



ISSN 2181-5674

PROBLEMS OF
BIOLOGY *and*
MEDICINE

БИОЛОГИЯ *ва*
ТИББИЁТ

МУАММОЛАРИ

2021, № 1.1 (126)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ
И МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году

Самаркандским отделением
Академии наук Республики Узбекистан
Выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ж.А. РИЗАЕВ

Редакционная коллегия:

*Н.Н. Абдуллаева, С.А. Блинова,
К.Э. Рахманов (ответственный секретарь),
С.С. Давлатов, А.С. Даминов, Ш.Х. Зиядуллаев,
З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),
Б.Б. Негмаджанов, М.Р. Рустамов, Н.А. Ярмухамедова*

*Учредитель Самаркандский государственный
медицинский институт*

2021, № 1.1 (126)

Содержание

<i>Закирова Н.И., Закирова Ф. И., Закирова Б.И., Кадилова А.М., Азимова К.Т.</i> На страже здоровья женщины	5
<i>Бадриддинова М.</i> Устозимни эслаб	8
<i>Алляров Я.Н.</i> Жизненный путь выдающегося врача, ученого и педагога, учителя и наставника	8
<i>Абдикулов Б.С., Каримов З.Дж., Яхшибоев И.Я.</i> Результаты лечения пациенток с вращением плаценты в рубец на матке	9
<i>Абдуллаева М.Н., Абдуллаева Г.Д., Икромова З.Х.</i> Прогностическая информативность дисэлектrolитемии при перинатальной патологии	12
<i>Абдусаматова М.Ф., Каримов А.Х.</i> Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида плацента етишмовчилик диагностика аспекти	14
<i>Абдухалик-Заде Г.А., Набиева Ш.М.</i> Роль дородовой подготовки в благополучном исходе родов	16
<i>Агабабян Л.Р., Негмаджанов Б.Б., Махмудова С.Э.</i> Прогнозирование и особенности течения тяжелой преэклампсии в условиях пандемии COVID-19	17
<i>Агабабян Л.Р., Насирова З.А., Дилмурадова В.К.</i> Прогнозирование менструальной и репродуктивной функции у девушек- подростков с алиментарной формой ожирения	20
<i>Агабабян Л.Р., Насирова З.А., Алиева М.Я., Тангирова Ю.О.</i> Тухумдонларнинг вақтидан олдинги етишмовчилигини ташхисоти ва даволашга бўлган замонавий ёндашувлар	23
<i>Азимов Ф. Р., Туксанова Д.И., Бабаева Н.Э.</i> Возрастные аспекты гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки	25
<i>Азимова К.И., Исроилова Г.П., Аманова М.Ф.</i> Гепатит В билан ҳомиладор аёлларда инфекциянинг вертикал ўтишининг профилактикаси	26
<i>Азимова Д.А., Вафакулова Г.Б., Вафаева И.М.</i> Клинико – морфологические особенности шейки матки у женщин, использующих внутриматочную контрацепцию	30
<i>Аманов А.К., Рахимов Ж.Х., Тайлокова М.Б., Субхонов У.Ж., Эсанкулова Б.С., Низомова И.Б.</i> Елбугоз касаллиги билан касалланган аёлларни эрта диагностикаси ва профилактикаси	32
<i>Амонов Ш.Э., Ражабов А.Х.</i> Принципы лечения вазомоторного ринита у детей с хроническим гепатитом В	33
<i>Амонов А.Ш., Кузовков В.Е.</i> Выбор доступа к среднему и внутреннему уху при проведении кохлеарной имплантации	35
<i>Анартаева Г.Ж.</i> Опыт применения фоллитропина дельта в стимуляциях программах эко у пациенток с рецидивирующими нарушениями имплантации	37
<i>Арзиева Г.Б., Карабаев Х.К., Маматкулова М.Дж., Ким В.О.</i> Влияние ожоговой болезни на течение беременности	39
<i>Асадов Д.А., Бабажанова Ш.Д., Джаббарова Ю.К.</i> Пути снижения материнской смертности	41
<i>Аскарлова Ф.</i> Особенности рационального питания у беременных страдающих железодефицитной анемией	43
<i>Аслонова М.Ж., Ихтиярова Г.А., Салимова Т.Б., Хусейнова Н.Р.</i> Ҳомила ўсишдан оққада қолиш синдромининг эрта ташхислаш мезонлари	46
<i>Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Исламов Т., Махмудов Х.У.</i> Особенности функционального состояния почек при остром гломерулонефрите у детей	48
<i>Ахмедов Ф.К., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н.</i> Роль преэклампсии в перинатальных исходах беременности	50
<i>Ахмедов Ш.К., Самандаров Н.В., Шарипов Ш.Ш.</i> Опыт применения итраконазола в лечении кандидозного вульвовагинита	51
<i>Ахтамова Н.А., Закирова Н.И.</i> Совершенствование лечебной тактики хронической тазовой боли, обусловленной сальпингоофаритом	53

<i>Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф.Х., Исламова Д.С.</i> Обоснование иммуномодулирующей терапии при остром обструктивном бронхите у детей	108
<i>Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф.Х.</i> Состояние иммунитета при хронической обструктивной болезни легких у детей	110
<i>Икрамова Х.С., Матризаева Г.Дж.</i> Определение цитопротективного эффекта мелатонина в комбинированной терапии гормонального бесплодия	113
<i>Икрамова Х.С., Ражабова Г.О., Матризаева Г.Дж.</i> Штейн-Левенталь синдроми билан касалланган аёллар репродуктив функциясини тиклашда жаррохлик ва консерватив терапиянинг роли	114
<i>Индиаминов С.И., Бойманов Ф.Х., Тожиев У.Д.</i> Ҳомиладор ва туғувчи аёлларга тиббий ёрдам кўрсатишдаги нуқсонлар	116
<i>Индиаминов С.И., Абдуллаев Ш.А., Туронов Б.С. Индиаминова Г.Н.</i> Ҳомиладор аёлларга етказилган жароҳатланишлар оғирлик даражасини баҳолаш	119
<i>Индиаминов С.И., Расулова М.Р., Шербекон Б.Э., Индиаминова Г.Н.</i> О критериях половой зрелости у девушек	123
<i>Индиаминова Г.Н.</i> Кесар кесиш операциясидан кейин бачадондаги чандиқ ҳолатини ултратовуш текшируви орқали баҳолаш	124
<i>Исламова Н.Б., Норбутаев А.Б.</i> Оценить активности кариеса у беременных женщин	126
<i>Исламова Д.С., Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф.Х.</i> Критерии развития осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у подростков с сопутствующими ревматическими заболеваниями	128
<i>Ихтиярова Г.А., Тошева И.И.</i> Доплерометрия-ранний маркер диагностики резус-иммунизации у беременных	129
<i>Ихтиярова Г.А., Дустова Н.К., Насриддинова Ш.И., Хайдарова Н.Б.</i> Прогнозирования внутриутробной задержки и гибели плода у женщин перенесших короновиральную инфекцию	132
<i>Ихтиярова Г.А., Орипова Ф.Ш.</i> Прогностические маркеры выявления дисбиоза влагалища и ее своевременная коррекция	135
<i>Ихтиярова Г.А., Муминова Н.Х., Наврузова Н.О.</i> Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларининг ретроспектив килиник ва лаборатор кўрсаткичлари	138
<i>Кадирова А.М., Бабаев С.А.</i> Выбор метода родоразрешения у беременных с миопией высокой степени	140
<i>Камалова М.К.</i> Причины посещения пациентами детского возраста стоматолога в условиях пандемии COVID-19	142
<i>Камалова Д.Д., Хасанова Д.</i> Репродуктивные и перинатальные риски у женщин с аутоиммунным тиреоидитом	145
<i>Камарова И., Закирова Ф.И.</i> Современные аспекты реабилитации женщин с послеродовыми травмами промежности	147
<i>Каримов А.Х., Давлетова Д.М., Шокирова С.А.</i> Профилактики преэклампсии и перинатальных осложнений у беременных группы риска	149
<i>Каримов А.Х., Ахмедова Б.Т., Ахмедова Г.А.</i> Анализ причин внематочной беременности в условиях экстренной медицинской помощи	150
<i>Каримова Ф.Дж., Жураев Н.Б., Иноятов Х.П.</i> Показатели микроциркуляции у родильниц при септических осложнениях послеродового периода	152
<i>Каримова Н., Тогаева Г.С., Давранова А.Д.</i> Особенности физического и полового развития у девочек, с заболеваниями щитовидной железы	153
<i>Каримова Ф.Дж., Атаханов Ш.Э., Жураев Н.Б.</i> Особенности септических осложнений в акушерской практике, резервы и пути снижения материнских потерь	155
<i>Киличева О.О., Каримова Н.Н.</i> Показатели дисфункции эндотелия и доплерометрического исследования женщин, перенесших послеродовое кровотечение	158

Как известно, изменения неврологического статуса при гипербилирубинемии не столько зависят от уровня билирубина, сколько от фонового состояния, отягощенного анамнеза, гипоксии. Особенно этот процесснастораживает при гемолитической болезни новорожденных на фоне дисэлектrolитеми, гипоксии и других отягощающих факторах, что способствует облегчению токсического воздействия непрямого билирубина на нервные клетки и проникновению в ткани.

Фосфор, в свою очередь, играет существенную роль в миелинизации нервных волокон, в наших наблюдениях мы видим усугубление неврологической симптоматики, торможение миелинизации совпадает с токсическим воздействием непрямого билирубина. Эти особенности взаимосвязи гипербилирубинемии и гипофосфатемии нужно учитывать при дифференциальной диагностике неврологической симптоматики у новорожденных.

Снижение уровня белка, в свою очередь, способствует высвобождению и накоплению токсичного непрямого билирубина и длительному сохранению желтушного синдрома с нарастанием неврологической симптоматики билирубиновой интоксикации при первой фазе билирубиновой энцефалопатии. Внутриутробное инфицирование плода не всегда проявляется конкретной клинической симптоматикой, но изменение печеночных проб в наших наблюдениях, как: АЛТ, щелочная фосфатаза, билирубин и его фракции, возможно и является тем лабораторным феноменом или реакцией, индикатором предрасположенности к определенным патологическим состояниям. Эти изменения могут быть выявлены на доклинической стадии заболевания, как фактор риска и могут служить чувствительным маркером предрасположенности к мембранной патологии.[4,5,6].

Заключение: Таким образом, наблюдаемые малосимптомные клинические изменения в ранний неонатальный период у новорожденных с асфиксией диктуют необходимость обязательного лабораторного обследования. При отсутствии клинической симптоматики признаки дисэлектrolитеми служат индикатором предрасположения к определенным патологическим дисфункциям. При гемолитической болезни новорожденных оценка метаболических сдвигов как существенного фактора нейротоксичности непрямого билирубина наряду с уровнем НБ служит основанием для определения тактики активности лечения и устранения дисэлектrolитеми как отягощающего фактора.

Литература:

1. Асфиксия новорожденных/ Шабалов Н.П., Ярославский В. К. Любименко В. А. Пальчик А.Б. М.:МЕД.пресс-информ.2003. 367с.
2. Ахмина Н.И. Антенатальное формирование здоровья ребенка.М.: МЕД-пресс-информ.2005-207с.
3. Основы перинатологии/ Под ред. Шабалова Н.П. и Ю.В.Цвелева. М.:МЕД.пресс-информ.2004- 633с.
4. А.Б.Пальчик. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. (А.Б.Пальчик, Н.П.Шабалов)2011-272.
5. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Токсические энцефалопатии новорожденных. М.2012-176с.
6. Справочник по функциональной диагностике в педиатрии А.А.Ананенко, Ю.И.Барашнев, Ю.Е.Велтицев и др. под ред. Ю.Е.Велтицева., Н.С.Кисляк – М.:Медицина. 1988-624 с.
7. Шабалов Н.П. Неонатологии 2019.2т с 265.
8. Шабалов Н.П. Педиатрия 2019.943с.
9. Aly H, Khashaba M. T., Nada A. et al. The role of complement innturodevelopmental impairment following neonatal hypoxic-ischemic ensephalophy/Am.J. Perinatal. 2009. oct. 26(9)-p.659-665.

ХОМИЛАДОРЛИКНИНГ БИРИНЧИ ТРИМЕСТРИДА ПЛАЦЕНТА ЕТИШМОВЧИЛИК ДИАГНОСТИКА АСПЕКТЛАРИ

Абдусаматова М.Ф., Каримов А.Х.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Кирриш: Плацентар етишмовчилик (ёки плацента дисфункцияси) - бу йўлдошда морфо-функционал ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган ва компенсатор - мослашув механизмларининг бузилиши билан кечадиган синдромдир (1,3). Бу патологияда плацентанинг трофик, транспорт, эндокрин ва метаболик функция лари издан чиқади, бу эса ўз навбатида ҳомилада ва чақалоқларда кузатиладиган ривожланиш нуқсонларининг сабаби бўлиб хизмат қилади (1,2). Ҳомиладорлик вақтида турли патологияларнинг ҳомилага таъсир даражаси ва характери куйидаги омилларга боғлиқ: ҳомиладорлик муддати, таъсир давомийлиги, компенсатор механизмлар ҳолатига (4). Шунинг учун мақсад куйдик: ҳомиладорликнинг биринчи триместрида плацентар дисфункциянинг этиологик, клиник, эхографик аспектларини ўрганиш.

Изланиш материаллари ва усуллари: Изланиш Тошкент Тиббиёт Академияси куп тармокли клиникаси базасида ўтказилди. 60 та ҳомиладор аёл (ретроспектив тахлил 1-гурух) ҳомиладорликнинг биринчи триместрида ҳомила тушиш хавфи ва бошланган ҳомила тушиши бўлган, 40 та ҳомиладор аёлларда (проспектив 2-гурух) текширув ўтказилди. Ҳомиладорлик нормал кечаётган 20 та аёл назорат гуруҳига ҳомиладорликнинг биринчи триместрида олинди. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида касаллик тарихларини ўрганиб чиқиб ретроспектив тахлил қилиш, проспектив тахлил-клиник усуллар, ултратовуш текшируви, доплерометрия, хорион хажми ва васкулиризация индексини аниқлаш. Олинган натижалар: Солиштирма тахлил қилиш мақсадида ўрганилаётган аёлларнинг барча гуруҳлари бир хил ёшдаги аёллардан ташкил топган. Ўрганилаётган аёлларнинг ўртача ёши 25,3±3,6 ёш бўлди. 21-24ёш оралиғидаги ёшлар кўпчиликини ташкил қилган (мос равишда 40 ва 50%). Учраш частотаси бўйича иккинчи ўринда 25-29 ёшдаги аёллар. (мос равишда 30 ва 37,5%). Текширилаётган аёллар нисбатини ўрганиш шуни кўрсатдики, текширув гуруҳида қайта ҳомиладор бўлган аёллар кўпчиликини ташкил қилган(60%), шу вақтнинг ўзида 2-гурухдаги қайта ҳомиладор бўган ва биринчи марта ҳомиладор бўлган аёллар фоиз нисбати ўзаро тенг бўлган. Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, аёлларнинг кўпчилиги анемия билан касалланган. Шундан 1 даражали анемия билан 1-гурухдаги аёлларнинг 60%и, 2-гурухдаги аёл-

ларнинг 50%и касалланган. Экстрагенитал касалликлар орасида иккинчи ўринда СЙИ сурункали пиелонефрит кўринишида учрайди, аммо УТТ да буйракда ҳеч қандай структур ўзгаришлар топилмади. Шундай қилиб, 1-гуруҳ аёлларда СЙИ 2-гуруҳдагиларга нисбатан 2,4 баробар кўпроқ учраган. Сурункали тонзиллит ҳам учраш частотаси бўйича 1-гуруҳ хомилдорларда 30% ни, 2- гуруҳ аёлларда 25% ни ташкил қилган ҳолда иккинчи ўринда турибди. Нозологиялар орасида қалқонсимон безнинг диффуз катталаниши учраши бўйича учинчи ўринда бўлди ва 1-гуруҳ аёлларида 1,6 марта кўпроқ учради. Хар бир аёлда биттадан учтагача соматик касалликлари мавжудлиги аниқланди. Қайта хомилдор бўлганларни акушерлик олдинги хомилдорлик анамнезини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, 1- ва 2- гуруҳ беморларда акушерлик анамнези асоратланган бўлиб, иккала гуруҳдан умумий қайта туғувчиларнинг 36 тасидан 32 тасида (87,5%) асоратланган акушерлик анамнези(ААА)бўлган. ААА да энг кўп учраган ҳолат бу табиий абортлар бўлиб, иккала гуруҳда бир хил 50%ни ташкил қилди(3.2.4 жадвал). Кесар кесиш амалиёти биринчи гуруҳдаги 16,7% (4та аёлда) ўтказилган Артифициал абортлар 30 % ҳолатда(36тадан 12тасида) учраб, 1-гуруҳда 33,3% (24 тадан 8 тасида) ва 2-гуруҳдан 25% (3 та беморда) учраган. Муддатидан олдинги туғруқ 1-гуруҳда 4та, 2-гуруҳда 3та аёлда кузатилган (мос равишда 16,7 ва 25 %). Туғруқдан кейинги инфекциялар фақатгина 1-гуруҳдаги 8 та беморда(33,3%) кузатилгани аниқланди. Шундай қилиб, акушерлик анамнезини таҳлил қилиш натижасида 1-гуруҳ ААА хусусан, ривожланмаган хомила, кесар кесиш ва туғруқдан кейинги инфекцион асоратлар бўйича хавф гуруҳи сифатида эътироф этилди. Гинекологик анамнезга кўра хайз циклининг бузилиши хавф гуруҳидаги аёлларда 2,4 марта кўпроқ учраган. Фақат 1 гуруҳда бирламчи белуштлик (10%), сурункали аднексит 8та беморда (20%), АГС синдром 8 та (20%) беморда аниқланган. Гинекологик анамнезни таҳлил қилиш натижасида ААА кўпроқ хайз циклининг бузилиши билан намоён бўлган, қолган патологиялар эса фақатгина 1- гуруҳда аниқланди. Текширилаётган аёлларни солиштирма таҳлил қилиш мақсадида хомила тухумини УТТ текшируви орқали уч ўлчамли(3D) режимда текширилди, йўлдош қон айланиш тизими эса хомилдорликнинг биринчи триместри – 8 ҳафтадан 13 ҳафтасигача энергетик доплер режимида текширилди. 2-гуруҳдаги хомилдорлик физиологик кечаётган хомилдорларда хомилдорликнинг 13- ҳафтасига келиб хорион тўқимасининг ҳажмини 20,2 дан 158 см³ гача ортган, айниқса, ворсинкалар шаклланишининг охирига келиб хорион ҳажми кескин ортади, 2 ҳафта ораллиғида (10- ва 12- ҳафта ораллиғида) йўлдош ҳажми деярли икки баробарга ошади. Биринчи гуруҳда эса хорионнинг ўсиши ноадекват кечиби, хорион ҳажми камайиши билан характерланади ва бу келажақда бирламчи ПД ривожланишига сабаб бўлади. 2- гуруҳда васкуляризация индекси хомилдорликнинг 10- ҳафтасига келиб аста секин ортиб боради, ундан кейин эса бироз камаяди. Бу ерда қизиқ боғлиқликка эътибор бериш лозим: хорион ҳажмининг кескин ортиш вақтида васкуляризация индекси камайиши кузатилади, бу хомилдорликнинг 11 ҳафтасига келиб хорионда қон оқимининг гетероморфизми кузатилмаслиги билан боғлиқ, хорион марказий қисмлари ва четки қисмларидаги қон оқими орасида ишончли фарқ аниқланмади. 12-ҳафтадан сўнг қон томир гетероморфизми пайдо бўлади – марказий қисмда васкуляризация индекси периферик қисмлардагига қараганда юқорироқ бўлади. 1-гуруҳдаги аёлларда бу кўрсаткич хомилдорликнинг 10-ҳафтасига келиб минимал даражага етади ва бирламчи ПД ривожланишига замин яратиши мумкин. Қон айланиш индекси хомилдорликнинг 1-триместрда 2-гуруҳда ортганидек 1-гуруҳда ҳам ортиб борди. Ворсинкалар ривожланиш даврида ва котиделонлар шаклланишида бу кўрсаткичда сезиларли фарқ аниқланмади. 1-гуруҳ беморларининг хомилдорлик вақти ва туғруқ натижаларини кузатиш натижасида 1- триместрда хорионнинг доплерометрик кўрсаткичларининг ўзгариши кузатилди. Хомилдорликнинг ва туғруқнинг патологик кечиши хомилдорликнинг эрта муддатларидаги хорионнинг васкуляризация индекси(ВИ) ва хорион ҳажми ортишининг(ХХО) секинлашуви билан намоён бўлган патологияси натижаси бўлиши мумкин. ХХО ва ВИ кўрсаткичларининг физиологик кечувчи хомилдорлик кўрсаткичларига нисбатан ўзгаришига кўра текширилаётган гуруҳлардаги аёллар ретроспектив 3 та гуруҳчаларга бўлинди. I а гуруҳ- 12 та аёлдан иборат бўлиб, хорион ҳажми 25-45% га, ВИ 45-55 % га камайган. II а гуруҳ- 20 та хорион ҳажми 46-65% га, ВИ 56-65 % га камайган аёлдан иборат. III а гуруҳ- хорион ҳажми ва ВИ 66% ва ундан ҳам камайган 8 та аёлдан иборат. Юқоридаги маълумотларга кўра I триместрдаги плацентар қон оқимини характерловчи доплерометрик кўрсаткичларга боғлиқ равишда хомилдорлик ва туғруқнинг кечиши прогнозлари қуйидагича кўрсатди: ПД I а гуруҳда 33,3%, II а ва III а гуруҳларда мос равишда 80 ва 100%, хомиланинг тушиш хавфи I а гуруҳда 66,7% ни, II а ва III а гуруҳларда 100%. Муддатидан олдинги туғруқ ва НЖИБК фақатгина II а ва III а гуруҳларда кузатилди(мос равишда 20 ва 50%). Йўлдошнинг зич жойлашиши III а гуруҳдаги 1 та аёлда аниқланди (50%). Шундай қилиб, хомилдорликнинг 1-триместрида ўтказилган 3D режимидаги эходопплерографик текширувлар юқори информативликка эга бўлган замонавий текшириш усули бўлиб, хомилдорликнинг патологик кечишини прогнозлаш ва эрта ташхислашга имкон беради. Иккала гуруҳдаги хомилдор аёллар туғруқгача кузатилганида 1-гуруҳимизда туғруқгача 67,5% хомилдор етиб борган бўлса, 2-гуруҳда 87,5% аёл туғруқгача етиб борди. Асосий гуруҳда 10% ҳолатда ривожланмаган хомила, 20% ҳолатда табиий аборт, 2,5% ҳолатда хомиланинг антенатал ўлими билан тугалланди хомилдорлик. Назорат гуруҳимизда бу кўрсаткичлар 4,2% ҳолатда ривожланмаган хомила, 8,3 % ҳолатда табиий аборт тугалланди хомилдорлик.

Хулоса. 1.Ретроспектив таҳлил қилинганда, ёшлиқда ўтказилган касалликлар (ўткир респиратор инфекция, вирусли гепатит энг кўп учради), бундан ташқари асоратланган акушерлик анамнези, оғирлашган гинекологик анамнез бўлган беморлар, ҳамда ушбу хомилдорликда ўтказилган ўткир респиратор инфекция хомилдорликнинг 1-триместрида хомила кўтара олмаслигининг ва турли акушерлик ҳамда перинатал асоратларнинг асосий сабабларидан бўлиши мумкин.

2. Хомила тушиш хавфи бўлган беморларда 8- ҳафтадан 13-ҳафтагача хорионнинг доплерометрик кўрсаткичлари пасайиши кузатилади. Физиологик хомилдорликка нисбатан хорион ҳажми 1,4 дан 1,7 мартагача, ВИ 1,8дан 2,2