



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., Иноятон 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

## Литература:

1. Шаабак К.Ф. О непосредственных и отдаленных результатах хирургического лечения разрывов. Осаждение промежности, влагалища и матки путем восстановления тазового дна. - 2014. - 306 с.
2. Хажина М. В. Акушерские проблемы тазового дна // Охрана материнства и детства. - 2017. - №1 (29). - С. 17
3. Сойменова О. И. Восстановление промежности после эпизио- и перинеотомии в спонтанных случаях. Рождение/Автореф. колбаса Дис. Мед. -Воронеж, 2014. - 24 с.
4. Бенаси Л. М. Риск выпадения гениталий и недержания мочи в связи с беременностью и родами. Аспект исследование / Л. Бенаси, Е. Боччалени, М. Бертелли // Минерва Гинек. - 2002. - Том 54. - №4. - Р. 317-324.
5. Айламазян Э. К., Кулаков В. И., Радзинский В. И., Савельева Е., Акушерство. Национальное лидерство. М: ГОТАР-Медиа 2009; 134.
6. Стругацкий В. М., Маланова Т. Б., Арсланян К. Н. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога. (Клинические аспекты и формулировки)/Москва <<МЕДпресс-информ>> 2008, 2-издание, исправлено и дополнено. - 272 с.
7. Маланова Т. Е., Ипатов М. В., Кубицкая Ю. В., Локтионов С. В. К вопросу использования. Трансформированные физические факторы в послеродовой период в акушерской больнице///

## ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА

Каримов А.Х., Давлетова Д.М., Шокирова С.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Введение:** Самыми распространёнными причинами гестационных осложнений, как для матери, так и для плода, является преэклампсия (1,3). Одним из основных причин развития преэклампсии/эклампсии считают прикрепление плаценты, которое характеризуется нарушенной инвазией трофобластных клеток и изменением маточной сосудистой системой, что приводит к снижению маточно-плацентарного кровотока и в результате этого сужаются кровеносные сосуды матери и разрушаются эндотелиальные клетки (5). Эндотелий является основным объектом медиаторов, который вырабатывается плацентой. Существуют и другие факторы, которые усугубляют нарушение кровообращения, такие как активные формы кислорода. Окись азота - это сильнодействующее эндотелиальное сосудорасширяющее средство. Определено, что неполноценный синтез оксида азота может стать причиной преэклампсии (2,4). Синтез NO из L-аргинина с помощью ферментов NO-синтаз происходит в эндотелиальных клетках.

**Цель исследования:** изучить эффективность проведенного профилактического лечения у беременных группы риска на развитие преэклампсии Тивортином (L- аргинин-сироп) путём оценки внутриутробного состояния плода.

**Материал и методы исследования:** В связи с этим, на базе кафедры акушерства и гинекологии №2 Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии, нами разработан способ профилактики преэклампсии. Сущность способа в следующем: Изучены две группы исследования: 1 – 36 беременных женщин во втором (22-24 недельном сроках) и в третьем триместрах (28-30 недельном сроках) из группы высокого риска развития (анемия, хронический пиелонефрит) преэклампсии (ПЭ), принимавшие L-аргинин (Сироп Тивортин аспарат по 20 мл в сутки per os 20 дней; 2 – 22 беременных женщин из группы высокого риска развития ПЭ, не принимавшие L-аргинин со второго триместра беременности (с 22 недель). Контрольную группу составили 30 здоровых беременных женщин. Всего обследовано 88 беременных женщин: клинически, доплерографически с доплерометрией сосудов фетоплацентарной системы, морфологические исследования плаценты после родов. Оценку состояния фетоплацентарной системы у беременных проводили при помощи эходоплерографии с доплерометрией сосудов матки, плаценты, плода в динамике: 22-24, 28-30, 37-38 недельном сроках. Результаты исследования: У женщин, чья беременность протекала на фоне сочетания таких хронических заболеваний как анемия и пиелонефрит, осложнённых преэклампсией, наиболее распространен дородовый разрыв плодных оболочек - 13,3%. Так же определенную значимость занимают: неудовлетворительный прогресс родов 3,3%, хориоамнионит 3,3% и предлежание плаценты 3,3%. Частота которых равнозначна и зачастую является причиной неудовлетворительного состояния плода в родах, что в свою очередь расширяет круг показаний для экстренного оперативного вмешательства в интересах ребенка. Почти половина родов 46,7% у исследуемой категории женщин завершилась путем операции кесарево сечения. Из них 71,4% составили беременные, с рубцом на матке, уже имеющие в анамнезе оперативное родоразрешение (кесарево сечение). Для четырех операций (14,3%) показанием явилась тазолововая диспропорция в родах в принципе не имеющая отношения к нарушениям кровообращения в маточно-плодово-плацентарном кровотоке, чего нельзя сказать о неудовлетворительном прогрессе родов 3,3% и неудовлетворительном состоянии плода 1,7%. Так же относительным показанием к операции кесарево сечение выступил отягощенный перинатальный анамнез 3,3% у женщин с репродуктивными потерями после 30 недель гестации. Динамические доплерометрические исследования проведенные в 22-24, 28-32, 37-39 недель нормально протекающей беременности показали, что происходит постепенное снижение резистентности маточных артерий к доношенному сроку гестации. Изучение индекса резистентности в артерии пуповины установило, что к доношенному сроку происходит его достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение, тогда как ИП среднемозговой артерии достоверно ( $p < 0,05$ ) увеличивается к 37-40 неделям. У беременных высокого риска развития плацентарной дисфункции с хроническими заболеваниями (анемия + пиелонефрит) получавших исключительно стандартную терапию. отмечается достоверное ( $p < 0,05$ ) резкое повышение ИП маточных артерий в два и более раз с  $0,26 \pm 0,21$  и  $0,23 \pm 0,02$  в 30-34 недели до  $0,65 \pm 0,22$  и  $0,6 \pm 0,24$  соответственно в доношенном сроке, и как следствие происходит снижение кровотока в маточных сосудах, что негативно отражается на внутриутробном развитии пло-

да. Исходы беременности и состояние новорожденных не всегда были удовлетворительными. Особенно учитывая наличие тяжелых осложнений (церебральная ишемия- 5%, синдром дыхательных расстройств- 5%, асфиксия- 5%) у семи доношенных (11,6%) и одного недоношенного новорожденного (1,7%) на фоне внутриутробного инфицирования 13,3% новорожденных. Исходом родов во всех группах явилось рождение живых новорожденных. Но не все новорожденные были здоровы и родились доношенными, так же среди доношенных новорожденных были дети с малым весом для гестационного срока. Процент рождения новорожденных с малым весом для гестационного срока в основной группе составил 4,5 % случаев, что 2,5 раза меньше чем в контрольной группе. Так же у одной беременной женщины получавшей препарат L- аргинина в сроке 34 недели зарегистрирован случай преждевременных родов в 35 недель 4 дня. Родился недоношенный новорожденный весом 2300 грамм с признаками внутриутробного инфицирования. Своевременное лечение НМППК парентеральным введением в условиях стационара препарата Тивортин и L-аргинин сироп (Сироп Тивортин аспарат) по 20 мл в сутки per os 20 дней улучшает перинатальные исходы, при этом важно отметить что начало лечения во втором триместре беременности, привело к снижению числа преждевременных родов, асфиксии новорожденных. Так же число доношенных детей с малым весом для гестационного срока у данной категории в 2,5 раза меньше, чем у беременных не получивших коррекцию НМППК L-аргинином. Состояние новорожденного в первые минуты жизни оценивалось по шкале Апгар. Как выявлено беременные женщины не получившие дополнительной терапии плацентарной недостаточности в виде препарата L-аргинина во время беременности в родах имели такое осложнение, как дородовый разрыв плодных оболочек в дальнейшем развитие хориоамнионита и неубедительного состояния плода приведшего к рождению ребенка в легкой степени асфиксии у 16,6 % доношенных новорожденных. В группе беременных получавших L – аргинин не осложнилось развитием преэклампсии. В зависимости от проведенной терапии плацентарной дисфункции установлено, что своевременное профилактическое лечение НМППК введением препарата Тивортин (сироп) улучшает перинатальные исходы, при этом важно отметить, что начало лечения во втором триместре беременности, приводит к снижению числа преэклампсии, преждевременных родов, асфиксии новорожденных. По итогам проведенного нами анализа и сопоставления клинических и морфологических изменений, определено, что своевременное добавление к стандартной терапии препаратов L- аргинина предотвращает преждевременное созревание плаценты на 2,1%; в 2 раза реже в плацентарной ткани образуются очаги некроза; признаки гипоксии возникают в 10 раз реже; очаги фиброза и дистрофические изменения соответственно в 3,7 и 2,5 раз реже. Что положительно отражается на перинатальных исходах у основной группы по сравнению с группой не получавшей L-аргинин.

**Заключение:** Применение препарата L-аргинин в комплексе лечения во II и III триместрах беременности способствует снижению развития преэклампсии и пролонгированию беременности до жизнеспособности плода, снижению числа преэклампсии, преждевременных родов и асфиксии новорожденных.

#### Литература:

1. Атабаева Х.Л. Основные принципы подготовки к беременности и ее ведение у беременных с преэклампсией на фоне выявленной тромбофилии // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2016. - №4. – С. 30-38.
2. Афанасьева А.А., Смирнова О.В., Ржевская Н.В., Мартюшова Е.А. Оксидативный стресс и преэклампсия // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2019. №4. – С. 107-117.
3. Венцовский Б.М., Венцовский К.О. Профилактика преэклампсии в условиях женских консультаций //Здоровье женщин. – 2012. - № 2(68). – С. 100-101.
4. Медведев Б.И., Сюндюкова Е.Г., Сашенков С.Л. О значении эритропоетина в механизмах формирования преэклампсии // Акушерство и гинекология. - 2019. - № 4. - С.12-17.
5. Сидорова И.С., Никитина Н.А. Научно обоснованная система прогнозирования преэклампсии. //Акушерство и гинекология. – 2017. - № 3. –С. 55-61.

### АНАЛИЗ ПРИЧИН ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Каримов А.Х., Ахмедова Б.Т., Ахмедова Г.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Введение:** Причины внематочной беременности являются одним из наиболее сложных проблем, потому что этиологии вызвавшие эктопическую беременность, до настоящего времени остаются неуточненными. Известно, основу механизма формирования внематочной беременности составляют различные патологические процессы, нарушающие миграцию оплодотворенной яйцеклетки по маточным трубам. В настоящее время известно более десяти факторов развития эктопической беременности: воспалительные заболевания придатков матки, анатомические изменения матки и маточных труб, операции на маточных трубах, гормональные нарушения, индукция овуляции, эндометриоз, девертикулез труб, хромосомные нарушения, патология спермы и другие. Однако, в последние годы начали применяться новые репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение, иссеминация очищенной спермы и др.), которые также способствуют развитию внематочной беременности.

**Цель исследования:** изучить причины внематочной беременности и диагностические возможности в условиях экстренной медицинской помощи. **Материал и методы исследования:** Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни женщин, поступивших в отделение экстренной гинекологии многопрофильной больницы Ташкентской медицинской академии и отделение экстренной медицинской помощи Бухарской городской больницы с подозрением на внематочную беременность за период 2018 – 2020гг. Изучены эффективность примененных методов исследований (клинических, инструментальных, гормональных) и оперативных вмешательств в условиях экстренной медицинской помощи. У обследованных женщин возраст был от 18 до 38 лет, то есть репродуктивный период.