

SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
FARG'ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

«TASDIQLAYMAN»
Sog'liqni saqlash vazirligi
Ilmiy texnik kengashi raisi
_____ **Sh.K.Atadjanov**
«____» _____ **2024 y.**

ISROILOVA GULSANAM MUXTORJON QIZI

HOMILADORLIK VAQTIDA QIN DISBIOZINI O'RGANISH VA
DAVOLASH PRINSIPLARINI ISHLAB CHIQISH

(Monografiya)

Farg'ona 2024

Ishlab chiqaruvchi tashkilot: **Farg‘ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti (FJSTI)**

Monografiyada homiladorlik davrida qin disbiozining epidemiologiyasi, patogenezi va klinik ifodalanish xususiyatlari chuqur o‘rganilib, davolash prinsiplarini takomillashtirish bo‘yicha ilmiy asoslangan yondashuvlar ishlab chiqilgan. Tadqiqotda homilador ayollarda mikrobial muvozanatning buzilishi, immun-biologik omillar va gormonal o‘zgarishlar bilan bog‘liq xatarlarga e‘tibor qaratiladi. Klinik amaliyotda diagnostika mezonlarini aniq belgilash va davolashda zamonaviy, xavfsiz va samaradorlikka ega preparatlarni qo‘llash bo‘yicha tavsiyalar beriladi. Monografiyada profilaktik chora-tadbirlar, ozuqaviy parhez, gigiyenik ko‘rsatmalar va mikroflora holatini barqarorlashtirishga yordam beradigan terapevtik strategiyalar taklif etiladi. Mazkur asar, obstetrik va ginekologik amaliyotda qin disbiozi bilan bog‘liq asoratlarni kamaytirish, homiladorlik davrida ayollar va tug‘ilajak chaqaloqlar salomatligini yaxshilashda muhim metodologik asos yaratadi hamda nazariy bazani kengaytiradi.

Mualliflar:

ISROILOVA G.M. Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot institute Akusherlik va ginekologiya kafedrası stajor o‘qituvchisi

Taqrizchilar:

Tashqi taqrizshi:

Axmadjonova G.M – ADTI “2-akusherlik va ginekologiya” kafedrası professori, t.f.d.

Ishki taqrizshi:

M.E. Suyarkulova – FJSTI “ akusherlik va ginekologiya” kafedrası mudiri: Phd; Dotsent

MUNDARIJA

Qisqartmalar ro'yhati.....	4
Kirish.....	5
I Bob. Adabiyotlar tavsiloti. Homiladorlik vaqtida qin disbiozi o'rganish va davolash prinsiplarini ishlab chiqish	8
1.1 Homiladorlik vaqtida qin disbiozini etiopatogenezi	8
1.2 Homiladorlik vaqtida qin disbiozini tekshirish usullari	18
1.3 Homiladorlik vaqtida qin disbiozi davolash va oldini olish usullari.....	22
II Bob. Materiallar va ularning tekshiruv usullari.....	28
2.1 Tekshiruv materiallari.....	28
2.2. Tekshiruv usullari ma'lumotlari.....	31
2.3 Tekshiruv statistik qayta ishlash.....	49
III Bob. Xususiy tekshiruv natijalari.....	46
3.1 Retrospektiv tahlil natijalari.....	50
3.2 Prospektiv tahlil natijalari.....	57
Xotima.....	68
Xulosalar.....	71
Amaliy ahamiyati.....	72
Adabiyotlar ro'yhati.....	74

QISQARTMALAR RO'YHATI.

AFP – Alfa fetoprotein.

EKG - Elektrokardiografiya

IFA – Immunoferment analiz.

KTG- Kardiotokografiya.

MNS – Markaziy nerv sistemasi.

PIIP- Polimeraza zanjir reaksiyasi.

UTT – Ultratovush tekshiruvi.

TORCH **T** – Toxoplasmosis – Toksoplazmoz

O – Other – boshqalar .

R - Rubelle – Qizilcha .

C – Cytomegalia – Sitomegalovirus.

H – Herpes – Gerpes virusi.

KIRISH.

O'zbekiston Respublikasi prezidentining xarakatlar strategiyasi xaqidagi farmonining to'rtinchi yo'nalishi ijtimoiy soxani rivojlantirishga qaratilgan bo'lib, ijtimoiy ximoya va sog'liqni saqlash tizimini takomillashtirish biz tibbiyot xodimlarining asosiy ustuvor yo'nalishlarimizdan biridir. Xozirgi kunda tibbiyotning barcha soxalarida yuqori sifatli xizmat ko'rsatilmoqda. Shu o'rinda akusherlik va ginekologiya soxasida xam bir qator yutuqlarga erishilmoqda. Biroq, keying yillarda xomila ichi infeksiyasi natijasida kelib chiquvchi kasalliklar va ularning asoratlari uchrashi ko'p kuzatilmoqda, ijtimoy va iqtisodiy muhim kasalliklar qatoriga kirmoqda.

So'nggi yillarda homiladorlik vaqtida qin disbiozi (QD) keng tarqalgan reproduktiv kasallik sifatida zamonaviy akusherlik va ginekologiyaning eng dolzarb muammolaridan biriga aylandi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, "...qin disbiozi akusherlik va perinatologiya muammolaridan biri bo'lib, yuzaga kelish chastotasining yuqori darajasi bilan tavsiflanadi - 65,3%" . Alohida e'tibor homiladorlik vaqtida qin disbiozi spektriga qaratiladi "... perinatal strukturasida QD 27,2% virusli etiologiyali, 26,3% aralash etiologiyali va 17,5% bakterial etiologiyali" . Homiladorlik vaqtida qin disbiozi bo'lgan xomilador ayollarda xomiladorlik asoratlarning yuqori tarqalishi, o'z navbatida, kasallikning erta tashxisini va prognozini yaxshilashni talab qiladi.

Butun dunyoda akusherlik va ginekologik kasalliklarni, jumladan, reproduktiv yoshdagi ayollar mehnatining buzilishi, homiladorlik vaqtida qin disbiozi va uning asoratlarini erta aniqlash, davolash va oldini olish usullarini takomillashtirishga qaratilgan ilmiy izlanishlarga alohida e'tibor qaratilmoqda. Shu munosabat bilan xomilador ayollarda qin disbiozi rivojlanishini aniqlash, xomiladorlik va xomila rivojlanish jarayoni, onadan bolaga infektsiyani yuqish sabablari, jinsiy yo'l mikrobiotsenozining ta'sirini aniqlash, angiogenez ta'siri. xomilador ayollarda platsenta etishmovchiligi ko'rsatkichlari, platsenta va xomila membranalari yallig'lanishining morfologik belgilarini, shuningdek, to'qimalarda

distrofik va destruktiv o'zgarishlarni aniqlash, klinik, biokimyoviy va immunologik ko'rsatkichlardagi o'zgarishlarni aniqlash ilmiy tadqiqotning ustuvor yo'nalishi hisoblanadi. tadqiqot. Xomilador ayollarda qin disbiozi va uning asoratlarni erta tashxislash, yangi xavfsiz davolash usullarini izlash va oqilona davolash va profilaktika choralarini ishlab chiqish tibbiyot xodimlari oldida turgan eng dolzarb muammolardan biridir.

Mamlakatimizda aholini ijtimoiy himoya qilish, sog'liqni saqlash tizimini, ayniqsa, onalik va bolalikni muhofaza qilish tizimini takomillashtirishga alohida e'tibor qaratilmoqda. 2017-2021-yillarda "O'zbekiston Respublikasi aholisiga ixtisoslashtirilgan va tibbiy yordam ko'rsatishni yanada rivojlantirish bo'yicha kompleks chora-tadbirlarda. ulardan foydalanish imkoniyatlarini kengaytirish, ularga ixtisoslashtirilgan va yuqori texnologiyali tibbiy yordam ko'rsatish" vazifalari belgilab berildi. Xususan, aholiga tibbiy xizmat ko'rsatish sifatini yangi bosqichga ko'tarish maqsadida reproduktiv yoshdagi ayollarda xomila ichi infeksiyasi diagnostikasi va davolashning yuqori zamonaviy usullarini ishlab chiqish muhim ahamiyat kasb etadi.

Tadqiqotning respublika fan va texnologiyalari rivojlanishining ustuvor yo'nalishlariga bog'liqligi. Mazkur tadqiqot respublika fan va texnologiyalar rivojlanishining VI «Tibbiyot va farmakologiya» ustuvor yo'nalishlariga muvofiq bajarilgan.

Muommoning o'rganilganlik darajasi. Hozirgi kunda homiladorlik vaqtida qin disbiozi muammosiga katta e'tibor berilmoqda (Deorari A.K., 2010). Ko'pgina tadqiqotlar va nashr etilgan ilmiy tadqiqotlarga qaramay, xomiladorlik davrida QD tarqalishi, xomilaning uning fonida rivojlanishi va infeksiyani onadan xomilaga o'tkazish ehtimoli haqida umumiy tushuncha mavjud emas (Fowler K.W., 2012). Xomila ichi infeksiyasi reproduktiv yo'qotishlar chastotasida etakchi rol o'ynaydi va xomilada anomaliyalarning rivojlanishiga, yuqumli kasalliklarga, og'irlashgan somatik holatga va sog'lom bola tug'ilishida tug'ruqdan keyingi hayotda infeksiyaning klinik ko'rinishiga bevosita ta'sir qiladi (Graham C.H., 2014; Kouba S., 2015).

G.A.Samsigin (2010) ma'lumotlariga ko'ra, so'nggi 5 yil ichida ushbu patologiyaning chastotasi ikki baravardan ko'proq, ya'ni 10% dan 25% gacha. Homiladorlik vaqtida qin disbiozida perinatal yo'qotishlarning eng yuqori chastotasi 10-15% hollarda xomilada konjenital anomaliyalarning rivojlanishi, 40-60% hollarda - konjenital anomaliyalar va platsenta etishmovchiligi bilan bog'liq. Erta neonatal kasalliklar tizimida HII 40-53% ni tashkil qiladi va ikkinchi o'rinni egallaydi (Radzinsky E.R., 2005; Makarov O.V., 2007; Krivchik G.V., 2008; Fowler K.V., 2012). Homiladorlik vaqtida qin disbiozi zamonaviy akusherlik va perinatologiyaning eng muhim tibbiy va ijtimoiy muammolaridan biridir (Nazhmudinova D.K., 2011). Noqulay perinatal oqibatlariga olib keladigan sabablar tarkibida xomila shikastlanishi, onalar o'limi va bakterial va virusli kasalliklarning yuqori ulushi bilan xomilador, tug'ruq va tug'ruq davridagi ayollarning yuqori darajasi ushbu muammoning dolzarbligini ko'rsatadi (Ayupova F.M., 2010). . To'liq tarix ayolga uning infeksiyasi ni baholashga imkon berishi mumkin, ammo bu xomilalik rivojlanish davrida infektsiyani bashorat qilishdan boshqa narsa emas. Shuningdek, xomiladorlik vaqtida qin disbiozi tashxisida platsentaning patomorfologik tekshiruvi har doim ham etarli ma'lumot bermaydi. Funktsional diagnostikaning barcha usullari xomila va FPC holatining yomonlashuvini aniqlashga imkon beradi. CTGda aniqlangan anomaliyalar xomila infektsiyalanganida yaxshi ma'lumot beradi, deb ishoniladi. Biroq, hatto ultratovush, CTG, dopplerometriya, shuningdek, amniotik suyuqlikning shaffofligi va tug'ilishda Apgar ballining 7 yoki undan yuqori bo'lishi xomila ichi infeksiyasi xavfini istisno qilmaydi (Asranqulova D.B., 2008).

Yuqorida sanab o'tilgan barcha faktlar homiladorlik vaqtida qin disbiozi xavfi yuqori bo'lgan xomilador ayollarning holatini kuzatish, asoratlarni oldini olish va terapevtik choralarni ishlab chiqish kabi muammolarning dolzarbligi va ustuvorligini belgilaydi.

I BOB

XOMILADORLIK VAQTIDA QIN DISBIOZINI O'RGANISH

VA DAVOLASH PRINSIPLARINI ISHLAB CHIQUISH.

(ADABIYOTLAR TAVSILOTI)

1.1 Homiladorlik vaqtida qin disbiozini rivojlanishi etipatogenezi.

Bakterial vaginoz yoki qin disbiozi – bu laktofloraning pasayishi va qinda opportunistik grammusbat anaerob mikroorganizmlarning ko'payishi bilan tavsiflangan qin mikrobiosenozi buzilishi bilan bog'liq bo'lgan polimikrobl yallig'lanishsiz sindrom (Makarov I. O., Borovikova E. I., 2017).

Homilador bo'lmagan ayollarda bakterial vaginoz bilan kasallanish 17-37,7% ni, homilador ayollarda esa 37% ga tashkil etadi. Homilador ayollar orasida bakterial vaginoz 45,45% , aralash floral vaginit 27% va surunkali vulvovaginal kandidoz 31,65% hollarda aniqlangan. [2,4,13]

Vaginal mikrofloralar patogen mikroorganizmlardan eng muhim to'siq va himoya vazifasini bajarib, bir nechta mexanizmlar yordamida qarshilik qiladi: [2,4]

1. Patogen mikroorganizmlarning o'sishi uchun noqulay sharoitlarni yaratish. Masalan, sut kislotasi doderlein mikroflorasi ozuqa manbai sifatida vaginal glikogendan foydalanadi, uni fermentatsiya orqali sut kislotasiga aylantiradi.
2. Patogen mikroorganizmlarning rivojlanishini qarshilik qiluvchi moddalar ishlab chiqarish orqali o'sishini cheklaydi. Bunda sog'lom mikroflorasida laktobakteriyalar mavjud bo'lib, ular turlarga qarab vodorod periksni (H_2O_2) ishlab chiqarishi mumkin, bu katalazani sintez qilmaydigan patogen bakteriyalarni yo'q qilishga yordam beradigan metabolik faol birikma.

3. Bakteriotsinlar va shunga o'xshash moddalar. Vaginal laktobakteriyalar bakteriotsinlarni ham sintez qilib, bakteriyalarning ko'payishiga to'sqinlik qiluvchi oqsillar sanaladi.

Normal qin biotsenoz ko'rsatkichlari quyudagilar o'z ichiga oladi [7,10,22]:

Jadval 1.

Doimiy vaginal mikroflora 95%	Tranzitor vaginal mikroflora 5%
Lactobacillus spp L. acidophilus, L. brevis, L. jensenii, L. casei, L. leishmania, L. plantarum	Staphylococcus spp. Corynebacterium spp. Bacteroides – Prevotelle spp. Micrococcus spp. M. hominus. G. vaginalis.

Vaginal biotsenozda etakchi o'rin mikroaerofil laktobakteriyalarga tegishli bo'lib. vaginal biotopning kolonizatsiya qarshiligini ta'minlaydigan asosiy mexanizm laktobakteriyalarning kislota hosil qilish qobiliyatidir. Sut kislotasi vaginal epiteliyni laktobakteriyalar bilan yo'q qilish jarayonida hosil bo'ladi va bakteriyalarning ko'payishiga to'sqinlik qiladigan tarkibning pH kislotali reaksiyasini (N 3,8–4,5) aniqlaydi. [19,32]

Normal sharoitlarda ayollar qin ajralmalari oq rangli, qaymoqsimon konsistentsiyali, nordon reaksiyaga (pH-4,5-5,5) ega bo'ladi. Ular 3 ta tarkibiy qismdan iborat: ko'chib tushgan yassi epiteliylar, mikroblar va transsudat. Normal

ko'rsatkichlarda bitta-ikkita epiteliy hujayralari aniqlanadi, mikroflorasi Dederleyn tayoqchalaridan iborat. [11,14]

Normal qin surtmasida mikroorganizmlarning ma'lum miqdoriy va sifat nisbati norma hisoblanadi: taxminan 95% laktobakteriyalar, taxminan 4% bifidobakteriyalar va 1% dan kamrog'i Candida, ureaplasma va boshqa bakteriyalarning opportunistik zamburug'lari tashkil qiladi. [19]

Homilador ayol tanasiga turli xil salbiy tashqi ta'sirlar tufayli vaginada uning patogen mikroorganizmlar tomonidan kolonizatsiya qilinishiga qarshilik kamayadi.

Vaginal mikroflorasiga ta'sir qiluvchi ekzogen omillar [4,13,27]

- Laktobakteriyalarning konsentratsiyasi.
- Keng spektrli antibiotiklar.
- Kontratseptiv vositalar (ayniqsa spermitsidlar).
- Gormonal o'zgarishlar. (Stress)
- Shaxsiy gigienaning buzilishi.
- Qin, bachadon ichidagi begona jismlar (tamponlar, spiral).
- Anatomik deformatsiyalar, jarrohlik aralashuvlar.

Vaginal mikrofloraning o'zgarishiga ta'sir qiluvchi endogen omillar [4,13,27]

- Gormonal o'zgarishlar (balog'at yoshi, homiladorlik, abort, menopauza, endokrin kasalliklar).
- Surunkali kasalliklar, shikastlanishlar, operatsiyalar, anemiya, gipovitaminoz tufayli tananing himoya kuchlarining zaiflashishi.
- Oshqozon-ichak traktining mikroflorasini o'zgartirish (bakterial vaginoz bilan bog'liq mikroorganizmlar).

Doktor Ketrin Azulau (2016) ta'kidlashicha [9], qin disbioz paydo bo'lishining multifaktoriyasi qin biosinoz – lakto - va bifidobakteriyalarning "asosi" har qanday salbiy ta'sirlarga chidamli emasligining yorqin isboti bo'lib xizmat qiladi. Qin mikrofloraning muvozanati laktobakteriyalarning ozuqaviy substrat sifatida to'g'ri miqdorda glikogen (qatlamli epiteliyning hujayralaridan) bilan

ta'minlanganligi bilan bog'liq. Bu laktobakteriyalarning ko'pligi va ularning ko'payishi uchun qulay sharoitlar qin biotopning kolonizatsiya qarshiligining asosi bo'lib xizmat qiladi. Agar laktobakteriyalar populyatsiyasi ozuqaviy substratga ega bo'lmasa, etarli miqdorda vodorod peroksid chiqarilmaydi, bu kislotali muhitning cheklovchi ta'sirisiz mikroorganizmlar faollashadi va intensiv ravishda ko'payishni boshlaydi. Shunday qilib, bakterial vaginoz rivojlanadi va bachadon bo'shlig'ining yuqoriga ko'tarilishi xavfi bilan servitsit yuzaga keltiradi.[16,24]

Homiladorlik vaqtida qin disbiozi quyudagi infeksiyon kasalliklar keltirib chiqaruvchi qo'zg'atuvchilar kiradi: [8,32]

1. Bakterial tabiatli: Streptokokk, Stafilokokk, Listerioz, Sil, Zaxm,
2. Virus tabiatli: Qizilcha, Suvchechak, Sitomegalovirus , Enterovirus .
3. Parazitar tabiatli: Toksoplazmoz, Mikoplazmoz va boshqalar.

Perinatal infeksiyalarning etiologik omillar turli xil patogen hamda shartli patogen mikroorganizmlarni o'z ichiga oladi. Patogen mikroorganizmlar asosan gemofil va ko'k yiringli tayoqchalar, klebsiellalar, B guruhi streptokokklar, koagulazomanfiy stafilokokklar, enterokokklar, bakteroidlar, peptokokklar, peptosreptokokklar, kandida zamburug'lar va boshqalar ko'rinishida namoyon bo'ladi [5,12,18,31].

Ko'pincha homilador ayolarda infeksiyon yalig'lanish kasalliklari latent va subklinik shaklda kechadi. Homilador ayol organizmi gomeostaz buzulishlar (stress, O'RVI, sovg'otish va boshqalar) surunkali virusli infeksiyalar aktivlashuviga olib keladi. [24] Antibiotiklardan keng foydalangandan so'ng, qin mikroflorasida laktobakteriyalar kamayadi va mikrobiosenozning buzilishi bilan bir vaqtda immunitetning keskin pasayishi kuzatiladi.

Qin disbiozning eng keng tarqalgan ko'rinishlaridan biri bu bakterial vaginoz [7]. Bakterial vaginoz - bu qin biotopning disbiozi bilan bog'liq bo'lgan umumiy yuqumli yallig'lanishsiz sindrom bo'lib, majburiy va fakultativ anaerob shartli patogen

mikroorganizmlarning haddan tashqari yuqori konsentratsiyasi, shu jumladan *Gardnerella vaginalis* va sut kislotasi bakteriyalarining keskin kamayishi yoki yo'qligi bilan birga keladi [2]. Homiladorlik davrida vaqtinchalik va dinamik holatdir. Sog'lom homiladorlikda qin mikrobiotsenoz ko'p jihatdan homilador bo'lmagan ayollarnikiga o'xshaydi, ammo qinda laktobakteriyalarning tarqalishi yanada yuqori.

Homilador ayollar qin disbiyotik jarayonini shakllantirishda ishtirok etadigan sabablarning xilma-xilligidan quyidagilarni asosiy deb ajratish mumkin [5, 9-11]:

- 1) Vaginal tarkibning pH o'zgarishi (endogen va ekzogen sabablar);
- 2) Laktoflorada lizogeniyaning induksiyasi, bu natijada kolonizatsiyaning pasayishiga olib keladi.
- 3) umumiy va mahalliy immunitet tizimidagi buzilishlar.

Ekzogen genital yoki jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalardan urogenital xlamidiya (patogen – *Chlamydia trachomatis* a dan K gacha bo'lgan 15 serotip), urogenital *Trichomonas* (patogen – *Trichomonas vaginalis*) va neisserial infektsiya yoki gonoreya (patogen – *Neisseria gonorrhoeae*) endogen vaginal mikrofloraga ta'sir qilish nuqtai nazaridan ahamiyatli hisoblanadi. Ushbu genital infektsiyalarning qo'zg'atuvchilari ekzogen omillarning bir turi sifatida vaginal mikrobiosenozga nafaqat to'g'ridan-to'g'ri, balki bilvosita endokrin-immunitet mexanizmlari orqali ham ta'sir qilishi mumkin [11, 12]. Ushbu bosqichda virusli infektsiyaning (1 va 2 turdagi Herpes simplex virusi) qin disbiyozning shakllanishidagi roli, shuningdek uning faollashuviga mumkin bo'lgan ta'siri to'liq o'rganilmagan.

Gavrisheva N. A. va Antonova T. V. ga [23] ko'ra, vaginal disbakterioz deganda moslashish mexanizmlari, himoya va kompensatsion reaksiyalar defekti tufayli biotop mikroekologiyasining buzilishi natijasida kelib chiqqan bakterial mikrofloraning tarkibidagi doimiy miqdoriy va sifatiy o'zgarishlar tushuniladi.

Homilador ayollar qin disbioz bakterial mikrofloraning sifat va miqdoriy tarkibining buzilishini tavsiflaydi. Disbioz nafaqat bakterial mikrofloraga, balki

mikrobiosenozning boshqa vakillariga (zamburug'lar, viruslar, protozoa) tegishli kasalliklarni ham o'z ichiga oladi. Vaginal disbiyozning bir nechta variantlarini ajratish mumkin [1, 2, 15, 16]:

1. Anaerob disbioz – vaginal bakterial mikrofloradan faqat anaerob fakultativ opportunistik bakteriyalar ustunlik qiladi;
2. Aerob disbioz - vaginal bakterial mikrofloradan faqat aerob fakultativ bakteriyalar ustunlik qiladi;
3. Aralash disbioz- vaginal bakterial mikrofloradan ko'ra aerob va anaerob fakultativ bakteriyalar bir xil darajada ustunlik qiladi.

Homilador ayollar qin disbiyozning yana bir nechta variantlari (aralash disbioz variantlari) ajratish mumkin [6,17]:

- 1) Candida disbiozi (vulvovaginal kandidoz) – Candida zamburug' yetarli miqdordagi qin bakterial mikrofloraning fonida ustun bo'ldi;
- 2) Candida-bakterial disbioz – vaginal bakterial mikrofloraning 3 xil bo'lishi mumkin:
 - a) Candida -anaerob disbioz – Candida zamburug'larining va fakultativ anaerob bakterial mikrobiotaning qin mikrobiotadan ustunligi;
 - b) Candida -aerob disbioz-Candida zamburug'larining va aerob bakterial mikrobiotaning qin mikrobiotadan ustunligi;
 - c) Candida-anaerob-aerob disbioz – Candida zamburug'larining va fakultativ aerob va anaerob bakteriyalarning tarqalishi yuqori;

Homilador ayollar qin mikrobiotsenozning buzulishlaridan TORCH – infeksiyasi yetakchi o'rin egallaydi. TORCH infeksiyasi bu tug'ma infeksiyalarning klinik belgilarini yig'indisiga aytiladi. TORCH atamasini ilk bor 1971-yil Andre Namias fanga kiritdi. TORCH infeksiyasi har qanday yosh va jins odamlarga ta'sir qilishi mumkin, lekin faqat homilador ayollar va chaqaloqlarga nisbatan qo'llaniladigan atama hisoblanadi. [21,24]

TORCH infeksiyasi muhim xususiyatlaridan kasallik belgilari deyarli simptomsiz kechadi asosan homila rivojlanishi va homiladorlik kechishi zarar

keltiradi. TORCH infeksiyasi aniqlash eng aniq laborator tashxis usuli sanalib, bunda qonda immunoglobulinlar aniqlashga qaratilga. TORCH infeksiyasi qonda uzoq muddatga ba'zan butun umr davomida saqlanib qoladi va organizm immun tizim zaiflashganda namoyon bo'ladi. TORCH so'zi infeksiyalar ingliz tilidagi birinchi harfdan olingan so'zlar bo'lib, quyudagilar anglatadi: [32]

T – Toxoplasmosis (Toksoplazmoz)

O – Others (Boshqa infeksiyalar)

R – Rubellar (Qizilcha)

C – Cytomegalovirus (Sitomegalovirus)

H – Herpes simplex (Oddiy herpes virus)

Surunkali virus infeksiyalar orasidan oddiy herpes va sitomegalovirus 40-90% aholida uchrashi aniqlangan. [8] Mualliflar fikriga ko'ra, surunkali virusli infeksiyalar faollashuvi olib keluvchi sabablar turli xili stress omillari ta'sirida homilador ayol immin tizim zaiflashuvi kuzatiladi. [26]

Ko'pincha homilador ayolarda infeksiyon yalig'lanish kasalliklari latent va subklinik shaklda kechadi. Homilador ayol organizmi gomeostaz buzulishlar (stress, O'RVI, sovqotish va boshqalar) surunkali virusli infeksiyalar aktivlashuviga olib keladi. [24]

Homilador ayollarda qin mikrobiotsenozning buzilishi bilan bog'liq infeksiyon omil alohida e'tiborga loyiqdir. Homiladorlikni rejalashtirishdan oldin qin mikrobiotsenoz va ayol jinsiy tizimining yuqori va pastki bo'limlarining tarqalgan infeksiyalari oqibatlarini yetarlicha baholamaslik homiladorlikning noxush kechishi va hatto homila tushushiga olib kelishi mumkin. Homilador ayollarda qin mikrobiotsenoz patogen yallig'lanish jarayonlari natijasida homiladorlik ko'tara olmaslik 45%, ektopik homiladorlik 3% kuzatiladi.

1.2 Xomiladorlik vaqtida qin disbiozini diagnostik usullari.

Homilador ayollar qin disbioz tashxis usullari quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Ginekologik tekshiruv;
2. Laboratoriya usullari;
3. Instrumental usullar :

Ekzogen jinsiy infeksiyalarni (xlamidial, Trichomonas, neisserial) istisno qilish uchun zamonaviy diagnostika (laboratoriya) yondashuvlaridan foydalanish tavsiya etiladi. Homilador ayollarda ekzogen jinsiy infeksiyani tashxislash va davolash uchun ularning jinsiy sheriklarida ushbu tekshiruv, davolash profilaktik tadbirlar amalga oshirilishiga bog'liq sanaladi.

Qin disbiozining asosiy belgilari bu noxush (baliq) hidli va kulrang-oq, ba'zan yashil, ko'pikli genital ajralmalar kelish. Ayollarning 50% qichishish, achishish va dizurik belgilar namoyon bo'ladi. Qorinning pastki qismida og'riq va 24% hollarda hech qanday klinik belgilar kuzatilmaydi. [19,21,27]

Zamonaviy diagnostika usullar orqali surunkali infeksiyon qo'zg'atuvchilarini tashxislash maqsadida kompleksli klinik laborator tekshiruv usullari etaplar bo'yicha homilador va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda amalga oshiriladi.

Homilador ayollar surunkali infeksiyon qo'zga'tuvchilar oqibatida patologik buzulishlar prenatal diagnostika qilishdagi quyudagi tekshiruv usullar : [2,13,27]

1. Bilvosita tekshiruv usullari: akusher ginekolog, bakteriologik, serologik, bioximik, mediko genetik (sitogenetik, molekulyar, biologik)
2. Bevosita tekshiruv usullari invaziv va noinvaziv ko'rinishlarga farqlanadi:
 - a) Noinvaziv usullar: ultratovush tekshiruv, dopplerometriya, homila biofizik profil va boshqalar.

Birinchi etapda xavf guruhi homilador ayollar anamnez va umumiy klinik tekshiruv natijalari o'rganiladi. Ikkinchidan kompleksli skrining, laborator – diagnostik va instrumental tekshiruv usullari amalga oshiriladi. Keyingi etapda

ultrativush tekshiruv usullari orqali suvunkali infeksiyon omillar ta'sirida homiladorlik kechishi baholanadi (homila biofizik profil, dopplerometriya, fetometriya) [24,27].

Surunkali virusli infeksiyon kasalliklar ko'pincha simptomsiz kechishi va aniq klinik belgilari yangi tug'ilgan chaqaloq namoyon bo'lmasligi ushbu perinatal patologiyani zamonaviy klinik laborator diagnostik tekshiruv usullarisiz amalga oshirish imkon mavjud emas.

Homilador ayollarda qin mikrobiotsenozning buzilishi tashxislash asosan klinik laborator diagnostik usullardan o'z ichiga oladi. Klinik laborator tekshiruv usullari o'z navbatida ikki guruhga ajraladi bular bevosita usullar orqali biologik suyuqliklar va to'qimalardan mikroorganizmlar ajratilib o'rganiladi va bilvosita usul yordamida esa infeksiya tabiatiga mos allergen va antigenlar nisbatan spetsifik immun javob reaksiyalar aniqlanadi. [8]

Homilador ayollarda amalga oshirilgan bevosita tekshirish usullariga transabdominal amniotsentez yoki qondagi spetsifik antitana darajasini aniqlash uchun kordotsentez tekshiruvlar qo'llaniladi. Tashxislashning bilvosita usullariga servikal kanal, uretra va qindan qo'zg'atuvchi turini o'rganish maqsadida bakteriologik va bakterioskopik tekshiruvlarga surtmalar olish, bundan tashqari qondagi spetsifik antitanalar darajasini aniqlashga uchun serologik usullar qo'llaniladi.

Borovkova E.I (2015) fikricha, homilador ayollar surunkali virusli infeksiyon kasalliklar ko'p qismi subklinik shaklda kechishi tufayli antenatal davrda ushbu patologiya tashxis qo'yishda qiyinchiliklar tug'diradi.

Homilador ayollar keng qamrovli diagnostik tekshiruv usullar quyudagilar o'z ichiga oladi [17,23,26,27] :

1. Umumiy klinik va biokimyoviy qon, siydik tahlili standart ko'rsatkichlar asosida aniqlash.

2. Vaginal va amniotik suyuqlik zanjir polimeraza reaksiyasi metod yordamida TORCH- infeksiyasi patogen aniqlash.
3. Immunoferment analiz metod orqali qonda xlamidiya, mikoplazma, ureaplazma antitelalar aniqlash.
4. Bachadon bo'yi kanal, qin va siydik chiqarish kanal tarkibi bakteroskopik usullar yordamida tekshirish.
5. Homilador ayol venoz qon zardobi, homila kindik tizim qoni, amniotik suyuqlikda yallig'lanish qarshi sitokinlar darajasini aniqlash.
6. Homila, platsentar tizim va amniotik suyuqlik ultratovush diagnostik tekshirish.

Klinik laborator tekshiruv usullaridan so'ngi yillarda gormonal va fetoplotsentar kompleks oqsil sintezi funksiyasi (plasenta laktogen, progesteron, estriol, kortizol, a- fetoprotein, SPI, PPI2 va boshqalar) bioximik tekshiruv usullari fermentativ aktivligi (aspartat – aminotransferaza, alaminaminotransferaza, ishqoriy fosfataza) qo'llaniladi. [26]

Homilador ayollarda qin disbiozini tashxislash uchun quyudagi klinik laborator tekshiruvlar tayinlanadi [1,3,15]:

- 3(.) surtma - bu mikrofloraning sifat va miqdoriy tarkibini va qin disbiyozni aniqlash imkonini beruvchi mikroskopik tekshirish usulidir. Surtma namunasi uchun vagina va bachadon bo'yni, siydik yo'lidan ajralma olinadi.
- Polimeraza zanjiri reaksiyasi – sinov namunasi sifatida patogenlarning DNKsini aniqlaydigan laboratoriya tahlil usulidir. Odatda jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarni istisno qilish uchun foydalaniladi: qin disbiozda jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar uchrash xavfi yuqori bo'ladi.

Homila va fetoplotsentar kompleks holati baholash kardiomonitoring kuzatuvlar asosida amalga oshiriladi. Ulardan ultratovushli fetometriya, dopplerometriya , makro va mikro tekshiruvlar infeksiyalanish yuqori xavf guruhi homiladorlar amalga oshiriladi.[9,31]

Homiladorlik davrida tavsiya etiladigan tekshiruvlar: [17,23]

2-Jadval

Homiladorlik muddati	Diagnostic tekshiruv usullari
Homiladorlik erta muddati	Umumiy qon tahlili (gemogloblin, ECHT , leykositlar, limfositlar, eritrositlar), Umumiy siydik tahlili (Oqsil, leykositlar va eritrositlar) Qon bioximik tahlili (Qand, bilirubin, ALT, AST, mochevina, kreatinin), Qon guruhi va rezus faktor aniqlash, RW, HVB, HVC, OIV qon antigen tekshirish, Bachadon bo'yi surtma sitologik tahlil.
Homiladorlik 8- 16 haftasi	Xomila ultratovush tekshiruv va ko'rsatma asosan xorion biopsiyasi yoki amniosentez.
Homiladorlik 16–18 haftasi	Qonda Xorion gonadotropin estriol va a-fetoprotein darajasi aniqlash (Skrining tekshiruv)
Homiladorlik 26- 28 haftasi	Qonda gemogloblin va qand miqdor aniqlash, Siydik oqsil miqdori tekshirish, Dopplerografiya
Homiladorlik 28 haftalik	Rh (-) bo'lgan homiladorlar anti -kl- antitela titri tekshirish, immunoglobulin profilaktika qo'llash
Homiladorlik 32- 36 haftasi	Ultratovush tekshiruv, Kardiotokografiya, Dopplerografiya, homila biofizik profil, Qon gemogloblin tekshirish, Vaginal surtma bakteriologik tekshirish

Homilador ayollarning qin disbiozi buzulishlari tufayli ko'p miqdorda oqchil ajralishidan shikoyat qiladilar. Bu simptom so'zak, trixomoniaz va boshqalarda ko'pincha birinchi va uzoq vaqt davom qiladigan yagona simptom bo'lib hisoblanadi. Fiziologik sharoitlarda ham jinsiy a'zolar shilliq qavati namlanib turadi. Bachadon naylari sekretor hujayralari, bachadon tanasi va bo'yni shilliq qavati bezlari ushbu a'zolar ichki yuzalarini namlab turadigan sekretni kam miqdorda ishlab chiqaradi. Normal sharoitlarda bachadon bo'yni 24 soat davomida 0, 5-1 ml sekret ishlab chiqaradi. [1,3,17]

Qin surtmasini mikroskopik tekshirish bu bakterial vaginozni tashxislashning eng informatsion, ishonchli va arzon usuli hisoblanadi. Diagnostika uchun quyidagi qin surtmasida ko'rsatkichlar ta'kidlash kerak [15,26]:

- Laktobakteriyalar sonining kamayishi yoki yo'q bo'lib ketishi - har xil uzunlik va qalinlikdagi gramm-musbat tayoqchalar;
- Aralash mikrobial (laktobakteriyali bo'lmagan) flora miqdorining ko'payishi;
- Grammanfiy tayoqchalar va kokklar, xususan, Gardnerella, Mobiluncus va boshqa bakteriyalarning yopishishi tufayli noaniq yoki "nuqta" ko'rinadi.

Homilador ayollarning jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari natijasida qin shilliq qavati epiteliy hujayralari miqdori ortadi, leykotsitlar ko'p miqdorda, polimikrob flora bo'ladi. Mikroflora tavsifi, nordonlik titri va leykotsitlar miqdoriga ko'ra qin tozaligining 4 darajasi farqlanadi [3,9,16]:

- I. Tozalik darajasi: nordon reaksiyali (pH 4,0-4,5), epiteliy hujayralari va Dederleyn qin tayoqchalari mavjud.
- II. Tozalik darajasi: nordon reaksiya (Ph 5,0-5,5), qin tayoqchalari kam, vergul shaklidagi ko'p miqdordagi bakteriyalar, ko'p miqdordagi epiteliy hujayralari, leykotsitlar uchraydi.

III. Tozalik darajasi: kuchsiz ishqoriy reaksiyali (pH 6,0-6,5), qin tayoqchalari kam miqdorda, vergul shaklidagi mikroblar, streptokokklar, kokklar ko'p miqdorda, leykotsitlar soni ko'p bo'ladi.

IV. Tozalik darajasi: kuchsiz ishqoriy reaksiyali, qin tayoqchalari bo'lmaydi. Turli bakterial flora ustunlik qiladi, leykotsitlar ko'p miqdorda aniqlanadi.

Qin surtmasi Gramm usuli tomonidan bo'yalgan preparatlarni o'rganish natijalarini baholash uchun R. P. Nugent va boshqalar standart o'n ballli tizimni taklif qildilar [11, 30]. Ushbu mikrobiotsenozni baholash qin surtmasi turli xil bakterial morfotiplarni hisoblashga asoslangan. U bakterial vaginozning namoyon bo'lish darajasini aniqlash va baholash uchun 0 dan 10 gacha ball tizimiga va ularning kombinatsiyasiga asoslanadi:

A. - laktobakteriyalar - katta grammusbat tayoqchalar (*Lactobacillus acidophilus*);

B. - kichik gramm o'zgaruvchan va grammanfiy kokklar (*Gardnerella vaginalis* va *Bacteroides* spp.);

C. - egri gramm o'zgaruvchan rodlar (*Mobiluncus* spp.).

Qin surtmasi bunda Gramm bo'yicha bo'yaladi va aniqlangan morfotiplar soni yorug'lik mikroskopining immersion tizimi yordamida alohida hisoblanadi. Olingan ballar soni umumlashtiriladi ($A + B + C$), natijada xulosa chiqariladi : 0-3 ball - normal mikroflora; 4-6 ball - oraliq mikroflora; 7 balldan ortiq - bakterial vaginoz.

JSST tomonidan belgilangan bakterial vaginoz tashxisining mikroskopik mezonlari: (2015) [11]

1. Qin surtmasida faqat laktobakteriyalarning mavjudligi norma hisoblanadi.
2. Aralash mikrofloraning, asosan, laktobakteriyalar va kam sonli qisqa tayoqchalar (kokkobakteriyalar) mavjudligi normaning bir varianti hisoblanadi.
3. "Asosiy" hujayralar, aralash mikroflora, asosan *Gardnerella* va anaerob bakteriyalar mavjudligi, shuningdek, laktobakteriyalar sonining kamayishi - bakterial vaginoz.

4. "Kalit" hujayralar, grammusbat va grammanfiy tayoqchalar ko'rinishidagi aralash mikrofloraning mavjudligi, laktobakteriyalarning yo'qligi - bakterial vaginoz.

Zamonaviy tashxislash metodlari yordamida bakterial vaginozning yuqori o'ziga xos belgilarini, ya'ni mikroorganizmlarning DNKsini aniqlash orqali aniqlash mumkin. Faqat *Gardnerella vaginalis* va *Mobiluncus* spp. PCR usuli bakterial vaginoz tashxisini tasdiqlash uchun asos bermaydi, chunki bu mikroorganizmlar ko'plab sog'lom ayollarda vaginada oz miqdorda mavjudligi aniqlangan. Bakterioskopik va bakteriologik laborator usullar orqali uchun *Leptotrichia* spp., *Megasphaera* spp. va *Clostridium* phylum bakteriyalar guruhi. shuningdek *Bacteroides* spp., *E. coli*, *E. faecalis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma fermentans*, *Prevotella* spp., *Ureaplasma urealyticum* kabi bakterial vaginoz shakllanishida ishtirok etuvchi mikroorganizmlarni aniqlash mumkin [3,23].

Ginekologiyada keng tarqalgan diagnostika usullari ultratovush tekshiruv, shuningdek kolposkopiyaning o'z ichiga oladi. Homilador ayollarda qin disbiozini natijasida kichik chanoq a'zolarida qon aylanishining buzilishi, genital organlarning rivojlanishidagi anomaliyalar homila tushish va boshqa asoratlar uchrash xavfi yuqori bo'lganda, qo'shimcha fizik – instrumental tekshiruv usullari qo'llaniladi.

Homilador ayollarda infeksiyalanish tufayli bachadon, platsenta va homila tizim patologik buzulishlari oqibatida rivojlanadigan fetoplasentar yetishmovchilik terapiyasi bu murakkab vazifa sanaladi, ko'plab faktorlar oqibatida rivojlanishi hisobga olgan holda, davolash profilaktik chora va tadbirlar patogenetik va kompleksli terapiya xarakterli bo'lishi kerak. Diagnostik - profilaktik chora tadbirlardan homilador ayollarda antenatal davrini 12-16, 28-34 homiladorlik haftasi rejali ko'ruvlarini amalga oshirish, ushbu kurs davomiyligi 3-4 hafta tashkil etilishi lozim. [23,25]

Zamonaviy amaliyotda homilador ayollarda qin disbiozi tashxislash maqsadida sifatli klinik- laborator tekshiruv usullar qo'llash orqali davolash taktikasini va mikroblarga qarshi dori tanlashni aniqlaydi [19].

1.3 Homiladorlik vaqtida qin disbiozini davolash va profilaktik usullari.

Homilador ayollar qin disbiozi yallig'lanish o'choqlarini davolashda etiotropik antibiotik terapiyasi, immunomodulyatsion, simptomatik terapiya, psixoterapiya, spazmga qarshi va yallig'lanishga qarshi dorilar va fizioterapiyani o'z ichiga olgan kompleksdan foydalanish kerak. Shundan so'ng qin mikroflorasini tiklash uchun eubiotiklardan foydalanish mumkin [8].

Homilador ayollar qin disbiozi yallig'lanish jarayonini oldini olish quyidagilarni o'z ichiga olishi kerak [7,18,27] :

- 1) Disbiozning xususiyatini hisobga olgan holda qin mikroflorasi bakterial fakultativ qismini sanatsiya qilish:
- 2) Kolonizatsiya qarshiligini yaratish uchun Pro - va prebiyotiklarni birgalikda qo'llash orqali vaginal mikroflorasi qarshilikni kuchaytirish.
- 3) Yallig'lanish o'choqlari, asoratlari, shuningdek jinsiy sheriklarda (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) patogenlarga kurashish:

Zamonaviy profilaktik chora tadbirlar natijasida yuzaga keladigan salbiy perinatal asoratlari uchrash chastotasini kamaytirishga xizmat qiladi. Kompleksli diagnostik tekshiruv usullari tarkibiga mikroorganizm qo'zg'atuvchisi sitologik tekshiruv, homila biofizik profil, spetsifik antigen va antitela marker, gistologik tekshiruvlar o'rganish yordamida qo'shimcha diagnostik usullar va davolash profilaktik muolajalar erta neonatal davrda foydalanishga imkon yaratadi.

Profilaktik chora tadbirlardan homilador ayollarda antenatal davrini 14-16, 28-34 homiladorlik haftasi rejali ko'ruvlarini amalga oshirish, ushbu kurs davomiylik 3-4 hafta tashkil etilishi lozim. [23,25]

Homilador ayollarning qin mikroflorasi buzulishlar korreksiya qilish maqsadida keltirib chiqargan faktorlar bartaraf etish, medikmentoz va fizioterapevtik davo muolajalarni o'z ichiga oladi.

Homilador ayollarda qin disbioz profilaktika qilish maqsadida ginekologik konsultatsiya va akusherlik statsionar etapli yondashuv quyudagilar [28]

- I. Etap : Infeksiyalanish xavfi yuqori guruh homilador ayollar anamnez ma'lumotlarini tahlil qilish.
- II. Etap: Ona va homila infeksiyalanish jarayon namoyon bo'lish klinik obyektiv baholash.
- III. Etap: Klinik laborator diagnostik tekshiruv usullar yordamida xavf faktorlar rivojlanish nazorat qilish.
- IV. Etap: Homila rivojlanish holati baholash uchun exogen belgilari instrumental usullar orqali o'rganish.

Samarali profilaktik chora tadbirlardan biri homiladorlik davri infeksiyalanish yuqori xavf guruhi homilador ayollar dinamik kuzatuv dasturini ishlab chiqish o'z ichiga oladi.

Prenatal diagnostika o'tqazish maqsadida homilador ayollar rejali profilaktik tekshiruvi 3 etapda amalga oshiriladi. Birinchi bosqich homiladorlikning 10-14 haftasida , ikkinchi bosqich homiladorlik 20-24 haftasi va uchunchi homiladorlik 30-34 haftalari o'tqaziladi. [3,5,6]

Homiladorlik davri asoratli kechishi oldini olish asosan homiladorlikgacha bo'lgan davrdan boshlash maqsadga muvofiq. Kompleksli sog'lomlashtirish muolajalari ayollarda surunkali virusli infeksiya ta'sirda organizm holati va korreksiyalash, erta tashxislash, davolash ishlarini olib borish o'z ichiga oladi. Surunkali o'choqli infeksiyalar sanatsiya qilish , immun tizim faoliyat oshirish, yuqumli kasalliklar keltiruvchi viruslarga qarshi immunprofilaktika qilish, kamqonlik oldini olish va boshqa profilaktik chora tadbirlar amalga oshiriladi. Homilador ayollar antenatal parvarishi oilaviy poliklinikada ginekolog, terapevt,

endokrinolog, oftalmolog va boshqa tor mutaxassislar tomonidan profilaktik ko'ruvlardan o'tadi

Ayol homilador bo'lganidan keyin dastlabki homiladorlik 12 haftagacha yashash hududi biriktirilgan oilaviy poliklinikada antenatal parvarish ta'minlash uchun homilador ayolga individual karta ochiladi va bunda homiladorlik individual tekshiruv rejasi, on ava homilani zamonaviy tekshiruv usullaridan foydalanilgan holda amalga oshiriladi. Yuqori xavf guruhi homilador ayollar olib borish qat'iy tekshiruv va kuzatuv ostida bajariladi.

Hozirgi vaqtda homilador ayollarda qin disbioz davolash ikki bosqichda amalga oshirilmoqda [1,3,6,11,16,24]:

- I. bosqich – sanitarizatsiya-umumiy va mahalliy antibiotik terapiyasini o'z ichiga oladi.
 - Og'iz orqali: klion 7 kun davomida kuniga 2 marta 500 mg, metronidazol – 7 kun davomida kuniga 2 marta 500 mg.
 - Mahalliy davolash: klindasin (2% klindamitsin fosfat) bir marta 7 kun davomida (intravaginal) 5,0 g dan, metronidazol-gel (0,75 %) kuniga bir marta 7 kun davomida intravaginal, klion D (vaginal tabletkalar) – 7 kun davomida kuniga 2 marta 0,5 g.
- II. Bosqich – Qin normal mikroflorasi tiklash uchun probiyotiklar va prebiyotiklar qo'llash o'z ichiga oladi.
 - Probiyotiklarni qo'llash. Vagilak kuniga 1 kapsuladan qo'llaniladi. Vaginal floraning sifatini yaxshilash ikki hafta ichida kutilishi kerak.
 - Mahalliy davolash: biologik mahsulotlarni mahalliy qo'llash orqali vaginal biotsenozni tiklashni ta'minlaydi (eubiotiklar): laktobakterin, asilakt, bifidumbakterin, bifidin. Laktozinal terapevtik maqsadlarda 7 kun davomida kuniga 2 marta 1 vaginal shamdan foydalaniladi. Profilaktika maqsadida-kuniga bir marta 1 shamdan kechasi-7-14 kun.

Homilador ayollar qin normal mikroflorasi tiklashda quyudagilar [1-4]:

- 1) Urogenital tizim organlarida, boshqa tizimlarda va ular bilan bog'liq asoratlarda yallig'lanish o'choqlarini bartaraf qilish;
- 2) Disbiyotik jarayonni uning xilma-xilligini va yallig'lanish o'choqlarining yuzaga keltiruvchi asosiy sabablarini oldini olish ;
- 3) Vaginal disbiozning rivojlanishiga va yallig'lanish shakllanishiga olib kelgan patogen qo'zg'atuvchilar ko'payishiga to'sqinlik qilish:

Qin disbiozi davolash chora tadbirlariga antibiotiklar, antiseptiklar, probiotiklar, eubiotiklar, antigistaminlar, immunkorreksiya usullarini o'z ichiga oladi. Zamonaviy kombinirlangan mahalliy (intravaginal) qo'llash uchun tayinlanadigan dori – vositalarga quyudagilar kiradi [3,8,25]:

- Metostil tarkibi metronidazol 200mg + klotrimazol 160 mg + xlorgeksidin 8mg kiradi.
- Klion D tarkibi metronidazol + mikonazol 100mg bo'ladi.
- Ginalgin tarkibi metronidazol 250 mg + xlorxinaldol 100 mg + limon kislota 20mg saqlaydi.
- Polijinaks tarkibi neomitsin + polimiksin 35000 ME + nistatin 100000 ED bor.
- Siteal tarkibi xlorgeksidin + geksamidin + xlorokrezol kiradi.
- Neo penotran forte tarkibi metronidazol 250 mg + mikonazol 200mg bo'ladi.
- Makmiror kompleks tarkibi nifuratel 500mg + nistatin 100000 ED saqlaydi.
- Geksikon tarkibida xlorgeksidin tashkil qiladi.
- Klometril tarkibi metronidazol + natamitsin + xlorfenikol mavjud.

Davolash muolajalar shuningdek bachadon qisqarish faoliyati va tonusini normallashtirish, antioksidant himoyani kuchaytirish, moddalar almashinuvi jarayon optimallashtirish, bachadon- yo'ldosh – homila tizim qon aylanish yaxshilashga qaratilishi kerak. Bachadon tonusi tiklash uchun spazmolitiklar, tokolitiklar tavsiya qilinadi. Ona- plasenta- homila tizim qon aylanish yaxshilash uchun antikoagulyantlar va antiagregantlar qo'llaniladi

**Zamonaviy kombinirlangan mahalliy (intravaginal) qo'llash uchun
 tayinlanadigan dori – vositalarning ta'sir mexanizmlari [14,23,24] :**

Jadval 3

Preparat nomi	Antimikrob aktivlik darajasi		
	Candida Albicans	Trichomanas vaginalis	Gardnerella Vaginalis
Metostil	++	++	+++
Neo penotran forte	++	++	++
Klion D	++	+	+
Terjinan	+	+	++
Polijinaks	++	-	-
Kandibene	+	-	-

Homilador ayollarda qin disbiyozning davolash profilaktik jarayonlarni muhim va yakuniy bosqichi vaginal mikroflorani tiklashdir. Buning uchun ko'pincha probiyotiklar va prebiyotiklarning kombinatsiyasi qo'llaniladi [28].

Probiyotikalar-bu tirik mikroorganizmlar va mikrobial kelib chiqadigan moddalar, uning normal mikroflorasi (probinorm, vagilak, ekofemin, enterol, Linex va boshqalar) funksiyasini barqarorlashtirish va optimallashtirish orqali organizmning fiziologik, biokimyoviy va immunitet reaksiyalariga ijobiy ta'sir ko'rsatadi [16,21]

Prebiyotikalar-bu normal mikrofloraning o'sishini yoki metabolik faolligini tanlab rag'batlantirish orqali organizmga ijobiy ta'sir ko'rsatadigan mikroblarga qarshi bo'lmagan dorilar. Zamonaviy preparatlardan bularga fruktozooligosakkaridlar, inulin, galakto-oligosakkaridlar, laktuloza, laktitol kiradi. Shuningdek sinbiotiklar - bu probiyotiklar va prebiyotiklarning oqilona kombinatsiyasi natijasida olingan dorilar (biovestin-lakto, Solgar maltidofilus, bifidobak) [16,21,28] .

Homilador ayollarda qin mikrobiotsenozning buzulishlaridan korreksiya qilish va terapiyasi bu murakkab vazifa sanaladi, ko'plab faktorlar oqibatida rivojlanishi hisobga olgan holda, davolash profilaktik chora va tadbirlar patogenetik va kompleksli terapiya xarakterli bo'lishi kerak

Homilador ayolarda "Bakterial vaginoz", "vulvovaginal kandidoz", shuningdek, aralash shartli patogen mikroflora bilan "vaginit" ni o'z vaqtida tashxislash, keyin kompleks davolash va normal qin mikroflorasi qayta tiklashni o'z ichiga oladi. Shunday qilib, vaginaning endogen mikroflorasi – bu makroorganizm bilan doimiy muvozanatda bo'lgan, endogen va ekzogen omillar ta'sirida o'zgarishlarga duch keladigan dinamik biosistema.

II-BOB.

TEKSHIRUV MATERIALLARI VA USULLARI.

2.1. Tekshiruv materiallari.

Qo'yilgan masalani hal qilish uchun 2020-2022 yillar oralig'ida Andijon shahar II- tug'ruq kompleksi I- Akusherlik va homiladorlik kasalliklari bo'limida homilador ayollarda vaginal mikroflorasi buzulishlar kuzatilishi tufayli qin disbiozi rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan 18 yoshdan 40 yoshgacha homilador ayollar 40ta tug'ruq tarixini retrospektiv tahlil amalga oshirildi.

Retrospektiv tahlilda homilador ayollar qin normal mikroflorasi buzulishlarga olib keluvchi homila ichki infeksiyalari, surunkali virusli infeksiyon kasalliklar, TORCH- infeksiyasi, homiladorlik davri kechishi og'irlashuvi, homila tushish xavfi, homila rivojlanishi nuqsonlari kabi patologik asoratlar uchrash xususiyatlari va homiladorlik davri kechish yakuniy natijalar tahlil qilindi.

Tadqiqot davomida qin disbiozi rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan homilador ayollarning somatik, akusher-ginekologik anamnezi baholandi, shuningdek homilador ayolning yoshi, menarxe, reproduktiv tizim holati va ayolda mavjud bo'lgan ekstragenital kasalliklari xavf darajasi o'rganilib chiqildi. Tekshiruv vaqtida homilador ayollar mavjud bo'lgan surunkali virusli infeksiyalar va ekstragenital kasalliklar tor doiradagi tibbiy mutahassislar tomonidan aniqlangan, bulardan endokrinolog, kardiolog, infeksiyonist, urolog, terapevt tibbiy profilaktik ko'ruvlari davomida tashxis qo'yilgan. Aniqlangan ma'lumotlarga ko'ra homilador ayollar qin disbiozi yuzaga chiqish xavfi yuqori sanalgan homilador ayollar turli surunkali virusli infeksiyalar, yuqori nafas yo'llari infeksiyalari, O'RVI, TORCH- infeksiyasi, genital va siydik yo'llari infeksiyon kasalliklarni kechirgan sababli reproduktiv tizim va boshqa a'zo to'qimalar faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatish olib keluvchi sabab bo'lishi mumkin.

Tekshiruv davrida qin disbiozi kuzatilish xavfi yuqori sanalgan homilador ayollar olingan tadqiqot natijalar obyektiv va subyektiv o'rganish maqsadida retrospektiv tahlilda homilador ayollar 40ta kasallik tarixi o'rganildi.

Retrospektiv tahlilda homilador ayollar birinchi tug'malar soni 11ta (27.5%) qayta tug'malar soni 29ta (72.5%) tashkil etardi. Ulardan 20 yoshgacha bo'lgan homilador ayollar soni 2ta (5%), 21-25 yoshgacha 11ta (27.5%), 26-30 yoshgacha 14ta (35%), 31-35 yoshgacha 11ta (27.5%) va 35 yoshdan katta bo'lgan homilador ayollar 2ta (5%) tashkil etardi. Tadqiqot davomida homilador ayollar virusli va bakterial tabiatli kasalliklar natijasida fetoplatsentar tizim gemodinamik buzulishlar xususiyatlar natijalari yakuni kuzatildi.

Tekshiruvga qo'yilgan maqsadga ko'ra aniq natijalar olish uchun retrospektiv tahlil xulosalariga tayangan holda qo'shimcha 20ta qin disbiozi tufayli vaginal normal mikrofloraning buzulishlari yuqori xavf guruh homilador ayollar prospektiv tahlil qilish uchun ajratib olindi.

Prospektiv tahlilda tekshirilayotgan ayollar yoshi bo'yicha strukturasi o'rganilganda quyudagi natijaga ega bo'ldik. Homilador ayollar yoshi 18 yoshdan va 35 yoshdan yuqori bo'lib, o'rtacha 27 yoshdan bo'lib, 18 - 24 yoshgacha 4ta (20%) , 25-30yoshgacha 9ta (45%), 31-35yoshgacha 4ta (20%), 35 yoshdan katta bo'lgan ayollar 3ta (15%) tashkil qilgan.

Qin disbiozi yuzaga kelish xavfi yuqori homilador ayollar guruhi homiladorlikning I – trimestirida o'tkir respirator virusli infeksiyalar, erta toksikozlar, erta homila tushish xavfi kuzatilgan. Homiladorlikning II- trimestirida siydik yo'llar infeksiyasi zo'rayishi, homila rivojlanish orqada qolishi aniqlangan. Shunindek homiladorlik III- trimestirida homila gipoksiyasi, homila muddatdan oldin tug'ulish, ko'p suvlilik , kam suvlilik uchragan

**Qin disbiozi yuzaga kelish xavfi yuqori homilador ayollar guruhi olib borilgan
tibbiy diagnostik tekshiruvlar:**

30 nafar homilador ayollar guruhi		
10 nafar sog'lom homilador ayollar guruhi tashkil etadi.	10 nafar qin disbiozi bilan kasallangan lekin davo muolajalar olmagan homilador ayollar guruhi tashkil etadi.	10 nafar qin disbiozi bilan kasallangan, antibacterial va probiotik davo muolajalar olgan homilador ayollar guruhi tashkil etadi.
Homiladorlik davrida o'tqazilgan tibbiy tekshiruvlar:		
Umumiy klinik tekshiruvlar Laborator tekshiruvlar	Bakteriologik tekshiruvlar Bakterioskopik tekshiruvlar	UTT Dopplerometriya

2.2. Tekshiruv usullari.

Qin mikrobiotsenozning buzulishlaridan xavfi yuqori o'rganilyotgan homilador ayollar umumiy ko'ruv, tor tibbiy mutaxassislar tomonidan profilaktik ko'ruv, klinik – laborator tekshiruvlar, funksional instrumental diagnostik metodlar va boshqa tekshiruv usullari rejalashtirildi. Birinchi etapda homilador ayollar anamnez va umumiy klinik tekshiruv natijalari o'rganiladi. Ikkinchidan kompleksli ultratovush va klinik laborator tekshiruv usullari orqali qin normal mikroflorasi buzulishlarining og'irlik darajasi aniqlanadi

I. Umumiy klinik tekshiruv usullari:

1. Akusherlik anamnez: menarxe, homiladorlik soni, tug'ruq soni, avvalgi homiladorlik va tug'ruq kechishi, surunkali virusli infeksiyon kasalliklar va ekstragenital kasalliklar aniqlash.
2. Ob'ektiv ko'ruv: umumiy holati, tana tuzulishi, antropometriya, qorin aylanasi va bachadon tubi o'lchash, qon bosim , puls, nafas soni, tana harorati o'lchash, bo'y va vazn indeks hisoblash.

II. Klinik laborator tekshiruvlar:

1. Umumiy qon tahlili.
2. Qon bioximiyasi (umumiy oqsil, mochevina, bilirubin, ALT, ACT, kreatinin, koagulogramma, qon ivish vaqti)
3. Qon guruhi va rezus faktor.
4. Umumiy siydik tahlili.
5. 3 (.) surtma tahlili.
6. IFA VA IIIQP tekshiruv usullari.

III. Funksional instrumental tekshiruvlar:

1. EKG tahlili.
2. Ultratovush tekshiruvi.
3. Dopplerometriya

Qin disbiozi rivojlanish xavfi yuqori homilador ayollar tekshiruv usullari:

2.1-Jadval

Tekshiruv formasi:	Tekshiruv usuli:	Tekshiruv material:	Tekshiruv maqsad:
Gematologik	• Umumiy qon • Qon bioximiyasi	✓ Qon	Periferik qon ko'rsatkichi aniqlash
Immunologik	• IFA tahlil	✓ Qon	Antigenga qarshi antitanacha ajratilish aniqlash
Virusologik	• IIIQP	✓ Genital ajralmalari	Virus tabiati o'rganish
Bakteriologik	• Romanovskiy Gimza usul	✓ 3 (.) surtma	Patogen flora aniqlash

Homila ichki infeksiyasi bachadon plasenta homila tizim gemodinamik buzulishlar prenatal diagnostika qilishdagi tekshiruv usullar :

2.2-Jadval

Klinik laborator tekshiruv usullar:	Instrumental tekshiruv usullar:
✓ Akusher ginekolog ✓ Bakteriologik ✓ Serologik ✓ Bioximik ✓ Mediko genetic	✓ Ultratovush tekshiruv ✓ Dopplerometriya

Homila ichki infeksiyalanish xavfi yuqori homilador ayollar kompleksli skrining tekshiruv usullari:

2.3-Jadval

Tekshiruv soni	Tekshiruv muddati	Tekshiruv usullari	Tekshiruv Maqsad
I skrining	Homiladorlik 10-14 haftasi	• Ultratovush tekshiruv	✓ Homila shakllanish holati ✓ Xromosoma anomaliyalar
II skrining	Homiladorlik 16-20 haftasi	• Ultratovush tekshiruv • Qon bioximiya skrining • Dopplerografiya	✓ Homila jinsi ✓ Homila hajmi ✓ Yo'ldosh holati ✓ Amniotik suyuqlik miqdori
I skrining	Homiladorlik 28-32 haftasi	• Ultratovush tekshiruv	✓ Homila va yo'ldosh joylashuvi ✓ Tahminiy tug'ilish sanasi

Homiladorlik davrida rejali tashriflari 12haftagacha, 6, 24, 30, 34, 36, 38, 40 haftalarda tashkil etadi. Ginekolog ko'ruvi 12 haftagacha, 24, 38 va 40 haftalarga belgilanadi. Boshqa mutaxassislar tekshiruvi homiladorlik 12 haftagacha bajariladi.

**Homilador ayollarda qin disbiozi tufayli vaginal normal mikrobiotsenozning
buzulishlar prenatal diagnostika qilishdagi tekshiruv usullar :**

2.4-Jadval

Klinik ko'ruv	Akusher ko'ruvi	Laborator	Skrining
-Bo'y va vazn aniqlash -Tana indeksi hisoblash -Qon bosim, puls o'lchash	-Homila yurak urushi eshitish -Homila qismlar paypaslash - Homila oldingi qism aniqlash	-Umumiy qon tahlil -Siydik tahlil -Qon guruh, rezus faktor -RW, OIV, Gepatit B, C -Najas tahlil	- Rejali UTT tahlil

Tug'ruq kompleksi akusherlik va homiladorlik kasalliklari bo'limida homila ichki infeksiyalanish xavfi natijasida fetoplatsentar tizim gemodinamik buzulishlar kuzatilishi yuqori homilador ayollar umumiy ko'ruv, tashqi va ichki akusherlik ko'ruvi, umumiy qon, siydik analizi, qon guruhi, rezus faktor, 3 (.) surtma tahlili, Vasserman reaksiyasi qonda, Nechiporenka sinamasi siydikda bajarildi, shuningdek kompleksi ultratovush skrining tekshiruv usullari, qon bioximiyasi skrining xorion gonadotropin, alfa fetoprotein miqdori, dopplerografiyada homila funksional holat baholashga imkon berdi.

2.2.1. Bakteriologik tekshiruv usullari.

3 (.) surtma tekshiruv usuli – urogenital yo'llar mikroflorasi tarkibida leykositlar soni, epiteliy nisbati, shilliq miqdori, bakteriyalar morfologik ko'rinishi aniqlashga yordam beradi. Tekshiruv jarayoni uchun qin, servikal kanal, uretra ya'ni uch nuqtadan surtma olinadi, so'ngra tahlil qilish maqsadida namuna olingan material buyum oynachaga joylashtiriladi, maxsus bo'yoq bilan bo'yaladi va mikroskop ostida ko'riladi.

Tekshiruv namunasi bo'yash uchun Romanovskiy Gimza sitolik usuli foydalaniladi, ushbu usul 1904- yil Gustav Gimza tomonidan taklif qilingan. Tekshiruv natijasida bakteriyalar binafsha qizil, hujayra sitoplazmasi ko'k, yadrolari esa qizil rangga bo'yaladi.

Qin tozalik darajalari normal ko'rsatkichlari:

2.5-Jadval

I – Daraja:	Qin suyuqlik kislotlik muhit PH= 4.0- 4.5. Dederleyn tayoqchalari va epiteliy hujayralari aniqlanadi.
II- Daraja:	Qin suyuqlik kuchsiz kislotali muhit PH= 5.0 – 5.5. Kokklar va leykositlar kamroq, epiteliy hujayralar aniqlanadi.
III – Daraja	Qin suyuqlik ishqoriy muhit PH= 6.0. Leykositlar, kokklar va boshqa turdagi bakteriyalar aniqlanadi.
IV – Daraja:	Qin muhit kuchsiz ishqorli, kokklar , ichak tayoqchasi, trixomanadalar va boshqa mikrob florasi aniqlanadi.

Qin disbiozi rivojlanishi oqibatida vaginal normal mikroflorasi buzulishlari xavf yuqori homilador ayollar guruhida urogenital trakt yallig'lanish kasalliklarida patogen mikroflora qo'zg'atuvchilari xususiyatlari aniqlash maqsadida o'tqaziladi. Bunda urogenital yo'llar mikroflora tarkibi, miqdori, shuningdek spetsifik infeksiyalar gonokokklar, xlamidiya, trixomanadalar, kandidalar va boshqa patogen florani aniqlashga imkon yaratadi.

2.2.2. Immunologik tekshiruv usullari.

Immunoferment analiz (IFA) – antigenga qarshi antitetolar ishlab chiqargan reaksiyaga asoslangan laborator diagnostik usul hisoblanadi. Antitelalar bu antigen ta'sirida sintez qilingan plazma oqsilli immunoglobulinlarga aytiladi. Ular 5 ta sinfga ajratiladi : IgA, IgG, IgM, IgE, IgD.

Immunoferment analiz keng tarqalgan ELISA (Enzyme linked immunosorbent assay) nomli qattiq asosli geterogen laborator diagnostik usul.

ELISA tekshiruv usuli qo'yilish texnikasi:

1. Tekshiruv material chuqurchali planshetkalarga quyiladi bunda zardobdan antigen adsorbsiyalanishi natijasida antigen antitelo birikmasi vujudga keladi.
2. Antigen antitelo birikmasiga peroksidaza, ishqorli foosfataza, galaktozidaza kabi fermentlar shuningdek komyugatlar qo'shiladi.
3. Tekshiruv jarayoning har bir bosqichi ma'lum haroratda termostatda inkubatsiya qilinadi shundan so'ng bog'lanmagan moddalar planshetkadan yuvilib tashlanadi va qurutiladi.
4. Immunoglobulinlar biriktirilgan fermentni faollashtirish maqsadida uch moddali birikmaga ortofenildiamin, tetrametilbenzidin kabi substraktlar qo'shiladi va yorug'liksiz muhitda inkubatsiya qilinadi.
5. Inkubatsiyadan keyin substratga kislota qo'shiladi, substratning rangi o'zgarishi kuzatilib, reaksiya yakunlanadi.
6. Immunoferment anazil riderlarda ma'lum to'lqin uzunligida filtr bilan o'lchanadi bunda tekshiruv natijasi birikma yuzaga kelmasa hosil bo'lgan substratning rangi o'zgarmaydi.

Hozirgi kunda turli xil infeksiyon va noinfeksiyon kasalliklar tashxis qo'yish maqsadida keng immunoferment analiz laborator diagnostik usuldan qo'llanilmoqda. Surunkali virusli infeksiyalari ya'ni TORCH infeksiyasi, Gepatit B, C virusi, OIV virusi va boshqalar tashxislash maqsadida foydalaniladi.

Organizmga antigen tushganda unga qarshi gumoral immun tizim ishga tushiriladi, bunda immun javob IgM so'ngra esa bir necha kundan keyin IgG plazmatik hujayralar tomonidan ajratilib chiqadi.

Immunoferment analiz tahlili juda tez amalga oshiriladi, immunoglobulinlar soning ortishi bilan belgilanib, tekshiruv natijasi ijobiylikgi esa surunkali virusli infeksiyon patologiya mavjudligini ko'rsatadi. Shuningdek ushbu diagnostik metod qon tekshiruvida onkologik hujayralarni aniqlash maqsadida qo'shimcha usul sifatida qo'llaniladi.

Qin disbiozining infeksiya qo'zg'atuvchilari qon zardobida aniqlash maqsadida Interleykin-4 – IFA- BEST va Interleykin-10- IFA-BEST reaktivlar to'plamidan iborat qattiq asosali immunoferment analiz tekshiruv usulli qo'llanildi. Turli infeksiyon tabiatli yallig'lanish kasalliklar immunologik jarayonlar interleykin-10 baholash uchun o'rganiladi. Interleykin- 10 yallig'lanishga qarshi sitokinlarga kiradi, bu spetsifik immun reaksiyalar orqali infeksiyon yallig'lanish jarayonlarga ta'sir ko'rsatadi. Interleykin-4 B-limfositlar va T-limfositlar proliferatsiyasini kuchaytirishi orqali gumoral va hujayraviiy immunitet boshqarishda qatnashadi. Immunologik, allergik, avtoimmun kasalliklar rivojlanishda interleykin-4 o'rganish ahamiyatli hisoblanadi.

Immunoferment analiz metodi afzalliklari bular:

1. Tekshiruv usuli og'riqsiz va xavfsiz bo'ladi.
2. Tekshiruv materiallar juda kam miqdor olinadi.
3. Tekshiruv natijasi tezkor chiqadi.
4. Tekshiruv natijasi 96% aniqlikda ko'rsatadi.
5. Tekshiruv tahlili past narxda bo'ladi.
6. Tekshiruv usulini avtomatlashtirish mumkin.
7. Tekshiruv konyugatni uzoq muddat saqlash mumkin.
8. Tekshiruv natijasi olishda radioizotoplar qo'llanilmaydi.

2.2.3. Virusologik tekshiruv usullari.

Zanjir polimeraza reaksiyasi (ПЦР ing Polumerase chain reaction PCR) – bu zamonaviy molekulyar metod bo'lib, homila ichki infeksiyasida virus genomi o'rganishda qo'llaniladi. 1983- yil amerikalik olim Keri Myullis ushbu tekshiruv usullini taklif qilgan. TORCH- infeksiyasilarida DNK-tutuvchi viruslar aniqlash maqsadida ishlatiladi. Qin, bachadon, siydik chiqarish kanali ajralmalari va siydik tekshiruv materiallari sifatida olinadi.

Zanjir polimeraza reaksiyasi tekshiruv usuli har biri uch bosqichdan iborat bo'lgan 20-35ta sikli jarayonlar orqali amalga bajarilib, bosqichlari:

1. Denaturatsiya – ikki zanjirli DNK molekularida bog'lar 94-95°C qizdirish orqali uziladi.
2. DNK zanjiri kerakli bo'laklariga praymerlar biriktirish uchun harorat 55-65°C pasaytiriladi.
3. Elongatsiya- yangi DNK komplementar zanjiri 72°C haroratda sintezlanadi.

TORCH infeksiyalar diagnostika qilish uchun zanjir polimeraza reaksiyasi tekshiruv metod foydalanish orqali organizmda infeksiya qo'zg'atuvchining DNKsi mavjudlik aniqlashga imkon yaratadi. Shuningdek usul yordamida patogen tipini ajratib olishga ko'maklashadi, misol birinchi yoki ikkinchi turdagi herpes mansubligini ko'rsatib beradi. TORCH infeksiyasi ushbu usul tufayli barvaqt tashxislash asosida homila rivojlanish nuqsonlari, homila tushish xavfi va boshqa patologik jarayonlar namoyon bo'lishini oldini oladi va kerakli davo muolajalar tayinlanishini taminlaydi. Qin disbiozi rivojlanish oqibatida vaginal mikrofloraning buzulishlar xavf guruhi homilador ayollar mazkur metod tashxislash maqsadida o'tqaziladi.

Zanjir polimeraza reaksiyasi tahlili yordamida surunkali infeksiyalari bular qizilcha, toksoplazmos, herpes va turli virusli infeksiyalar OIV, gepatit B,C,D va genital infeksiyalardan xlamidiya, mikoplazma shuningdek respirator viruslar COVID-19 aniqlashga imkon yaratib beradi.

IIIQP tekshiruv metodi orqali in vito sharoitda DNK matriksi komplementar sintezi DNK- polimeraza fermenti yordamida bajariladi va DNK replikatsiyasi amalaga oshiriladi. DNK-polimeraza thermis aguaticus nomli termofil bakteriyalar tomonidan ishlab chiqariladi, ushbu ferment tufayli DNK replikatsiyasi sikl ko'rinishida kechadi.

Virus genomida DNK replikatsiyasi DNK denaturatsiyasi va yangi DNK zanjir sintezi kabi jarayonlarni o'z ichiga oladi. DNK replikatsiyasi siklining ko'p marotaba takrorlanishi natijasida DNK maxsus bo'laklarining nusxalari tez ko'payishiga olib keladi. DNK zanjiri komplementar sintezi uning qisqa ipli bo'laklarining ma'lum qismida bajariladi va DNK bo'lagida boshlang'ich qismi yuzaga keltirish uchun praymer nomli oligonukleotidlar kerak bo'ladi. DNK komplementar ketma – ketliklarida praymerlar maxsus bo'laklarning chap va o'n chegaralarida joylashadi natijada DNK yangi zanjiri ularning o'rta sohasida vujudga keladi. DNK kerakli bo'laklari elektroforez usuli orqali shtrix ko'rinishida baholanadi va infeksiyaning DNK kodi bilan solishtirish jarayonida ular moslik aniqlansa reaksiyasi natijasi musbat sanaladi.

Zanjir polimeraza reaksiyasi yordamida tekshiruv materiallaridan DNK komplementar zanjiri ketma ketlik solishtirish orqali patogen viruslar, bakteriyalar va turli mikroorganizmlar aniqlashga imkon beradi. Ushbu usul aniqlik, sezgirlik, tezkor tashxis qo'yish bilan boshqa tekshiruv usullaridan farqlanadi. Tekshiruv natijasi 90-95% aniqlikni ko'rsatadi.

IIIQP molekulyar metod afzalliklariga quyudagilar kiradi:

1. Tekshiruv usuli zamonaviy : virus genom aniqlashga yordam beradi.
2. Tekshiruv usuli effektiv: virus yashirin shakllar tashxislashda imkon beradi.
3. Tekshiruv usuli sezgirlik: kam tekshiruv materiallarda patogen aniqlaydi.
4. Tekshiruv usuli aniqlik : kasallik patogenga xos genetik struktura o'rganadi.
5. Tekshiruv usuli tezkorlik: natija qisqa muddatda namoyon bo'ladi.

2.2.4. Instrumental tekshiruv usullari.

Ultratovush tekshiruv usuli – yuqori informativ, homila holati dinamik kuzatuv xavfsiz olib boruvchi diagnostik metod hisoblanadi. Ultratovush metod keng tarqalgan diagnostik usul bo'lib, xavfsiz va yuqori ma'lumotli kuzatuv natijalar taqdim etadi. Mazkur usul tibbiyotda 30 -yillardan foydalanish boshlandi.

Ultratovush tekshiruv usuli yuborilgan yuqori chastotali tovush to'lqinlari yordamida tekshiruv natijasining tasvirini aks etadi. Ultratovush to'lqinlari to'qima va organlardan ma'lum tezlikda harakatlanadi va signal sensorlar tominidan ushlanib, elektr impulslariga aylanadi. Hosil bo'lgan tekshiruv natijalari uskunaga qayta uzatiladi, elektron dastur qayta ishlanadi va tasvir monitoringda uch o'lchamli rasm sifatida namoyon bo'ladi

Ultratovush tekshiruv usuli zararsiz bo'lib, olingan natijalar ishonchlik, yuqori sifatli tasvir aks etadi , shuningdek turli organ tizimlar takroriy va keng qamrovli dinamik kuzatish imkoniyat yaratib beradi. Ushbu usul hozirgi kunda tibbiyotda yetakchi o'rinlar egallaydi, homila rivojlanish jarayon baholashda amaliyotda keng qo'llaniladi.

Homiladorlik davrida antenatal parvarishida 10-14 haftasi, 20-24 haftasi va 30-34 haftasi ultratovush tekshiruv usuli amalga oshiriladi. Ushbu usul bajarish uchun maxsus tayyorlash jarayon o'tqazish talab qilinmaydi. Ultratovush diagnostik metod asosida tekshiruvchi qorin old devori tovush o'tqazuvchi gel surtiladi so'ngra ultratovush to'lqinlari urulib elektr impulslarga aylanadi va monitoring eks etadi.

Ultratovush tekshiruv usuli homiladorlikning asoratlari erta tashxislash eng samarali metod hisoblanadi. Tekshiruv natijalari homila rivojlanish parametrlarga muvofiq me'yoriy ko'rsatkichlar orqali taqqoslanadi. Bu usul yordamida homila ichki organlar rivojlanish darajasi, homila hajmi , amniotik suyuqlik sifati va miqdori, fetoplatsentar tizim holat tekshiruvni ta'minlaydi.

.Qin mikrobiotsenozning buzulishlari yuqori xavf homilador ayollar guruhi kompleksli ultratovush tekshiruv tarkibiga homila biofizik profili ko'rsatkichlari

baholash o'z ichiga oladi. Homila biofizik profili parametrlari (A. M. Vintzeleos) homila nafas soni, homila harakati, homila tonusi, amniotik suyuqlik hajmi, yo'ldosh tuzulishi, nestressli test kiradi.

Homila ichki infeksiyasi ta'sirida patologik buzulishlar homila biofizik profili tekshiruv parametrlari quyudagilar iborat :

2.6- Jadval

Biofizik parametrlar	Normal ko'rsatkich	Buzulishlar
Homila nafas harakati	Homila nafas harakati 30sekund davom etadi.	homila nafas harakati yo'qlik.
Tana va qo'l-oyoqlar harakati	3ta alohida harakat mavjud.	2ta past harakat mavjud
Homila tonusi	Tana fleksiyasi yozilishi va qo'l oyoq fleksiyasi tarqalish	Tana sust yozilish va qo'l oyoq fleksiyasiz bo'ladi.
Amniotik suyuqlik hajmi	Minutiga 1sm 2ta perpendikulyar yo'nalishli	
Nestress	PS akseleratsiyasi 15 zarb minutiga davom etadi.	PS akseleratsiyasi yo'q yoki 15 zarb minutiga kam davom etadi.

Qin mikrobiotsenozning buzulishlari tufayli qin disbiozi kuzatilish xavfi yuqori homilador ayollar guruhi tug'ruq kompleksining akusherlik va homiladorlik kasalliklari bo'limida ultratovush tekshiruvi "Sone-Scope-30" (Germaniya), "ALOKA" (Yaponiya), "Interscan" (Germaniya) apparatlari orqali o'tqazildi. "ALOKA" ultratovush skaneri yuqori sifatli zamonaviy takomillashtirilgan tasvirlash texnologiyasi tashkil etadi. Mazkur apparat dinamik to'rt o'lchovli signalni qayta ishlash ta'minlaydi va 188 дБ dinamik diapazonda ishlaydi shuningdek soniyada 926ta ortiq kadrlar aks ettiradi. "Sone- Scope" eng yirik ultratovush apparatini ishlab chiqaruvchilardan biri hisoblanadi, uskuna kontrastli

tasviri yaxshi rang ifodasida ishlashni ta'minlaydi, ushbu apparat to'liq sensorlar chiziqli, konveksli, vaginal, 4D to'plamlaridan tashkil topgan.

Ultratovush diagnostik metodi ikki xil usullari orqali bajariladi, bular transvaginal va transabdominal kiradi. Transvaginal usul – vaginal devori orqali o'tqaziladi, odatda homiladorlik dastlabki trimestrlarida tekshiriladi. Transabdominal usul qorin tashqi devori orqali amalga oshiriladi, homiladorlik keyinchi trimestrlarida amalga oshiriladi

Homiladorlik birinchi trimestirida ultratovush diagnostikasi quyudagilar aniqlashga yordam beradi:

1. Homiladorlik muddatini aniqlaydi.
2. Homila sonini ko'rsatib beradi.
3. Homila xromosoma anomaliyalar tekshiradi.

Homiladorlik ikkinchi trimestirida ultratovush diagnostikasi quyudagilar aniqlashga yordam beradi:

1. Homila jinsini aniqlaydi.
2. Homila rivojlanish nuqsonlarini ko'rsatadi.
3. Yo'ldosh hajmi va yetilish darajasi tekshiradi.
4. Amniotik suyuqlik miqdorini baholaydi.

Homiladorlik uchunchi trimestirida ultratovush diagnostikasi quyudagilar aniqlashga yordam beradi:

1. Homila oldingi keluvchi qismi ko'rsatadi.
2. Homila vazni aniqlaydi.
3. Homila ichki organlar va yo'ldosh holati baholaydi.
4. Fetoplatsentar tizim gemodinamikasi tekshiradi.
5. Tahminiy tug'ruq sanasi rejalashtiradi.

Dopplerometriya tekshiruv usuli – gemodinamik buzulishlar aniqlashda qo'llaniladigan diagnostik metod hisoblanadi. Homiladorlik davri bachadon, kindik va homila tomirlarida qon oqimining intevsiv tezlik aniqlaydigan ultratovush tekshiruv usuli bo'lib, ushbu metod avstriylik fizik Kristian Doppler nomiga berilgan. Doppler sonografiya natijalari fetoplatsentar tizim qon oqimining holatini baholashga imkon yaratadi va homila rivojlanish holati ko'rsatadi. Homila ichki infeksiya fetoplatsentar tizim gemodinamik buzulishlar aniqlash maqsadida dopplerometriya tekshiruv usuli homiladorlik II va III trimestrlarida qo'llash maqsadga muvofiq sanaladi.

Mazkur diagnostik metod orqali homila ichki infeksiya fetoplatsentar tizim gemodinamik buzulishlar xavfi yuqori homilador ayollar guruhida homila bachadon yo'ldosh kompleksini qon aylanish holatini o'rganish, gemodinamik buzulishlar tashxislash, fetoplatsentar yetishmovchilik aniqlash, homila rivojlanish nuqsonlari bartaraf etishga qaratilgan.

Dopplerometriya tekshiruv jarayonida homila yo'ldosh bachadon tizim quyidagi qon tomirlarning qon oqimi tezligi ko'rib chiqiladi:

1. O'ng va chap bachadon arteriyasi.
2. Juft kindik arteriyasi va toq kindik venasi.
3. Homila o'rta miya arteriyasi.
4. Homila aortasi.
5. Homila venoz protoklar.

Homila yo'ldosh bachadon kompleksi gemodinamik baholash uchun qon oqimining tezlik bachadon arteriyalar va kindik arteriyalar holati o'rganiladi. Qon oqimining tezlik tekshirish maqsadida pulsatsiya indeks, qarshilik indeks, sistolik – diastolik indeks ko'rsatkichlari taqqoslandi.

Dopplerometriya tekshiruv jarayonida sensorlar kerakli tomirlar hududidan qayd etilgan signallar apparat monitorida aks etadi va ko'rsatkichlar parametrlari o'ziga xos qiymatlari maxsus dastur tomonidan qayta ishlanadi. Qarshilik va pulsatsiya

indeksi kabi maxsus parametrlari , tomirdagi sistolik va diastolik qon oqimining tezligiga asoslangan tekshiruv dasturi tomonidan hisoblanadi. Homila yo'ldosh bachadon kompleksi qon tomirlari qon oqimining harakati tezklik o'lchanadi bunda qon oqimining tezligi apparat monitorida egri chiziq ko'rinishida aks etiladi va tekshiruv normal ko'rsatkichlar nisbati taqqoslanadi.

Surunkali infeksiyon qo'zg'atuvchilar tufayli fetoplatsentar tizim gemodinamik buzulishlar xavf yuqori homilador ayollar guruhi homila yo'ldosh bachadon kompleks qon aylanish baholash maqsadida " Hitachi – EUB " 515 A (Yaponiya) apparati 3.5 МГц datchikli, dopplerning 100 Гц chastota pulsli to'lqinlar bilan ta'minlangan. Mazkur apparat tekshiruv ko'rsatkichlar aniqlik, sifatli tasvirni vizualizatsiya qilish tufayli foydalanish ko'p qulaylik yaratadi.

Dopplerometriya tekshiruv usuli fetoplatsentar tizim qon aylanish baholashda asosiy ko'rsatkichlar :

1. Qarshilik indeks (RI , Pourcelot L 1974y) (C-D) / C
2. Pulsatsiya indeks (PI , Gosling R 1975y) (C – D) / O'rtacha tezlik
3. Sistolik- diastolik indeks (SDR , Stuart B 1980y) C/ D

C – Qon oqimining maksimal sistolik tezlik.

D– Qon oqimining maksimal diastolik tezlik.

Infeksiyon jarayon asoratlaridan fetoplatsentar tizim gemodinamik buzulishlar xavf yuqori homilador ayollar guruhi homila yo'ldosh bachadon kompleks qon aylanish baholash quyudagi shkalalardan qo'llanilgan : (Strijakova 1975y)

- I. I A daraja : Bachadon arteriyalarda qon oqimining buzulishi.
- II. I B daraja: Kindik arteriyalarda qon oqimining buzulishi.
- III. II. daraja: Bachadon va kindik arteriyalarda qon oqimining buzulishi.
- IV. III daraja: Homila qon oqimining kritik holatda buzulishi.

2.3. Tekshiruv ma'lumotlarini statistik qayta ishlash.

Sonli materiallar guruhlash, tahlil qilish va statistik qayta ishlash Microsoft Office Excel -2019 dasturi bo'yicha kompyuter yordamida umumiy qabul qilingan variatsion statistik usullari yordamida amalga oshirildi.

III-BOB.

XUSUSIY TEKSHIRISH NATIJALARI.

3.1. Retrospektiv tahlil natijalari.

Qin mikrobiotsenozning buzulishlaridan qin disbiozi rivojlanish yuqori xavf guruh homilador ayollar 30ta kasallik tarixi o'rganildi.

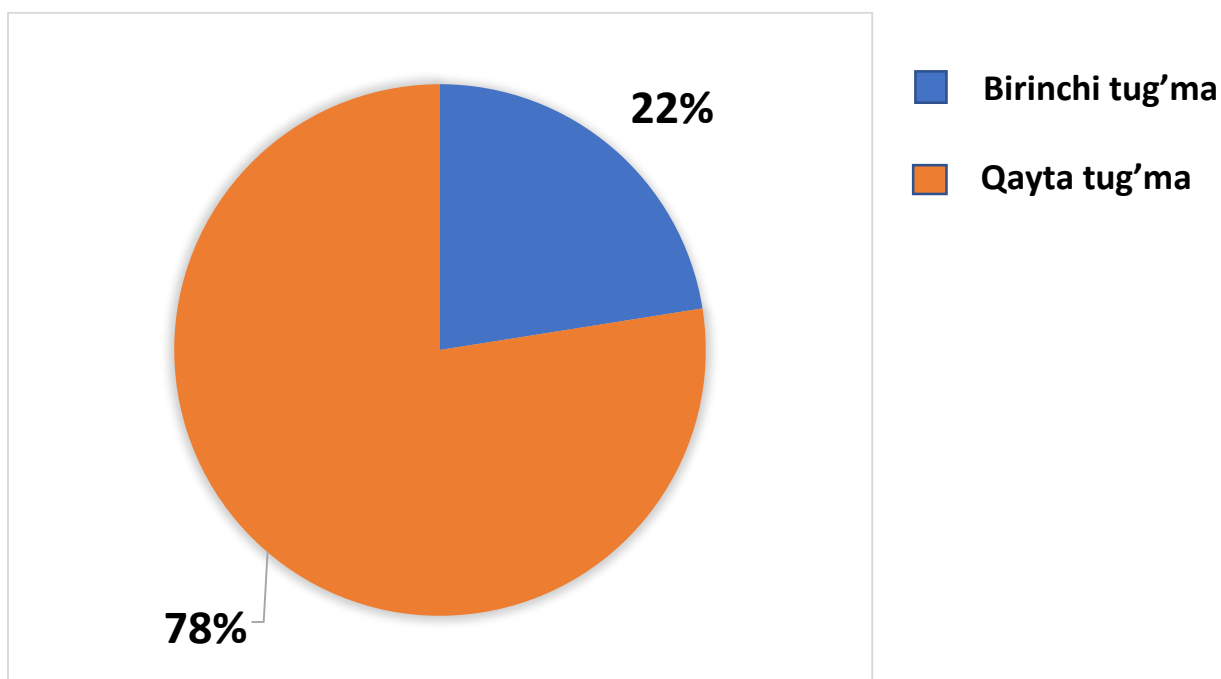
Tekshirilayotgan homilador ayollar tahlil qilganda.

Ulardan 20 yoshgacha bo'lgan homilador ayollar soni 2ta (5%), 21-25 yoshgacha 11ta (27.5%), 26-30 yoshgacha 14ta (35%), 31-35 yoshgacha 11ta (27.5%) va 35 yoshdan katta bo'lgan homilador ayollar 2ta (5%) tashkil etardi.

Pariteti tahlil qilganda.

Bu ayollar ichida ayollar birinchi tug'malar soni 9ta (22,5%) qayta tug'malar soni 21ta (77,5%) tashkil etardi.

Pariteti bo'yicha:



Ginekologik anamnez tahlil qilganda.

Ushbu homilador ayollar ichida 27 ta (67.5%) menarxe 12-14 yoshda, 9ta (22.5%) 15-16 yoshda, 4ta 18 (10 %) yoshda kuzatilgan. Ulardan 28ta (70%) erta jinsiy hayot va 12ta (30%) kech jinsiy hayot boshlagani, shuningdek 26ta (65%) muntazam jinsiy hayot 14ta (35%) nomuntazam jinsiy hayot kechirish aniqlangan. Genital yallig'lanish kasalliklardan anamnezidan quyudagilar kuzatilgan:

1. Kolpit – 25 ta (62.5%)
2. Adneksit – 5ta (12.5%)
3. Endometrit – 10ta (25%)

Asoratli akusherlik anamnezi tahlil qilganda.

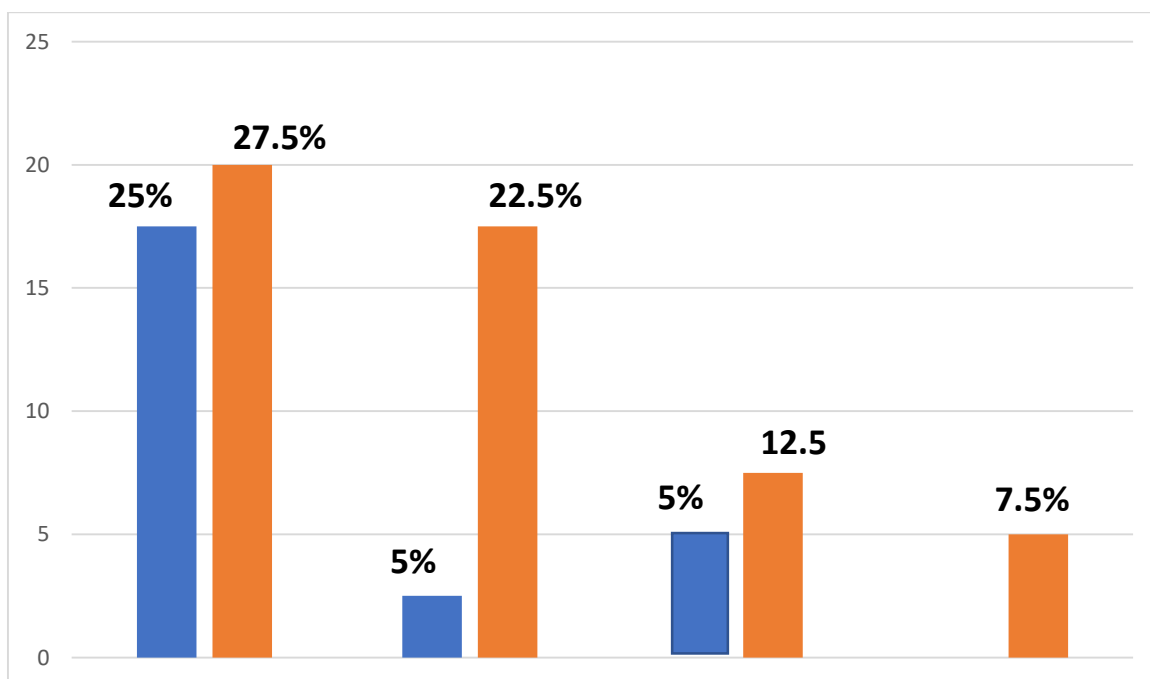
Homilador ayollarda vaginal mikroflorasi buzulishlar kuzatilishi tufayli qin disbiozi yuzaga kelishda homiladorlik muddati ahamiyatli sanaladi. Homiladorli I trimestri infeksiyalanish xavfi 30%, homiladorlik II trimestr 35% va homiladorlik III trimestr bu xavf 35 % tashkil qiladi. Homiladorlik davri asoratli kechish bo'yicha I homiladorlik tugqan ayollar 9 (22.5%), II homiladorlik kuzatilgan ayollar 15ta (37.5%) III homiladorlik esa ayollar 11ta (27.5%), IV – V homiladorlik 5ta (12.5%) tashkil etgan.

- 1) 14ta (35%) homila erta muddat tushish.
- 2) 13ta (32.5%) homila kech muddat tushish.
- 3) 2ta (5%) homila rivojlanish nuqsoni.
- 4) 11ta (27.5%) homila muddatdan oldin tug'ulish.

Qin mikrobiotsenozning buzulishlaridan qin disbiozi olib keluvchi sabab TORCH infeksiyasi va boshqalar bo'lib, IFA va ПЛП tahlil bo'yicha:

1. Sitomegalovirus 10 ta (25 %).
2. Gerpes 11ta (27.5 %).
3. Toksoplazmoz 2ta (5%).
4. Kandida 9ta (22.5 %)
5. Xlamidiya 2ta (5%).
6. Mikoplazma 5ta (12.5%)
7. Ureaplazma 3ta (7.5 %)

Aniqlangan TORCH infeksiyasi va boshqa infeksiyalar:



Sitomegalovirus Gerpes Toksoplazmoz Kandida Xlamidiya Mikoplazma Ureaplazma

Gramm bo'yicha qin, servikal kanal, uretra ya'ni uch nuqtadan olingan surtma tahlili qinning tozalik darajasi past bo'lgan ko'rsatkichda qin mikroflorasi buzulishu xavfi yuqori bo'ladi.

3 (.) surtma:

II – Daraja: 24ta (60%) homilador ayollar.

III- Daraja : 12ta (30%) homilador ayollar.

IV- Daraja: 4ta (10%) homilador ayollar.

Qin disbiozi rivojlanish xavfi yuqori homilador ayollar guruhi homiladorlikning I – trimestirida o'tkir respirator virusli infeksiyalar 15ta (37.5%) ayollarda, erta toksikozlar 14ta (35%) , erta homila tushish xavfi 11ta (27.5%) kuzatilgan.

Homiladorlikning II- trimestirida siydik yo'llar infeksiyasi zo'rayishi 26ta (65%) ayollar, homila rivojlanish chegaralanish sindrom 4ta (10%) aniqlangan.

Homiladorlik III- trimestirida homila gipoksiyasi 12ta (30%) ayollar, homila muddatdan oldin tug'ulish 9ta (22.5%) ayollar, ko'p suvlilik 11ta (27.5%), shuningdek kam suvlilik 13ta (32.5%) uchragan.

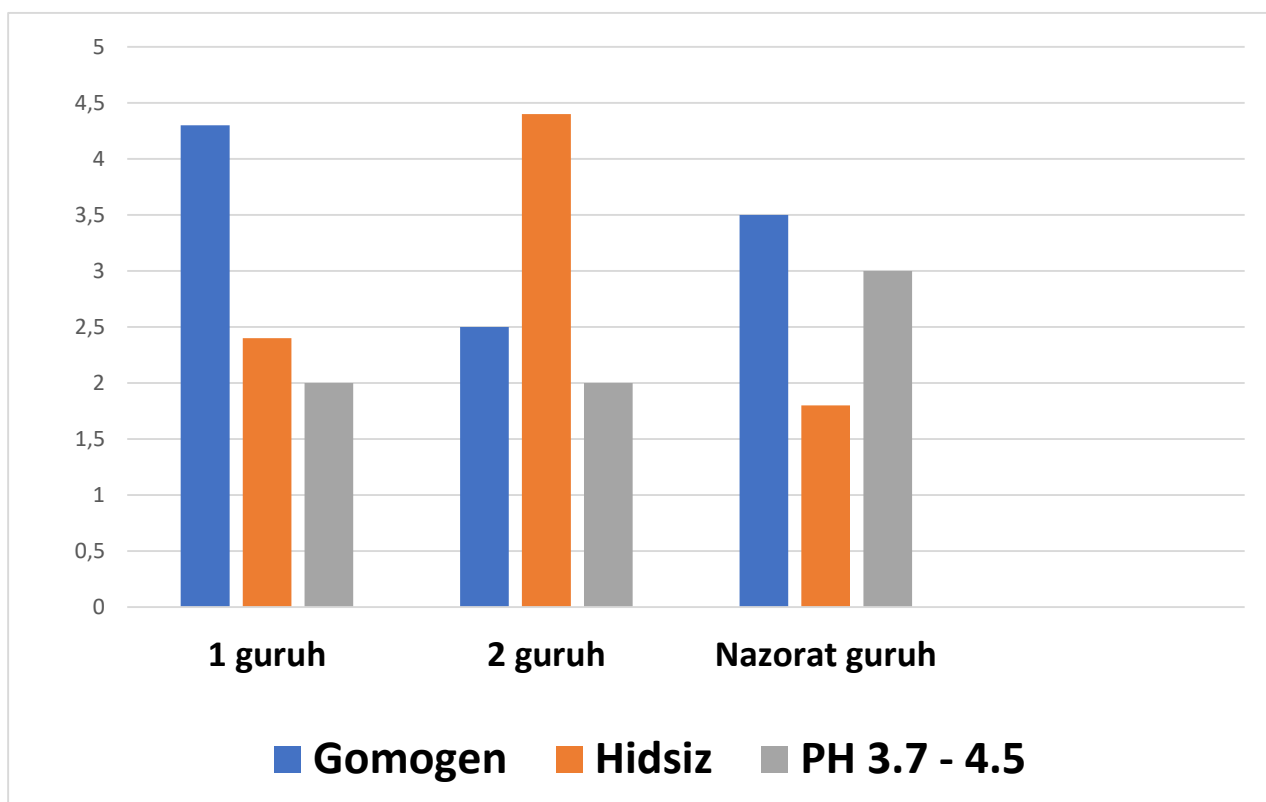
Qin disbiozi uchrash xavf yuqori ayollar guruhi homiladorlik kechish:

Homiladorlik I trimestr	Homiladorlik II trimestr	Homiladorlik III trimestr
O'RVI 37%	Urogenital infeksiya 65%	Homila gipoksiya 30%
Erta toksikoz 35%	Homila rivojlanish chegaralanish sindrom	Ko'p suvlilik 27%
Homila tushish xavf 27%	10%	Kam suvlilik 132%
		Erta tug'ruq 20%

Homilador ayollarda qinning me'yoriy ekotizimi:

1. Lactobacillus sp. / ml 9 qin suyuqligida)
2. Aerob va anaeroblar nisbati 3:1 – 10 :1.
3. Gardnerella vaginalis 5 % - 60 %
4. Mobiluncus sp. < 5 %
5. Mycoplasma hominus 15 %- 65 %

Ushbu me'yoriy ko'rsatkichlar asosida homilador ayollar guruhida qin ekotizimida quyudagilar aniqlandi:



Qin disbiozi ta'sirida patogen infeksiyasi fetoplatsentar tizim gemodinamik buzulishlar xavf guruh homilador ayollar guruhi UTT tekshiruvda yo'ldosh strukturasi, homila oldi suvi sifati va hajmi, homila rivojlanish holati ko'rsatkichlari baholandi.

UTT diagnostik usulda aniqlangan yo'ldosh tuzulishi quyudagi buzulishlar qayd etildi:

1. Yo'ldosh muddatidan oldin yetilish 4ta (10%)
2. Yo'ldosh qalinlik ortish 9ta (22.5%)
3. Yo'ldosh vorsinkalararo maydon kengayish 8ta (20%)

UTT tekshiruv natijasida homila oldi suvi baholash uchun quyudagilar o'zgarishlar aniqlandi:

1. Giperexogen kiritmalar va amniotik tasmalar 11ta (27.5%)
2. Kam suvlilik 17ta (42.5%)
3. Ko'p suvlilik 15ta (37.5%)

UTT tekshiruv natijasida homila rivojlanish baholash uchun quyudagilar o'zgarishlar aniqlandi:

1. Homila bosh miya qon tomirlar chigalida kista 1ta (2.5%)
2. Homila bosh miya periventrikulyar sohada chiziqli giperexogen kiritmalar 1ta (2.5%)

Homila biofizik tekshiruv natijalar ko'ra quyudagilar kuzatildi:

1. Homila nafas harakati kamayish 11ta (27.5%).
2. Homila tonusi pasayish 9ta (43.3%)
3. Homila harakat faollik susayish 14ta (35%)
4. Homila oldi suv hajmi kamayish 15ta (37.5%)

Qin disbiozi yuzaga kelishi tufayli qin mikroflorasi buzulish xavf guruh homilador ayollar guruhi dopplerometriya ma'lumotlariga ko'ra tekshiruvda ko'pincha homila yo'ldosh gemodinamik buzulishlar ko'p kuzatildi. Bular:

1. Homila yo'ldosh gemodinamik buzulishlar 13ta (32.5%)
2. Bachadon yo'ldosh gemodinamik buzulishlar 9ta (22.5%)
3. Homila yo'ldosh bachadon gemodinamik buzulishlar 4ta (10%)

Dopplerometriya usuli orqali tekshiruv jarayonidan patogen infeksiyasi ta'sirida homila yo'ldosh bachadon kompleks qon oqimida quyudagi darajada qon aylanish buzulishlar qayd etilgan:

- I. A daraja gemodinamik buzulishlar 14ta (35%)
B daraja gemodinamik buzulishlar 10ta (25%)
- II. Daraja gemodinamik buzulishlar 3ta (7.5%)
- III. Daraja gemodnimik buzulishlar 1ta (2.5%)

Dopplerometriya diagnostik usul olib borilgan tekshiruv natijasida patogen infeksiya ta'sirida homila yo'ldosh bachadon kompleks qon oqimining tezlik egri chiziq normal ko'rsatkichlari yozib olingan. Shuningdek homiladorlik II trimestirida juft bachadon arteriyalarda sistolik diastolik indeks yuqori ya'ni 2.1 qiymatida qayd etilib, lekin homiladorlik III trimestirida sistolik – diastolik indeks ko'rsatkichi pasayishi kuzatilgan.

Olingan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiku, qin disbioz natijasida vaginal mikroflora buzulishlar yuqori xavf guruhi homilador ayollar orasida kamqonlik, buyrak kasalliklari, kam suvlilik asoratlari eng ko'p ko'rsatkichlardan iborat bo'lgan.

Homilador ayollarda uchragan ekstragenital kasalliklar quyudagilar aniqlangan:

Kamqonlik kasallik 40 ta (100 %):

Bulardan: O'rta darajada kamqonlik 29 ta (72.5 %)

Og'ir daraja kamqonlik 11 ta (27.5 %)

Buyrak kasalliklari 23ta (57.5 %)

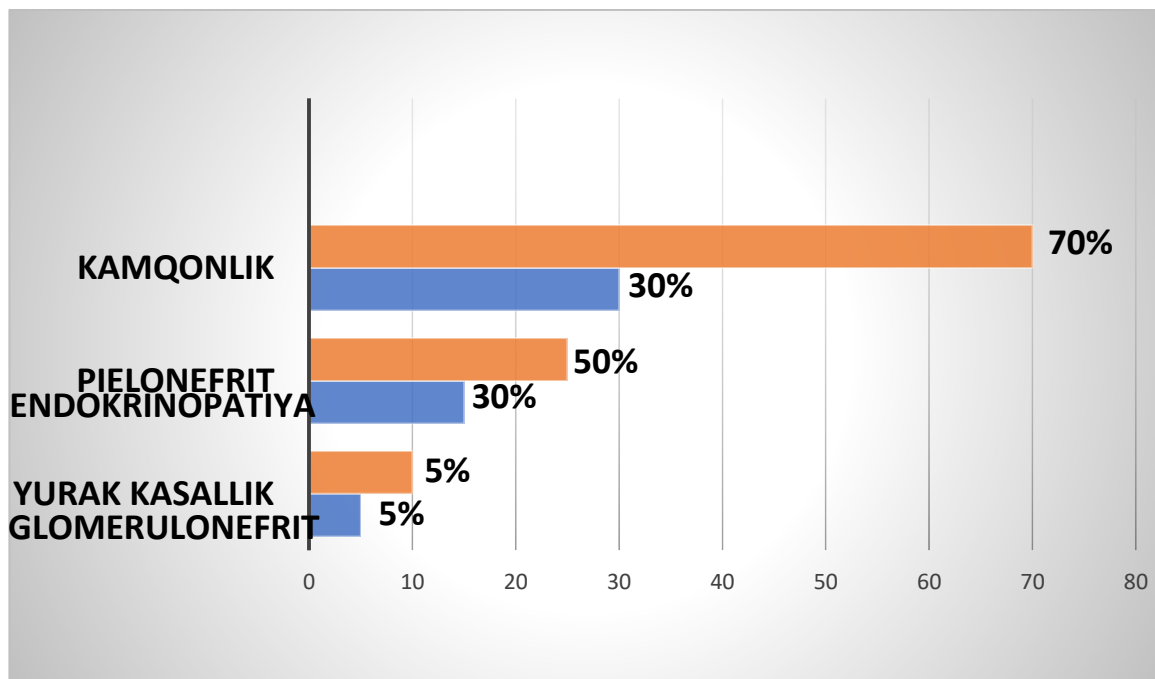
Bulardan: Pielonefrit 21 ta (52.5 %)

Glomerulonefrit 2ta (5 %)

Endokrin tizim kasalliklari 12ta (30 %)

Yurak qon tomir tizim kasalliklari 2 ta (5%)

Ekstragenital kasalliklar :



Homila ichki infeksiyasi fetoplatsentar tizim gemodinamik buzulishlari xavf guruh yuqori homilador ayollar asoratlarini o'rganishda olingan natijalar quyudagilar bo'ldi:

1. Ko'p suvlilik 15ta (37.5%)
2. Kam suvlilik 17ta (42.5%)
3. Preklampsiya 24ta (60%)

Bulardan: Yengil daraja 19ta (47.5%)

Og'ir daraja 5ta (1% 2.5)

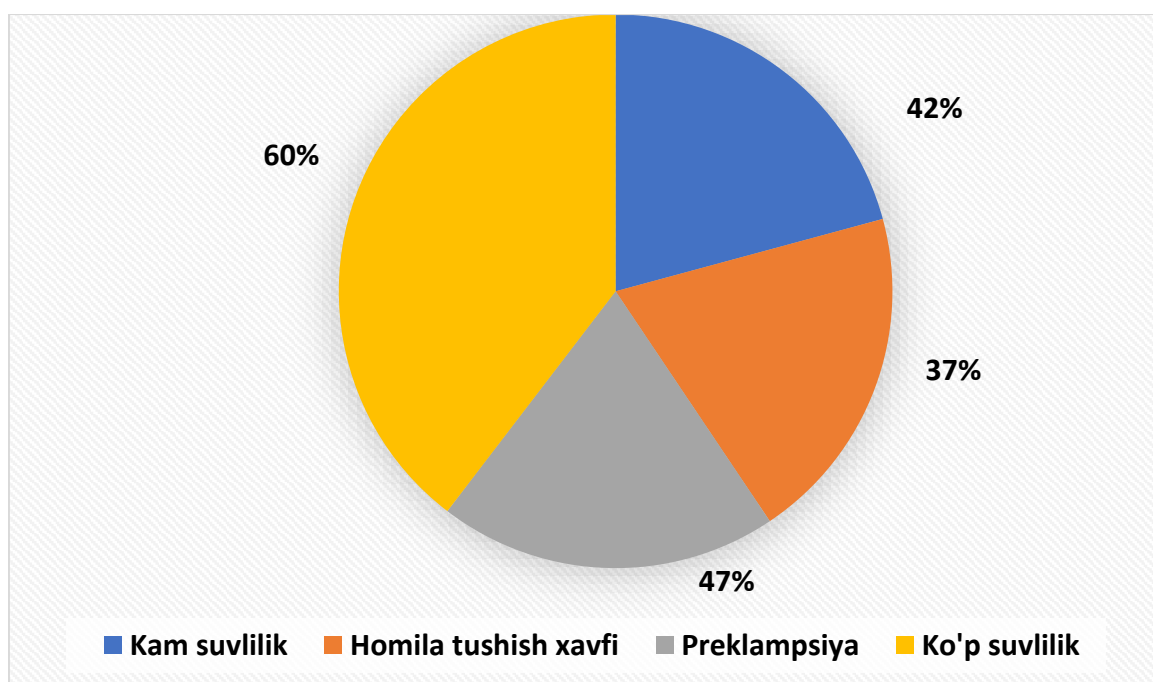
4. Homila tushish xavfi 19ta (47.5%)

Bulardan: Homila erta tushish xavfi 11ta (27.5%)

Homila kech tushish xavfi 8ta (20%)

5. Homila rivojlanish nuqsonlari 2ta (5%)
6. Qon ketish 1ta (2.5%)

Xomiladorlik asoratlanishi:



O'tqazilgan retropektiv tekshiruvlar natijalari:

Homilador ayollar yoshi bo'yicha taqsimlanish	20 yoshgacha 2ta (5%) 21-25 yoshgacha 11ta (27.5%) 26-30 yoshgacha 14ta (35%) 31-35 yoshgacha 11ta (27.5%) 35 yoshdan katta 2ta (5%)
Ginekologik anamnez	Kolpit – 25 ta (62.5%) Adneksit – 5ta (12.5%) Endometrit – 10ta (25%)
Asoratli akusherlik anamnez	14ta (35%) homila erta muddat tushish. 13ta (32%) homila kech muddat tushish. 2ta (5%) homila rivojlanish nuqsoni. 11ta (27.5%) Erta tug'ruq
TORCH infeksiyalari	Sitomegalovirus 10 ta (25 %). Gerpes 11ta (27.5 %). Tokso plazmoz 2ta (5%). Kandida 9ta (22.5 %) Xlamidiya 2ta (5%). Mikoplazma 5ta (12.5%) Ureaplazma 3ta (7.5 %)
Ekstragenital kasalliklar	Kamqonlik kasallik 40 ta (100 %) O'rta darajada kamqonlik 29 ta (72.%) Og'ir daraja kamqonlik 11 ta (27.5 %) Buyrak kasalliklari 23ta (57.5 %) Pielonefrit 21 ta (52.5 %) Glomerulonefrit 2ta (5 %)

	Endokrin tizim kasalliklari 12ta (30 %) Yurak tizim kasalliklari 2 ta (5%)
Homiladorlik asoratlari	Ko'p suvlilik 15ta (37.5%) Kam suvlilik 17ta (42.5%) Preklampsiya 24ta (60%) Homila tushish xavfi 19ta (47.5%) Homila rivojlanish nuqsonlari 2ta (5%) Qon ketish 1ta (2.5%)
3 (.) surtma	II – Daraja: 24ta (60%) homilador III- Daraja : 12ta (30%) homilador. IV- Daraja: 4ta (10%) homilador
Dopplerometriya	Homila yo'ldosh gemodinamik buzulishlar 13ta (32.5%) Bachadon yo'ldosh gemodinamik buzulishlar 9ta (22.5%) Homila yo'ldosh bachadon gemodinamik buzulishlar 4ta (10%)
UTT tekshiruv	Yo'ldosh erta yetilish 4ta (10%) Yo'ldosh qalinlik ortish 9ta (22.5%) Yo'ldosh vorsinkalararo maydon kengayish 8ta (20%) Homila bosh miya qon tomirlar chigalida kista 1ta (2.5%) Homila bosh miya periventrikulyar sohada chiziqli giperexogen kiritmalar 1ta (2.5%)

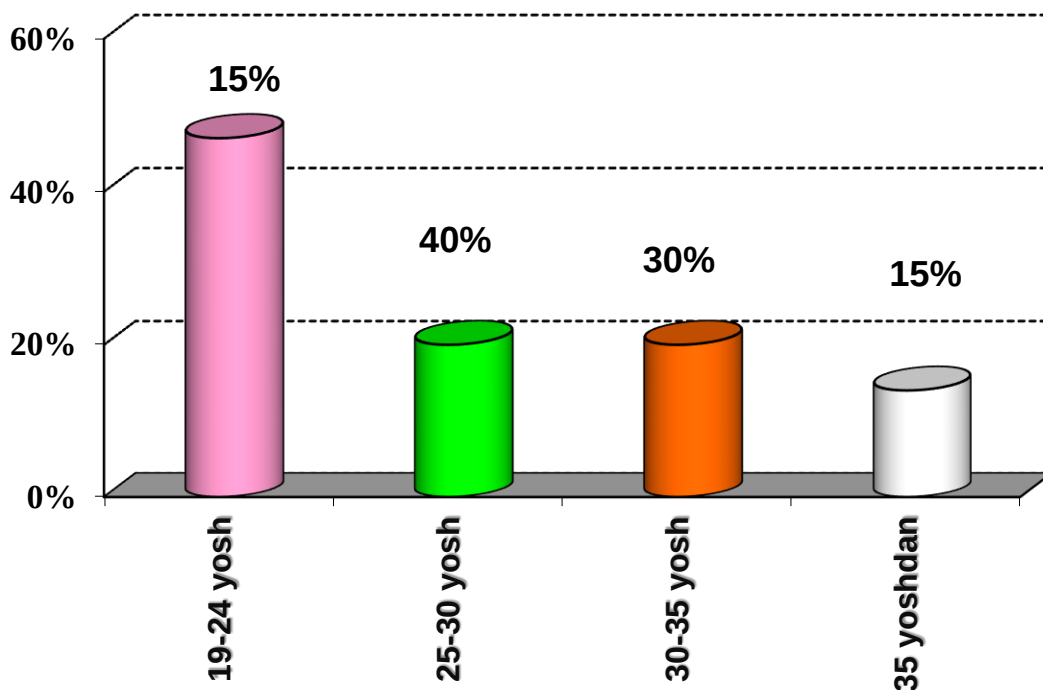
3.2. Prospektiv tahlil natijalari.

Oldimizga qo'yilgan maqsadga ko'ra aniq natijalar olish uchun retrospektiv tahlil xulosalariga tayangan holda qo'shimcha 20ta qin disbiozi rivojlanishi vaginal mikrofloraning buzulishlari yuqori xavf guruh homilador ayollar ajratib olindi.

Tekshirilayotgan ayollar yoshi bo'yicha strukturasi o'rganilganda quyudagi natijaga ega bo'ldik. Homilador ayollar yoshi 18 yoshdan va 35 yoshdan yuqori bo'lib, o'rtacha 25 yoshdan iborat.

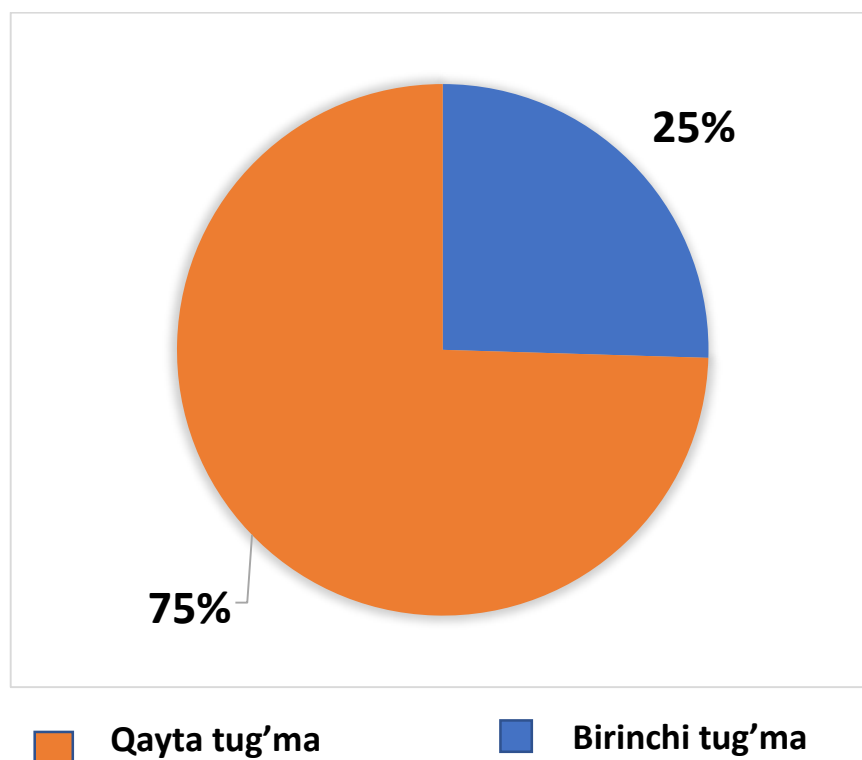
Ulardan : 18- 24 yoshgacha 3ta (15%) , 25-30yoshgacha 8ta (40%), 31-35yoshgacha 6ta (30%), 35 yoshdan katta bo'lgan ayollar 3ta (15%) tashkil qilgan.

Homilador ayollar yoshi:



Bu homilador ayollar ichida birinchi tug'malar 5ta (25%) ikkinchi tug'malar 8ta (40%), uchunchi tug'malar 5ta (25%) va uchtadan ko'p 2ta (10%) tashkil etadi. Shulardan 25-30 yoshliklardan homiladorlik rivojlanish qin mikroflorasining buzulishlar aniqlangan.

Paritet bo'yicha:



Ginekologik anamnez tahlil qilganda.

Ushbu homilador ayollar ichida 11ta (55%) menarxe 12-14 yoshda, 6ta (30%) 15-16 yoshda, 3ta 18 yoshda (15%) kuzatilgan. Ulardan 11ta (55%) erta jinsiy hayot va 9ta (45%) kech jinsiy hayot boshlagani, shuningdek 12ta (60%) muntazam jinsiy hayot 8ta (40%) nomuntazam jinsiy hayot kechirish aniqlangan.

Genital yallig'lanish kasalliklardan anamnezidan quyudagilar kuzatilgan:

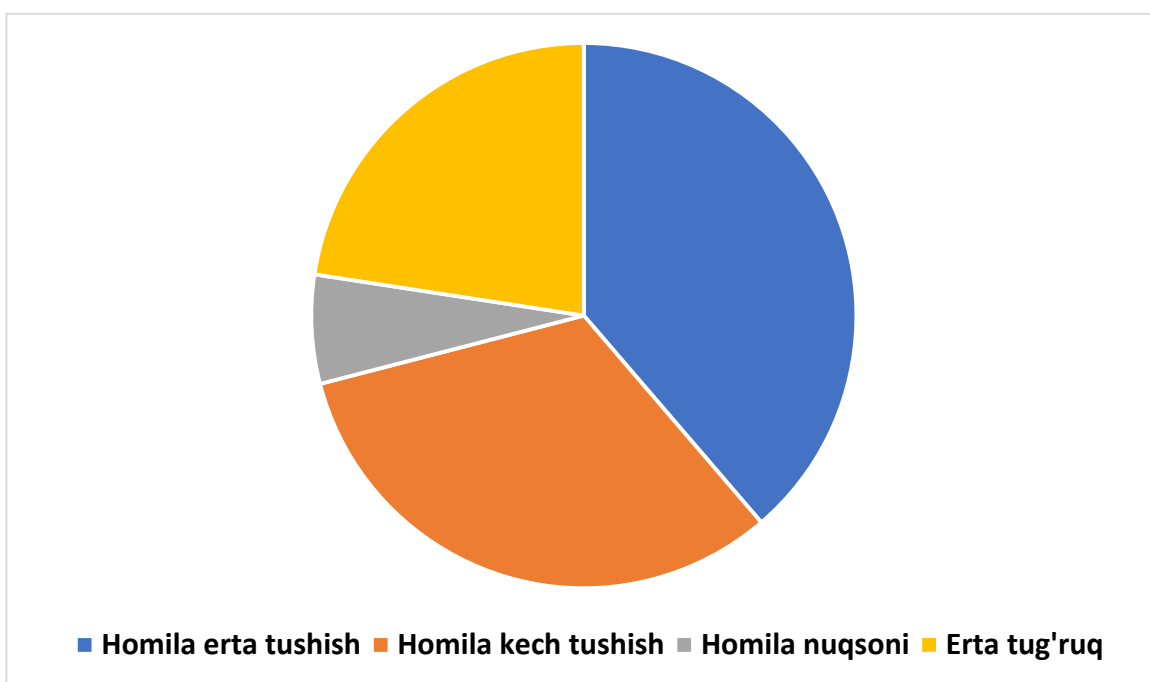
4. Kolpit – 15 ta (75%)
5. Adneksit – 1ta (5%)
6. Endometrit – 4ta (20%)

Asoratli akusherlik anamnezi tahlil qilganda.

Homiladorli I trimestri infeksiyalanish xavfi 15%, homiladorlik II trimestr 45% va homiladorlik III trimestr bu xavf 70 % tashkil qiladi. Homiladorlik davri asoratli kechish bo'yicha I homiladorlik tugqan ayollar 3ta (15%), II homiladorlik kuzatilgan ayollar 5ta (25%) III homiladorlik esa ayollar 3ta (15%), IV – V homiladorlik 1ta (6.6%) tashkil etgan.

1. 6ta (30%) homila erta muddat tushish.
2. 4ta (20%) homila kech muddat tushish.
3. 1ta (5%) homila rivojlanish nuqsoni.
4. 4ta (20%) homila muddatdan oldin tug'ulish.

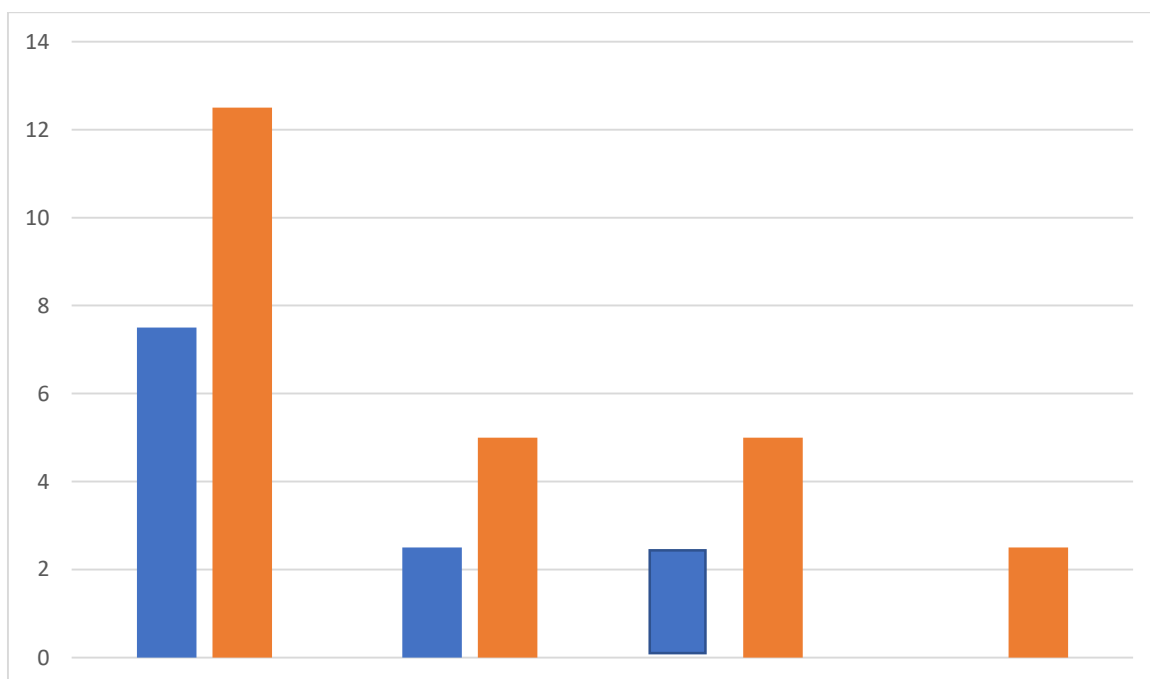
Asoratli akusherlik anamnez:



Qin disbiozining yuzaga kelishidan vaginal mikrofloraning buzulishlariga olib keluvchi sabab TORCH infeksiyasi va boshqalar bulardan:

1. Sitomegalovirus 5ta (25 %).
2. Gerpes 5ta (25 %).
3. Toksoplazmoz 1ta (5 %).
4. Kandida 4ta (20%)
5. Xlamidiya 2ta (10 %).
6. Mikoplazma 2ta (10%)
7. Ureaplazma 1ta (5 %)

Aniqlangan TORCH infeksiyasi va boshqa infeksiyalar:



Sitomegalovirus Gerpes Toksoplazmoz Kandida Xlamidiya Mikoplazma Ureaplazma

3 (.) surtma:

II – Daraja: 15ta (75%) homilador ayollar.

III- Daraja : 4ta (20%) homilador ayollar

IV- Daraja: 1ta (5%) homilador ayollar

Qin disbiozi rivojlanish xavfi yuqori homilador ayollar guruhi homiladorlikning I – trimestirida o'tkir respirator virusli infeksiyalar 5ta (25%) ayollarda, erta toksikozlar 7ta (35%) , erta homila tushish xavfi 4ta (20%) kuzatilgan.

Homiladorlikning II- trimestirida siydik yo'llar infeksiyasi zo'rayishi 16ta (80%) ayollar, homila rivojlanish orqada qolishi 2ta (10%) aniqlangan.

Homiladorlik III- trimestirida homila gipoksiyasi 5ta (25%) ayollar, homila muddatdan oldin tug'ulish 6ta (30%) ayollar, ko'p suvlilik 4ta (20%), shuningdek kam suvlilik 6ta (30%) uchragan.

Qin disbiozi uchrash xavf yuqori ayollar guruhi homiladorlik kechish:

Homiladorlik I trimestr	Homiladorlik II trimestr	Homiladorlik III trimestr
O'RVI 25% Erta toksikoz 35% Homila tushish xavf 20%	Urogenital infeksiya 80% Homila rivojlanish orqada qolish 10%	Homila gipoksiya 25% Ko'p suvlilik 20% Kam suvlilik 30% Erta tug'ruq 10%

Prospektiv tahlil o'tqazish maqsadida vaginal mikrofloraning buzulishlar xavf guruh homilador ayollar guruhi UTT tekshiruvda yo'ldosh strukturasi, homila oldi suvi sifati va hajmi, homila rivojlanish holati ko'rsatkichlari baholandi.

UTT diagnostik usulda aniqlangan yo'ldosh tuzulishi quyudagi buzulishlar qayd etildi:

1. Yo'ldosh muddatidan oldin yetilish 3ta (15%)
2. Yo'ldosh qalinlik ortish 2ta (10%)
3. Yo'ldosh vorsinkalararo maydon kengayish 3ta (15%)

UTT tekshiruv natijasida homila oldi suvi baholash uchun quyudagilar o'zgarishlar aniqlandi:

1. Giperexogen kiritmalar va amniotik tasmalar 4ta (20%)
2. Kam suvlilik 7ta (35%)
3. Ko'p suvlilik 4ta (20%)

UTT tekshiruv natijasida homila rivojlanish baholash uchun quyudagilar o'zgarishlar aniqlandi:

1. Homila bosh miya qon tomirlar chigalida kista 1ta (5%)
2. Homila bosh miya periventrikulyar sohada chiziqli giperexogen kiritmalar 1ta (5%)

Homila biofizik tekshiruv natijalar ko'ra quyudagilar kuzatildi:

1. Homila nafas harakati kamayish 6ta (30%).
2. Homila tonusi pasayish 4ta (20%)
3. Homila harakat faollik susayish 3ta (15%)
4. Homila oldi suv hajmi kamayish 7ta (35%)

Qin disbiozi tufayli homila yo'ldosh bachadon tizimi gemodinamik buzulishlar xavf guruh homilador ayollar guruhi prospektiv tahlilda dopplerometriya ma'lumotlariga ko'ra tekshiruvda ko'pincha homila yo'ldosh gemodinamik buzulishlar ko'p kuzatildi. Bular:

4. Homila yo'ldosh gemodinamik buzulishlar 10ta (50%)
5. Bachadon yo'ldosh gemodinamik buzulishlar 5ta (25%)
6. Homila yo'ldosh bachadon gemodinamik buzulishlar 3ta (15%)

Dopplerometriya usuli orqali tekshiruv jarayonidan patogen infeksiyasi ta'sirida homila yo'ldosh bachadon kompleks qon oqimida quyudagi darajada qon aylanish buzulishlar qayd etilgan:

- IV. A daraja gemodinamik buzulishlar 7ta (35%)
B daraja gemodinamik buzulishlar 6ta (30%)
- V. Daraja gemodinamik buzulishlar 3ta (15%)
- VI. Daraja gemodnimik buzulishlar 1ta (5%)

Dopplerometriya diagnostik usul olib borilgan tekshiruv natijasida patogen ta'sirida homila yo'ldosh bachadon kompleks qon oqimining tezlik egri chiziq normal ko'rsatkichlari yozib olingan. Shuningdek homiladorlik II va III trimestirida juft bachadon arteriyalarda sistolik diastolik indeks yuqori, so'ngra ushbu indeks ko'rsatkichi pasayishi kuzatilgan.

Olingan prospektiv tahlil ma'lumotlardan ko'rinib turibdiku, qin disbiozi uchrashidan vaginal muhitning buzulishlar yuqori xavf guruhi homilador ayollar orasida kamqonlik, buyrak kasalliklari, kam suvlilik asoratlari, homila yo'ldosh gemodinamik buzulishlar ko'p kuzatildi .

Homilador ayollarda uchragan ekstragenital kasalliklar quyudagilar aniqlangan:

Kamqonlik kasallik 20 ta (100 %):

Bulardan: O'rta darajada kamqonlik 13 ta (65 %)

Og'ir daraja kamqonlik 7ta (35 %)

Buyrak kasalliklari 16ta (80 %)

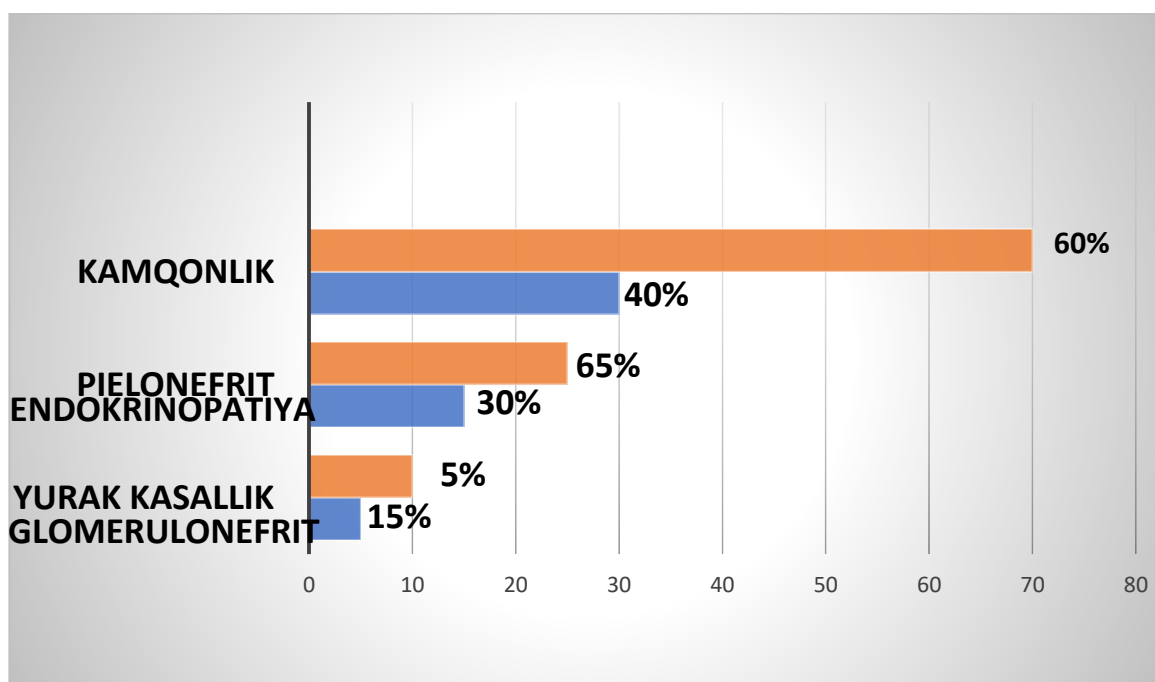
Bulardan: Pielonefrit 13 ta (65 %)

Glomerulonefrit 3ta (15 %)

Endokrin tizim kasalliklari 6ta (30%)

Yurak qon tomir tizim kasalliklari 1 ta (5%)

Ekstragenital kasalliklar :



Qin disbiozi oqibatida vaginal mikrofloraning buzulishlari xavf guruh yuqori homilador ayollar asoratlarini o'rganishda olingan natijalar quyudagilar bo'ldi:

1. Ko'p suvlilik 4ta (20%)
2. Kam suvlilik 7ta (35%)
3. Preklampsiya 7ta (35%)

Bulardan: Yengil daraja 5ta (25%)

Og'ir daraja 2ta (10%)

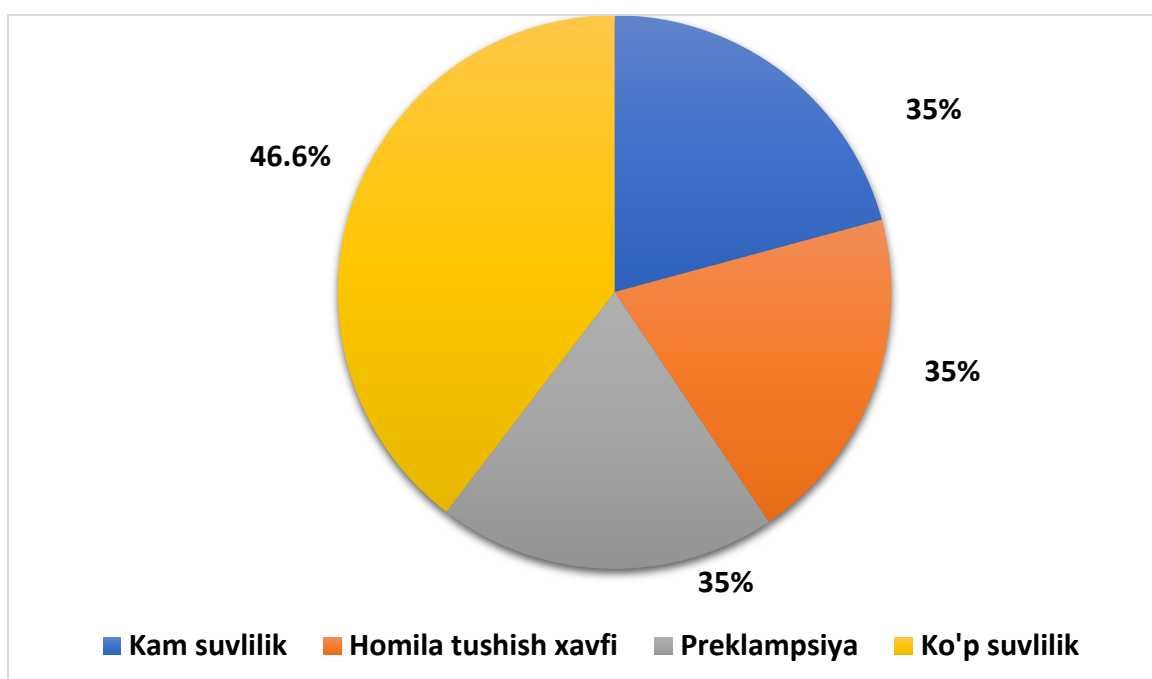
4. Homila tushish xavfi 7ta (35%)

Bulardan: Homila erta tushish xavfi 4ta (20%)

Homila kech tushish xavfi 3ta (15%)

5. Homila rivojlanish nuqsonlari 2ta (10%)
6. Qon ketish 2ta (10%)

Xomiladorlik asoratlanishi:



O'tqazilgan prospektiv tekshiruvlar natijalari:

Homilador ayollar yoshi bo'yicha taqsimlanish	18- 24 yoshgacha 3ta (15%) 25-30yoshgacha 8ta (40%) 31-35yoshgacha 6ta (30%) 35 yoshdan katta 3ta (15%)
Ginekologik anamnez	Kolpit – 15 ta (75%) Adneksit – 1ta (5%) Endometrit – 4ta (20%)
Asoratli akusherlik anamnez	6ta (30%) homila erta muddat tushish. 4ta (20%) homila kech muddat tushish. 1ta (5%) homila rivojlanish nuqsoni. 4ta (20%) erta tug'ruq.
TORCH infeksiyalari	Sitomegalovirus 5ta (25 %). Gerpes 5ta (25 %). Tokso plazmoz 1ta (5 %). Kandida 4ta (20%) Xlamidiya 2ta (10 %). Mikoplazma 2ta (10%) Ureaplazma 1ta (5 %)
Ekstragenital kasalliklar	Kamqonlik kasallik 20 ta (100 %): O'rta darajada kamqonlik 13 ta (65 %) Og'ir daraja kamqonlik 7ta (35 %) Buyrak kasalliklari 16ta (80 %) Pielonefrit 13 ta (65 %)

	Endokrin tizim kasalliklari 6ta (30%) Yurak tizim kasalliklari 1 ta (5%)
Homiladorlik asoratlari	Ko'p suvlilik 4ta (20%) Kam suvlilik 7ta (35%) Preklampsiya 7ta (35%) Homila tushish xavfi 7ta (35%) Homila rivojlanish nuqsonlari 2ta (10%) Qon ketish 2ta (10%)
3 (.) surtma	II – Daraja: 15ta (75%) homiladorlar III- Daraja : 4ta (20%) homiladorlar IV- Daraja: 1ta (5%) homiladorlar
Dopplerometriya	Homila yo'ldosh gemodinamik buzulishlar 10ta (50%) Bachadon yo'ldosh gemodinamik buzulishlar 5ta (25%) Homila yo'ldosh bachadon gemodinamik buzulishlar 3ta (15%)
UTT tekshiruv	Yo'ldosh erta yetilish 3ta (15%) Yo'ldosh qalinlik ortish 2ta (10%) Yo'ldosh vorsinkalararo maydon kengayish 3ta (15%) Homila bosh miya qon tomirlar chigalida kista 1ta (5%) Homila bosh miya periventrikulyar sohada chiziqli giperexogen kiritmalar 1ta (5%)

XOTIMA.

Homilador ayollarda "Bakterial vaginoz", "vulvovaginal kandidoz", shuningdek, aralash shartli patogen mikroflora bilan "vaginit" ni o'z vaqtida tashxislash, keyin kompleks davolash va normal qin mikroflorasi qayta tiklashni o'z ichiga oladi. Shunday qilib, vaginaning endogen mikroflorasi – bu makroorganizm bilan doimiy muvozanatda bo'lgan, endogen va ekzogen omillar ta'sirida o'zgarishlarga duch keladigan dinamik biosistema.

Homilador ayollarda qin disbiyozning davolash profilaktik jarayonlarni muhim va yakuniy bosqichi vaginal mikroflorani tiklashdir. Buning uchun ko'pincha probiyotiklar va prebiyotiklarning kombinatsiyasi qo'llaniladi, shuningdek qin mikroflorasi buzulishlar korreksiya qilish maqsadida keltirib chiqargan faktorlar bartaraf etish, medikmentoza va fizioterapevtik davo muolajalarni o'z ichiga oladi.

Yuqoridagilardan kelib chiqib, qin disbiozi tufayli vaginal mikrofloraning buzilishlardan ona va homila uchun kuzatilishi mumkin bo'lgan asoratlar oldini olish, qin mikrobiotsenozning buzulishlarini korreksiya qilish va ko'plab faktorlar oqibatida rivojlanishi hisobga olgan holda, davolash profilaktik chora va tadbirlar patogenetik va kompleksli terapiya xarakterli bo'lishi hamda perinatal patologiya yuzaga keltiruvchi xavf faktorlar bartaraf etishdan iborat.

Qo'yilgan maqsadlarni amalga oshirish uchun oldimizga quyidagi vazifalarni belgiladik:

1. Qin mikrobiotsenozning buzulishlari qin disbiozi rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan homilador ayollar guruhi kasallik tarixi retrospektiv tahlil qilish.
2. Qin mikrobiotsenozning buzulishlaridan qin disbiozi rivojlanishi klinik xususiyatlari va homiladorlik rivojlanish anomaliyalar, patologik jarayon kechish, polifunksional o'zgarishlar o'rganish.
3. Maxsus tekshiruv usullari va laborator tahlil natijalarini solishtirish.

Retrospektiv tahlil uchun tug'ruq kompleksida Qin mikrobiotsenozning buzulishlaridan qin disbiozi rivojlanish yuqori xavf guruh homilador ayollar 40ta kasallik tarixi o'rganilib chiqildi.

Homiladorlarni 20 yoshgacha bo'lganlar soni 2ta (5%), 21-25 yoshgacha 11ta (27.5%), 26-30 yoshgacha 14ta (35%), 31-35 yoshgacha 11ta (27.5%) va 35 yoshdan katta bo'lgan homilador ayollar 2ta (5%) tashkil etardi.

Homiladorli I trimestri infeksiyalanish xavfi 15%, homiladorlik II trimestr 45% va homiladorlik III trimestr bu xavf 70 % tashkil qiladi. Asoratli akusherlik anamnezi bo'yicha 14ta (35%) homila erta muddat tushish, 13ta (32.5%) homila kech muddat tushish, 2ta (5%) homila rivojlanish nuqsoni, 1ta (27.5%) homila muddatdan oldin tug'ulish.

Qin mikrobiotsenozning buzulishlaridan qin disbiozi olib keluvchi sabablaridan biri TORCH infeksiyasi hisoblanib, sitomegalovirus 10 ta (25 %), herpes 11ta (27.5 %), toksoplazmoz 2ta (5%), kandida 9ta (22.5 %), xlamidiya 2ta (5%), mikoplazma 5ta (12.5%), ureaplazma 3ta (7.5 %) aniqlangan. Homilador ayollar kuzatilgan ekstragenital kasalliklar ham qin mikrobiotsenozning izdan chiqishi olib keladi, bulardan kamqonlik 100%, buyrak kasalliklar 50%, endokrin kasalliklar 20% tashkil qilardi.

Homiladorlik ko'p suvlilik 15ta (37.5%), kam suvlilik 17ta (42.5%), preklampsiya 24ta (60%), homila tushish xavfi 19ta (47.5%), homila rivojlanish nuqsonlari 2ta (5%) asoratlari qin disbiozi ta'siri fonida kechgan.

UTT tekshiruvda yo'ldosh tuzulishidagi o'zgarishlardan platsenta muddatidan oldin yetilish 4ta (10%) uning qalinlik ortish 9ta (22.5%) va vorsinkalararo maydon kengayish 8ta (20%) qayd etilgan. Shuningdek UTT tekshiruv jarayoni homila rivojlanish baholashda uning bosh miya qon tomirlar chigalida kista 1ta (2.5%) va bosh miya periventrikulyar sohada chiziqli giperexogen kiritmalar 1ta (2.5%) kuzatilgan.

Dopplerometriya ma'lumotlariga ko'ra tekshiruvda ko'pincha homila yo'ldosh gemodinamik buzulishlar 13ta (32.5%), bachadon yo'ldosh gemodinamik buzulishlar 9ta (22.5%) va homila yo'ldosh bachadon gemodinamik buzulishlar 4ta (10%) qayd etildi.

Oldimizga qo'yilgan maqsadga ko'ra aniq natijalar olish uchun retrospektiv tahlil xulosalariga tayangan holda biz qo'shimcha 20ta qin disbiozi rivojlanishi vaginal mikrofloraning buzulishlari yuqori xavf guruh homilador ayollar ajratib olindi.

Homilador ayollar yoshi o'rtacha 18-35 yoshlarni tashkil qilib, ularning 73.3% takror tug'ma ayollardan iborat.

Homilador ayollar orasidan asoratlangan akusherlik anamnezida homila tushish 50% va homila muddatdan oldin tug'ulish 20% ko'rsatilgan.

IFA usulida TORCH infeksiyasi aniqlanib, ulardan sitomegalovirus 5ta (25%), herpes 5ta (25 %), toksoplazmoz 1ta (5%) aniqlangan. Umumiy qon tahlilida gemogloblin va eritrositlar ko'rsatkich muvofiq homilador ayollarni 70% o'rta daraja kamqonlik va 30% og'ir daraja kamqonlik kuzatilgan.

Homilador ayollarda qin mikroflorasi muhit aniqlash uchun 3 (.) surtma tahlil olingan natijalariga ko'ra qin tozalik II – daraja 15ta ayollarda (75%), III- daraja 4ta (20%) va IV- daraja 1ta (5%) homilador ayollar aniqlangan.

Dopplerometriya diagnostik usul olib borilgan tekshiruv tahlili patogen infeksiyasi ta'sirida homila yo'ldosh bachadon kompleks qon oqimining tezlik egri chiziq normal ko'rsatkichlari yozib olingan. Shuningdek homiladorlik II va III trimestirida juft bachadon arteriyalarda sistolik diastolik indeks yuqori, so'ngra ushbu indeks ko'rsatkichi pasayishi kuzatilgan. Tekshiruv natijasida ko'pincha homila yo'ldosh gemodinamik buzulishlar 50% aniqlangan.

XULOSA.

1. Homilador bo'lmagan ayollarda bakterial vaginoz bilan kasallanish 15-35,5%, homilador ayollarda esa 38% ga tashkil etadi. Homilador ayollar orasida bakterial vaginoz 44,4%, aralash florali vaginit 25% va surunkali vulvovaginal kandidoz 30,55% hollarda aniqlangan. Homilador ayollarda qin mikrobiotsenoz patogen yallig'lanish jarayonlari natijasida homiladorlik ko'tara olmaslik 45%, ektopik homiladorlik 3% kuzatiladi.
2. Qin mikrobiotsenozning buzulishlaridan qin disbiozi rivojlanishi uchun yuqori xavf guruhi homilador ayollar orasida kamqonlik 100% , buyrak kasalliklari 50% aniqlanib, ularda kam suvlilik asoratlari 43.5%, homila yo'ldosh bachadon tizim morfofunktsional buzulishlar 30% kuzatildi.
3. Aniqlangan TORCH infeksiyasi sitomegalovirus 10 ta (25 %), herpes 11ta (27.5 %) tashkil qilardi. Homilador ayollarda qinning tozalik darajasi past bo'lgan ko'rsatkichda qin mikroflorasi buzulish xavfi yuqori bo'lib, bunda II tozalik darajasi 60% ayollar, III- IV tozalik darajasi 40% uchragan.
4. Exografik tekshiruv natijalariga asoslanib yo'ldosh tuzulish va homila o'sish jarayon izdan chiqish, bunda yo'ldoshning muddatdan oldin yetilish 10%, yo'ldosh shish 22.5%, homila bosh miya qon tomirlar chigalida kista 2.5% va chiziqli giperexogen kiritmalar 2.5% qayd etilgan.
5. Homila biofizik tekshiruv natijalar ko'ra unda nafas harakati kamayish 27.5%, harakat faollik va tonusi pasayish 43.3% aniqlangan. Dopplerometriya ma'lumotlariga ko'ra homila yo'ldosh gemodinamik buzulishlar bachadon yo'ldosh qon oqimining o'zgarishishga 32.5% kuzatiladi va qon oqimining tezligi egri chiziq ko'rsatkichlari o'zgarishsiz, sistolik -diastolik indeksi ortishi belgilandi.

AMALIY KO'RSATMA.

Qin disbioz oqibati vaginal mikrofloraning buzulishlari xavfi mavjud homilador ikki bosqichdagi profilaktik davolash chora tadbirlar quyudagilar :

- III. bosqich – sanitarizatsiya-umumiy va mahalliy antibiotik terapiyasini o'z ichiga oladi.
- Og'iz orqali: klion 7 kun davomida kuniga 2 marta 500 mg, metronidazol – 7 kun davomida kuniga 2 marta 500 mg.
 - Mahalliy davolash: klindasin (2% klindamitsin fosfat) bir marta 7 kun davomida (intravaginal) 5,0 g dan, metronidazol-gel (0,75 %) kuniga bir marta 7 kun davomida intravaginal, klion D (vaginal tabletkalar) – 7 kun davomida kuniga 2 marta 0,5 g.
- IV. Bosqich – Qin normal mikroflorasi tiklash uchun probiyotiklar va prebiyotiklar qo'llash o'z ichiga oladi.
- Probiyotiklarni qo'llash. Vagilak kuniga 1 kapsuladan qo'llaniladi. Vaginal floraning sifatini yaxshilash ikki hafta ichida kutilishi kerak.
 - Mahalliy davolash: biologik mahsulotlarni mahalliy qo'llash orqali vaginal biotsenozni tiklashni ta'minlaydi (eubiotiklar): laktobakterin, asilakt, bifidumbakterin, bifidin. Laktozinal terapevtik maqsadlarda 7 kun davomida kuniga 2 marta 1 vaginal shamdan foydalaniladi. Profilaktika maqsadida-kuniga bir marta 1 shamdan kechasi-7-14 kun.

QIN DISBIOZIDA HOMILADORLIK OLIB BORISH ALGORITMI:

Qin disbiozi yuzaga keltiruvchi qo'zg'atuvchiga ko'ra:		
Bakterial tabiatli	Zamburug'li tabiatli	Virus tabiatli
1- Bosqich: Antibakterial davo 2- Bosqich: Qin florasini tiklash	1- Bosqich: Qin sanatsiyasi. 2- Bosqich: Antimikozlar qo'llash	1- Bosqich: Qin sanatsiyasi. 2- Bosqich : Virusga qarshi mazlar

Foydalangan adabiyotlar:

1. Андреева И.В. Доказательное обоснование применения пробиотиков для лечения и профилактики заболеваний ЖКТ. Мед совет 2017; 3: 20—23.
2. Аминова И.П., Посисеева Л.В. Оптимизация лечения вирусных заболеваний гениталий. Российский Вестник акушера-гинеколога. 2015;6:1048.
3. Буланов П.В., Стрижаков А.Н. Методы профилактики, лечения и подготовки женщин с нарушениями микроценоза влагалища к родоразрешению и гинекологическим операциям. Вопр гин акуш и перинатол 2014; 3: 2: 39—42.
4. Дмитриев Г.А., Глазко И.И. Бактериальный вагиноз. М.: БИНОМ, 2008.
5. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. СПб: Нева-Люкс 2010; 364.
6. Кира Е.Ф. Мегаполис для лактобактерий. Status praesens 2011; 2: 51-54.
7. Кэтрин Азулау Пробиотики, бактериальный вагиноз и кандидозный вульвовагинит: монография, 2010.
8. Кравченко Е.Н. Иммунокорригирующая терапия в комплексном лечении неспецифического бактериального вагинита. Акушерство и гинекология. 2015;1:15
9. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека: руководство для врачей. Под ред. Исакова В.А. 2е изд., перераб. и доп. СПб.: СпецЛит, 2013.
10. Гавришева Н.А., Антонова Т.В. Инфекционный процесс: клинические и патофизиологические аспекты: учебное пособие. СПб.: ЭЛБИС СПб, 2016.
11. Липова Е.В., Болдырева М.Н., Трофимов Д.Ю., Витвицкая Ю.Г. Урогенитальные инфекции, обусловленные условнопатогенной биотой у женщин репродуктивного возраста (клиниколабораторная диагностика). Пособие для врачей. М., 2009.
12. Ленцнер А.А., Ленцнер Х.Л., Карки Т.В. Журн акуш и жен бол Спец выпуск «Актуальные вопросы инфекций в акушерстве и гинекологии». Ст-Петербург 2019; 85—88.
13. Лубяная С.С., Удовика Н.А., Лыткин Р.А. Терапия бактериального вагиноза у беременных во II триместре: проблемы и пути решения. Здоровье Украины 2018; 6: 67—68.
14. Никонов А.П., Асцатурова О.Р. Инфекции в акушерстве и гинекологии. Практическое руководство по диагностике и антимикробной химиотерапии. Гинекология 2016; 2: 4—7. 4.
15. Макаров И. О., Боровикова Е. И. Бактериальные и вирусные инфекции в акушерстве и гинекологии: учеб. пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 256 с.

16. Подзолкова Н.М., Халиф И.Л., Назарова С.В., Гвасалия А.Г. Проблемы беременности 2014; 8: 51—57.
17. Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Профилактика послеродовых инфекций у женщин с бактериальным вагинозом. Гинекология 2016; 8: 1: 14—16.
18. Рищук СВ, Кахиани ЕИ, Татарова НА, Мирский ВЕ, Дудниченко ТА. Инфекционно-воспалительные заболевания женских половых органов. Учебнометодическое пособие для студентов. СПб.: Издво ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2015.
19. Рищук СВ, Татарова НА, Айрапетян МС. Эндогенная микробиота влагалища. Диагностика и принципы лечения эндогенной инфекции. Гинекология. 2014;16(5):3140.
20. Серов В.Н. Особенности инфекции в акушерстве, гинекологии и перинатологии. Рус мед журн 2016; 14: 1: 2—5. 7.
21. Серов В. Н. Рациональная терапия влагалищных инфекций // Гинекология. – 2004. – Т. 7, № 2. – С. 115–118.
22. Стецюк О.У., Андреева И.В. Проблема внутриутробных инфекций в акушерско-гинекологической практике. Фарматека 2016; 14: 129: 12—20.
23. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г. Инфекции влагалища: взгляд гинеколога. Рациональная терапия кандидозного и смешанного вульвовагинитов. Венеролог 2016; 2: 18—21.
24. Тихомиров А. Л. Бактериальный вагиноз – современные представления, комплексное лечение. – М., 2005.
25. Цизина Е. И. // Новые задачи современной медицины: матер. Междунар. науч. конф. – Пермь, 2012. – С. 38–40.
26. Berkley E. Chauhan S.P. Abuhamad A. Society for maternal fetal medicine publications committee. Doppler assessment of the fetus with intrauterine growth restriction. // Am.J. Obstet. Gynecol.2012. Vol. 206. N. 4. P.300-308
27. Ferrazzi E. Bellotti M. Bozzo M. Rigano S. et al. The temporal sequence of changes in fetal velocimetry indices for growth restricted fetuses. //Ultrasound Obstet. Gynecol. 2002. Vol. 19. P. 140-146.
28. Hecher K. Bilardo C.M. Stigter R.H. et al. Monitoring of fetuses with intrauterine growth restriction a longitudinal study. // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2001. Vol. 18. P. 564-570.
29. Danesh IS, Stephen JM, Gorbach J. Neonatal Trichomonas vaginalis infection. J Emerg Med. 2004;13(1):51-54.
30. Goyal M, Hayes K, McGowan KL, Fein JA, Mollen C. Prevalence of Trichomonas vaginalis infection in symptomatic adolescent females presenting to a pediatric emergency department. Acad Emerg Med. 2011;18(7):763-766.

31. Mason MJ, Winter AJ. How to diagnose and treat aerobic and desquamative inflammatory vaginitis. *Sex Transm Infect.* 2017;93:8-10
32. Murth V., Kennea N.L. Antenatal infection inflammation and fetal tissue injury // *Clin. Obstet. Gynaecol.* – 2017. – Vol. 21. №3. – P.479-489.
33. Sobel JD, Nyirjesy P, Brown W. Tinidazole therapy for Metronidazole resistant vaginal trichomoniasis. *Clin Infect Dis.* 2011;33: 1341-1346
34. Tempera GP, Furneri M. Management of Aerobic vaginitis. *Gynecol Obstet Invest.* 2014;70:244- 249
35. Piazzze J. et al. // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2015. Vol. 91. № 3. P. 233–237.
36. Park Y.W. et al. // *Yonsei Med. J.* 2015. Vol. 31. № 46 (5). P. 652–657.
37. Rizzo G. Arduini D. Fetal cardiac function in intrauterine growth retardation. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1991. Vol. 165. P. 876-882.
38. American college of obstetricians and gynecologists. AGOG Practice Bulletin N.82. June. 2007. Management of herpes in pregnancy. // *Obstet. Gynecol.* 2007. Vol. 109. P. 1489-1498.
39. Hollier L.M. Wendel G.D. Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus recurrences and neonatal infection. // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008. Vol. 1. CD004946.
40. Stagno S. et al. Primary cytomegalovirus infection in pregnancy. Incidence, transmission to fetus, and clinical outcome // *JAMA.* 1986. Vol. 256, N 14. P. 1904-1908.
41. Fowler K.B et al. The outcome of congenital cytomegalovirus infection in relation to maternal antibody status. // *N. Engl. J. Med.* 1992 Vol. 326. N.10. P. 663-667.
42. Cannon M.J Davis K.F. Washing our hands of the congenital cytomegalovirus disease epidemic // *BMC Public Health.* 2005 Vol. 5. P. 70.
43. Revello M.G. Lazzarotto T. Guerra B. et al. CHIP Study group. A randomized trial of hyperimmune globulin to prevent congenital cytomegalovirus // *n. Engl. J. Med.* 2014. Vol. 370. N.14. P. 1316-1326.
44. Best. J. M. Rubella // *Semin. Fetal Neonatal Med.* 2007. Vol. 12. P. 182-192.
45. Haas D.M Flowers C.A Congdon C.L. Rubella and mumps in pregnant women, susceptibilities and strategies for testing and vaccinating. // *Obstet. Gynecol.* 2005. Vol. 106. P. 295-300.
46. Wendel G.D. Jr. Sheffield J.S. Hollier L.M. Hill J.B. et. Al. Treatment of syphilis in pregnancy and prevention of congenital syphilis. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003. Vol. 189. P. 1178-1183.
47. Montoya J.G. Reminton J.S. Management of toxoplasma gondii infection during pregnancy. // *Clin. Infect. Dis.* 2008. Vol. 47. P. 554-566.
48. Thiebaut R. Leproust S. Chene G. Gilbert R. Systematic review on congenital toxoplasmosis study group. Effectiveness of prenatal treatment

for congenital toxoplasmosis a meta analysis of individual patients data. // Lancet. 2007. Vol. 369. P. 115-122