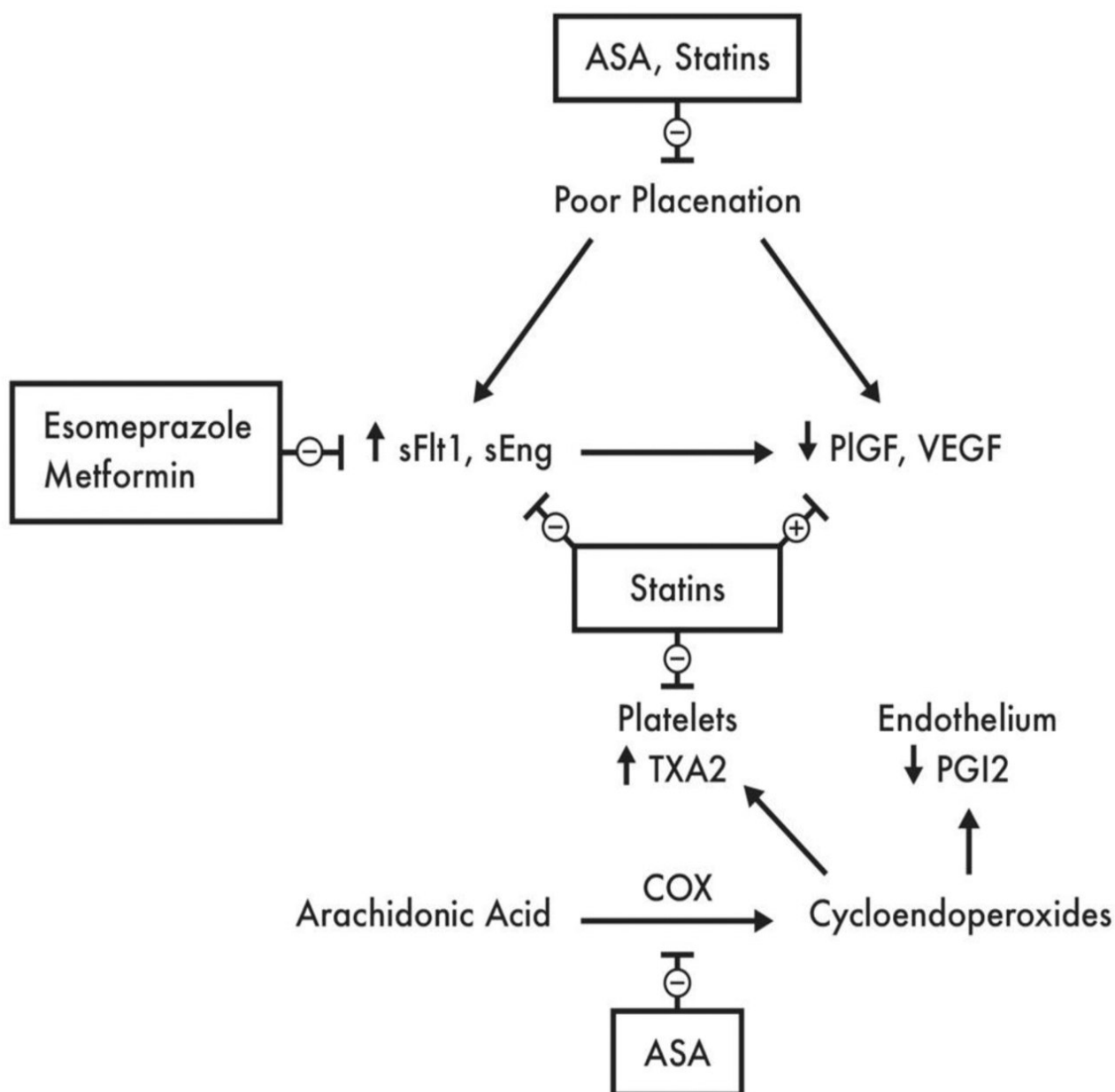


2-rasm. Aspirinning preeklampsiyani oldini olishdagi mexanizmi Esomeprozol va metformin.

Biroq, esomeprazoldan foydalangan holda insoniy tadqiqotlar unchalik istiqbolli emas. Randomizatsiya, platsebo-nazorat ostida o'tkazilgan tadqiqotda esomeprazolni kuniga 40 mg dan qo'llash bilan sFlt-1 ning kamayishi kuzatilmadi [21]. Esomeprazolning yuqori dozalarini qo'llash va preparatni preeklampsiyaning oldini olish uchun profilaktik vosita sifatida qo'llashni baholash uchun qo'shimcha tadqiqotlar talab etiladi.

Metformin yoki dimetil-biguanid gidroxloridi, asosan, diabetga qarshi vosita sifatida ishlatiladigan biguaniddir. Uning ta'sir qilish mexanizmlari orasida jigar glyukoneogenezini ingibirlash, oshqozon-ichak traktida glyukoza so'rilishini kamaytirish va periferik to'qimalar tomonidan glyukoza so'rilishini oshirish kiradi. Metformin sFlt-1 va sEng ni ingibirlash orqali ularning antiangiogen ta'siriga

qarshi turadi [19]. Bu platsenta perfuziyasini va klinik preeklampsi spektridagi angiogen va antiangiogen omillarning nomutanosibligini umuman bekor qilishi mumkin. Biroq, metforminning preeklampsiyaning oldini olish uchun profilaktik vosita sifatida samaradorligi to'g'risidagi klinik ma'lumotlar turlichadir. Yaqinda o'tkazilgan randomizatsiyalangan, ikki tomonlama ko'r, platsebo-nazorat ostida, qandli diabetizm BMI > 35 bo'lgan homilador ayollarda metforminni qo'llash preeklampsi bilan kasallanishning 75% ga kamayishiga olib keldi. Shu bilan birga, beshta randomizatsiyalangan tadqiqotning yaqinda o'tkazilgan meta-tahlili metforminni qo'llash preeklampsiya bilan kasallanishning sezilarli darajada kamayishiga olib kelmaydi, degan xulosaga keldi. 3-rasm.



3-rasm. Esomeprazol va metforminning preeklampsiyani oldini olishda mexanizmi.

ASA, Aspirin; COX, sikloksigenaza; sEng, eruvchan endoglin; sFlt1, eruvchan fmsga o'xshash tirozin kinaz 1; PGI2, prostaglandin I2 (prostatsiklin); PlGF, platsenta o'sish omili; TXA2, tromboksan A2; VEGF, qon tomir endotelial o'sish omili.

Xulosa. Preeklampsiya - bu angiogen (PlGF) va antiangiogenik (sFlt-1) hamda sEnd oqsillari o'rtasidagi disfunktsional muvozanatga olib keladigan platsenta kasalligi bo'lib, uni klinik ko'rinishdan oldin o'lchash mumkin. PlGF konsentratsiyasini yoki sFlt-1-PlGF nisbatini hamda sEnd miqdorini aniqlash endi

umumiy akusherlik populyatsiyasida diagnostik yordamchi sifatida tavsiya etiladi.

Preeklampsiyani davolash aspirin profilaktikasi, gipertenziyani davolash, suyuqlik muvozanatini diqqat bilan o'tkazish, magniyni tomir ichiga yuborishni o'z ichiga oladi Homiladorlikdagi gipertenziyani davolash uchun pastroq chegara (140/90 mm Hg) yangi tug'ilgan chaqaloqqa salbiy ta'sir ko'rsatmasdan onaning asoratlarini kamaytirishi haqida ko'proq dalillar mavjud. sFlt-1 va boshqa yangi davolash usullarini terapevtik olib tashlash bo'yicha ma'lumotlar kutilmoqda.

Homiladorlik paytida metforminni qo'llashning xavfsizlik profili yaxshi tasdiqlangan. Onalar tomonidan eng ko'p uchraydigan nojo'ya ta'sir ayollarning 25% gacha bo'lgan vaqtinchalik oshqozon-ichak belgilari-dir. Metformin yo'ldoshni erkin kesib o'tgan bo'lsa-da, u homila tomonidan yomon metabollanadi va ko'plab tadqiqotlar teratogenlik yoki homila yoki neonatal salbiy ta'sirlarni ko'rsatmadi, ammo uni qo'llash bilan bog'liq neyro-rivojlanish yoki metabolik natijalar bo'yicha uzoq muddatli ma'lumotlar cheklangan.

Adabiyotlar.

1. Firoz T, Sanghvi H, Merialdi M, Von Dadelszen P. [Pre-eclampsia in low and middle income countries]. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2011; 25:537–48. Published online 2020 Jun 2. doi: 10.1016/j.siny. 2020.101123 PMID: PMC8236336 NIHMSID: NIHMS1717580 PMID: 32513597
2. Trogstad L, Skrondal A, Stoltenberg C, Magnus P, Nesheim B-I, Eskild A. [Recurrence risk of preeclampsia in twin and singleton pregnancies]. *Am J Med Genet.* 2004; 126A: 41–5. [PubMed] [Google Scholar]
3. 10. Burton GJ, Jauniaux E: [Sonographic, stereological and Doppler flow velocimetric assessments of placental maturity]. *Br J Obstet Gynaecol* 102: 818–825, 1995 [PubMed] [Google Scholar]
4. Sciscione AC, Hayes EJ. [Uterine artery Doppler flow studies in obstetric practice]. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201(2):121–6. [PubMed] [Google Scholar]
5. Lyall F, Robson SC, Bulmer JN: Spiral artery remodeling and trophoblast invasion in preeclampsia and fetal growth restriction: Relationship to clinical outcome. *Hypertension* 62: 1046–1054, 2013 [PubMed] [Google Scholar]
6. Redman CW, Sargent IL: Immunology of pre-eclampsia. *Am J Reprod Immunol* 63: 534–543, 2010 [PubMed] [Google Scholar]
7. Levine RJ, Maynard SE, Qian C, Lim K-H, England LJ, Yu KF, Schisterman EF, Thadhani R, Sachs BP, Epstein FH, Sibai BM, Sukhatme VP, Karumanchi SA: Circulating angiogenic factors and the risk of preeclampsia. *N Engl J Med* 350: 672–683, 2004 [PubMed] [Google Scholar]
8. Homer CS, Brown MA, Mangos G, Davis GK. Non-proteinuric pre-eclampsia: a novel risk indicator in women with gestational hypertension. *J Hypertens.* 2008 Feb; 26(2): 295-302. [PubMed]
9. Phipps EA, Thadhani R, Benzing T, Karumanchi SA. Pre-eclampsia: pathogenesis, novel diagnostics and therapies. *Nat Rev Nephrol.* 2019 May;15(5):275-289. [PubMed]
10. Sibai BM, el-Nazer A, Gonzalez-Ruiz A. Severe preeclampsia-eclampsia in young primigravid women: subsequent pregnancy outcome and remote prognosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1986 Nov; 155(5): 1011-6. [PubMed]
11. Amaral LM, Wallace K, Owens M, LaMarca B. Pathophysiology and Current Clinical Management of Preeclampsia. *Curr Hypertens Rep.* 2017 Aug;19(8):61. [PubMed]
12. Phipps E, Prasanna D, Brima W, Jim B. Preeclampsia: Updates in Pathogenesis, Definitions, and Guidelines. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2016 Jun 06; 11(6):1102-1113 [PubMed]
13. Kattah AG, Garovic VD. The management of hypertension in pregnancy. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2013 May;20(3):229-39. [PubMed]
14. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol.* 2020 Jun;135(6): e237-e260. [PubMed]
15. Askie LM, Duley L, Henderson-Smart DJ, Stewart LA; PARIS Collaborative Group: Antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia: A meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 369: 1791–1798, 2007 [PubMed] [Google Scholar]
16. Henderson JT, Whitlock EP, O'Connor E, Senger CA, Thompson JH, Rowland MG: Low-dose aspirin for prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 160: 695–703, 2014 [PubMed] [Google Scholar]
17. Meher S, Duley L, Hunter K, Askie L: Antiplatelet therapy before or after 16 weeks' gestation for preventing preeclampsia: An individual participant data meta-analy-

sis. *Am J Obstet Gynecol* 216: 121–128.e2, 2017 [PubMed] [Google Scholar]

18. Roberge S, Nicolaides K, Demers S, Hyett J, Chaillet N, Bujold E: The role of aspirin dose on the prevention of preeclampsia and fetal growth restriction: Systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 216: 110–120.e6, 2017 [PubMed] [Google Scholar]

19. Gill SK, O'Brien L, Einarson TR, Koren G. The safety of proton pump inhibitors (PPIs) in pregnancy: A meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2009;104(6):1541–5. [PubMed] [Google Scholar]

20. Onda K, Tong S, Beard S, Binder N, Muto M, Senadheera SN, et al. Proton pump inhibitors decrease soluble fms-like tyrosine kinase-1 and soluble endoglin secretion, decrease hypertension, and rescue endothelial dysfunction. *Hypertension*. 2017;69(3):457–68. [PubMed] [Google Scholar]

21. Cluver CA, Hannan NJ, van Pappendorp E, Hiscock R, Beard S, Mol BW, et al. Esomeprazole to treat women with preterm preeclampsia: a randomized placebo controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2018; 219:388. e1–17. [PubMed] [Google Scholar].

СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Правила оформления рукописей

1. Статья должна быть представлена в электронном виде. Объем оригинальных статей, включая таблицы, рисунки, литературу и резюме, не должен превышать 5-8 страниц, обзоров и лекций – 8-10 страниц.

2. Статья должна быть напечатана через 1 интервала на компьютере, шрифт 14.

3. Каждая статья должна содержать:

- а) шифр УДК;
- б) полное название статьи на русском, узбекском и на английском языках
- в) ученую степень, научное звание, инициалы и фамилии авторов;
- г) название учреждения, в котором выполнена работа, с указанием инициалов и фамилии научного руководителя;
- д) почтовый электронный адрес и телефоны автора, с кем следует вести редакционную работу.
- е) слова, которые, по мнению автора должны быть выделены, подчеркиваются им в тексте. Специальные буквенные шрифты и символы (например, буквы греческого алфавита), а также ссылки на рисунки и таблицы выносятся на левое поле при первом их упоминании.
- ж) единицы измерения должны быть выражены в единицах Международной системы (СИ), при необходимости в скобках после единицы измерения СИ может быть указана размерность в других системах.
- з) обязательным должны быть аннотации на русском, узбекском и на английском языках.

4. Статья должна быть тщательно выверена и построена с выделением следующих рубрик:

- актуальность,
- цель исследования,
- материалы и методы,
- результаты и обсуждение,
- выводы.

Изложение статьи должно быть ясным, без длинных исторических введений. Там, где в исследованиях без статистической обработки полученного материала трудно оценить достоверность заключений и выводов, статистическая обработка цифровых данных обязательна.

5. Иллюстрации представляются внутри текста, под рисунком указывается его номер. Графики и схемы не должны быть перегружены текстовыми надписями. Микрофотографии, фото, рисунки должны быть черно-белыми.

6. Таблицы должны быть напечатаны в тексте, иметь название, быть компактными, наглядными, заголовки граф должны точно соответствовать их содержанию. Все цифры должны соответствовать цифрам в тексте и быть обработаны статистически.

7. Применяемые лекарственные вещества и методы их введения должны быть утверждены Фармакологическим комитетом Минздрава РУз и разрешены для клинического применения.

Материалы по новым аппаратам, приборам и инструментам, применяемым в медико-социальной экспертизе и реабилитации, должны иметь разрешение по новой медицинской технике Минздрава РУз.

8. Сокращения (кроме общепринятых) не допускаются. Условные обозначения при первом упоминании приводятся полностью.

9. К статье должен быть приложен список цитируемой литературы, который должен быть оформлен следующим образом:

Цитирование списка использованной основной литературы должно быть в объеме не менее 0,25 печатного листа.

Источники приводятся в алфавитном порядке с указанием фамилий авторов и инициалов, вначале отечественные, затем иностранные.

Полностью указываются названия книг, статей журналов, место издания, издательство, год издания, тома и номера выпуска, страницы «от» и «до».

Работы отечественных авторов, опубликованные на иностранных языках, помещаются среди работ иностранных авторов в общем алфавитном порядке, а работы иностранных авторов, опубликованные на русском языке, - среди работ отечественных авторов в общем алфавитном порядке.

Все источники должны быть пронумерованы, а их нумерация – строго соответствовать нумерации в тексте статьи.

Если цитируется несколько работ одного автора (в том числе и в соавторстве), их располагают в хронологическом порядке.

При ссылках на авторефераты диссертаций следует указывать их название.

Ссылаться на неопубликованные работы нельзя. За точность библиографии ответственность несет автор.

10. Представление в редакцию статей, опубликованных в других изданиях или направленных для публикаций в другие редакции, не допускается.

11. При несоблюдении перечисленных правил статьи возвращаются авторам без рассмотрения.