

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

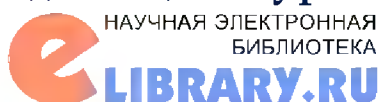
sammi-xirurgiya@yandex.ru

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. Розинов	(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

БАЧАДОН МИОМАСИ РИВОЖЛАНИШИДА АЁЛЛАР РЕПРОДУКТИВ ФАОЛИЯТИ ВА ВИТАМИН Д НИНГ РОЛИ

Ҳазратқулова Х.У., Садиқова Д.Р., Чориева Г.З.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Кириш. Бачадон миомаси - аёллар репродуктив тизимидаги кенг тарқалган патологик жараёнлардан биридир. Олимларнинг изланишларига кўра, ўрта репродуктив ёшдаги аёлларда 20% дан 40% гача, 35 ёшдан ошган аёлларда 70% гача учрайди [1,2,6].

Бугунги кунда витамин Д нинг етишмовчилиги ва дефицити репродуктив тизим фаолиятига салбий таъсир этиши олимлар томонидан таъкидланмоқда. Айниқса, аёлларда бачадон миомаси келиб чиқиши ва унинг клиник кўринишларининг намоён бўлишида витамин Д нинг аҳамияти борлиги долзарб мавзу бўлиб қолмоқда [3,4,5,7].

Тадқиқотнинг материаллари ва усуллари: Изланишлар 45 та аёлларда олиб борилди ва барча аёллар 3 гуруҳга бўлиб ўрганилди: 1 гуруҳ- назорат гуруҳи бўлиб, 15 та амалий соғлом аёллардан иборат (анамнезида ва тадқиқот мобайнида бачадон миомаси аниқланмаган аёллар); 2 гуруҳ- 15 та бачадон миомаси мавжуд аёллар, лекин уларда бачадон миомасининг симптомлари аниқланмаган; 3-гуруҳ – 15 та бачадон миомаси ва унинг симптомлари бор бўлган аёллардан иборат.

Витамин Д ва бачадон миомаси орасидаги боғлиқликни ўрганиш учун барча гуруҳдаги аёллар қони зардобидаги 25-гидроксивитамин D (умумий витамин D) нинг миқдори иммунофермент анализ усули орқали аниқланди. Аёллар қон зардобидаги витамин Д нинг тўйинганлик даражаси Халқаро Эндокринологлар ассоциациясининг маълумотларга кўра клиник тавсиялар асосида баҳоланди [6].

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси: Текширилувчи аёлларнинг ёш интервали 19-49 ни ва ўртача ёши 1-гуруҳ аёлларда $34 \pm 2,2$ ёш, 2 гуруҳда $36 \pm 1,93$, 3 гуруҳда $43 \pm 1,45$ ни ташкил этди. Ҳайз цикли ўрганилганда биринчи Ҳайз келган ёшига, Ҳайз мунтаззамлигига, унинг давомийлигига аҳамият берилди. Ҳайз цикли бошланиши ўртача ёши учала гуруҳда ҳам 12-15 ёшни ташкил қилди. 1- гуруҳда Ҳайз цикли ўртача $28 \pm 3,2$ кунни ташкил қилди, Ҳайз пайтида қон келиш давомийлиги ўртача $4,2 \pm 0,5$ кунни ташкил қилди. 2- гуруҳда бу кўрсаткичлар $26 \pm 3,7$ ва $5,4 \pm 1,1$ бўлса, симптомли миомали аёлларда $22 \pm 4,1$ ва қон келиш давомийлиги ўртача $10,6 \pm 2,3$ кунни ташкил қилди. Эрта менархе 1-гуруҳ аёлларда 6,7%, 2- гуруҳда 13,3% ва 3 гуруҳда - 20%, кечки менархе 13,3%, 20%, 26,7% (гуруҳларга мос равишда) ташкил қилди. Ҳайз цикли мунтаззамлиги гуруҳларда қуйидаги натижаларни кўрсатди 80%, 60%, 53,3% (гуруҳларга мос равишда), номунтаззамлиги 20%, 40% ва 46,7% аёлларда (гуруҳларга мос равишда) аниқланди (жадвал 1).

Жадвал 1. Текширувдаги аёлларнинг Ҳайз цикли характери

Ҳайз цикли	1 гуруҳ, n=15		2 гуруҳ, n=15		3 гуруҳ, n=15		Барчаси, n=45	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нормал менархе	12	80	10	66,7*	8	53,3*	30	66,7
Эрта менархе	1	6,7	2	13,3	3	20*	6	13,3
Кечки менархе	2	13,3	3	20	4	26,7*	9	20
Мунтаззам Ҳайз	12	80	9	60*	5	33,3*	26	57,8
Номунтаззам Ҳайз	3	20	6	40*	10	66,7*	19	42,2

*P<0,01 назорат гуруҳига солиштирилганда сезиларли фарқ

Ҳайз цикли бузилишида 3 гуруҳда эрта менархе 1 гуруҳга нисбатан уч баробар, кечки менархе 2 баробар кўпроқ кузатилди, номунтаззам Ҳайз цикли эса, назорат гуруҳга нисбатан 3 марта, 2 гуруҳга нисбатан 1,5 марта кўпроқ аниқланди. Текширилган аёлларнинг репродуктив фаолияти анамнезида ўрганилганда (жадвал 2) бепуштлик 2 гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан 3 марта кўроқ кузатилди. Катта ёшда (28 ёшдан кейин) туғишлар сони фақат бачадон миомаси бор аёлларда кузатилиб, 3 гуруҳда 2 гуруҳга нисбатан 2 баробар кўп учраган. Бачадон миомасининг хавф омилларидан ҳисобланган артифициал абортлар ва ҳомиланинг ўз-ўзидан тушишлари сони 2 ва 3 гуруҳларда назорат гуруҳига нисбатан 2 ва 2,5 марта (гуруҳларга мос равишда) кўпроқ аниқланган.

Жадвал 2. Текширувдаги аёлларнинг анамнезидан репродуктив фаолияти тўғрисидаги маълумотлар

Кўрсаткичлар	1 гуруҳ (n=15)		2 гуруҳ (n=15)		3 гуруҳ (n=15)		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Бепуштлик	1	6,7	3	20*	2	13,3	
Ҳомиладорликлар сони	1	3	2	13,3	1	6,7*	
	2-3	5	33,3	3	20	3	20
	4 ва ундан ортиқ	6	40	7	46,7	9	60*
Катта ёшда туғиш	-	-	1	6,7	2	13,3*	
Артифициал аборт	2	13,3	4	26,7*	5	33,3*	
Ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши	2	13,3	3	20	5	33,3*	
Ривожланмай қолган ҳомиладорлик	1	6,7	2	13,3	2	13,3	

*P<0,05 назорат гуруҳига солиштирилганда сезиларли фарқ

Барча гуруҳдаги аёллар қон плазмасидаги витамин Д билан организмнинг тўйинганлик даражаси ўрганилди. Унга кўра, симптомсиз миомали беморлар гуруҳида атиги 6,7%да нормал ҳолат аниқланди, назорат гуруҳига (66,7%) нисбатан 10 марта паст натижани кўрсатди (жадвал 3).

Симптомли миомали беморлар орасида эса витамин Д билан нормал тўйинганлик даражаси умуман аниқланмади. Витамин Д нинг етишмовчилиги 2-гуруҳда 60%ни ташкил этиб, 1- гуруҳга нисбатан – 2,5 баробар ва 3-гуруҳга нисбатан 3 баробар кўп кузатилди. Витамин Днинг дефицити 2 ва 3 гуруҳларда назорат гуруҳига нисбатан 5 ва 7 марта юқори натижани кўрсатди. Оғир даражали дефицит ҳолати фақат симптомли миомали аёлларда 33,3% ҳолатда аниқланди.

Жадвал 3. Гуруҳларда витамин Днинг тўйинганлик даражаси натижалари

Витамин Днинг тўйинганлик мезонлари	1 гуруҳ, n=15		2 гуруҳ, n=15		3 гуруҳ, n=15	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Норма	10	66,7	1	6,7	0	0
Етишмовчилик	4	26,7	9	60	3	20
Дефицит	1	6,7	5	33,3	7	46,7
Оғир даражали дефицит	0	0	0	0	5	33,3

*P<0.05 назорат гуруҳига солиштирилганда сезиларли фарқ

Хулоса. Олинган малумотлардан хулоса қилиб айтганда анамнезида ҳайз цикли бузилишлари, кўп марта ҳомиладорлик, катта ёшда туғиш, артифициал абортлар ва ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши миомали аёлларда, айниқса симптомли миомали аёллар анамнезида кўп учради, бу эса миоманинг ривожланишида санаб ўтилган омиларнинг алоҳида ўринга эга эканлигини кўрсатди. Асосий гуруҳ аёлларининг қон плазмасидаги 25(ОН)D миқдорининг пастлиги соғлом гуруҳ билан солиштириш натижасида витамин Д ва бачадон миомаси ривожланиши орасида боғлиқлик борлигини кўрсатди. Организмнинг витамин Д билан тўйинганлик даражасининг етарли эмаслиги бачадон миомаси ва унинг клиник қуринишларининг ривожланиш хавф омилларидан бири бўлиб қолади.

Адабиётлар:

1. Адамьян Л. В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации (протокол лечения) / Л. В. Адамьян [и др.] – Москва: Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова, 2015. – 100 с.
2. Беженарь В.Ф., Комличенко Э.В., Ярмолинская М.И. и др. Инновационные подходы к восстановлению репродуктивной функции у больных с миомой матки. //Акушерство и гинекология. 2016. № 1. С. 80-87.
3. Буянова С.Н., Шукина Н.А., Е.Л. Бабунашвили. Биологическая роль, терапевтический потенциал фитофлавоноидов, витамина Д в лечении больных с миомой матки и другие перспективные фармакологические направления. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2018 №5. С. 36-42.
4. Логинова О.Н. Сонова М.М., Арсланян К.Н. Миома матки и витамин Д. //В сб: Инновационные подходы в современной науке. Сборник статей по мат. IX межд. научно-практ. конф. 2017. С. 59-65.
5. Калинин С.Ю., Желенко М.И., Гусакова Д.А. Витамин Д и репродуктивное здоровье женщин.// Проблемы репродукции. 2016 №22(4).С.
6. Ciebiera M. M. Wolodorezyk.. Vitamin D and Uterine Fibroids-Review of the Literature and Novel Concepts. Int J Mol Sci. 2018 Jul 14;19(7), pii: E2051.

ВЛИЯНИЕ ПРОВЕДЕННОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА

Чориева Г.З., Садикова Д.Р., Садуллаева У.А., Парвизи Н.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение. В мире в настоящее время в области охраны материнства и детства, получено множество открытий, основными направлениями которых являются, снижение числа материнской и неонатальной заболеваемости и смертности. Но, к сожалению, проводимые лечебно-профилактические мероприятия зачастую не имеют должного эффекта в снижении тяжелых форм гемолитической болезни (ГБ) плода. Проблема ГБ плода и новорожденных по АВО системе остается актуальной в мире, так как отсутствует программа обязательной профилактики АВО-изоиммунизации женщин репродуктивного возраста. При иммунологическом конфликте, как правило, в плаценте возникают довольно выраженные изменения. Плацентарный барьер является наиболее важным из всех факторов, предупреждающих сенсбилизацию организма матери антигенами плода [5;].

При изосерологической несовместимости крови матери и плода чаще нарушается созревание плаценты. Развивающиеся хронические гипоксические состояния фетоплацентарного комплекса, обусловленные иммунологической несовместимостью, приводят к синдрому вторичной плацентарной дисфункции (ПД) [4; 7]. По данным Литература, частота ПД при невынашивании колеблется от 50 до 77%, при гестозах она составляет 30,6%, при соматической патологии 24-45% [2; 8; 10]. Основу патогенеза при плацентарной дисфункции составляют нарушения маточно-плацентарного кровотока. Последняя занимает четвертое место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности, и признаки ее выявляются у 10% детей, родившихся живыми [1; 9].

Сувонкулов У.Т., Аширов З.Ф., Абдуллаев Д.М., Тошев С.У., Абдуллаев Х.Д. Встречаемость кожных лейшманиозов в эндемичных районах среди населения Узбекистана	275
Султанова Н.С. Показатели иммунологического статуса у детей в разные периоды жизни в зависимости от методов ухода	276
Тоджиева Н.И. Оценка эффективности гормонального лечения гиперпластических процессов эндометрия без атипии в пременопаузе	278
Тураев Б.Т., Очилов У.У. Туғруқдан кейинги психозларнинг клиник кўринишлари ва даволашнинг ўзига хос хусусиятлари	280
Турдиева Ш.Т., Раджабова Н.К. Течение раннего неонатального периода у новорождённых от матерей с эндемическим зобом	282
Фазилова М.О., Султанов С.Н. Прекоцепционная подготовка при неразвивающейся беременности, учитывая супружеские роли	284
Хабибуллаев Д.М., Ниязметов Р.Э. Рецидивирующий холестатический гепатоз беременных – пути его решения	287
Хаитов А.О. Неонатал сепсиснинг ичак формасида ёнбош ичак лимфоид туқимасининг иммуногистокимёвий ўзгаришлари	290
Хайдарова Р.С., Хамидова М.Э. Показатели физического и полового развития девочек пубертатного возраста	292
Хамдамова М.Т., Ахматова Д.Ф. Остеопороз как причина посткастрационного синдрома у женщин репродуктивного возраста	293
Хамдамова Э.Г., Матлубов М.М., Худойбердиева Г.С. Индивидуал ва профилактик премедикация: фойдаланиладиган дорилар самарадорлиги ва унинг аҳамияти	296
Хамраев Х.Х. Витамин Д танқислигида приэкламсия ривожланишининг юқори хавф гуруҳига кирувчи аёллардан қоннинг айрим лаборатор ўзгаришлари	299
Хасанова Д., Камалова Д. Беременность и роды при аутоиммунном тиреоидите	301
Ходжаева А.С. Функциональные кисты яичников: перспективы лечения	303
Хомидова Ш.М. Прогнозирование и ведение женщин с яичниковой недостаточностью в репродуктивном возрасте	304
Хусаинов Ш.Я., Муродов М.Ш., Намозов Б.К. Физическая культура как эффективное средство в профилактике наркомании молодежи	306
Хусинова Ш.А. Распространенность и клиническая характеристика дисменореи у девочек	308
Хушвакова Н.Ж., Бурханов У.М. Анализ уровни цитокинов в сыворотке крови и назального секрета у больных с хроническими формами риносинуситов	309
Хушвакова Н.Ж., Нишанбаева Ф.М. Влияние внутривенного лазерного облучения крови на иммунологические аспекты при хроническом тонзиллите	311
Ҳазратқулова Х.У., Садикова Д.Р., Чориева Г.З. Бачадон миомаси ривожланишида аёллар репродуктив фаолияти ва витамин д нинг роли	313
Чориева Г.З., Садикова Д.Р., Садуллаева У.А., Парвизи Н.И. Влияние проведенной метаболической терапии на состояние фетоплацентарного комплекса	314
Шавази Н.Н., Байрамалиев С.Дж. Современные подходы в диагностике преждевременного разрыва плодных оболочек у беременных женщин	318
Шавази Н.Н. Значение клинико-лабораторного исследования амниотической жидкости при физиологическом и патологическом течении беременности	319
Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Узакова Ш.Б., Зуфарова Н.И., Атажанов Х.П. Оптимизация диагностики муковисцидоза у детей	322