

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ  
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ**

**ВОИТОВА ГАВХАР АЛИШЕРОВНА**

**АНАМНЕЗИДА БЕПУШТЛИК БЎЛГАН АЁЛЛАРНИ  
ИНДУЦИРЛАНГАН ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ БИРИНЧИ УЧ  
ОЙЛИГИДА КЕЧИШ ВА ПСИХОЭМОЦИОНАЛ ХУСУСИЯТЛАРИ**

**14.00.01 – Акушерлик ва гинекология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ - 2019**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата докторской диссертации**

**Contents of dissertation abstract of doctoral dissertation**

**Воитова Гавхар Алишеровна**

Анамнезида бепуштлик бўлган аёлларни индуцирланган  
хомиладорликнинг биринчи уч ойлигида кечиш ва  
психоэмоционал хусусиятлари ..... 5

**Воитова Гавхар Алишеровна**

Особенности течения первого триместра индуцированной  
беременности и психоэмоциональное состояние женщин с  
бесплодием в анамнезе..... 21

**Voitova Gavkhar Alisherovna**

Features of the first trimester of induced pregnancy and the psycho-  
emotional state of women with a history of infertility ..... 39

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works ..... 43

**ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ  
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.27.06.2017.Tib.29.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ВРАЧЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ИНСТИТУТИ**

**ВОИТОВА ГАВХАР АЛИШЕРОВНА**

**АНАМНЕЗИДА БЕПУШТЛИК БЎЛГАН АЁЛЛАРНИ  
ИНДУЦИРЛАНГАН ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ БИРИНЧИ УЧ  
ОЙЛИГИДА КЕЧИШ ВА ПСИХОЭМОЦИОНАЛ ХУСУСИЯТЛАРИ**

**14.00.01 – Акушерлик ва гинекология**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**ТОШКЕНТ - 2019**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида №B2017.2.PhD/Tib186 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Тошкент врачлар малакасини ошириш институти сида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида ([www.rscs.uz](http://www.rscs.uz)) ва «Ziynet» ахборот таълим порталида ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:** **Асатова Мунира Мирюсуповна**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:** **Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Аюпова Фарида Мирзаевна**  
тиббиёт фанлар доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:** **Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази Давлат муассасаси**

Диссертация Тошкент педиатрия тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.29.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтди. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Боғишамол кўчаси, 223-уй. Тел./факс: (+99871) - 262-33-14; e-mail: [mail@tashpmi.uz](mailto:mail@tashpmi.uz))

Диссертация билан Тошкент педиатрия тиббиёт институти Ахборот – ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_ - сон билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100140, Тошкент шаҳри, Юнусобод тумани, 223 - уй. Тел. / Факс: (+99871) 262-33-14).

Диссертация автореферати 2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.  
(2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**А.В.Алимов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Э.А. Шамансурова**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Д.И. Ахмедова**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, «дунёда репродуктив ёшдаги барча жуфтликларнинг тахминан 17,5% қисми бепуштлиқдан азият чекади, умумий популяцияда аёлларнинг бепуштлиги эса баланд даражада (8%) сақланиб қолмоқда ва аксарият ҳолларда эндокрин патологияга боғлиқдир»<sup>1</sup>. Бугунги кунда бепуштлиқ билан боғлиқ бўлган кўпчилик патологик ҳолатларни даволаш имкони бор ва натижада овуляцияни стимулловчи турли дори воситалари ва кўшимча репродуктив технологияларни қўллаш ёрдамида эришилган индуцирланган ҳомиладорлик билан аёллар сони узлуксиз ўсиб бормоқда. Ановулятор бепуштлиқни даволаш туфайли ҳомиладорликнинг ривожланиш частотаси анча баланд ва бузилишларнинг турига қараб 30 дан 80% гачани ташкил этади. «Бироқ, фақатгина ҳомиладорлик ривожланганидагина эмас, балки унинг ижобий кечганида ва тўлақонли зурриёт туғилганида бепуштлиқни даволаш самарали ва ўзини оқлаган бўлиб ҳисобланади»<sup>2</sup>. Бир қатор тадқиқотларнинг натижасига кўра, индуцирланган ҳомиладорликни йўқотишнинг 50% га яқини руҳий-эмоционал бузилишлар ва улар билан боғлиқ бўлган ҳомиладорликнинг биринчи триместридаги эрта токсикозларнинг хусусиятлари билан боғлиқдир. Шундай қилиб, индуцирланган ҳомиладорликнинг салбий яқунланиш частотасининг юқорилиги, бепуштлиқнинг эндокрин турлари билан аёлларда руҳий-эмоционал бузилишлар хусусиятларининг мавжудлиги ва адабиётларда ушбу муаммонинг кенг муҳокама қилиниши ушбу йўналишдаги тадқиқотларни давом эттиришнинг долзарблигини белгилаб беради.

Дунё амалиётида бепуштлиқ билан боғлиқ бўлган ва мавжуд бўлган эндокрин бузилишларни янада ёмонлаштирувчи ва ёндош юрак-қон томир, систем ва модда алмашинув касалликларининг юзага келишига ёки оғирлашишига сабаб бўлувчи руҳий-эмоционал бузилишларни ўрганишга қаратилган бир қатор мақсадли тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бепуштлиқ патогенезида номаълум сабаблар туфайли тухумдонлар тўқимасида келиб чиққан «совук», асептик яллиғланиш, аёллар жинсий тизимининг ўтказилган яллиғланиш жараёнлари ёки аутоиммун механизмлар аҳамиятга эга бўлгани туфайли тухумдонлар поликистози билан аёлларда тухумдонларнинг текал тўқимаси ва фолликуляр суюқлигида простагландинлар ва бошқа яллиғланиш медиаторлари микдорининг ортисининг аҳамиятини ўрганишга қаратилган тадқиқотлар давом эттирилмоқда. Тухумдонлар стероид гормонлари етишмовчилиги ва метаболик, урогенитал ва руҳий-эмоционал бузулишлар ривожланишига олиб келувчи тухумдонлар гипоандроген

<sup>1</sup> Schoolcraft W, Meseguer M; Global Fertility Alliance. Paving the way for a gold standard of care for infertility treatment: improving outcomes through standardization of laboratory procedures. *Reprod Biomed Online*. 2017; 35(4):391-399.

<sup>2</sup> Sormunen T, Aanesen A, Fossum B, Karlgren K, Westerbotn M. Infertility-related communication and coping strategies among women affected by primary or secondary infertility. *J Clin Nurs*. 2018; 27(1-2):335-344.

етишмовчилиги ҳозирги кунга қадар препродуктив эндокринологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Мамлакатимиз соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг ҳозирги босқичида аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини ошириш ва даражасини сезиларли даражада кенгайтириш бўйича кўплаб чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу йўналишда, хусусан, аёлларнинг руҳий-эмоционал ҳолати устидан назоратни ошириш ҳисобига эндокрин бепуштлик билан беморларни даволаш натижаларини яхшилашда ижобий натижаларга эришилмоқда. «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган»<sup>1</sup>. Шунга кўра, анамнезида бепуштлик бўлган аёлларнинг руҳий-эмоционал ҳолатини ҳисобга олган ҳолда индуцирланган ҳомиладорликнинг биринчи триместрини олиб бориш тактикасини оптималлаштириш долзарб йўналишларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари, Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 10 майдаги 266-сон «Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлашни ташкил этиш илмий-тадқиқот институти фаолияти тўғрисида»ги қарори, 2018 йил 10 майдаги 352-сон "Қизлар ва фертил ёшидаги аёлларга кўрсатиладиган акушер-гинекологик ва тиббий ёрдам хизматлари самарадорлигини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги қарори ҳамда ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни бажаришга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Ўтган ўн йиллик даврида акушерлик ва гинекология соҳасида янги генетик ва геном технологияларининг қўлланиши эндокрин, айниқса, репродукция ва тухумдонлар биологиясини нейроэндокрин назорат қилиш билан боғлиқ бўлган бузилишларни тушуниш, ташхислаш ва даволашда муваффақиятларга олиб келди. «Эндокрин бепуштлик гипоталамус-гипофиз-тухумдонлар тизимида боғланишлар юзага келишининг турли даражаларида овулятор бузилишларнинг спектрини ўз ичига олади» (Варламова А.И.<sup>2</sup>). Broughton DE<sup>1</sup> фикрига кўра, «бугунги кунда овуляция

<sup>1</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг ПФ-4947- сонли Фармони «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги, ЎзР Қонун Ҳужжатлари тўплами 2017 йил.

<sup>2</sup> Варламова А.И. Особенности течения и ведения индуцированной беременности. Молодой ученый. 2017; 14(2): 6-7.

бузилиши билан боғлиқ бўлган куйидаги ҳолатларни ажратишади: ановуляция, лютеин босқичининг етишмовчилиги, овуляция бўлмаган фолликулнинг лютеинланиш синдроми, қалқонсимон без патологияси ва пролактинемия». Хорижий нашрларнинг шарҳи шуни кўрсатадики, поликистозли тухумдонлар синдроми туғиш ёшидаги аёлларда энг кўп учрайдиган ва аёллар бепуштлигига олиб келадиган етакчи сабаблардан ҳисобланади (Cunningham J.<sup>2</sup>). Wang R<sup>3</sup>, «Поликистозли тухумдонлар синдроми полиэндокрин синдром бўлиб, тухумдонлар, ошқозон ости бези, буйрак усти бези қобик қисми, гипоталамус ва гипофиз фаолиятининг бузилиши билан кечеди ва турли этник гуруҳларда бир ҳилда тарқалган». Бироқ, тўғри даволаш ўтказилганида, бу аёллар ҳомиладор бўлиши, уни кўтариб юриб, соғлом бола туғиши мумкин. Бугунги кунда овуляцияни медикаментоз индукция қилиш усулида ҳомиладор бўлиш частотаси анчагина юқори бўлиб, бузилишнинг турига қараб 30 дан 80% гача етиши мумкин.

Navid B<sup>4</sup> маълумотларига кўра, «индуцирланган ҳомиладорликнинг кечиши ўзига хос айрим хусусиятларга эга ва кўпчилик асоратлар билан кечиши мумкин, ўз навбатида, улар салбий оқибатларга олиб келиши мумкин». Биринчи триместрнинг клиник жиҳатдан аҳамиятли асоратлари орасида эрта токсикоз, ҳомила тушиш хавфи, ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши ва ҳомиладорликнинг ривожланмаслиги ҳисобланади. Бугунги кунда «ҳомиладорликнинг эрта токсикози патогенезида марказий асаб тизими функционал ҳолатининг бузилиши етакчи ўрин эгаллаши ва анамнезида бирламчи ёки иккиламчи бепуштлик билан боғлиқ бўлган руҳий-эмоционал ҳолат хусусиятлари муҳим аҳамиятга эга» (Salih Joelsson L<sup>5</sup>) эканлиги умумий қабул қилингандир. Patel A<sup>6</sup> бошчилигидаги мутахассислар томонидан ўтказилган кўп омилли таҳлил шуни кўрсатдики, аёлларнинг руҳий-эмоционал ҳолати бепуштликнинг турига ва уни «енгиб ўтиш»нинг мураккаблигига боғлиқдир. Муаллифларнинг фикрига кўра, «руҳий стресс перинатал муаммоларнинг бутун бир мажмуасини ифодалаб, руҳий ҳолатни ўз вақтида коррекция қилиш овуляцияни индукция қилиш билан боғлиқ бўлган ҳомиладорлик аномалиялари профилактикасининг самарали усули бўлиб ҳисобланади». Репродуктив эндокринологиядаги ривожланиш ва кундалик амалиётга овуляцияни индукция қилишнинг турлича

---

<sup>1</sup> Broughton DE, Moley KH. Obesity and female infertility: potential mediators of obesity's impact. *Fertil Steril.* 2017; 107(4):840-847.

<sup>2</sup> Cunningham J. Infertility: A primer for primary care providers. *JAAPA.* 2017 Sep;30(9):19-25.

<sup>3</sup> Wang R, Mol BW. The Rotterdam criteria for polycystic ovary syndrome: evidence-based criteria? *Hum Reprod.* 2017; 32(2):261-264.

<sup>4</sup> Navid B, Mohammadi M, Vesali S, Mohajeri M, Omani Samani R. Correlation of The Etiology of Infertility with Life Satisfaction and Mood Disorders in Couples who Undergo Assisted Reproductive Technologies. *Int J Fertil Steril.* 2017;11(3):205-210.

<sup>5</sup> Salih Joelsson L, Tydén T, Wanggren K, Georgakis MK, Stern J, Berglund A, Skalkidou A. Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women. *Eur Psychiatry.* 2017;45:212-219.

<sup>6</sup> Patel A, et al. Prevalence and predictors of infertility-specific stress in women diagnosed with primary infertility: A clinic-based study. *J Hum Reprod Sci.* 2016; 9(1):28-34.

усулларини жорий қилиш клиник акушерлик ва гинекология учун индуцирланган ҳомиладорлик кечишини назорат қилиш ва олиб боришнинг рационал тактикасини танлашдек янги вазифаларни юзага келтиради.

Ўтказилган адабиётлар таҳлили шуни кўрсатмоқдаки, индуцирланган ҳомиладорликни олиб бориш рационал тактикаси муҳим масалалари бўйича мутахассисларнинг ягона фикри мавжуд эмаслиги туфайли бу муаммо долзарб бўлиб қолмоқда. Келтирилган маълумотлар эндокрин бепуштликни кечиш оғирлигини полипозицион таҳлилни ҳисобга олган ҳолда индуцирланган ҳомиладорлик билан аёлларда руҳий-эмоционал бузилишлар хусусиятларини баҳолаш оптимал ташхислаш алгоритмини излаш ва ишлаб чиқиш амалий гинекологиянинг долзарб муаммоларидан бири эканлигидан далолат беради. Шундай қилиб, эндокрин бепуштлик билан аёлларнинг руҳий-эмоционал ҳолатини ҳисобга олган ҳолда индуцирланган ҳомиладорликнинг биринчи триместри асоратларини олиб боришнинг даволаш-ташхислаш тактикасини такомиллаштириш муаммолари охиригача ечимини топмаган.

**Диссертация мавзуси диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режаси билан боғлиқлиги.** Диссертация илмий-тадқиқот иши Тошкент врачлар малакасини ошириш институтити ПЗ-2017091320 «Олий таълим тизимида рақобатбардош кадрларни тайёрлашнинг ижтимоий-психологик механизмлари» мавзусидаги илмий-тадқиқот режаси доирасида амалга оширилган (2018-2020 йй).

**Тадқиқотнинг мақсади** анамнезида бепуштлик бўлган аёлларнинг руҳий-эмоционал ҳолатини ҳисобга олган ҳолда индуцирланган ҳомиладорлик биринчи триместрини олиб бориш тактикасини оптималлаштиришдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

аёлларда эндокрин бепуштликнинг тарқалиши ва структурасини ўрганиш;

эндокрин бепуштлик билан аёлларнинг руҳий-эмоционал ҳолатининг хусусиятларини аниқлаш;

индуцирланган ҳомиладорлик биринчи триместрида кўнгил айланиш ва қайт қилиш кечишининг клиник-лаборатор хусусиятларини ўрганиш;

индуцирланган ҳомиладорлик ва унинг биринчи триместри асоратлар билан кечган аёллар руҳий-эмоционал ҳолатининг хусусиятларини ўрганиш;

индуцирланган ҳомиладорлик биринчи триместрида кўнгил айланиш ва қайт қилишни коррекция қилиш турли усулларининг самарадорлигини таҳлил қилиш;

индуцирланган ҳомиладорлик биринчи триместрида кўнгил айланиш ва қайт қилишда даволаш-ташхислаш тактикаси алгоритмини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида Тошкент шаҳар перинатал марказида 2009 йилдан 2017 йилгача бўлган даврда кузатилган эндокрин бепуштлик



билан 375 нафар аёл ва овуляцияни медикаментоз индукциялашдан сўнг 305 нафар ҳомиладорлар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** анамнезида бепуштлик бўлган аёлларда индуцирланган ҳомиладорлик биринчи триместрини олиб боришнинг турли технологияларини қўллаш натижаларидан иборат.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ҳал қилиш учун умумий клиник, лаборатор ва инструментал ва махсус (гормонал фонни ўрганиш, руҳий-эмоционал ҳолатни баҳолаш) текширув усуллари қўлланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

бирламчи ва иккиламчи эндокрин аёллар бепуштлигининг патогенетик жиҳатлари аниқланган ҳамда гипоталамус-гипофиз-тухумдонлар системаси гормонал метаболизми бузилишининг асосий этиологик хавф омилларининг структураси ва таъсир даражаси аниқлаштирилган;

анамнезида бепуштлик бўлган аёлларда руҳий-эмоционал ҳолат ҳамда гестацион давр асоратлари частотаси ва ифодаланганлиги орасида боғлиқлик борлиги аниқланган;

анамнезида бепуштлик бўлган аёлларда индуцирланган ҳомиладорликда хавотир-депрессив ҳолатлар шаклланишининг психоэмоционал хусусиятлари ва уларнинг гестацион даврда кўнгий айнаш ва қайт қилшнинг ривожланишига таъсири аниқланган;

анамнезида бепуштлик бўлган аёллар психологик таранглик даражасини аниқлаш индуцирланган ҳомиладорлик кечишини башорат қилиш ва гестацион давр асоратлари ривожланиши хавфини бартараф қилиш учун эрта психотерапия ўтказишнинг потенциал зарурати аниқланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

анамнезида бепуштлик бўлган ҳомиладорларда психологнинг барвақт маслаҳатига кўрсатмаларни кенгайтириш имконини берувчи руҳий-эмоционал нохушлик синдроми мезонлари аниқланган;

анамнезида бепуштлик бўлган ва индуцирланган ҳомиладорлик билан аёллар руҳий-эмоционал ҳолати хусусиятлари ва бузилишлари аниқланган;

анамнезида бепуштлик бўлган аёлларда гестацион давр асоратлари профилактикаси ва коррекцияси, эрта токсикозлар намоян бўлиш даражасининг сезиларли камайишига ёрдам берувчи психологик маслаҳат бериш мақсадга мувофиқлиги ва самарадорлиги асослаб берилган;

анамнезида бепуштлик бўлган аёлларда руҳий-эмоционал хусусиятларни ҳисобга олган ҳолда индуцирланган ҳомиладорлик эрта токсикозларини олиб бориш тактикасининг даволаш-ташхислаш алгоритми ишлаб чиқилган;

психоэмоционал таранглик фонида кечаётган индуцирланган ҳомиладорлик биринчи триместрида кўнгий айнаш ва қайт қилишда *Zingiber officinale* (доривор занжабил) асосидаги дори воситаларининг ижобий фармакотерапевтик таъсири исботланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги замонавий, амалиётга кенг қўлланиладиган умумий клиник,

инструментал, лаборатор таҳлил усулларида фойдаланилган ҳолда тасдиқланган. Статистик ишлов бериш натижаларнинг ишончилигини тасдиқлаган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шунинг билан белгиланадики, чиқарилган хулосалар ва тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, индуцирланган ҳомиладорлик биринчи триместрининг кечиши хусусиятларини ўрганишга сезиларли ҳисса қўшишидан иборат, анамнезида бепуштлик бўлган аёлларни психолог томонидан барвақт маслаҳат беришига кўрсатмаларни кенгайтириш имконини берувчи руҳий-эмоционал нохушлик синдроми мезонлари аниқланган, шунингдек анамнезида бепуштлик бўлган ва индуцирланган ҳомиладорлик билан аёлларга барвақт психолог маслаҳати биринчи гестацион давр асоратлари ривожланиши частотасининг паст бўлиши ва натижада ҳомиладорликнинг кечиши ва оқибатининг ижобий бўлишига сезиларли таъсир қилиши исботланган.

Амалий аҳамияти шундан иборатки, индуцирланган ҳомиладорлик биринчи триместрида кўнгил айланиш ва қайт қилишда *Zingiber officinale* (доривор занжабил) асосидаги дори воситаларини қўллаш мақсадга мувофиқлиги ва самарадорлигининг аҳамияти қиёсий жиҳатдан аниқланган ва баҳо берилган, анамнезида бепуштлик бўлган ва индуцирланган ҳомиладорлик билан аёлларга психолог маслаҳати гестацион давр асоратлари профилактикаси, коррекциясига, эрта токсикозлар намоян бўлиш даражасини камайтиришга ёрдам беради, клиник амалиётга татбиқ этилган даволаш-ташхислаш алгоритми анамнезида бепуштлик бўлган аёллар руҳий-эмоционал ҳолатини ҳисобга олган ҳолда индуцирланган ҳомиладорлик эрта токсикозларини олиб бориш тактикасини такомиллаштирилга ёрдам беради.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Анамнезида бепуштлик бўлган аёлларда индуцирланган ҳомиладорликни олиб бориш натижаларини яхшилаш бўйича илмий изланишлар натижаларига кўра:

«Индуцирланган ҳомиладорлик биринчи триместрида кўнгил айланиш ва қайт қилиш клиник кечиши хусусиятлари ва олиб бориш тактикаси» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 15 майдаги №8н-р/189-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар индуцирланган ҳомиладорлик билан аёлларда кўнгил айланиш ва қайт қилиш ҳамда кўп учровчи эрта токсикозларни камайтириш ҳисобига биринчи триместрнинг кечишини яхшилаш имконини берган;

«Индуцирланган ҳомиладорлик биринчи триместрида кўнгил айланиш ва қайт қилишда даволаш тактикасини танлаш учун услубий қўлланмалар» тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 15 майдаги 8н-р/189-сон маълумотномаси). Илмий натижалар индуцирланган ҳомиладорликнинг биринчи триместрини олиб боришга дифференциал ёндашувни оптималлаштириш имконини берган;

анамнезида бепуштлик бўлган аёлларда индуцирланган ҳомиладорликни олиб бориш натижаларини яхшилаш бўйича бажарилган диссертация ишидан олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалий фаолиятига, хусусан,

Тошкент шаҳар перинатал маркази, Тошкент вилоят перинатал маркази амалий фаолиятига татбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 15 майдаги 8н-р/189-сон маълумотномаси). Мазкур натижаларнинг жорий қилиниши анамнезида бепуштлик бўлган аёллар руҳий-эмоционал ҳолатини ҳисобга олган ҳолда индуцирланган ҳомиладорлик биринчи триместри асоратларини ташхислаш сифатини ошириш, олиб бориш тактикасини оптималлаштириш, эрта кўнгил айниш ва қайт қилиш частотасини ва оғирлигини камайтириш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларида, шу жумладан, 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий конференцияларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича 14 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, 6 та мақола, шундан, 2 таси республика ва 4 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларнинг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этилган илмий нашрларда чоп этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 120 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида диссертация тадқиқотининг долзарблилиги ва ўтказилган тадқиқотнинг зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари шакллантирилган, объект ва предмет тавсифланган, тадқиқотнинг республика фан ва технологиялар ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқот натижаларнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари, уларнинг илмий ва амалий аҳамияти, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши баён этилган, тадқиқот натижаларнинг апробацияси ва эълон қилинганлиги, диссертациянинг ҳажми ва тузилиши тўғрисида қисқача маълумот берилган.

Диссертациянинг **«Бепуштлиги бўлган аёлларда индуцирланган ҳомиладорликнинг эндокрин ва психологик жиҳатлари»**, деб номланган биринчи бобида маҳаллий ва хорижий адабиётлар асосида ушбу муаммонинг замонавий ҳолати таҳлил қилинган. Аёллар бепуштлиги турли шакллари ривожланишининг этиологияси, патогенези ва механизмлари тўғрисида батафсил илмий-амалий маълумотлар келтирилган. Индуцирланган ҳомиладорлик эрта муддатлари кечинининг хусусиятлари, ҳомиладорларда кўнгил айниш ва қайт қилишни ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари, уларнинг натижалари, камчилик ва устунликлари таърифланган.

Диссертациянинг **«Материалнинг клиник тавсифи ва текширув усуллари шариҳи»**, деб номланган иккинчи бобида тадқиқотга киритилган беморларнинг тавсифи келтирилган. Ушбу диссертация бир неча йўналишлар бўйича тадқиқот натижаларига асосланган. Асосий материал

сифатида 2009 йилдан 2017 йилгача бўлган даврда Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг акушерлик-гинекология ва перинатал тиббиёт кафедраси жойлашган шаҳар перинатал марказида (Тошкент шаҳри) эндокрин бепуштлиқ билан кузатувда бўлган 375 нафар аёлда ўтказилган текширув натижаларининг таҳлили қўлланган. Психологик ҳолатни баҳолаш бепуштлиқ билан беморлар учун ишлаб чиқилган Psychological Evaluation Test (PET) махсус сўровномаси ёрдамида ўтказилди. Ҳомиладорларнинг шахсият даражаси ва реактив хавотирлигини баҳолаш учун Спилбергер-Ханин шкаласи қўлланди. Кўнгил айниш ва қайт қилиш оғирлигини баҳолашда махсус PUQE-24 шкаласидан фойдаланилди.

Диссертациянинг «**Эндокрин бепуштлиқ билан аёлларда репродуктив система функционал ҳолати ва психологик статус хусусиятлари**» деб номланган учинчи бобда аёллар бепуштлигида репродуктив бузилишлар структураси ва хусусиятлари таҳлили натижалари ва бепуштлиқ учун характерли бўлган хавотирли, депрессив ва хавотирли-депрессив ҳолатлар тарқалиши ва характерини ўрганиш натижалари тақдим этилган.

2009 йилдан 2017 йилгача бўлган даврда Тошкент шаҳар перинатал марказида эндокрин бепуштлиқ билан 375 нафар аёллар кузатилган. Кўпчилик аёллар ( $n=166$ , 44,3%) 26-30 ёш оралиғида эдилар. 303 (80,8%) нафар аёл бирламчи бепушт (бир йил давомида контрацепция усуллари қўлланмасдан мунтазам жинсий алоқада бўлишига қарамасдан анамнезида ҳомиладорлик бўлмаган) эдилар, қолган 72 (19,2%) нафар аёл эса иккиламчи бепушт (анамнезида ҳомиладорлик бўлган бепушт аёллар) эди. Улардан 21 та (5,6%) аёлда анамнезида икки бор ва 51 тасида (13,6%) бир марта ҳомиладорлик кузатилиб, туғруқ билан тугаган.

Репродуктив фаолиятнинг этиологик омилларидан кўпинча қуйидагилар аниқланган: гипогонадали тухумдон етишмовчилиги 64% ҳолатда учраган ва фолликулни стимулловчи гормон (ФСГ) миқдорининг камайиши билан боғлиқ бўлган; гиперандроения 31,5% ҳолатда қайд этилган; гиперпролактинемия 97 та (25,9%) аёлларда кузатилган. Шуни таъкидлаш лозимки, 51,2% (192 та) ҳолатда эндокрин бепуштлиқнинг бир неча сабаблари биргаликда учраган.

Бизнинг маълумотларимизга кўра, бепуштлиқ учун хос бўлган стресснинг тарқоқлиги 52,7%ни (196 та мижоз) ташкил этди.

Бепуштлиқ билан боғлиқ стресс характеристикаларининг фарқларини аниқлаш ва дифференциаллашган ёндашиш мақсадида мижозлар бирламчи ( $n=300$ ) ва иккиламчи ( $n=72$ ) бепуштлиқ гуруҳларига ажратилган.

Иккиламчи эндокрин бепушлиқ билан аёллар гуруҳида хавотирли, депрессив ва хавотирли-депрессив ҳолатлари тарқалиши кўпроқ, психологик ҳолати оғирроқ бўлган ва бу бепуштлиқ анамнезининг давомийлиги, аввалги ҳомиладорликларнинг самарасизлиги ва асоратлари билан боғлиқлиги эҳтимолдан ҳоли эмас.

Тадқиқот натижаларига кўра, бирламчи бепушлиқ учун PET 35,4 балл, иккиламчи бепушлиқ билан аёллар гуруҳида – 45,64 баллни ташкил қилди.

30 баллдан юқори РЕТ бирламчи бепуштлик билан аёлларнинг 138 тасида (46%) ук иккиламчи бепуштлик билан аёлларнинг 58 тасида (80,6%) кузатилган. Шундай қилиб, иккиламчи бепуштлик билан аёллар гуруҳидагиларнинг катта қисми оғирлашган психологик профил тоифасига мансуб бўлиши мумкин бўлган.

Шуни айтиб ўтиш лозимки, кўрқув, ишончсизлик, хавотирлик, яқинларининг тушуниши, ёрдами ва қувватлашининг йўқлиги бепушлик билан аёлларнинг деярли ҳаммасида ҳам мавжуд бўлган.

Гуруҳлар орасида юқори балли жавоблар нисбатини таҳлил қилинганда, навбатдаги даволаш сеансидан сўнг мструациянинг мавжудлиги ҳолати бепуштликда депрессиянинг муҳим омилларидан эканлиги аниқланди. Шунингдек, турмуш ўртоғи билан жинсий муносабатларнинг бузилишининг учраши бирламчи бепуштликда ҳам, иккиламчи бепуштлик бўлган аёлларда ҳам юқори даражада (мос равишда, 57,3% ва 68,1%) кузатилди. Бепуштлик муаммоси билан боғлиқ бўлган психосоматик белгиларнинг пайдо бўлиши ва ақлдан озишдан кўркиш иккиламчи бепуштлик билан аёллар орасида оғир хавотирлик ва депрессия мавжудлиги тўғрисида далолат беради.

Бундан ташқари, болалар йўқлиги ва даволашнинг қийинлиги сабабли қалбидаги бўшлик хисси учрашининг катта частотаси (70,8%) ушбу гуруҳ аёлларининг юқори даражадаги эмоционал сезгирлигини кўрсатади.

Турмушдаги бепушлик сабабли жуфтлик орасидаги кундалик муносабатларнинг ёмонлашиши 73,6% ҳолларда аниқланди.

Шундай қилиб, эндокрин бепуштлик билан аёллар учун даволаниш ва фертиллиكنинг тикланиш жараёнларини мураккаблаштирувчи аффектив бузилишлар хос эканлиги исботланди. Ижтимоий кўмак ва шахсий ўз-ўзини баҳолашни ошириш масалалари ушбу тоифа аёлларнинг психий саломатлигининг энг нозик томонлари бўлиб ҳисобланади. Узоқ муддатли иккиламчи бепушлик, бепуштлик билан боғлиқ бўлган стрессни енгиб ўтишдаги қийинчиликлар ва овуляцияни инукциялашдаги қайта муваффақиятсизликлар бўлган аёллар алоҳида эътибор талаб қилишади.

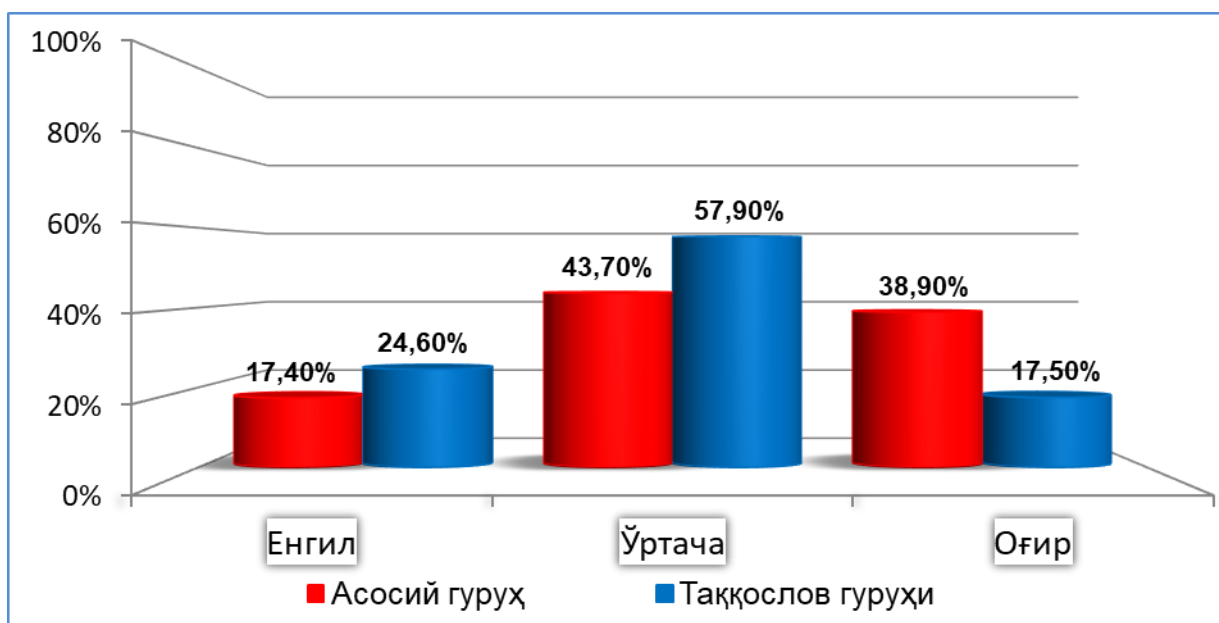
Таъкидлаб ўтилган вазиятлар аёлларнинг бепуштлигини даволаш дастурига бепуштлик билан боғлиқ бўлган рухий-эмоционал бузилишларнинг олдини олиш ва коррекция қилишни мақсад қилиб олган ихтисослашган психолог маслаҳатларини кўшиш зарурлигини тақозо қилади.

Диссертациянинг **«Индукцияланган ҳомиладорлик биринчи триместри кечиш хусусиятлари»** деб номланган тўртинчи бобида индукцияланган ҳомиладорлик билан аёлларда биринчи триместрнинг клиник кечиш хусусиятларини қиёсий ўрганиш натижалари, ушбу даврда энг кўп учрайдиган асорат – кўнгий айниш ва қайт қилшнинг частотаси ва структураси тақдим этилган.

Бизнинг кузатувларимизга кўра, диссертация тадқиқотининг асосига олинган 2009 йилдан 2017 йилгача даврда Тошкент шаҳар перинатал марказида эндокрин бепуштлик билан кузатувда бўлган 375 нафар аёллардан 305 тасида (81,3%) овуляцияни медикаментоз индукциялаш натижасида

хомиладорлик юзага келган. 88,5% (n=270) ҳолатда индуцирланган хомиладорликнинг биринчи триместри кўнгил айланиш ва қайт қилиш билан кузатилиб, бу аёллар тадқиқотнинг асосий гуруҳига киритилган. 2016 йилда хомиладорликнинг 4-12 ҳафтасида кўнгил айланиш ва қайт қилиш шикоятлари билан клиникамизга мурожаат қилган меъёрдаги хомиладорлик билан 114 нафар аёллардан таққослов гуруҳи ташкил қилинган.

Кўнгил айланиш ва қайт қилиш оғирлигини баҳолашда махсус PUQE-24 шкаласидан фойдаланилди, унга кўра, асосий гуруҳдаги хомиладорларнинг 47 тасида (17,4%) енгил, 118 тасида (43,7%) ўртача ва 105 тасида (38,9%) оғир даражадаги кўнгил айланиш ва қайт қилиш қайд этилган. Таққослов гуруҳида эса, кўнгил айланиш ва қайт қилишнинг енгил (24,6%) ва ўрта (57,9%) даражалари кўпроқ, оғир даражаси эса (17,5%) камроқ кузатилган (1-расм).



**1-расм. Кўнгил айланиш ва қайт қилиш билан хомиладорларнинг PUQE-24 таснифи бўйича тақсимланиши**

Кўнгил айланиш ва қайт қилишнинг оғир даражаси индуцирланган хомиладорлик бўлган аёллар гуруҳида кўп учраган (38,9% га қарши 17,5%,  $P < 0,05$ ).

Тадқиқот давомида аниқланишича, индуцирланган хомиладорликнинг биринчи триместрида кўнгил айланиш ва қайт қилиш анча оғирроқ симптоматика ва ҳар куни бир вақтда анча давомий кўнгий айланишнинг пайдо бўлиши (69,6%) ва кун давомида тез-тез ўқчиш (72,6%) хусусиятлари билан тавсифланди.

Иккала гуруҳда ҳам кўпчилик аёллар кўнгил айланиш ва қорин пастки соҳасидаги оғриқларнинг кун давомида 4 дан 6 соатгача давом этишига шикоят қилганлар, бироқ, асосий гуруҳда улар кўпроқ учрадилар (45,9% ва 31,6%,  $P < 0,05$ ). Ушбу белгиларнинг кун давомида 6 соатдан узоқроқ давом этиши асосий гуруҳдаги 64 та (23,7%) аёлда кузатилди ва бу таққослов гуруҳидагига (7%) нисбатан анча кўп эди, яна таққослов гуруҳдагиларнинг

13 тасида (11,4%) кўнгил айланиш кузатилмаган, яъни фақатгина қайт қилиш ва/ёки ўқчишлар кузатилган.

Индуцирланган ҳомиладорлик билан аёлларда фарқли равишда белгиларнинг секин-аста кучайиб бориши ва янада мураккаб асоратлар ривожланишдан кўрқув хисси кузатилди. Шунингдек, асосий гуруҳ беморларининг катта қисми (93 нафар – 78,8%) эрталабки соатларда кўнгил айланиш ва қориндаги оғриқларнинг пайдо бўлишини кузатганлар, қасики таққослов гуруҳидаги ҳомиладорларда учрамади.

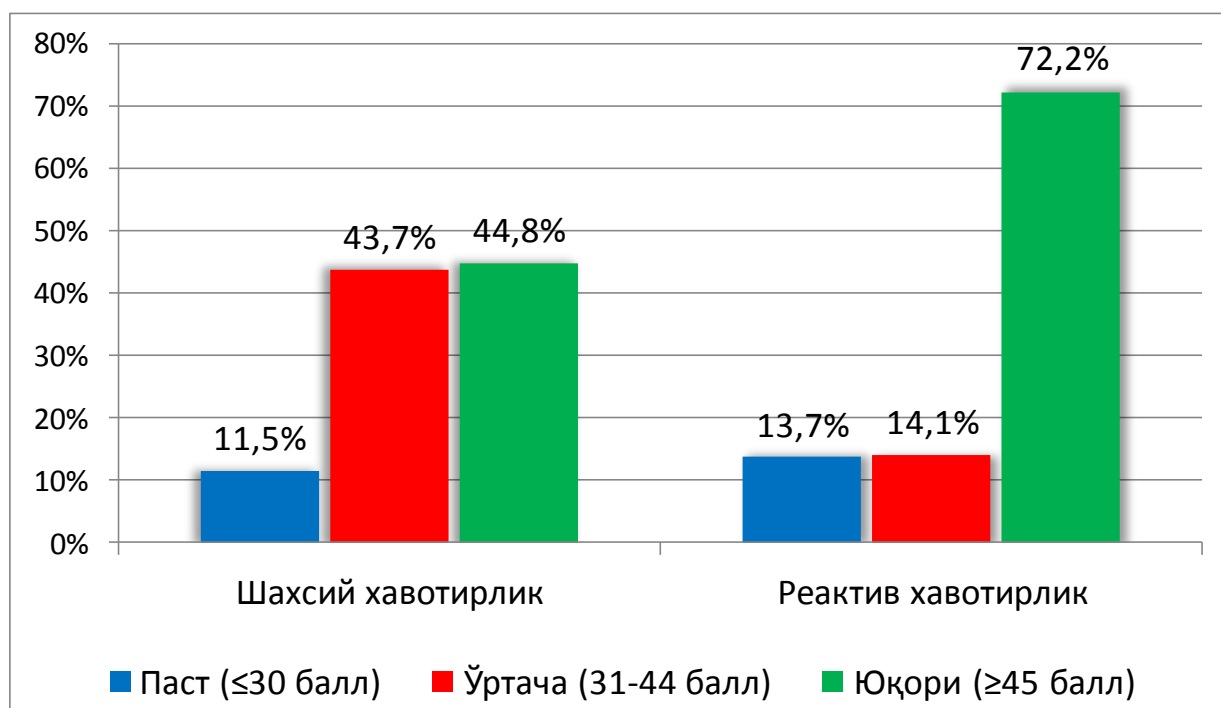
Асосий ва таққослов гуруҳларида кунига 5-6 марта қайт қилиш, мос равишда, 45,6% (n=123) ва 39,5% (n=123) ҳолатларда кузатилди. Кунига 7 мартадан ортиқ қайт қилиш асосий гуруҳидаги 57 та (21%) ва таққослов гуруҳидаги 8 та (7%) аёлларда қайд этилди, бу эса индуцирланган ҳомиладорликда физиологик ҳомиладорликка нисбатан кўнгил айланиш ва қайт қилишнинг охирироқ кечишини англатади ( $P<0,05$ ).

Шу билан бирга, таққослов гуруҳида қайт қилиш частотаси кунига 1-2 марта (29,9%) ва 3-4 марта (21%) бўлган аёллар сонининг нисбатан кўплиги ва ҳаттоки 3 та (2,6%) физиологик ҳомиладорлик билан аёлларда бу белгиларнинг умуман бўлмаслиги ҳам кузатилди. Кўрсатилган барча ҳолатлар кўнгил айланиш ва қайт қилишнинг PUQE-24 бўйича ўртача оғирлик даражасига киритилди. Таққослов гуруҳида кунига 1-2 марта ўқчишлар кузатилган аёллар (39,5%) устунлик қилган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич бор-йўғи 3,7%ни ташкил қилди ( $P<0,05$ ). Кунига 7 мартадан ортиқ ўқчишлар индуцирланган ҳомиладорлик билан аёллар гуруҳида 105 та (38,9%) ва физиологик ҳомиладорлик билан аёллар гуруҳида 5 та (4,4%) аёлларда кузатилди, бу эса асосий гуруҳидаги аёлларда биринчи триместрдаги кўнгил айланиш ва қайт қилишнинг оғирроқ кечишини тасдқлайди.

Лаборатор силжишлар эса гипербилирубинемия, гиперферментемия, туз алмашинуви (гипокалиемия ва гипонатриемия), оқсил алмашинуви (гипопротеинемия ва протеинурия) бузилиши, гиперкоагуляция ва ацетонурия ҳолида намоян бўлди.

Кўнгил айланиш ва қайт қилишнинг оғирлик даражасидан қатъий назар индуцирланган ҳомиладорлик билан аёлларнинг 87,7%ида (n=237) физиологик ҳомиладорлик билан аёллар гуруҳида учрамаган зўриқиш ва ҳомиладорликнинг тўхташ эҳтимоллиги хисси кузатилди.

Спилбергер-Ханин сўровномаси бўйича кўнгил айланиш ва қайт қилиш билан аёлларнинг руҳий-эмоционал ҳолатини баҳолаш натижалари таҳлил қилинганда 121 та (44,8%) аёлларда юқори даражали шахсий хавотирлик ва 195 та (72,2%) аёлларда юқори даражадаги ситуатив хавотирлик хисси кузатилди (2-расм).



**2-расм. Спилбергер-Ханинг шкаласи бўйича баҳолашга биноан хавотирлик даражасига кўра ҳомиладорларнинг тақсимланиши**

Индуцирланган ҳомиладорлик билан аёллар орасида кўнгил айнаш ва қайт қилиш ҳамда хавотирли-депрессив ҳолатларнинг оғир даражаларининг юқори частотаси кўнгил айнаш ва қайт қилишни даволашдаги асосий звенолардан бири сифатида психолог маслаҳатини барвақт тавсия қилиш учун сабаб бўлиб хизмат қилади.

Диссертациянинг «**Индуцирланган ҳомиладорлик биринчи триместрида кўнгил айнаш ва қайт қилишни даволаш натижалари**», деб номланган бешинчи бобида индуцирланган ҳомиладорликнинг биринчи триместрида кузатилган кўнгил айнаш ва қайт қилишни даволашга турли ёндашувларнинг натижалари қиёсий жиҳатдан таҳлили қилинган.

Чиқариб юборилган мижозлар ҳисобга олинмаганида, ҳомиладорликнинг биринчи триместри турли даражадаги кўнгил айнаш ва қайт қилиш билан асоратланган 160 нафар аёл даволаш натижаларини қиёсий таҳлили қилиш учун асос бўлиб хизмат қилди.

Даволаш чора-тадбирлари давомида ўзгаришлар динамикасини кузатиш учун балларни ҳисоблашнинг Pregnancy-Unique Quantification of Emesis scoring system – PUQE-24 системасининг янгиланган тури қўлланилган.

Аёллар уч гуруҳга бўлиндилар: I (асосий) гуруҳ (n=52) – кўнгил айнаш ва қайт қилиш занжабилни (250 мг дан кунига тўрт маҳал) қўллаш асосида даволанган; II гуруҳ (n=54) – пиридоксинни (40 мг дан кунига икки маҳал) қўллаш асосида даволанган; III гуруҳ (n=54) – асосий даво сифатида қайт қилишга қарши дори воситалари (метоклопрамид) қўлланган.

Клиник ўзгаришларнинг динамикаси иккинчи, тўртинчи ва олтинчи кунлари кузатилганда, даволашнинг ҳар бир усули PUQE-24 кўрсаткичининг камайишига олиб келгани қайд этилган (1-жадвал).



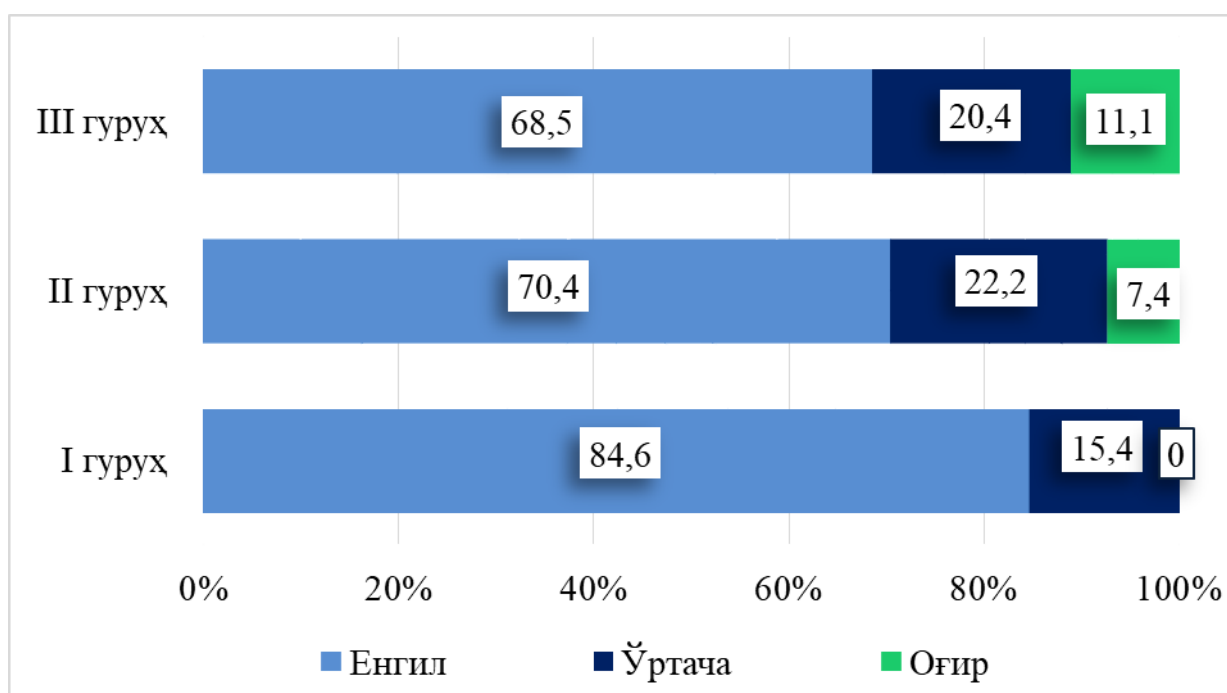
**Даволаш босқичларида PUQE-24 кўрсаткичи ўзгаришининг қиёсий динамикаси**

Гуруҳлар	Натижа	2 кун ўтгач	4 кун ўтгач	6 кун ўтгач	Гуруҳ ичида Р кўрсаткичи
I	10,8±2,03	8,2±2,2	6,1±2.1	4,23±1.1	0.002
II	9,48±2,4	9,2±1,8	8.9±2.1	8.23±1.1	>0.05
III	9,52±2,4	9,3±1,2	9.0±2.2	7.43±1.2	>0.05
Гуруҳлараро Р кўрсаткичи	0,08	0,08	0,06	0,05	0,07

Бироқ, занжабил билан даволанган мижозларнинг асосий гуруҳида таққослов гуруҳдагиларга нисбатан анча паст PUQE-24 кўрсаткичлари аниқланди, яъни PUQE-24 кўрсаткичига ижобий таъсир бўйича занжабил пиридоксин ва метоклопрамидга нисбатан самаралироқ таъсир қилган. Асосий гуруҳдаги аёлларнинг 44 таси (84,6%) кўнгил айланиш ва қайт қилишнинг энгил ва 8 таси (15,4%) эса ўртача даражасига мансуб бўлган, охир даражаси кузатилмаган.

Аёлларнинг таққослов гуруҳида пиридоксин билан даволашдан сўнг энгил даражадаги кўнгил айланиш ва қайт қилиш 70,4% (n=38) ҳолларда, ўртачаси 22,2% (n=12) ва охир даражаси 7,4% (n=4) ҳолларда қайд этилди.

Метоклопрамид қабул қилган хомиладорлар гуруҳида тадқиқотнинг якунига келиб 37 нафари (68,5%) энгил даражали, 11 нафари (20,4%) ўртача ва 6 нафари (11,1%) оғир даражали кўнгил айланиш ва қайт қилиш кузатилган (3-расм).



**3-расм. Даволашнинг 6 кун ўтгач аёлларнинг PUQE-24 бўйича тақсимланиши**

Ўтказилган даволаш кўрсатилган бузилишларни коррекциялаш, ички аъзолар, биринчи навбатда жигар ва буйрак метаболизмини меъёрлаштириш (билирубин, креатинин ва сийдикчил миқдорини камайтириш), сув-электролит мувозанатини меъёрлаштириш (калий, натрий, хлор даражасини кўпайтириш) имконини берган.

Периферик қондаги ўзгаришлар динамикаси таҳлил қилинганида даволашдан сўнг таққослов гуруҳидаги аёлларда гемоглобин ва эритроцитлар кўрсаткичлари бироз ўзгарганлиги аниқланди. Шунингдек, таққослов гуруҳларида гематокритнинг пиридоксин билан даволанганлар гуруҳида  $41,1 \pm 0,7\%$ дан  $39,5 \pm 0,9\%$ гача, метоклопрамид билан даволанганлар гуруҳида эса  $41,1 \pm 0,6\%$ дан  $40,5 \pm 0,9\%$ гача ишончли бўлмаган даражада камайиши, асосий гуруҳда эса  $41,4 \pm 0,8\%$ дан  $35,3 \pm 0,9\%$ гача ( $P < 0,05$ ) ишончли камайиши кузатилган.

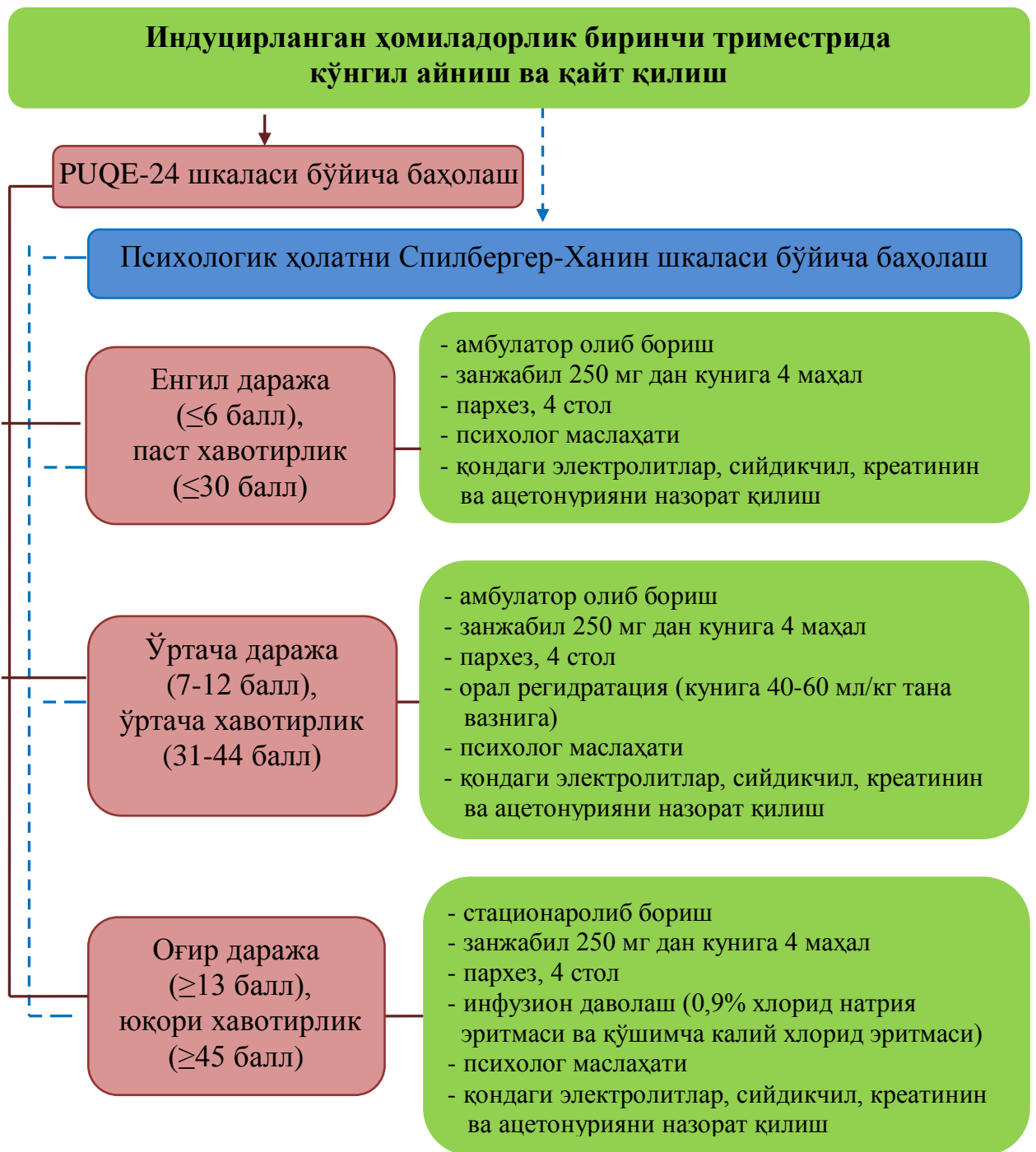
Асосий ва пиридоксин ёрдамида даволанган аёллар гуруҳларида қон зардобидаги умумий оксил миқдорининг, мос равишда,  $56,8 \pm 1,5$  г/л дан  $67,2 \pm 1,7$  г/л гача ва  $57,8 \pm 1,6$  г/л дан  $61,2 \pm 1,4$  г/л гача бироз ортганлиги кузатилган.

Даволашдан кейин умумий билирубин миқдорининг камайиши барча гуруҳларда кузатилди. Бироқ, билирубин миқдорининг ишончли меъёрлашуви ( $22,4 \pm 0,9$  мкмоль/л дан  $13,4 \pm 0,6$  мкмоль/л гача,  $P < 0,01$ ) хомиладорларнинг асосий гуруҳида қайд этилган. Шунингдек, сийдикчил ва креатинин миқдорининг ҳам ҳамма гуруҳларда камайиши кузатилган, бироқ занжабил ёрдамида даволанганлар гуруҳида кўпроқ ифодаланган.

Даволашдан сўнг асосий ва биринчи таққослов гуруҳларда калий миқдори ишончли даражада, мос равишда,  $3,52 \pm 0,14$  ммоль/л дан  $4,56 \pm 0,07$  ммоль/л гача ( $P < 0,05$ ) ва  $3,58 \pm 0,2$  ммоль/л дан  $4,2 \pm 0,2$  ммоль/л гача ( $P < 0,05$ ) ортганлиги кузатилган.

Даволашдан кейин хлорнинг миқдори асосий гуруҳда  $86,3 \pm 3,4$  ммоль/л дан  $100,1 \pm 2,6$  ммоль/л гача ( $P < 0,05$ ), таққослов гуруҳларида эса, мос равишда,  $85,8 \pm 2,5$  ммоль/л дан  $97,9 \pm 2,2$  ммоль/л гача ва  $85,4 \pm 2,4$  ммоль/л дан  $96,7 \pm 2,1$  ммоль/л гача ( $P < 0,05$ ) ортган.

Кўнгил айланиш ва қайт қилишни даволаш натижаларини қиёсий таҳлил қилиш ҳар бир усулнинг устунлик ва камчиликларини намоян қилди ва натижада биринчи триместрдаги кўнгил айланиш ва қайт қилишда даволаш-ташхислаш тактикаси алгоритминини ишлаб чиқиш имконини берди (4-расм).



**4-расм. Индукцирланган ҳомиладорлик биринчи триместридаги кўнгил айниш ва қайт қилишда даволаш тактикасини танлаш алгоритми**

### ХУЛОСА

1. Аёллар бепуштлиги структурасида гипогонадотроп тухумдон етишмовчилиги улушига 64,0%, қалқонсимон без етишмовчилиги улушига 38,9%, гипоандрогенияга 31,5% ва гиперпролактинемияга 25,9% ҳолатлар тўғри келади. 51,2% аёлларда бир нечта этиологик омиллар биргаликда учраган.

2. Эндокрин бепуштлик билан аёллар ўртасида хавотир-депрессив ҳолатлар тарқалиши 52,7%ни ташкил этди. Натижада, бирламчи бепуштлик

билан аёлларнинг 46%и ва иккиламчи бепуштлик билан аёлларнинг 80,6%и ихтисослашган психолог ва/ёки психотерапевт маслаҳатига мухтож.

3. Кўнгил айниш ва қайт қилиш билан аёлларнинг руҳий-эмоционал ҳолатини ўрганиш уларнинг 44,8%ида юқори даражали шахсий хавотирлик, 72,2%ида эса ситуатив хавотирлик даражасининг ортиши кузатилиб, улар эрта диспепсияга нисбатан эмоционал реакция оқибатида юзага келади. Шунини таъкидлаш лозимки, индуцирланган ҳомиладорликда кўнгил айниш ва қайт қилиш оғирлик даражасидан қатъий назар, 87,7% аёллар зўриқиш ва ҳомиладорликнинг тўхташидан хавотирланишни ҳис этишади.

4. Кўнгил айниш ва қайт қилиш оғирлик даражасини аниқлашда махсус PUQE-24 шкаласини қўллаш танлов варианты бўлиб, унга биноан ўртача даражадаги кўнгил айниш ва қайт қилиш индуцирланган ҳомиладорларнинг 43,7%ида (физиологик ҳомиладорликда эса 58,9%), оғир даражадаги кўнгил айниш ва қайт қилиш эса 38,9%ида (физиологик ҳомиладорликда эса 17,5%) қайд этилади.

5. Индуцирланган ҳомиладорлик билан аёлларда кўнгил айниш ва қайт қилиш нисбатан оғирроқ симптоматика ва 69,6% ҳолларда ҳар куни бир вақтда узоқ муддатли кўнгил айнишнинг пайдо бўлиши ва 72,6% ҳолларда кун давомида тез-тез ўқчиш каби хусусиятлар тавсифланади.

6. Кўнгил айниш ва қайт қилиш билан аёлларнинг асосий гуруҳида *Zingiber officinale* (доривор занжабил)ни орал регидратация билан биргаликда қўллаш таққослов гуруҳларидаги аёлларга нисбатан PUQE-24 кўрсаткичининг сезиларли камайишига олиб келди. Шундай қилиб, даволаш курсидан сўнг асосий гуруҳда кўнгил айниш ва қайт қилишнинг оғир даражаси кузатилмади, ўртача даражадаги кўнгил айниш ва қайт қилиш 15,4% (пиридоксин ва метоклопрамид ёрдамида даволаш гуруҳларида мос равишда 22,2% ва 20,4%) ва енгил даражадаги кўнгил айниш ва қайт қилиш 84,6% ҳолларда кузатилди, бу эса бошқа гуруҳларга нисбатан ишончли фарқланди (пиридоксин ва метоклопрамид ёрдамида даволаш гуруҳларида мос равишда 70,4% ва 68,5%).

7. Индуцирланган ҳомиладорлик биринчи триместрида кўнгил айниш ва қайт қилишни даволашнинг ишлаб чиқилган ва татбиқ этилган комплекс ёндашуви кўнгил айниш ва қайт қилиш симптоматикасининг оғирлиги ва частотасини камайтириш ҳамда она ва ҳомила учун ножўя таъсирларни минималлаштирган ҳолда яхши натижаларни олиш имконини беради.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ  
DSc.27.06.2017.Tib.29.01 ПРИ ТАШКЕНТСКОМ  
ПЕДИАТРИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

---

**ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

**ВОИТОВА ГАВХАР АЛИШЕРОВНА**

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВОГО ТРИМЕСТРА  
ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И  
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН С  
БЕСПЛОДИЕМ В АНАМНЕЗЕ**

**14.00.01 – Акушерство и гинекология**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**ТАШКЕНТ - 2019**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №В2017.2.PhD/Tib186.**

Диссертация выполнена в Ташкентском институте усовершенствования врачей.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.rscs.uz](http://www.rscs.uz)) и Информационно-образовательном портале «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Научный руководитель:** **Асатова Мунира Мирюсуповна**  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:** **Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**  
доктор медицинских наук, профессор

**Аюпова Фариди Мирзаевна**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:** **ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии»**

Защита состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного совета DSc.27.06.2017.Tib.29.01 при Ташкентском педиатрическом медицинском институте (Адрес:100140, г.Ташкент, Юнусабадский район, ул. Богишамол, 223.Тел./факс: (+99871) 262-33-14, e-mail: mail @tashpmi.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского педиатрического медицинского института (зарегистрирована за №\_\_\_\_), (Адрес:100140, г.Ташкент, Юнусабадский район ул. Богишамол, 223.Тел./факс: (+99871) 262-33-14).

Автореферат диссертации разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 года.  
(реестр протокола рассылки №\_\_ от \_\_\_\_\_ 2019 года).

**А.В.Алимов**

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней,  
доктор медицинских наук, профессор

**Э.А. Шамансурова**

Ученый секретарь научного совета по присуждению  
ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Д.И. Ахмедова**

Председатель научного семинара при научном совете по  
присуждению ученых степеней,  
доктор медицинских наук, профессор

## ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным Всемирной Организации Здравоохранения «от бесплодия страдает около 17,5% всех пар репродуктивного возраста в мире, а распространенность женского бесплодия в общей популяции остается на стабильно высоком уровне (8%) и в подавляющем большинстве случаев обусловлена эндокринной патологией»<sup>1</sup>. На сегодняшний день большинство патологических состояний, связанных с бесплодием, поддаются лечению, и как следствие, непрерывно растет число женщин с индуцированной беременностью, достигнутой применением различных медикаментозных стимуляторов овуляции и методик вспомогательных репродуктивных технологий. Частота наступления беременности при лечении ановуляторного бесплодия достаточно высока и составляет от 30 до 80 % в зависимости от формы нарушения. «Однако лечение бесплодия можно считать эффективным и оправданным не только при наступлении беременности, но и при ее благополучном течении, и получении здорового, полноценного потомства»<sup>2</sup>. Данные ряда исследований отмечают, что около 50% потерь индуцированных беременностей обусловлены психоэмоциональными нарушениями и, связанными с ними, особенностями ранних токсикозов в первом триместре беременности. Таким образом, высокая частота неблагоприятных исходов индуцированной беременности, наличие особенностей психоэмоциональных нарушений у женщин с эндокринными формами бесплодия и широкое обсуждение данной проблемы в литературе, определяют актуальность дальнейших исследований в этом направлении.

В мировой практике проводится целый ряд целенаправленных научных исследований, направленных на изучение психоэмоциональных нарушений ассоциированных с бесплодием, что, как правило, усугубляет имеющиеся эндокринные нарушения и может быть причиной возникновения или утяжеления сопутствующих сердечно-сосудистых, системных и обменных заболеваний. Продолжаются исследования направленные на изучение значения повышения уровня простагландинов и других медиаторов воспаления в текальной ткани яичников и в фолликулярной жидкости у больных поликистозом яичников в связи с тем, что в патогенезе бесплодия может играть роль возникающее по невыясненным пока причинам «холодное», асептическое воспаление ткани яичников, перенесённые воспалительные заболевания женской половой сферы или аутоиммунные механизмы. Ещё одной до настоящего времени актуальной проблемой репродуктивной эндокринологии является гипогонадотропная яичниковая недостаточность, которая приводит к дефициту стероидных гормонов

---

<sup>1</sup> Schoolcraft W, Meseguer M; Global Fertility Alliance. Paving the way for a gold standard of care for infertility treatment: improving outcomes through standardization of laboratory procedures. *Reprod Biomed Online*. 2017; 35(4):391-399.

<sup>2</sup> Sormunen T, Aanesen A, Fossum B, Karlgren K, Westerbotn M. Infertility-related communication and coping strategies among women affected by primary or secondary infertility. *J Clin Nurs*. 2018; 27(1-2):335-344.

яичника и развитию метаболических, урогенитальных и психоэмоциональных расстройств

В настоящее время в нашей стране предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению медицинской помощи. В этом направлении, в частности, в улучшении результатов лечения больных с эндокринным бесплодием за счет повышения контроля за психоэмоциональным статусом женщины достигнуты положительные результаты. Вместе с тем для улучшения качества оказываемой помощи требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности разработанных алгоритмов ведения данного контингента больных. «В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017 - 2021 годы» поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности<sup>1</sup>. В соответствии с этим, оптимизация тактики ведения первого триместра индуцированной беременности с учетом психоэмоционального состояния женщин с бесплодием в анамнезе является одним из актуальных направлений для исследования.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за №ПП-3071 от 20 июня 2017 года, Постановлением Кабинета Министров за №266 от 10 мая 2017 года «Об организации деятельности научно-исследовательского института общественного здоровья и организации здравоохранения», Постановлением Кабинета Министров за №352 от 10 мая 2017 года «О мерах по дальнейшему повышению эффективности услуг акушерско-гинекологической и медицинской помощи, оказываемых девушкам и женщинам фертильного возраста», а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** В период прошлого десятилетия использование новых генетических и геномных технологий в области акушерства и гинекологии привело к успехам в понимании, диагностике и лечении эндокринных расстройств, особенно тех, которые связаны с нейроэндокринным контролем репродукции и биологии яичников. «Эндокринное бесплодие объединяет спектр овуляторных нарушений на различных уровнях реализации связей в системе гипоталамус-гипофиз-

---

<sup>1</sup> Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. № УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.



яичники» (Варламова А.И.<sup>1</sup>). По мнению Broughton DE<sup>2</sup> «на сегодняшний день выделяют следующие состояния, связанные с нарушением процесса овуляции: ановуляция, недостаточность лютеиновой фазы, синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула, патология щитовидной железы и пролактинемия». Обзор публикаций зарубежных изданий показывает, что наиболее часто встречающейся эндокринопатией у женщин детородного возраста и одной из ведущих причин женского бесплодия является синдром поликистозных яичников (СПКЯ) (Cunningham J.<sup>3</sup>). По данным Wang R<sup>4</sup>, «СПКЯ, определяясь, как полиэндокринный синдром, сопровождающийся нарушениями функции яичников, поджелудочной железы, коры надпочечников, гипоталамуса и гипофиза, одинаково распространён в разных этнических группах». Однако, при правильном лечении эти женщины могут нормально зачать, выносить и родить здорового ребёнка. Сегодня частота наступления беременности методами медикаментозной индукции овуляции достаточно высока и составляет от 30 до 80% в зависимости от формы нарушения.

По данным Navid B<sup>5</sup> «течение индуцированной беременности имеет некоторые особенности и сопровождается множеством осложнений, которые в свою очередь могут привести или приводят к неблагоприятному исходу». Среди клинически значимых осложнений первого триместра отмечается ранний токсикоз, угроза прерывания, самопроизвольный выкидыш и неразвивающаяся беременность. Сегодня общепризнано, что «в патогенезе раннего токсикоза беременности ведущую роль занимает нарушение функционального состояния центральной нервной системы и немаловажную роль играют особенности психоэмоционального статуса, связанного с первичным или вторичным бесплодием в анамнезе» (Salih Joelsson L<sup>6</sup>). Многофакторный анализ, проведенный специалистами во главе с Patel A<sup>7</sup> показал, что ведущие ассоциации психологического состояния женщин с видом бесплодия и трудностями его преодоления. Авторы отмечают, «что психологический стресс несет с собой целый комплекс перинатальных проблем и своевременная коррекция психологического состояния является эффективным методом профилактики аномалий беременности, связанной с индукцией овуляции». Прогресс в репродуктивной эндокринологии и

---

<sup>1</sup> Варламова А.И. Особенности течения и ведения индуцированной беременности. Молодой ученый. 2017; 14(2): 6-7.

<sup>2</sup> Broughton DE, Moley KH. Obesity and female infertility: potential mediators of obesity's impact. *Fertil Steril*. 2017; 107(4):840-847.

<sup>3</sup> Cunningham J. Infertility: A primer for primary care providers. *JAAPA*. 2017 Sep;30(9):19-25.

<sup>4</sup> Wang R, Mol BW. The Rotterdam criteria for polycystic ovary syndrome: evidence-based criteria? *Hum Reprod*. 2017; 32(2):261-264.

<sup>5</sup> Navid B, Mohammadi M, Vesali S, Mohajeri M, Omani Samani R. Correlation of The Etiology of Infertility with Life Satisfaction and Mood Disorders in Couples who Undergo Assisted Reproductive Technologies. *Int J Fertil Steril*. 2017;11(3):205-210.

<sup>6</sup> Salih Joelsson L, Tydén T, Wanggren K, Georgakis MK, Stern J, Berglund A, Skalkidou A. Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women. *Eur Psychiatry*. 2017;45:212-219.

<sup>7</sup> Patel A, et al. Prevalence and predictors of infertility-specific stress in women diagnosed with primary infertility: A clinic-based study. *J Hum Reprod Sci*. 2016; 9(1):28-34.

внедрение в повседневную практику разнообразных методов индукции овуляции выдвигает новые задачи в клиническом акушерстве и гинекологии – наблюдение за течением и выбор рациональной тактики ведения индуцированной беременности.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что актуальность проблемы обусловлена отсутствием единства мнений специалистов по ключевым вопросам рациональной тактики ведения индуцированной беременности. Приведенные данные позволяют считать поиск и разработку оптимального диагностического алгоритма оценки особенностей психоэмоциональных нарушений у женщин при индуцированной беременности с учетом полипозиционного анализа тяжести течения эндокринного бесплодия одной из актуальных проблем практической гинекологии. Таким образом, проблемы совершенствования лечебно-диагностической тактики осложнений течения первого триместра индуцированной беременности с учетом психоэмоционального статуса женщин с эндокринным бесплодием остаются до конца не решёнными.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Ташкентского института усовершенствования врачей по теме ПЗ-20170913120: «Социально-психологические механизмы подготовки конкурентоспособных кадров в системе высшего образования» (2018-2020гг).

**Целью исследования** является оптимизация тактики ведения первого триместра индуцированной беременности с учетом психоэмоционального состояния женщин с бесплодием в анамнезе.

**Задачи исследования:**

изучить распространенность и структуру эндокринного бесплодия у женщин;

определить особенности психологического статуса женщин с эндокринным бесплодием;

изучить клинико-лабораторные особенности течения тошноты и рвоты первого триместра индуцированной беременности;

изучить особенности психоэмоционального состояния женщин с индуцированной беременностью и осложненным течением первого триместра;

проанализировать эффективность различных способов коррекции тошноты и рвоты первого триместра индуцированной беременности;

разработать алгоритм лечебно-диагностической тактики при тошноте и рвоте первого триместра индуцированной беременности.

**Объектом исследования** являлись 375 женщин с эндокринным бесплодием и 305 беременных после медикаментозной индукции овуляции, которые наблюдались в Ташкентском городском перинатальном центре за период с 2009 по 2017 годы.

**Предмет исследования** составляют результаты применения различных технологий ведения первого триместра индуцированной беременности, у женщин с бесплодием в анамнезе.

**Методы исследований.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, лабораторные, инструментальные и специальные методы исследования (изучения гормонального фона, оценка психоэмоционального статуса), а также статистический анализ.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

уточнены патогенетические аспекты развития первичного и вторичного эндокринного женского бесплодия с верификацией структуры и степени влияния основных этиологических факторов риска нарушения гормонального метаболизма гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы;

установлено наличие связи между психоэмоциональным статусом, частотой и выраженностью осложнений гестационного периода у женщин с бесплодием в анамнезе;

определены психоэмоциональные особенности формирования тревожно-депрессивных состояний при индуцированной беременности у женщин с бесплодием в анамнезе и их влияние на развитие тошноты и рвоты в гестационный период;

определено, что верификация степени психологического напряжения женщин с бесплодием в анамнезе позволяет прогнозировать течение индуцированной беременности и определить потенциальную необходимость в проведении ранней психотерапии для нивелирования риска развития осложнений гестационного периода.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

определены критерии оценки синдрома психоэмоционального неблагополучия у беременных с бесплодием в анамнезе, позволяющие расширить показания к раннему консультированию психологом;

определены закономерности нарушений и особенности психоэмоционального статуса у женщин с индуцированной беременностью и бесплодием в анамнезе;

обоснована целесообразность и эффективность психологического консультирования, которая способствует профилактике, коррекции осложнений гестационного периода, значительному снижению степени проявлений ранних токсикозов у женщин с бесплодием в анамнезе;

разработан лечебно-диагностический алгоритм тактики ведения женщин с тошнотой и рвотой на фоне индуцированной беременности с бесплодием в анамнезе с учетом тяжести проявлений психоэмоциональных нарушений;

доказано положительное фармакотерапевтическое воздействие препаратов на основе *Zingiber officinale* (лекарственного имбиря) для лечения и профилактики тошноты и рвоты в первый триместр индуцированной беременности, протекающей на фоне психоэмоционального напряжения.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов исследования подтверждена примененными современными, широко

используемыми в практике общеклиническими, инструментальными, лабораторными методами. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

#### **Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей течения индуцированной беременности в первом триместре, определены критерии синдрома психоэмоционального неблагополучия у беременных с бесплодием в анамнезе, позволяющие расширить показания к раннему консультированию психологом, также доказано, что применение раннего консультирования психологом женщин с бесплодием в анамнезе и индуцированной беременностью сопровождается низкой частотой развития осложнений первого гестационного периода и как следствие может значительно повлиять на благоприятное течение и исход всей беременности.

Практическая ценность работы заключается в том, что в сравнительном аспекте определено значение и дана оценка целесообразности и эффективности применения препаратов на основе *Zingiber officinale* (лекарственного имбиря) при тошноте и рвоте первого триместра индуцированной беременности, обоснована целесообразность и эффективность психологического консультирования, которая способствует профилактике, коррекции осложнений гестационного периода, значительному снижению степени проявлений ранних токсикозов у женщин с бесплодием в анамнезе, а внедренный лечебно-диагностический алгоритм позволяет совершенствовать тактику ведения ранних токсикозов индуцированной беременности с учетом психоэмоциональных особенностей женщин с бесплодием в анамнезе.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования, по улучшению результатов ведения женщин с индуцированной беременностью с бесплодием в анамнезе:

разработаны методические рекомендации «Новая тактика ведения тошноты и рвоты первого триместра индуцированной беременности» (справка Министерства здравоохранения №8н-р/189 от 15 мая 2019 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить течение первого триместра беременности у женщин с индуцированной беременностью, за счет снижения тошноты и рвоты и частоты ранних токсикозов

разработана «Программа для выбора лечебной тактики при тошноте и рвоте первого триместра индуцированной беременности» (справка Министерства здравоохранения №8н-р/189 от 15 мая 2019 года). Предложенный алгоритм позволил оптимизировать дифференцированный подход к ведению индуцированной беременности первого триместра;

полученные научные результаты по улучшению результатов ведения женщин с индуцированной беременностью с бесплодием в анамнезе внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в Ташкентский городской перинатальный центр, в Ташкентский областной

перинатальный центр (справка Министерства здравоохранения №8н-р/189 от 15 мая 2019 года). Полученные результаты исследования позволили улучшить качество диагностики осложнений, оптимизировать тактику ведения первого триместра индуцированной беременности у женщин с бесплодием в анамнезе с учетом их психоэмоционального статуса, снизить частоту и тяжесть ранней тошноты и рвоты.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях в том числе на 2 международных и 2 республиканских.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, в том числе 6 журнальные статьи, 2 из которых в республиканских, 4 в зарубежном журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 150 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуется объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, их научная и практическая значимость, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Эндокринные и психологические аспекты индуцированной беременности у женщин с бесплодием**» на основе отечественной и зарубежной литературы проанализировано современное состояние данной проблемы. Приведены исчерпывающие научно-практические сведения об этиологии, патогенезе и механизме развития различных форм женского бесплодия. Описаны особенности течения ранних сроков индуцированной беременности, современные методы диагностики и лечения тошноты и рвоты беременных, их результаты, преимущества и недостатки. Приведены дискуссионные вопросы, требующие дальнейшего исследования.

Во второй главе диссертации «**Клиническая характеристика материалов и применённых методы исследования**» дана характеристика больных, включенных в исследование. В основу настоящей работы положены результаты исследований по нескольким направлениям. В качестве основного материала в работе использованы результаты анализа проведенных исследований у 375 женщин с эндокринным бесплодием, которые наблюдались на базе кафедры акушерства-гинекологии и перинатальной медицины Ташкентского института усовершенствования

врачей – городском перинатальном центре (г. Ташкент) с 2009 по 2017 гг. Оценка психологического состояния проводилась с помощью специального вопросника Psychological Evaluation Test (PET), разработанного для пациентов с бесплодием. Для оценки уровней личностной и реактивной тревожности беременных была использована шкала Спилбергера-Ханина. При оценке степени тяжести ТРБ основная роль принадлежала специальной шкале PUQE-24

В третьей главе диссертации **«Особенности функционального состояния репродуктивной системы и психологического статуса женщин с эндокринным бесплодием»** представлены результаты анализа структуры и особенностей репродуктивных нарушений женского бесплодия и результаты изучения распространенности и характера тревожных, депрессивных и тревожно-депрессивных состояний, специфичных для бесплодия.

За период с 2009 по 2017 гг. в городском перинатальном центре наблюдались 375 женщин с эндокринным бесплодием. Большинство женщин (n=166) находилось в возрастном диапазоне 26-30 лет – 44,3%. 303 (80,8%) пациентки являлись первично бесплодными (женщины, в анамнезе которых не было беременности, несмотря на регулярные половые контакты в течение года при условии отсутствия использования методов контрацепции), 72 (19,2%) женщины являлись вторично бесплодными (бесплодные женщины с наличием беременности в анамнезе). Из них у 21 (5,6%) пациентки имелось двое родов в анамнезе и у 51 (13,6%) женщины одна беременность закончилась родами.

Преобладающими этиологическими факторами нарушения репродуктивной функции явились: гипогонадотропная яичниковая недостаточность, которая имела частоту встречаемости 64% и была обусловлена снижением уровня ФСГ; гипотиреоз у 146 (38,9%) женщин; гиперандрогения зарегистрирована в 31,5% случаев и гиперпролактинемия, которая встречалась у 97 (25,9%) пациенток. Необходимо отметить тот факт, что в 51,2% (n=192) случаях наблюдалось сочетание нескольких причин эндокринного бесплодия.

По нашим данным распространенность специфического для бесплодия стресса составила 52,7% (n=196).

С целью выявления различий и более дифференцированного подхода в характеристике стресса, обусловленного бесплодием, была выделена группа пациентов с первичным бесплодием (n=300) и группа с вторичным (n=72). Распространенность тревожных, депрессивных и тревожно-депрессивных состояний в группе женщин с вторичным эндокринным бесплодием была выше, психологический статус был тяжелее, что, вероятно, было связано с длительным анамнезом бесплодия, повторными неудачами и осложненными течениями предыдущих беременностей.

По результатам исследования среднее значение PET для первичного бесплодия составило 35,4 балла, в группе вторичного бесплодия – 45,64 балла. Показатель PET более 30 баллов наблюдался у 138 (46%) опрошенных

пациенток с первичным бесплодием, и у 58 (80,6%) – с вторичным бесплодием.

Таким образом, значительная часть женщин в группе вторичного бесплодия потенциально относились к категории пациенток с отягощающим психологическим профилем.

Необходимо отметить, что такие признаки, как страх, неуверенность, тревожность, отсутствие понимания, помощи и поддержки близких присутствовали практически у каждой женщины с бесплодием.

По результатам анализа соотношений высокобальных ответов между группами выявлено, что важным фактором депрессии при бесплодии является факт присутствия менструаций после очередного сеанса лечения.

Также сопоставимый высокий процент нарушений сексуальных отношений с мужем наблюдался как среди женщин с первичным, так и вторичным бесплодием (57,3% и 68,1% соответственно). Появления психосоматических симптомов и боязнь сойти с ума, вызванные проблемой бесплодия свидетельствуют о наличии тяжелой тревоги и депрессии среди женщин с вторичным бесплодием.

Кроме того, на высокую эмоциональную восприимчивость женщин этой группы указывают высокая частота встречаемости ощущений пустоты в душе из-за отсутствия детей и трудностей с лечением (70,8%).

В 73,6% случаев было отмечено ухудшение повседневных супружеских отношений по причине бесплодия в браке.

Таким образом, было доказано, что для женщин с эндокринным бесплодием характерны наличие аффективных расстройств, осложняющих процесс лечения и восстановления фертильности. Наиболее уязвимыми сторонами психического здоровья данной категории пациентов являются вопросы повышения социальной поддержки и личностной самооценки. Особого внимания требуют женщины с продолжительным анамнезом вторичного бесплодия, трудностями в преодолении ассоциированного с бесплодием стресса и повторными неудачами индукции овуляции.

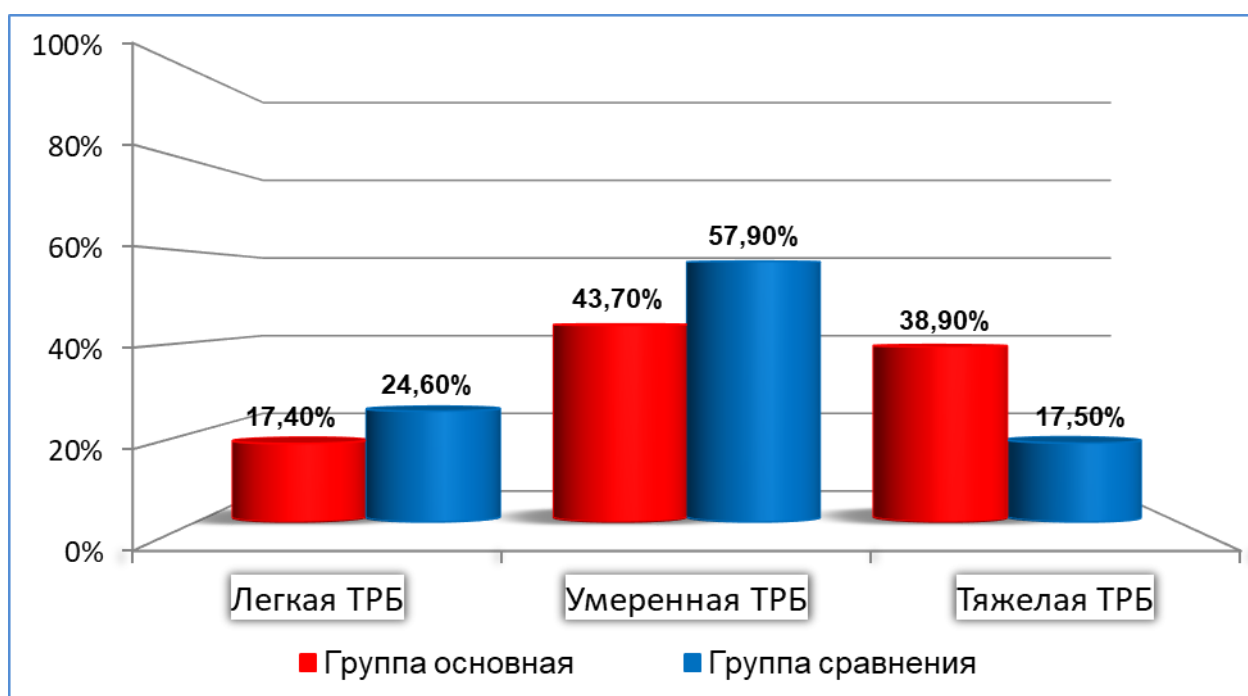
Выше изложенные обстоятельства подчеркивают необходимость обстоятельного рассмотрения вопроса о включении в программу лечения бесплодия женщин специализированных консультаций психологов, целью которых будет являться профилактика и коррекция психоэмоциональных нарушений, ассоциированных с бесплодием.

В четвертой главе диссертации **«Особенности течения первого триместра индуцированной беременности»** проведен сравнительный анализ результатов исследования особенностей клинического течения первого триместра у женщин с индуцированной беременностью, частота и структура наиболее часто встречаемого осложнения данного периода – тошноты и рвоты.

Согласно нашим наблюдениям, из 375 женщин с эндокринным бесплодием, наблюдавшихся в городском перинатальном центре в период 2009-2017 гг. и включенных в основу диссертационной работы, у 305 (81,3%) женщин наступила беременность на фоне медикаментозной индукции

овуляции. Первый триместр индуцированной беременности осложнился ТРБ в 88,5% (n=270) случаях, которые и вошли в основную группу настоящего исследования. Группа сравнения была составлена путем выборки 114 женщин с нормальной беременностью, обратившихся в нашу клинику на 4-12 неделе срока гестации с жалобами на тошноту и рвоту в 2016 году.

При оценке степени тяжести ТРБ основная роль принадлежала специальной шкале PUQE-24, согласно которой из общего количества беременных основной группы в 47 (17,4%) случаях зарегистрирована легкая степень ТРБ, в 118 (43,7%) наблюдалась умеренная и в 105 (38,9%) – тяжелая ТРБ. В группе сравнения легкая и умеренная ТРБ встречалась чаще, 24,6% и 57,9% соответственно, тяжелая ТРБ наблюдалась в 17,5% случаях (рис. 1).



**Рис. 1. Распределение беременных с тошнотой и рвотой по классификации PUQE-24**

Таким образом, тяжелая степень ТРБ встречалась больше в группе женщин с индуцированной беременностью (38,9% против 17,5%,  $P < 0,05$ ).

По ходу исследования выявлено, что ТРБ первого триместра индуцированной беременности характеризуется более тяжелой симптоматикой и такими особенностями, как появление продолжительной тошноты в одно и то же время ежедневно, которое отмечено в 69,6% случаях, и частые позывы на рвоту в течение дня (72,6%).

В обеих группах большинство женщин жаловались на чувство тошноты и боли в животе длительностью от 4 до 6 часов в сутки, однако, в основной группе их было достоверно больше (45,9% против 31,6%,  $P < 0,05$ ). Длительность данной симптоматики более 6 часов отмечена в 23,7% (n=64) случаях основной группы, что значительно превышало частоту данного симптома в группе сравнения (7%), где у 13 (11,4%) пациентов тошнота вообще не наблюдалась, то есть в этих случаях отмечалась только рвота и/или позывы на рвоту.

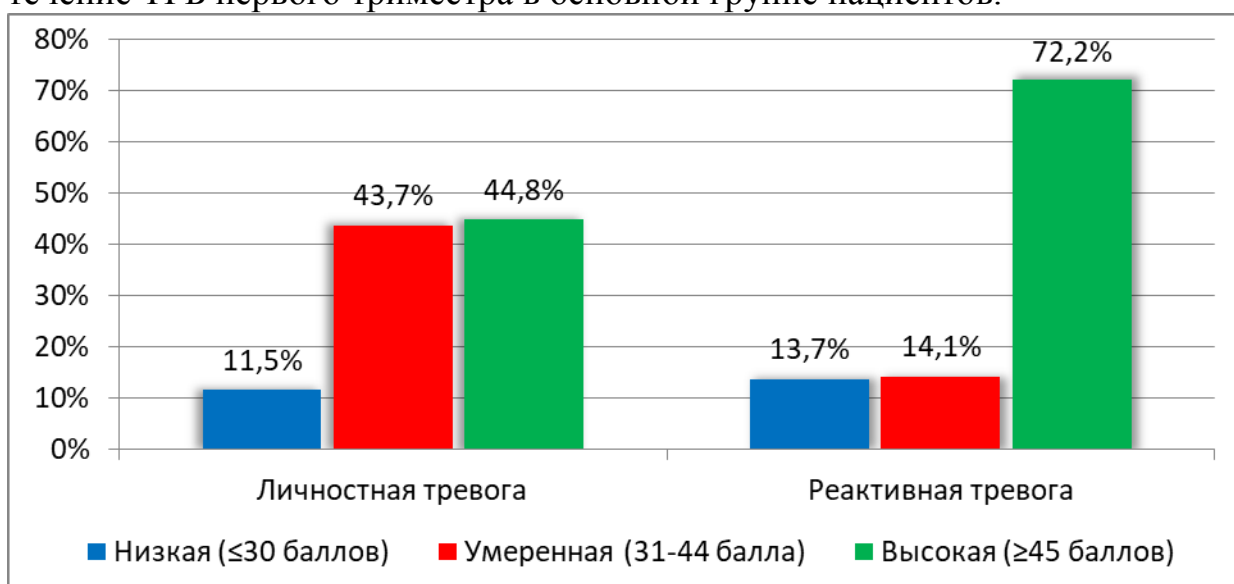


Отличными были жалобы женщин с индуцированной беременностью на постепенное усиление симптомов и боязнь развития более сложных осложнений. Также, значительная часть больных основной группы (93 (78,8%)) отмечали появление тошноты или боли в животе ежедневно в утренние часы, что не наблюдалось у беременных группы сравнения.

В основной, и группе сравнения частота рвоты 5-6 раз в сутки наблюдалась в 45,6% (n=123) и 39,5% (n=45) случаях соответственно. Жалоба на рвоту больше 7 раз в сутки зарегистрирована у 57 (21%) женщин основной группы и 8 (7%) женщин в группе сравнения, что говорит о более высокой частоте тяжелой ТРБ при индуцированной беременности по сравнению с физиологической (P<0,05).

В тоже время в группе сравнения можно было наблюдать относительно большее количество женщин с частотой рвоты 1-2 (29,9%) и 3-4 раза (21%) в сутки, и у 3 (2,6%) женщин с физиологической беременностью вовсе не наблюдалось рвоты. Все указанные случаи были отнесены в категорию умеренной степени тяжести ТРБ по PUQE-24.

В группе сравнения преобладали женщины с частотой позывов 1-2 раза в сутки (39,5%), то в основной группе этот показатель составил всего 3,7% (P<0,05). Частота позывов на рвоту более 7 раз отмечена у 105 (38,9%) женщин с индуцированной беременностью и в 5 (4,4%) случаях физиологической беременности, что ещё раз подтверждает более тяжелое течение ТРБ первого триместра в основной группе пациентов.



**Рис. 2. Распределение беременных по уровню тревожности согласно оценке по шкале Спилберга-Ханина**

Спектр лабораторных отклонений был представлен гипербилирубинемией, гиперферментемией, нарушениями солевого (гипокалиемия и гипонатриемия), белкового обмена (гипопротенемия и протеинурия), гиперкоагуляцией и ацетонурией.

Независимо от степени тяжести ТРБ в 87,7% (n=237) случаях индуцированной беременности отмечено чувство напряженности и тревоги

прерывания беременности, чего не наблюдалось в группе физиологической беременности.

При анализе результатов оценки психоэмоционального состояния беременных с ТРБ по опроснику Спилбергера-Ханина установлено, что у 121 (44,8%) женщин наблюдается высокий уровень личностной тревожности и у 195 (72,2%) – высокий уровень ситуативной тревожности (рис. 2).

Полученные данные высокой частоты тяжелых форм ТРБ и тревожно-депрессивных состояний среди женщин с индуцированной беременностью служат аргументом ранних назначений консультаций психолога, как одной из основных звеньев в лечении ТРБ.

В пятой главе диссертации «**Результаты лечения тошноты и рвоты первого триместра индуцированной беременности**» в сравнительном аспекте проанализированы результаты различных подходов лечения ТРБ первого триместра индуцированной беременности.

С учетом исключенных пациенток, фундаментом сравнительного анализа лечения ТРБ послужили 160 пациенток, у которых первый триместр осложнился развитием ТРБ различной степени тяжести.

В ходе лечебных мероприятий использована обновленная версия системы подсчета баллов Pregnancy-Unique Quantification of Emesis scoring system – PUQE-24 с целью отслеживания динамики изменений.

**Таблица 1**

**Сравнительная динамика изменения показателя PUQE-24 на этапах проводимой терапии**

Группы	Исход	Через 2 дня	Через 4 дня	Через 6 дней	Значение Р внутри группы
I	10,8±2,03	8,2±2,2	6,1±2.1	4,23±1.1	0.002
II	9,48±2,4	9,2±1,8	8.9±2.1	8.23±1.1	>0.05
III	9,52±2,4	9,3±1,2	9.0±2.2	7.43±1.2	>0.05
Значение Р между групп	0.08	0.08	0.06	0.05	0.07

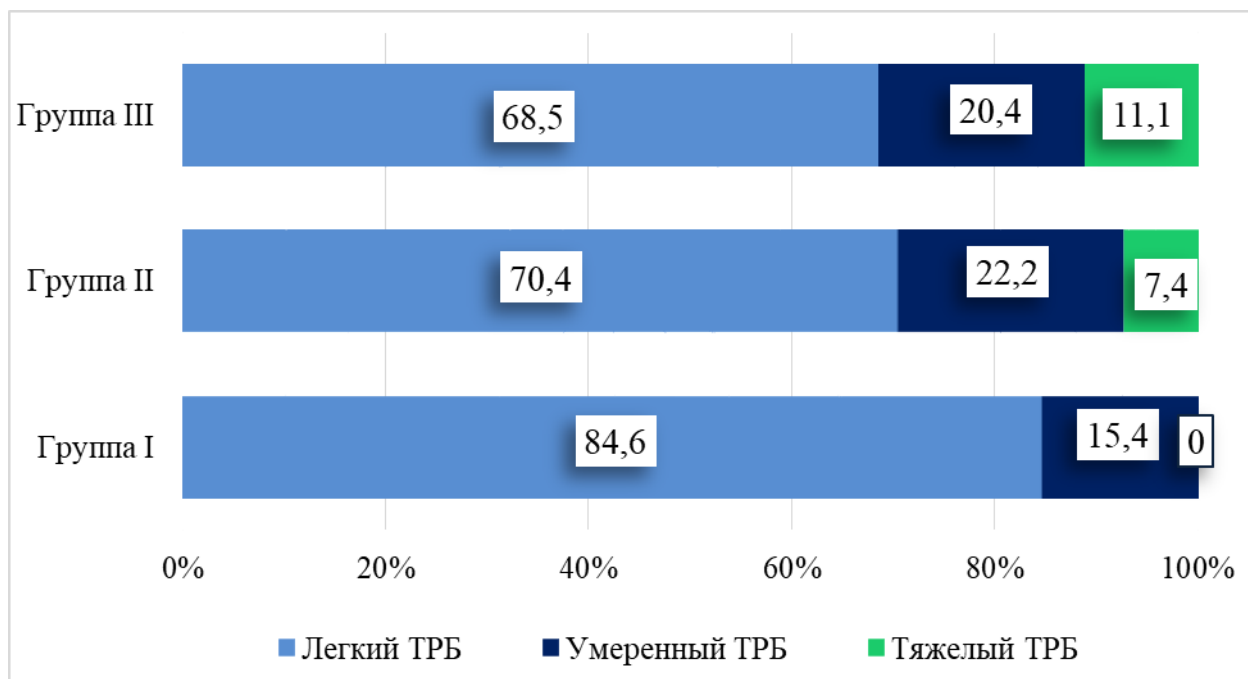
Больные разделены на три группы: группа I (основная) (n=52) – терапия ТРБ основывалась на применении имбиря (250 мг четыре раза в день), группа II (n=54) – лечебная тактика основывалась на использовании пиридоксина (40 мг два раза в день), группа III (n=54) – в качестве основной терапии использованы противорвотные средства (метоклопрамид).

При отслеживании динамики клинических изменений на вторые, четвертые и шестые сутки было отмечено, что каждый из способов лечения в какой-то степени привел к снижению показателя PUQE-24 (табл. 1).

Однако, в основной группе пациентов, получавших имбирь, выявлены значительно более низкие показатели PUQE-24 по сравнению с пациентами групп сравнения, т.е. по положительному влиянию на показатель PUQE-24 имбирь был эффективнее, чем пиридоксин и метоклопрамид. В основной

группе к легкой ТРБ были отнесены 44 (84,6%) женщины, к умеренной – 8 (15,4%), больных тяжелой степенью ТРБ в данной группе не наблюдалось.

В сравнительной группе пациентов после терапии пиридоксином легкая ТРБ наблюдалась в 70,4% (n=38) случаев, 22,2% отнесены к умеренной ТРБ (n=12) и 7,4% (n=4) – к тяжелой.



**Рис. 3. Распределение пациентов по PUQE-24 после лечения на 6 сутки**

В группе беременных, получавших метоклопрамид, к окончанию исследования 37 (68,5%) больных имели легкую степень ТРБ, 11 (20,4%) – средней тяжести и 6 (11,1%) – тяжелую степень (рис. 3).

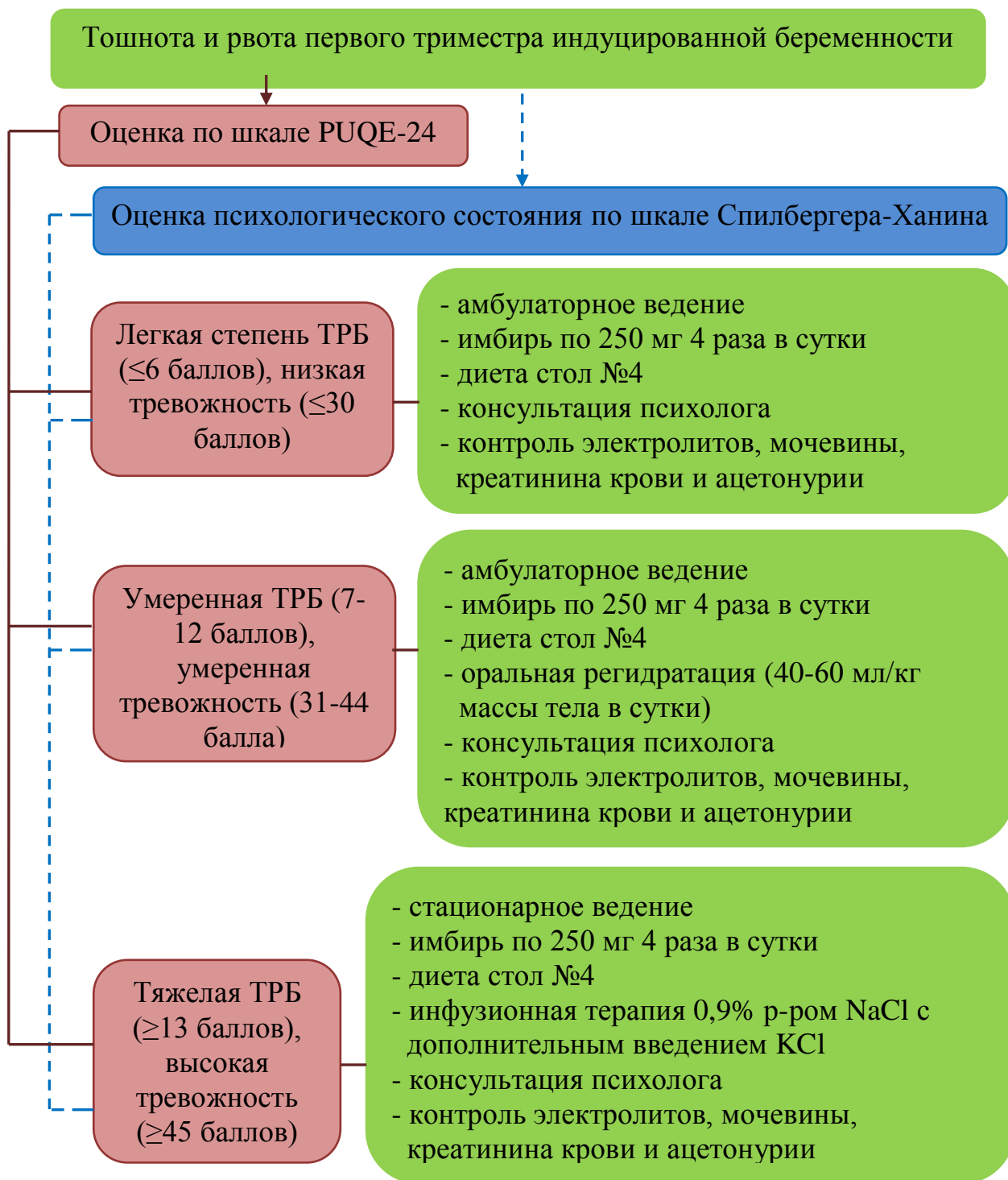
При анализе динамики изменений периферической крови выявлено, что после лечения у женщин сравниваемых групп незначительно изменились показатели гемоглобина и эритроцитов. Также, в группах сравнения наблюдалось недостоверное снижение гематокрита с  $41,1 \pm 0,7\%$  до  $39,5 \pm 0,9\%$  в группе пиридоксина и с  $41,1 \pm 0,6\%$  до  $40,5 \pm 0,9\%$  – в группе метоклопрамида, в отличие от основной группы, где гематокрит достоверно снизился с  $41,4 \pm 0,8\%$  до  $35,3 \pm 0,9\%$  ( $P < 0,05$ ).

В основной группе и группе пиридоксина отмечалось некоторое повышение уровня общего белка плазмы с  $56,8 \pm 1,5$  г/л до  $67,2 \pm 1,7$  г/л, и с  $57,8 \pm 1,6$  г/л до  $61,2 \pm 1,4$  г/л соответственно ( $P < 0,05$ ).

После лечения снижение общего билирубина отмечено во всех исследуемых группах. Однако достоверно нормализация содержания билирубина наблюдалась у беременных основной группы (с  $22,4 \pm 0,9$  мкмоль/л до  $13,4 \pm 0,6$  мкмоль/л,  $P < 0,01$ ). Также отмечается снижение содержания мочевины и креатинина, однако, в большой степени выражено у беременных с применением имбиря.

После лечения уровень калия в основной и первой группе сравнения достоверно повысился с  $3,52 \pm 0,14$  ммоль/л до  $4,56 \pm 0,07$  ммоль/л ( $P < 0,05$ ) и с  $3,58 \pm 0,2$  ммоль/л до  $4,2 \pm 0,2$  ммоль/л ( $P < 0,05$ ) соответственно.

Уровень хлора после лечения в основной группе повысился с  $86,3 \pm 3,4$  ммоль/л до  $100,1 \pm 2,6$  ммоль/л ( $P < 0,05$ ), в группах сравнения – с  $85,8 \pm 2,5$  ммоль/л до  $97,9 \pm 2,2$  ммоль/л и с  $85,4 \pm 2,4$  ммоль/л до  $96,7 \pm 2,1$  ммоль/л соответственно ( $P < 0,05$ ).



**Рис. 4. Алгоритм выбора лечебной тактики при тошноте и рвоте первого триместра индуцированной беременности**

Сравнительное изучение результатов лечения ТРБ показало все преимущества и недостатки каждого метода, что в конечном итоге позволило разработать алгоритм лечебно-диагностической тактики ТРБ первого триместра (рис. 4).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В структуре эндокринного женского бесплодия, на долю гипогонадотропной яичниковой недостаточности приходится 64,0%, гиподисфункция щитовидной железы имеет место в 38,9%, гиперандрогения – в 31,5% и гиперпролактинемия – в 25,9% случаях. У 51,2% пациенток наблюдается сочетание нескольких этиологических факторов.

2. Распространенность тревожно-депрессивных состояний среди женщин с эндокринным бесплодием составляет 52,7%. Как следствие, 46% пациенток с первичным бесплодием и 80,6% со вторичным бесплодием нуждаются в специализированных консультациях психолога и/или психотерапевта.

3. Исследование психоэмоционального состояния женщин с ТРБ выявило, что у 44,8% из них, наблюдается высокий уровень личностной тревожности, а в 72,2% отмечается подъем уровня ситуативной тревожности, которые возникают как следствие эмоциональной реакции на раннюю диспепсию. Следует отметить, что независимо от степени тяжести ТРБ при индуцированной беременности, 87,7% женщин отмечают чувство напряженности и тревоги прерывания беременности.

4. В определении степени тяжести ТРБ вариантом выбора является использование специальной шкалы PUQE-24, согласно которой умеренная ТРБ регистрируется в 43,7% случаях индуцированной беременности (против 58,9% при физиологической беременности), а частота тяжелой степени ТРБ составляет 38,9% (против 17,5% при физиологической беременности).

5. ТРБ у женщин с индуцированной беременностью характеризуется более тяжелой симптоматикой и такими особенностями, как появление продолжительной тошноты, ежедневно в одно и то же время, что отмечается в 69,6% случаях и частыми позывами на рвоту в течение дня – в 72,6% случаях.

6. Применение *Zingiber officinale* (лекарственного имбиря) в комплексе с оральной гидратацией в основной группе женщин с ТРБ привело к значительному снижению показателя PUQE-24 по сравнению с женщинами в группах сравнения. Так, в основной группе после курса лечения не наблюдалось пациенток с тяжелой степенью ТРБ, умеренная ТРБ имело место в 15,4% случаях (против 22,2% и 20,4% в группах пиридоксина и метоклопрамида соответственно), легкая ТРБ – у 84,6% женщин, что достоверно было больше, чем в группах сравнения (70,4% и 68,5% в группах пиридоксина и метоклопрамида соответственно).

7. Разработанный и внедренный в клиническую практику комплексный подход к лечению ТРБ первого триместра индуцированной беременности позволяет снизить тяжесть и частоту симптоматики ТРБ, а также получить хорошие результаты с минимизацией побочных эффектов для матери и плода.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.27.06.2017.Tib.29.01 AWARDING  
SCIENTIFIC DEGREES AT TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL  
INSTITUTE**

---

**TASHKENT INSTITUTE FOR POST-GRADUATE MEDICAL  
EDUCATION**

**VOITOVA GAVKHAR ALISHEROVNA**

**FEATURES OF THE FIRST TRIMESTER OF INDUCED PREGNANCY  
AND THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF WOMEN WITH A  
HISTORY OF INFERTILITY**

**14.00.01 – Obstetrics and gynecology**

**ABSTRACT OF DISSERTATION OF DOCTOR OF  
PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

**TASHKENT - 2019**

**Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the №B2017.2.PhD/Tib186.**

The dissertation carried out at the Tashkent institute for post-graduate medical education  
Abstract of the dissertation is available in two languages (Uzbek, Russian and English (abstract))  
on the web page of the Scientific Council (www.rscs.uz) and Informational and Educational Portal  
«Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

<b>Research supervisor:</b>	<b>Asatova Munira Miryusupovna</b> doctor of medicine, professor
<b>Official opponents:</b>	<b>Kattahodjayeva Mahmuda Hamdamovna</b> doctor of medicine, professor <b>Ayupova Farida Mirzayevna</b> doctor of medicine, professor
<b>Leading organization:</b>	<b>Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Obstetrics and Gynecology</b>

The defense will be take place on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 at \_\_\_ o'clock at the meeting of the scientific council DSc.27.06.2017.Tib.29.01 at Tashkent Pediatric Medical Institute (Address: 223 Bogishamol str., Yunusabad district, 100140 Tashkent. Tel./Fax (+99871) 262-33-14), e-mail: mail@tashpmi.uz)

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Tashkent Pediatric Medical Institute (registered under No.\_\_\_\_). Address: 223 Bogishamol str., Yunusabad district, 100140 Tashkent. Tel./Fax (+99871) 262-33-14.

Abstract of the dissertation sent out on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019.  
(mailing report № \_\_\_ of \_\_\_\_\_ 2019).

**A.V.Alimov**  
Chairman of the scientific council to award of scientific  
degrees, doctor of medicine, professor,

**E.A. Shamansurov**  
Scientific secretary of the scientific council to award of  
scientific degrees, doctor of medicine, professor

**DI. Akhmedov**  
Chairman of the scientific seminar at the scientific  
council to award a scientific degrees  
doctor of medicine, professor



## INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

**The aim of the research work** is to optimizing of management of the first trimester of induced pregnancy, taking into account the psycho-emotional state of women with infertility history.

**Research objectives** were 375 women with endocrine infertility and 305 pregnant women after medical induction of ovulation, which were observed in the Tashkent city perinatal center from 2009 to 2017.

**The scientific novelty of the research consists of the followings:**

developed that a psychological stress degree of women with infertility can predict the clinical course of induced pregnancy and serves as an argument for early psychological counseling before the gestational complications;

in a comparative aspect, the value was determined and the feasibility and effectiveness of using drugs based on *Zingiber officinal* (medicinal ginger) for nausea and vomiting of the first trimester induced pregnancy was assessed;

it has been proven that the use of early counseling by a psychologist of women with infertility and induced pregnancy is accompanied by a low incidence of the first gestational period complications and, as a result, can significantly affect the favorable course and outcome of the entire pregnancy;

developed and proposed an algorithm for the diagnostic and treatment tactics of induced pregnancy nausea and vomiting, inclusive of psycho-emotional characteristics of women with infertility.

**Introduction of the research results.** According to the results of a scientific study to improve the results of management of women with induced pregnancy with infertility in history:

methodological recommendations “clinical course and tactics of managing nausea and vomiting in the first trimester of induced pregnancy” have been developed (reference No. 8n-p/189 dated May 15, 2019 of the Ministry of Health). The proposed recommendations have improved the first trimester of pregnancy in women with induced pregnancy, by reducing nausea and vomiting and the frequency of early toxicosis.

a program for the selection of treatment tactics for nausea and vomiting of the first trimester of induced pregnancy was developed (reference No. 8n-p/189 dated May 15, 2019 of the Ministry of Health). The proposed algorithm allowed to optimize a differentiated approach to the management of induced pregnancy of the first trimester;

the obtained scientific results on improving the results of conducting women with induced pregnancy with infertility in history were introduced into the practice of health care, in particular, in the Tashkent city perinatal center, in Takshentsky regional perinatal center (reference No. 8n-p/189 dated May 15, 2019 of the Ministry of Health). The results of the study allowed to improve the quality of diagnosis of complications, optimize the tactics of conducting the first trimester of induced pregnancy in women with infertility in history, taking into account their psycho-emotional status, reduce the frequency and severity of early nausea and vomiting.

**Structure and scope of the dissertation.** The thesis consists of an introduction, five chapters, conclusion, practical recommendations and a list of references. The volume of text material is 120 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; part I)**

1. Воитова Г.А. Особенности течения беременности у женщин с проявлениями тошноты и рвоты. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. 2012; 16(3-4): 103-107. (14.00.00, №1)

2. Асатова М.М., Хегай О.А., Воитова Г.А. Особенности функционального состояния яичниковой и тиреоидной системы у женщин с бесплодием. // Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. №3.2013-А. С.68-69. (14.00.00, №13)

3. Асатова М.М., Саидазовой Ш.Ш., Воитова Г.А. Особенности психоэмоционального состояния у женщин с бесплодием // Журнал Теоретической и Клинической медицины. 2019г. №4. С.108-113 (14.00.00, №4)

4. Asatova MM, Saidazova ShSh, and Voitova GA. Features of the Psychoemotional Condition of Women with Induced Pregnancy. // J. Life Sci. Biomed. 2019, 9(1): 01-04 (№5, Global Impact Factor 0,876).

5. Asatova MM, Voitova GA. Comparative study of the effectiveness of ginger for the treatment of nausea and vomiting in induced pregnancy. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2019, 10(1): 26-33. DOI: 10.12691/ajmsm-6-2-5. (14.00.00, №2).

6. Асатова М.М., Хегай О.А., Насирова Г.У., Воитова Г.А. Факторы риска и патогенетические механизмы формирования ановуляторного бесплодия // Бюллетень ассоциация врачей Узбекистана. 2016г., №3. С.64-67 (14.00.00, №7)

**II бўлим (II часть; part II)**

7. Асатова М.М., Воитова Г.А., Саидазова Ш.Ш. Особенности клинического течения и тактика ведения тошноты и рвоты первого триместра индуцированной беременности. // Методические рекомендации, г.Ташкент. 2019. 36 стр.

8. Воитова Г.А., Асатова М.М. Программа для выбора лечебной тактики при тошноте и рвоте первого триместра индуцированной беременности: Патент №DGU 02375. 25/01/2019.

9. Воитова Г.А. Сравнительный анализ клинического течения тошноты и рвоты индуцированной беременности. // Proceedings of the Third International Conference of European Academy of Science. December 20-30, 2018, Bonn, Germany. 61-62.

10. Воитова Г.А. Особенности течения ранних сроков индуцированной беременности (обзор литературы). /Сборник статей в рамках Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической

медицины» г. Шымкент, 19 января 2019 г.// Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии. № 1 (85), 2019; С. 70-73.

11. Воитова Г.А., Асатова М.М. Значение определения психо-эмоционального состояния в лечении женского бесплодия. Тезисы V Общероссийской конференции «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству». г. Санкт-Петербург, 7-9 февраля 2019, стр. 41-42.

12. Воитова Г.А., Асатова М.М. Клинические особенности течения тошноты и рвоты первого триместра индуцированной беременности. Тезисы V Общероссийской конференции «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству». г. Санкт-Петербург, 7-9 февраля 2019, стр. 42-43.

13. Асатова М.М., Джалалов Д.У., Воитова Г.А. Терапия при тошноте и рвоте у беременных. Сборник тезисов. Национальная модель охраны здоровья материнства и детства в Узбекистане: «Здоровая мать – здоровый ребенок». Ташкент, 25-26 ноября, 2011 г. С 29.

14. Воитова Г.А. Сравнительный анализ клинического течения тошноты и рвоты индуцированной беременности. Proceedings of the Third International Conference of European Academy of Science. Bonn, Germany. December 20-30, 2018; 61-62.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди

Босишга рухсат этилди: . .2019 йил  
Бичими 60x45 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>, «Times New Roman»  
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.  
Шартли босма табағи 5. Адади: 100. Буюртма: № \_\_\_\_\_.

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси,  
100197, Тошкент, Интизор кўчаси, 68

АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»  
Давлат унитар корхонасида чоп этилди