

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)**

## Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,  
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

### Телефон:

(99866) 233-36-79

### Факс

(99866) 233-71-75

### Сайт

<http://pbim.uz/>

### e-mail

[pbim@pbim.uz](mailto:pbim@pbim.uz)

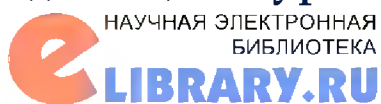
[sammi-xirurgiya@yandex.ru](mailto:sammi-xirurgiya@yandex.ru)

## О журнале

Журнал зарегистрирован  
в Управлении печати и информации  
Самаркандской области  
№ 09-26 от 03.10.2012 г.

Журнал внесен в список,  
утвержденный приказом № 219/5  
от 22 декабря 2015 года реестром ВАК  
в раздел медицинских наук

## Индексация журнала



## Редакционный совет:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
М.М. Амонов	(Малайзия)
Т.У. Арипова	(Ташкент)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
А.В. Девятов	(Ташкент)
Б.А. Дусчанов	(Ургенч)
А.Ш. Иноятов	(Бухара)
А.И. Икрамов	(Ташкент)
А.К. Иорданишвили	(Россия)
Б. Маматкулов	(Ташкент)
Ф.Г. Назиров	(Ташкент)
А.М. Шамсиев	(Самарканд)
А.К. Шодмонов	(Ташкент)
А.М. Хаджибаев	(Ташкент)
Б.З. Хамдамов	(Бухара)
М.Х. Ходжибеков	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
В.М. Розин	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)

Подписано в печать 19.01.2021.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 56,96

Заказ 9

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

# **«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ – ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ»**

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ**

**Международной научно-практической конференции**

**(Самарканд, 21 января 2021 г.)**

**Данный журнал посвящается 95-летию со дня рождения  
выдающегося ученого, основателя акушерской школы  
Узбекистана, заслуженного деятеля науки республики  
Узбекистан, академика АН Республики Узбекистан,  
доктора медицинских наук, профессора  
Ислама Захидовича Закирова**

Самарканд – 2021



Курбаниязова В.Э. Особенности родоразрешения беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути на современном этапе	162
Курбанова З.Ш., Ихтиярова Г.А. Турли хил клиник шаклдаги тухумдон поликистоз синдромининг замонавий ташхис ва профилактика усуллари	163
Лим В.И., Мурадова Д.А., Лим М.В. Состояние эхокардиографических показателей у новорожденных при перинатальном поражении центральной нервной системы	167
Магзумова Н.М., Ихтиярова Г.А., Тошева И.И. Роль акушерского анамнеза в развитии хориоамнионита	169
Мадримова К.К., Матризаева Г.Дж.Дж., Икрамова Х.С. Оптимизация и индивидуализация заместительной гормональной терапии у пациенток с климактерическими нарушениями	171
Мамадалиев А.М. Корреляции клинических признаков с исходами черепно-мозговой травмы и их прогностическое значение	173
Мамадалиев А.М., Алиев М.А. Изучение эффективности эндолюмбальной введении озono-ноотропной смеси после эвакуации пост-травматических арахноидальных кист	176
Мамасолиева Н.А. Роль эндометриальной иммунной дисфункции при привычном невынашивании беременности	182
Маматкулова М.Дж., Негмаджанов Б.Б., Арзиева Г.Б. Пролапс искусственного влагалища после сигмоидального влагалища	187
Матризаева Г.Дж., Сапорбаева И.Р., Икрамова Х.С. Определить эффективность применения прегравидарной подготовки пациенток с гиперандрогенией для снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений	188
Матризаева Г.Дж., Икрамова Х.С. Оценка роли мелатонина в патогенезе синдрома поликистозных яичников и разработка схемы комбинированной терапии с его применением	190
Мирходжаева С.А. Профилактика и лечение остеопороза у женщин с хирургической менопаузой в репродуктивном возрасте	192
Мирходжаева С.А. Оптимизация ведения послеоперационного периода	193
Муминова Н.Х., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К. Ультразвуковая диагностика диабетической фетопатии у беременных с гестационным сахарным диабетом	195
Муминова Н.Х., Раджабова З.А. Ведение беременных с невынашиванием в условиях пандемии SARS-COV-2	198
Муминова Н.Х., Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О., Наврузова У.О. Клинико-лабораторные показатели фоновых и предраковых состояний шейки матки	200
Муратова Ш.Т., Алимов А.В. Метаболические нарушения при гипертиреозе у детей и подростков в условиях йододефицита Республики Узбекистан	202
Мухаммаджанова М.О., Каитова З.С. Влияние психоземotionalного стресса на репродуктивное здоровье студенток из Средней Азии	205
Нажмутдинова Д.К., Каюмова Д.Т., Чориева Г.З., Садуллаева У.А. Проблема гиперпластических процессов эндо- и миометрия у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста. пути решения	206
Нажмутдинова Д.К., Юлдашева Д.Ю., Ирнараров А.А., Каримов А.Х., Ирнарарова Д.Х., Ахмедова Г.А., Парвези Н.И., Турбанова У.В., Мамадалиева У.П., Янгибаева Д.Т. Особенности ультразвуковых параметров дуплексного исследования у женщин с миомой матки	210
Нарзуллаева Н.С. Гинекологияда бачадон миомасида гормонлар ўзгаришини баҳолаш	214
Насирова З.А., Агабабян Л.Р. Абдоминал туғруқлардан кейин аёлларнинг репродуктив хатти - ҳаракатининг ўзига хос хусусиятлари	216

струментального обследования для определения патологии, так и для определения степени поражения перинатальной поражения ЦНС.

#### Литература:

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М.: Триада-Х, 2005; с. 87-122
2. Бубневич Т.Е. Синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы у новорожденных: учеб.-метод. пособие /Т. Е. Бубневич, С. С. Ивкина, А. И. Зарянкина. - Гомель: ГомГМУ, 2016. - 40 с.
3. Гипоксическая ишемическая энцефалопатия у новорожденных / А. Б. Пальчик, Н. П. Шабалов. – 4-е изд., испр и доп. – М.: МЕД-пресс-информ, 2013. – 228 с.
4. Зарянкина А.И., Ящина А.С. Нарушения ритма сердца и проводимости у новорожденных с перинатальной энцефалопатией. – 2018.
5. Котлукова Н.П. Современные представления о механизмах формирования кардиоваскулярной патологии у новорожденных и грудных детей //Патология новорожденных и детей раннего возраста: Лекции по педиатрии /Н.П. Котлукова, Л.В. Симонова [www.freepatent.ru/patents/2368367](http://www.freepatent.ru/patents/2368367).
6. Прахов А.В. Неонатальная кардиология. Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2008. 388 с
7. Смирнова А. В. и др. Метод прогнозирования перинатальных гипоксических поражений центральной нервной системы у новорожденных //Клиническая лабораторная диагностика. – 2019. – Т. 64. – №. 2. – С. 89-93.
8. Студеникин В. М. и др. Неонатальная неврология. – 2014.
9. Шамансуров Ш. Ш., Студеникин В. М. Неврология раннего детства //Ташкент: ИПТД. – 2010.
10. Cetinkaya M. Cytidine 5-diphosphocholine ameliorates hyperoxic lung injury in a neonatal rat model / M. Cetinkaya, M. Cansev, I.M. Kafa, C. Tayman et al. // Epub. – 2013. -74 (1).– С. 26 - 33.
11. Somoza F., Bruno M. Cardiologia pediátrica. Cardiologia perinatal. Buenos Aires, Argentina. Editorial Instituto Salesiano de Artes Gráficas (ISAG). – 2007.

#### РОЛЬ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА В РАЗВИТИИ ХОРИОАМНИОНИТА

Магзумова Н.М., Ихтиярова Г.А., Тошева И.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

**Актуальность.** Хориоамнионит - это инфекция, в результате которой возникает воспаление любой комбинации околоплодных вод, плаценты, плода, плодных оболочек или децидуальной оболочки. Этиология хориоамнионита у беременных с излитием околоплодных вод безмерна и до конца не исследована [2,4,5].

До сегодняшнего дня многочисленными исследованиями показано, что во многих наблюдениях различные воспалительные процессы во время беременности у беременных женщин которые связаны с излитием околоплодных вод, роды и послеродовой период имеет растущее количество микробных природ с вовлечением в инфекционный процесс как анаэробных, так и аэробных микроорганизмов [1,3,6,7]. В основных случаях возбудителями являются ассоциации факультативной и облигатной анаэробной микрофлоры. Микоплазменная, хламидийная и смешанная инфекция при беременности – причина высокого риска развития различных осложнений беременности, родов и послеродового процесса. Субинволюция матки послеродов, расхождение швов, послеродовый эндометрит можно увидеть чаще при хориоамнионите у беременных с излитием околоплодных вод [8,11,13].

Большим степенем проявления послеродовой инфекции становится послеродовый эндометрит, септические осложнения и раневая инфекция. Послеродовый эндометрит в общей популяции родивших составляет 3-8%. В течение многих десятилетий послеродовый метроэндометрит и субинволюция матки послеродов остается неоднократно встречаемой патологией которые часто встречается после хориоамнионита [9,10,12].

На сегодняшней день особое внимание исследователей-клиницистов обращено к проблеме хориоамнионита во время беременности и родов. Роль хориоамнионита изучается в связи с большим кругом акушерских и перинатальных осложнений: инфекционно-воспалительные заболевания послеродов (субинволюция матки, послеродовый метроэндометрит, сепсис), окончание беременности с оперативным путем, плацентарной недостаточностью, внутриутробными инфекциями плода [1,6,8].

Причина развития хориоамнионита могут быть анаэробы, энтерококки, стрептококки, стафилококки их ассоциации. Имеется ряд механизмов развития хориоамнионита, но главный путь - восходящий. Цервикальная слизь и плодные оболочки становятся эффективным барьером против бактериальной инвазии [5,6,13]. Инфицирование случается чаще всего при преждевременной и дородовой излитие околоплодных вод, в связи этого патогенная микрофлора из влагалища восходящим путем проникает в полость амниона. Хориоамнионит может показать себя трансплацентарно при бактериемии, особенно при инфицировании стрептококками группы В [7,8,9]. Хориоамнионит очень часто чаще возникает у беременных женщин и рожениц группы высокого риска. Чаще всего имеют пиелонефриты беременных, наличие истмико-цервикальной недостаточности, патологические роды, оперативные вмешательства, частые влагалищные исследования и др. Актуальный фактор риска возникновения хориоамнионита - дородовое и преждевременное излитие околоплодных вод. Именно такое осложнение беременности наблюдается при доношенной беременностив 12- 15%, при недоношенной беременности в 30- 53% случаев [6,7,13].



При выборе тактики ведения родов при хориоамнионитес преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ) или с дородовом излитие околоплодных вод (ДИОВ) необходимо постоянно сравнивать риски использования оперативной или активной тактики, материнские риски преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП),сепсис, послеродовая кровотечения, лихорадка и эндометрит в пуэрпериальном периоде, с рисками выбора активно-выжидательной тактики (преиндукция, индукция родов) или с рубцом на матке активной тактики (кесарево сечение КС) [8,12,13]. Противопоказания для выбора выжидательной тактики осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения (тяжёлая преэклампсия,эклампсия, отслойка плаценты, кровотечение при предлежании плаценты); декомпенсированные состояния матери; Активная тактика также характеризуется возможными рисками развития осложнений: необходимостью родовозбуждения, которое может осложниться гиперстимуляцией матки, увеличением частоты КС, болью, дискомфортом; развитием септических осложнений матери [6,7,13]. Однако преимуществом активной тактики является предупреждение инфекции. Необходимо учитывать, что частота инфекции и КС возрастают в случае родовозбуждения после 72-часового безводного промежутка [1,10,11].

**Цель:** Изучить акушерские, соматические, гинекологические анамнезы в развитии риска хориоамнионита и клинико-лабораторно выбрать тактику ведение родов.

**Материал и методы исследования.** Для решения поставленных задач проведено комплексное обследование 96 беременных, роды у которых осложнились с хориоамнионитом в сроках 28-42 недель гестации, поступившие в Бухарский городской и перинатальный центр за период 2017-2020 года. С помощью анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных данных проводили изучение течения беременности, родов, послеродового периода. Распределение беременных по возрасту, было, следующим: до 20 лет-18 (18,7%), от 21 до 30 лет – 56 (58,3%), 31 и старше – 22 (23%) беременных. В целом, возраст беременных варьировал от 17 до 44 лет, составляя в среднем  $26,9 \pm 2,4$  лет.

Жительниц города было – 34 (35,4%), села – 62 (64,6%). Домохозяйек было – 68 (70,8%), служащих – 18 (18,7%), рабочих – 8 (8,3%), студенток – 2 (2%). Данные о паритете беременности и родов представлены в таблице 1.

Как видно из представленных данных, в проспективной группе женщин с хориоамнионитом первобеременные составили - 57 (59,3%), повторнородящих 39 (40,6%). Первые роды имели 38 (39,6%), повторные роды 36 (37,5%), 3 и более роды - 22 (23%) женщин.

**Таблица 1.** Паритет беременности, родов и срок гестации у обследованных женщин

Группы	Паритет беременности		Паритет родов			Срок гестации		
	Пер.бер.е	Повт.бер.е	Пер.род.е	Повт.рожд.е	Много рож.е	От 28-37 нед	От 38-40 нед	40 нед. и более
Беременных с хорио-амнионитом N=96	57 (59,3%)	39 (40,6%)	38 (39,6%)	36 (37,5%)	22 (23%)	66 (68,7%)	21 (21,8%)	9 (9,3%)

При ведении родов, осложненных дородовом излитием околоплодных вод, необходим контроль гемодинамические показатели, ведение листа наблюдения, измерение  $t_{\text{о-т}}^{\text{тела}}$  каждые 4 часа, кровь на лейкоцитоз 1 раз в сутки, общий анализ крови (коагулограмма, С-реактивный белок, лейкоцитарный интоксикационный индекс, анализ мочи, группа крови и Rh- принадлежность, анализ выделений из влагалища- мазок, УЗИ матки и плода, цервикометрия, общее состояние роженицы. Лабораторные исследование всех обследуемых групп различаются по всем показателям. По нашим исследованиям формулы крови с момента поступления в стационар и до начала лечения имели низкие показатели красной части крови, такие как Hb, содержание эритроцитов было значимо ниже в двух основных группах, тогда как в контрольной они были ближе к нормативным данным (табл. 1).

Численность лейкоцитов основной первой группе которые, беременных хориоамнионита и излитием околоплодных вод составили  $15,7 \pm 0,8 \times 10^9/\text{л}$ . Однозначными лабораторными признаками расстройства обусловлено лейкоцитозом выше  $16 \cdot 10^9/\text{л}$  и ускорение СОЭ в общем анализе крови. Показатели скорости оседания эритроцитов (СОЭ), указывающий на степень воспаления и генерализацию инфекции наблюдается в основных группах: основной группе которые беременных с показателями хориоамнионита и излитием околоплодных вод показало  $40,7 \pm 0,56 \text{ мм/час}$ . Общевоспалительных тенденциях также свидетельствует сдвиг лейкоцитарной формулы влево. С-реактивный белок основной группы которые, беременных показателями хориоамнионита и излитием околоплодных вод составили  $8,5 \pm 0,1 \text{ мг/л}$ , тогда как в контрольной группе было значимо составил  $0,9 \pm 0,1 \text{ мг/л}$ . Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) основной группе беременных показателями хориоамнионита и излитием околоплодных вод составили  $540 \pm 0,14 \text{ у/л}$ .

Учитывая высокую чувствительность к ампициллину бактерий влагалища и шейки матки, показано применение антибактериального препарата Амоксиклав 1000 мг при родах сразу с преждевременным излитием околоплодных вод и комбинированную сочетанную антибактериальную терапию при повышенном лейкоцитозе и выше указанных лабораторных показателей, это свидетельствует о начале признаков хориоамнионита.

**Результаты и их обсуждение:** Средний возраст наблюдаемых женщин составил 26,5 лет. У всех женщин беременность протекала на фоне экстрагенитальных заболеваний, а в большинстве случаев сочетание нескольких из них. Преобладала анемия лёгкой и средней степени тяжести (73,1%), заболевания щитовидной железы (32,7%) и варикозная болезнь (25%). Каждая третья женщина (32,7%) перенесла инфекционные заболевания при данной беременности в основном в виде острых респираторных инфекций (ОРИ), обострение хронических синуситов, циститов, пиелонефритов. У 17,3% беременных эпизоды ОРИ в течение беременности повторялись многократно. Среди перенесенных гинекологических заболеваний чаще всего диагностированы хронические эндометриты, вирусные инфекции герпетической и

уреаплазма в сочетании с хламидиозом 54% и кольпиты различной этиологии, дисбиоз влагалища которые составили 44,6%. У всех женщин с дородовым излитием околоплодных вод проведено валагалищное исследование при помощи зеркал с целью выявления характера выделений, цвета околоплодных вод, степень раскрытия шейки матки. Выявлено, при начале родовой деятельности у 61,6% обследованных беременных параметры раскрытия, длины, консистенции, положение шейки матки и состояние предлежащей части плода имели баллы до 5, что оценивалось, как «незрелая шейка». А у 38,4% женщин родовые пути оценивались как «зрелая шейка». Соответственно, тактика дальнейшего ведения была выбрана согласно протоколу родильного комплекса. У беременных с «незрелой» шейкой и выявлении признаков кольпита предложена индукция родов мифепристоном 200 мг по 1 таблетке после информированного согласия беременной и родственников. Родовые пути переоценены через 12 часов для уточнения необходимости продолжения индукции простагландинами. У беременных с «зрелой» шейкой роды велись выжидательной тактикой: Убедить женщину, что есть возможность произойти спонтанному рождению плода в течении 24 – 48 часов без осложнений было несомненно трудно. Однако, при критических состояниях угрожающих жизни женщины или плода (ПОНРП 2-ст, тяжелая преэклампсия, эклампсия, несостоятельность рубца), тяжелой акушерской патологии, при незрелости шейки матки и отсутствия условий для срочного родоразрешения консилиумом врачей решён вопрос об оперативном родоразрешении.

**Выводы.** Таким образом, в процессе изучения анкетирования беременных обнаружено, что основными факторами, способствующими хориоамниониту являются отягощённый акушерский, гинекологический и соматический анамнез, что имело место во всех случаях исследования. У беременных при наложении дисбиоза или внутриматочных инфекции с излитием околоплодных вод обнаруживается повышение уровня С-реактивного белка, лактатдегидрогеназы, лейкоцитарный индекс интоксикации и это может стать показанием для раннего начала антибактериальной терапии без выжидательной тактики, то есть до 18 часов и решение своевременного родоразрешения, с целью профилактики гнойно-септических осложнений.

#### Литература:

1. Болотских В.М. Преждевременное излитие околоплодных вод: иммунологические и биохимические аспекты проблемы, вопросы диагностики и тактики ведения/В.М. Болотских, Ю.П. Милютина//Журнал акушерства и женских болезней.-2011.- № 4.-с.104-110
2. Ихтиярова Г.А. Современные методы диагностики и профилактики тромбоэмболических осложнений у беременных с эктазией вен органов малого таза/Г.А.Ихтиярова, Н.К.Дустова, З.Ш. Курбанова//Журнал Новый день в медицине.-2020.- №1.-с.211-214
3. Каримова Г.К., Ихтиярова Г.А., Наврузова Н.О. Скрининг диагностика гестационного диабета// Тиббиётда янги кун. - 2020. №1 (29). -С. 220-222.
4. Наврузова Н.О. Современные подходы к диагностике патологии шейки матки / Н.О. Наврузова, Г.К. Каримова, Г.А. Ихтиярова // Спорт и медицина. - 2020. - № 1. - С. 74-77.
5. Тошева И.И. Исходы беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек/И.И. Тошева, Г.А. Ихтиярова//Журнал РМЖ. Мать и дитя.-2020.-Т3, № 1. - С.16-20.
6. Тошева И.И. Разрыв плодных оболочек в недоношенном сроке, как фактор развития акушерских осложнений / И.И. Тошева, Н.Г. Ашурова, Г.А. Ихтиярова // Журнал Проблемы биологии и медицины. - 2020. - №1. - С.76-79.
7. Тошева И.И. Исходы родов у беременных с преждевременным излитием околоплодных вод/И.И. Тошева, Н.Г. Ашурова// Вестник Дагестанской государственной медицинской академии.-2019.-№ 4(33). - С.34-38.
8. Ихтиярова Г.А. Оптимизация диагностики и методы прерывания беременности в различные сроки гестации у женщин с антенатальной гибелью плода // Монография. "Дурдона".-2019.-136 с.
9. Ikhtiyarova G.A. Prenatal Rupture Of Amnion Membranes as a risk of development of obstetrics pathologies / G.A. Ikhtiyarova, I.I. Tosheva, M.J. Aslonova, N.K. Dustova // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. - 2020. - ISSN 2515-8260. - Volume 07, Issue 07. - P. 530-535.
10. Ikhtiyarova G.A. Causes of fetal loss syndrome at different gestation times/G.A. Ikhtiyarova, I.I. Tosheva, N.S. Nasrullayeva//Asian Journal of Research.-2017.-№ 3(3).-P.32-39.
11. Mavlyanova N.N. The State of the Cytokine Status in Pregnant Women with Fetal Growth Retardation/N.N. Mavlyanova, G.A. Ihtiyarova, I.I. Tosheva, M.J. Aslonova, N.S. Narzullaeva//Journal of Medical-Clinical Research&Reviews-2020.-№4(6).-p.18-20
12. Nuraliyev N.A. Diagnostic value determination of antibodies to antigens of Microorganisms in women with inflammatory diseases of the pelvic organs/N.A. Nuraliyev, N.I. Olimova, G.A. Ikhtiyarova//American journal of medicine and medical sciences.- 2020.-№10(2).-p.124-127
13. Tosheva I.I. Introduction of childbirth in women with the discharge of amniotic fluid with intrauterine fetal death/I.I. Tosheva, G.A. Ikhtiyarova, M.J. Aslanova//Journal of Problems and solutions of advanced scientific research.-2019.-№1.-p.417-424.

#### ОПТИМИЗАЦИЯ И ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Мадримова К.К., Матризаева Г.Дж.Дж., Икрамова Х.С.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

**Введение:** Актуальный вопрос здоровья женщин в периоде климактерия в частности является общественно значимой проблемой современной медицины. В климактерии на фоне дефицита эстрогенов у 60–75% женщин могут развиваться расстройства – от вегетососудистых до метаболических (остеопороз, атеросклероз), сексуальных, мочепо-