

ПРОБЛЕМЫ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ

Материалы научно-практической конференции с
международным участием посвященной юбилею

д.м.н, профессора Ю.К Джаббаровой.

Сборник Тезисов

Ташкент 15.01.2024

UO'S: 322.248.431.14
KBK 57.12(0)

Состав организационного комитета конференции

1. Пахомова Ж.Е – д.м.н, профессор, председатель ассоциации акушеров и гинекологов Узбекистана
2. Нажмутдинова Д.К – д.м.н, профессор, Ташкентская медицинская академия
3. Каримов А.Х - д.м.н, профессор, Ташкентская медицинская академия
4. Курбанбекова Д.С – к.м.н, Ташкентский городской центр здоровья женщин.
5. Курбанов Б.Б – д.м.н, доцент, Ташкентский педиатрический медицинский институт
6. Абдуллаева Л.М – д.м.н, доцент, главный акушер-гинеколог Мз РУз
7. Рузиева Н.Х – д.м.н, профессор, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Предисловие

Настоящая публикация освящает материалы научно-практической конференции с международным участием на тему: «Проблемы дефицита железа у женщин в разные периоды жизни», которая проходила 15 января 2024 г. в г. Ташкенте. Научно-практическая конференция посвящена 80-летнему юбилею одного из выдающихся акушеров-гинекологов нашей страны, прекрасного педагога, ученого, общественного деятеля и удивительного человека.

На конференции были рассмотрены следующие тематики: вопросы эпидемиологии и этиологии железодефицитной анемии в РУз; проблема дефицита железа у девочек, девушек-подростков; проблема дефицита железа у беременных и у кормящих женщин; влияние дефицита железа на репродуктивное здоровье женщин; подходы к лечению железодефицитной анемии и профилактика.

В настоящем сборнике опубликованы тезисы по результатам научных исследований в нашей стране и зарубежом. Авторы проведенных исследований - это известные ученые нашей страны и зарубежом, исследователи, молодые ученые, магистры. Настоящий сборник будет полезен практикующим акушерам-гинекологам, неонатологам, гематологам, фармакологам, организаторам здравоохранения, магистрам, клиническим ординаторам, магистрам.

ISBN: 978-9910-742-46-0

“Fan ziyosi” nashriyoti 2023

чем в 6 раз. **Цель исследования:** определить влияние ИППП на овариальный резерв у женщин, страдающих бесплодием. **Материалы и методы.** Нами были обследованы 100 женщин фертильного возраста. Из них 1-ю группу составили 50 женщин, страдающих бесплодием, у которых имело место ИППП; 2-ю группу - 50 здоровых женщин аналогичного возраста. Всем пациенткам проводили: общеклинические, биохимические исследования, а также ультразвуковое исследование органов малого таза с использованием трансвагинального датчика, оценку ИППП проводили молекулярно-генетическим методом. Так определяли хламидии, уреаплазмы, микоплазма, вирус простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирус (ЦМВ). **Результаты.** Средний возраст пациенток в 1-й группе составил $36,3 \pm 1,2$ лет, во 2-й группы — $34,7 \pm 1,6$ года. У большинства пациенток возраст менархе был в 13 лет, при этом самый ранний возраст менархе составил 11 лет, а самый поздний — 16 лет. Средняя продолжительность менструального цикла составила 28 дней, а длительность менструации — 5 дней. Хламидии были обнаружены у 5 (5%) пациенток 1-й группы, и у 1 (1%) во 2-й во второй группе; ВПГ — у 10 (10%) и у 2 (2%); ЦМВ у 2 (2%) и у 1 (1%); микоплазменная инфекция у 14 (14%) и у 6 (6%) соответственно. Уреаплазма была обнаружена только у пациенток 1-й группы - 16 (16%). У 15 (15%) женщин в первой группе и у 1 (1%) женщин во второй группе обнаружена микст-инфекция нескольких ИППП. При оценке количества антральных фолликулов установлено, что в 1-й группе пациенток в среднем было $4,6 \pm 1,7$ фолликулов, а во второй — $7,2 \pm 2,4$ фолликулов. **Выводы.** У женщин, страдающих бесплодием, частота встречаемости хламидийной инфекции увеличивается в 5 раз; микоплазменной — в 2,5 раз; ВПГ и ЦМВ — в 2 раза по сравнению со здоровыми женщинами. Микст-инфекция встречается у 30% пациенток, страдающих бесплодием. Также, у женщин с бесплодием установлено снижение овариального резерва в 1,6 раз.

Ключевые слова: бесплодие, инфекции, передаваемые половым путем, овариальный резерв.

ЗНАЧЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ПЛОДА В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ СЕРДЦА ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С COVID-19

Каримов А.Х., Палванова С.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Развитие медицины предполагает расширение диагностических возможностей для лечения большинства имеющихся на сегодняшний день заболеваний. Последние годы мир живет с COVID-19. За этот период накопилось достаточно данных об особенностях течения новой коронавирусной инфекции у беременных женщин, рисках и влиянии

на будущего ребенка. На данный момент тератогенность вируса, т.е. способность вызывать врожденные пороки развития, не доказана. Синусовый узел обнаруживают у эмбриона на 28–30 день развития. Анатомически сердце полностью формируется к 8 неделе гестации. Однако большая часть молекулярно-клеточных механизмов созревает в процессе беременности. Согласно данным целого ряда исследователей, кардиомиоциты плода обладают пейсмекерной активностью (описано существование разветвленной сети проводящей ткани в предсердиях и желудочках). Эта способность изменяется с увеличением срока гестации. На 22 день внутри утробной жизни появляются первые сокращения сердца плода. На 9 неделе гестации ЧСС плода составляет 175 уд/мин, снижаясь к концу беременности до 140–150 уд/мин.

Материал и методы исследований. Обследованы 68 беременных во 2 и 3 триместрах с covid – 19 за период 2021-2022 года. Использовали дополнительный метод исследования, эхокардиографию плода, чтобы узнать гемодинамику и состояние сердечно-сосудистой системы у плода. Методами исследования явились: Эхокардиография плода с помощью М-режима и В-режима. Какие сердечные структуры оценивали при выполнении эхокардиографии плода: положение сердца, положение оси сердца, сердечный situs; венозноприальное, атриовентрикулярное и вентрикулоартериальное соединение (сегментарный подход) и характер кровотока через них с помощью ЦДК и импульсного доплера; морфологию желудочков сердца; размер и взаимоотношение выходных отделов желудочков сердца; дугу аорты и артериальный проток; межжелудочковую перегородку; межпредсердную перегородку, размер и морфологию предсердий, овальное окно; атриовентрикулярные и полулунные клапаны; наличие свободной жидкости или дополнительные образования в полости перикарда; сердечный ритм; сократимость миокарда. **Результаты исследований.** С помощью данного метода своевременно выявляли анатомические изменения в сердце плода, а также функциональное состояние крупных сосудов и перикарда: увеличение толщины стенок или расширение желудочков, а также предсердий, сократимость желудочков, наличие тромбов или жидкости в области перикарда или образование опухолей. Нами определены степени риска патологии сердца плода. Эхокардиограмма плода для пациентов с низким риском: проводили подробное анатомическое сканирование плода во втором триместре, включая адекватный кардиологический скрининг. Эхокардиограмма плода для пациентов с умеренным риском: откладывали оценку эхокардиографии плода на более поздний срок, когда риск SARS-CoV-2 снизится, или после 28 недель беременности. В то же время с увеличением срока беременности происходит постепенное увеличение времени изоволюмического сокращения, регистрируемое при помощи режима тканевого доплера, что может свидетельствовать о степени созревания кардиомиоцитов. Протокол speckle-tracking и несколько других методик измерения, таких как определение степени деформации (англ. strain) мышечного волокна и скорости деформации (англ. strain rate), дают

широкий спектр variability, что вероятнее всего связано с недостаточными данными. После проведения эхокардиограммы плода для пациентов с высоким риском - составляли график обследования и лечения в Перинатальных Центрах, в некоторых случаях использовали телемедицину для консультации с Республиканским Скрининг Центром, чтобы минимизировать риск. После того, как установлен риск, необходимо посещение кардиолога плода. Время посещения кардиолога плода основывается на нескольких факторах: 1) профиль риска показания; 2) адекватность анатомического сканирования с изображениями сердца; 3) гестационный возраст плода, который влияет как на принятие решения о беременности, так и на необходимость дополнительных исследований (например, амниоцентез, УЗИ, МРТ, гестационный возраст <24 недель) и планирование родов при ИБС плода (гестационный возраст - 34 недель). **Выводы:** эхокардиография плода является информативным методом оценки состояния плода у беременных с COVID-19, способствует определению тактики ведения родов и снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Каримова Г.С.

**Самарандский государственный медицинский университет.
Самарканд. Республика Узбекистан**

Актуальность. Анемия и беременность одна из актуальных проблем современного акушерства. Многие авторы относят анемию к региональным заболеваниям, обусловленным климато-географическими, социально-экономическими, демографическими и нутритивными особенностями зоны проживания, где анемизация беременных может достигать 100%. Наиболее часто выявляется дефицит железа, который участвует в транспорте кислорода и дефицит белка в рационе, который является важным фактором развития плацентарной недостаточности. Железодефицитная анемия при беременности – состояние, обусловленное снижением содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и депо в связи с увеличением объема циркулирующей крови и потребности в микроэлементах, снижением его депонирования, высоким темпом роста организма плода. Железодефицитную анемию беременных считают причиной развития ранних и поздних гестозов, высокой восприимчивости к воздушно-капельным инфекциям и различным вредным воздействиям внешней среды, задержки развития внутриутробного плода, невынашивания беременности, аномалий развития родовой деятельности,