



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (54) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х.ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (54)

2023

апрель

Received: 20.03.2023, Accepted: 25.03.2023, Published: 15.04.2023.

УДК 618.36—008.6—053.31: 612.014.064

ФЕТОПЛАЦЕНТАР ЕТИШМОВЧИЛИК ЗАМОНАВИЙ ПЕРИНАТОЛОГИЯНИНГ МУАММОСИ СИФАТИДА

Худоярова Дилдора Рахимовна, <https://orcid.org/0000-0001-5770-2255>

Шопулотова Зарина Абдумуминовна <https://orcid.org/0000-0001-9890-4195>

Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, Амир Темура кўчаси,
Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Мақолада Самарқанд давлат тиббиёт университети 1-сон Акушерлик ва гинекология кафедраси асосида ўтказилган тадқиқот натижалари келтирилган. 38 нафар фетоплацентар этишмовчилиги мавжуд бўлган ҳомиладор аёллар анамнези, ҳомиладорлик кечиши, клиник лаборатор таҳлиллари ва УТТ маълумотлари ўрганилган. Ҳомиладорлар даволаш схемасига кўра 2 гуруҳга ажратилиб, 1-гуруҳ анъанавий усулдан ташқари кўшимча озонотерапия муолажаларини олишган. Ҳомиладорлик кечиши ва перинатал натижалар даволанишдан кейин таққосланганда 1-гуруҳ аёлларида сезиларли ижобий динамика кузатишган.

Калит сўзлар: фетоплацентар этишмовчилик (ФПЕ), йўлдош этишмовчилиги (ЙЕ), плацента, она-плацента-ҳомила тизими, перинатал натижалар, озонотерапия.

ФЕТОПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК СОВРЕМЕННАЯ ПРОБЛЕМА ПЕРИНАТОЛОГИИ

Худоярова Д.Р., Шопулотова З.А.

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г. Самарканд,
ул. Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

В статье представлены результаты исследований, проведенных на базе кафедры акушерства и гинекологии №1 Самаркандского государственного медицинского университета. Обследованы 38 беременных с фетоплацентарной недостаточностью по анамнезу, течению беременности, клинико-лабораторным исследованиям и данным УЗИ. Беременные были разделены на 2 группы по схеме лечения, а 1-я группа дополнительно к традиционной методике получала процедуры озонотерапии. При сравнении течения беременности и перинатальных исходов после лечения у женщин 1-й группы отмечена значительная положительная динамика.

Ключевые слова: фетоплацентарная недостаточность (ФНП), плацентарная недостаточность (ПН), плацента, система мать-плацента-плод, перинатальные исходы, озонотерапия.

FETOPLACENTAL INSUFFICIENCY AS A MODERN PROBLEM OF PERINATOLOGY

Khudoyarova D.R., Shopulotova Z.A.

Samarkand State Medical University Uzbekistan

✓ Resume

The article presents the results of studies conducted on the basis of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 of the Samarkand State Medical University. 38 pregnant women with fetoplacental insufficiency were examined according to anamnesis, course of pregnancy, clinical and laboratory studies and ultrasound data. Pregnant women were divided into 2 groups according to the treatment regimen, and the 1st group received ozone therapy procedures in addition to the traditional method. When comparing the course of pregnancy and perinatal outcomes after treatment in women of the 1st group, a significant positive trend was noted.

Key words: placental insufficiency (PI), placenta, mother-placenta-fetus system, perinatal outcomes, ozone therapy.

Долзарблиги

Фетоплацентар етишмовчилик (ФПЕ) ёки йўлдош етишмовчилиги шунингдек, унинг асорати ҳисобланган ҳомиланинг бачадон ичи сурункали гипоксияси замонавий перинатологиянинг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади. Ҳомила гипоксияси 10,5% ҳолатларда учрайди ва бу кўрсаткич маълумотларга кўра барқарор ортиб бормоқда [1,4,7,11,13].

Акушерликнинг асосий вазифаси перинатал касалликлар ва ўлимни камайтириш муаммоси билан чамбарчас боғлиқ бўлган ҳомиланинг антенатал ҳимоясидир, бу эса кўп факторли табиатга эга плацентанинг етишмовчилиги ва унинг юзага келиши мумкин бўлган асоратлари билан тавсифланади [3,4,6,8].

Йўлдош етишмовчилиги (ЙЕ) - бу йўлдош комплексининг морфофункционал ўзгаришлари туфайли, плацента ва ҳомиланинг она организмидаги турли хил патологик ҳолатларга жавобан ўзгаришлардан юзага келадиган синдромдир [4,8]. Бир қатор муаллифларнинг изланишларига кўра, ЙЕ нинг частотаси сурункали экстрагенитал патологияси бўлган аёлларда юқори бўлади, шу жумладан сийдик ажратиш тизимини яллиғланиш касалликларида 35% гача, камқонликда 30% гача, юрак-қон томир касалликлари билан хасталанган аёлларда 30% дан - 45% гача, эндокрин патологияси бўлган аёлларда 25% гача [7,9]. Шунингдек, вирусли ва / ёки бактериал инфекция бўлган беморларда сурункали ЙЕнинг частотаси баланд (55% гача) ҳисобланади [4].

Турли омиллар (токсик, фармакологик, юқумли ва бошқалар) ва гормонал, иммунологик бузилишлар, онанинг акушерлик ва экстрагенитал патологиялари йўлдошнинг фаолиятини бузилишига олиб келиши мумкин [9,19].

ЙЕни идентификациялаш ушбу клиник синдромнинг ташхисини ҳам, уни келтириб чиқарган асосий сабабини аниқлашни ҳам ўз ичига олади [1,5,18]. Сурункали ЙЕ диагностикаси ўз вақтида ва кенг қамровли бўлиши керак. ЙЕни ўз вақтида ташхислаш учун йўлдош етишмовчилигининг ривожланиши учун хавф омилларини аниқлаш заруратини туғдиради.

Тадқиқот мақсади: Фетоплацентар етишмовчилик замонавий перинатология муаммосини ўрганиш.

Материал ва усуллар

Тадқиқот учун сурункали фетоплацентар етишмовчилиги бўлган 38 нафар аёлда ҳомиладорлик, туғруқ, туғруқдан кейинги давр, ҳомила ва янги туғилган чақалоқлар ҳолати таҳлил қилинди. Тадқиқот Самарқанд давлат тиббиёт университети 1-сон кўп тармоқли клиникасининг акушерлик бўлимида 2020-2022 йиллар давомида олиб борилди.

58 нафар ҳомиладор аёллар умумий тадқиқотга кирди, улардан ФПЕ бўлган 38 нафар аёл даволаш усулига кўра 2 гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ комплекс даволаш (тиббий озон билан) - 18 нафар аёллар ва 2- гуруҳ - сурункали плацента етишмовчилиги бўлган 20 нафар анъанавий даволаш усулларидан фойдаланган ҳомиладор аёллар. Назорат гуруҳи ҳомиладорлиги физиологик кечаётган 16 нафар аёллардан иборат эди (расм 1).

Ушбу тадқиқотда куйидаги усуллар қўлланилди: стандарт усуллардан фойдаланган ҳолда клиник текширув, стандарт лаборатор таҳлил усуллари, гемостазиологик кўрсаткичлар таҳлили, биокимёвий қон таҳлили, суртма олиш, ултратовуш текшируви (ҳомила скрининги), "Она-плацента-ҳомила" тизимидаги қон оқимининг доплерографияси, антенатал кардиотокография, янги туғилган чақалоқларнинг соғлиғини ўрганиш, статистик тадқиқот усуллари. Ишда дисперсия қийматидан ҳисобланган ўртача қийматларни, стандарт оғишларни аниқлаш учун умумий қабул қилинган статистик усуллардан фойдаланилди. Ўрганилаётган гуруҳларни таҳлил қилинган белгилар бўйича таққослаш нормал тақсимотлар учун параметрик мезонлардан (Стюдент) ва параметрик бўлмаган баҳолаш мезонларидан фойдаланган ҳолда амалга оширилди: (а) мезонлар ва Фишернинг аниқ тести; (б) Пеарсон корреляция коэффиценти ёрдамида корреляцияга боғлиқлик ва Чаддоск шкаласи қийматлари билан таққослаганда уланиш кучининг сифат тавсифи.



1-расм. Тадқиқотда қатнашадиган аёлларнинг гуруҳларга ажралиши

Натижа ва таҳлиллар

Беморларнинг ёши 18 ёшдан 39 ёшгача бўлиб, ўртача $27,4 \pm 4,1$ ёшни ташкил этди. Экстрагенитал патологиянинг хусусиятлари 1-жадвалда келтирилган.

Биринчи ва иккинчи гуруҳдаги аёлларнинг тахминан учдан бирида бирлашган экстрагенитал патология мавжуд эди, беморларнинг шунга ўхшаш улуши оғир соматик фонга эга эмас эди ва бироз каттарок қисмида моноорган патология қайд этилди. Ҳомиладор аёлларда экстрагенитал патологиянинг тузилишини статистик гуруҳлараро таҳлил қилиш гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқларни аниқламади ($p > 0,05$). Ўрганилаётган гуруҳлар бачадон патологияси билан касалланиш даражаси бўйича таққосланган: ҳар бир гуруҳда битта аёлда миома, 11,1% ва 10% да эндометриоз, мос равишда 33,3% ва 35% эндометрит, шунингдек, салпингоофорит (3 - 16,7% ва 3 - 15,0, $p > 0,05$), поликистоз тухумдонлар синдроми (4 - 22,2% ва 3 - 15,0%, $p > 0,05$) каби гинекологик касалликлар бўлган. Назорат гуруҳида фақат эндометрит (12,5%) ва эндоцервицит 1 та ҳолатда (6,25%) қайд этилган.

Беморларда сурункали салпингоофорит ва/ёки эндометрит суст кечувчи характерга эга бўлган, даволаш қийин ва кўп такрорланиш тенденцияси мавжуд бўлган. Аёлларнинг репродуктив фаолиятини таҳлил қилганда, ривожланмайдиган ҳомиладорлик (33,3% ва 35% гуруҳларда) ва тиббий абортларнинг юқори частотаси 1- ва 2- гуруҳларда аниқланди, охиргиси 1-гуруҳда 27,8% ва 2-гуруҳида 20% ни ташкил этди. Бундан ташқари, спонтан абортлар частотаси ҳам юқори бўлган - гуруҳлар бўйича мос равишда 16,7% ва 20%.

Олдинги ҳомиладорликлар даврида юзага келган асоратлар ўрганилганда, кўпинча аёлларда ҳомиладорликнинг эрта даврида аборт таҳдиди билан мураккаблашган: 66,7% 1-гуруҳда ва 2-гуруҳида 60%, шунингдек сурункали йўлдош етишмовчилиги - 8(44,4%) ва 9(45%) нафар аёллар, гуруҳлар бўйича мос равишда, $p > 0,05$. Шунингдек, муддатдан олдинги туғруқ ҳолатлари 1-гуруҳда - 5(27,8%) нафарда, 2-гуруҳда - 4(20,0%) ва бачадоничи инфекцияланиши - 3 нафардан аёлларда гуруҳлар бўйича, мос равишда 16,7% ва 15% да аниқланган, $p > 0,05$. Олдинги ҳомиладорликлар даврида анемия кўрсаткичи жуда юқори бўлган - 12 нафар беморда 1-гуруҳда (66,7%), 2-гуруҳда - 10 нафарда (50%), $p < 0,05$.

Жадвал 1. Текширилаётган аёллар анамнезидаги соматик касалликлар

Экстрагенитал патология	Гуруҳ 1 (n=18)		Гуруҳ 2 (n=20)		Назорат гуруҳи (n=16)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Отолорингологик касалликлар (гайморит, фарингит, тонзиллит ва бошқ.)	6	33,3%	7	35,0%	2	12,5
Нафас олиш органлари касалликлари (трахеит, бронхит, пневмония, бронхиал астма)	2	11,1%	3	15,0%	1	6,25
Юрак-қон томир тизими касалликлари (артериал гипертензия, нейросиркулятор дистония, юрак нуқсонлари ва бошқалар).	2	11,1%	2	10,0%	1	6,25
Ошқозон-ичак тракти органларининг касалликлари (гастрит, гастродуоденит, ошқозон яраси, холецистит ва бошқалар)	3	16,7%	4	20,0%	2	12,5
Сийдик ажратиш тизими касалликлари (пиелонефрит, уролитиаз, цистит)	7	38,9%	6	30,0%	3	18,75
Қалқонсимон без касалликлари	3	16,7%	4	20,0%	2	12,5

Гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар аниқланмади, $p > 0,05$

Туғруқнинг энг кўп учрайдиган асоратлари амниотик суюқликнинг ўз вақтидан олдин қуйилиши (1-гуруҳда 4 та - 22,2% ва 2-гуруҳда 5-25%) ва ўткир ҳомила гипоксияси (3-16,7% ва 3-15%) бўлган. 1-гуруҳда битта беморда туғруқдан кейинги давр эндометрит (5,56%), субинволюция 3 та (16,7%) билан мураккаблашган бўлса, 2-гуруҳда туғруқдан кейинги давр 4 та ҳолатда (20%) субинволюция билан мураккаблашган $p > 0,05$.

Сурункали ЙЕни комплекс даволашда қўлланилганда, озон терапияси клиник қон таҳлили нуқтаи назаридан ижобий тенденцияни аниқлади. Ўрганилган гуруҳлардаги эритроцитларнинг дастлабки сони статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқга эга эмас эди ($3,59 \times 10^{12}/\text{л}$ ёки $3,61 \times 10^{12}/\text{л}$, $p > 0,5$). Ҳомилдор аёллар гуруҳида стандарт даволаш курсига эфферент усулларни киритишдан сўнг, 2-гуруҳга ($3,61 \times 10^{12}/\text{л}$ дан $3,71 \times 10^{12}/\text{л}$ гача) нисбатан ўсишнинг статистик ($p < 0,001$) аҳамиятга эга тенденцияси аниқланди ($3,59 \times 10^{12}/\text{л}$ дан $3,85 \times 10^{12}/\text{л}$ гача).

Гемоглобин даражаси, терапиядан олдин гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқлар бўлмаса, 1-гуруҳда - 93,6 г / л ва 2 гуруҳда - 92,4 г / л, ($p > 0,2$), тегишли даволанишдан сўнг иккала гуруҳда кўтарилган бўлса-да, унинг ўсиши статистик аҳамиятга эга ($p < 0,001$) фақат 1-гуруҳда эди. 1-гуруҳда 93,6 г/л дан 124,1 г/л гача, 2-гуруҳда 92,4 г/л дан 105,2 г/л гача.

Тадқиқотга киритилган беморларда ҳомилдорлик натижалари таҳлил қилинди. Жами 38 та туғилиш рўй берди, улар тўғрисидаги маълумотлар 1-диаграммада келтирилган ($p < 0,005$).

Барча гуруҳларда туғруқнинг энг кўп учрайдиган асоратлари амниотик суюқликнинг муддатидан олдин қуйилиши эди (1 ва 2 гуруҳларда мос равишда 22,2% ва 30%). Туғруқ фаолиятининг заифлиги туфайли окситоцин эритмасини томир ичига томизиш орқали родостимуляция 1-гуруҳда 2 (11,1%) ҳолатда, 2-гуруҳда 3 (15%) ҳолатда ($p > 0,05$) амалга оширилди.

Туғилган чақалоқларда ҳомилдорлик муддати 35 дан 40 ҳафтагача бўлган. Муддатли туғилган чақалоқларнинг массаси 2890 дан 3850 граммгача бўлиб, ўртача 3445 ± 122 г, муддатдан олдин туғилганлар аёлларда эса - 2120 дан 2840 граммгача бўлиб, ўртача 2214 ± 75 г ни ташкил этди.

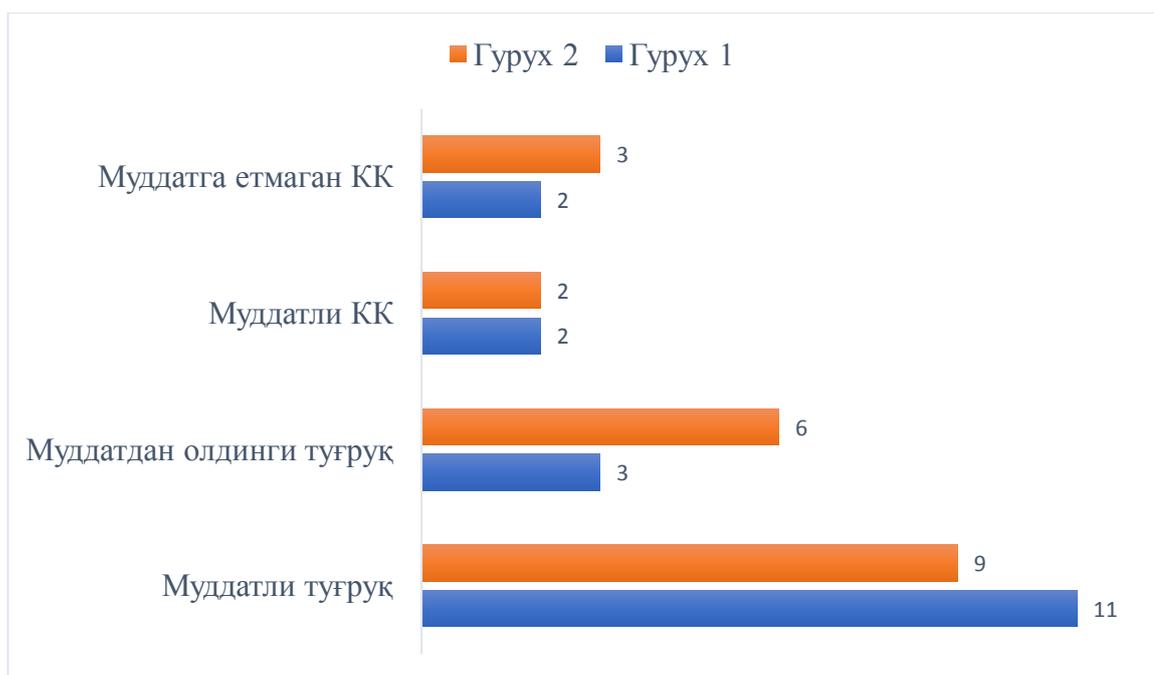


Диаграмма 1. Тўғруқ натижалари

1-гурух оналарнинг янги туғилган чақалоқларининг тана вазни $3287,1 \pm 178,2$ грамм, 2 гуруҳда эса - $2731,3 \pm 110,3$ граммни, тана узунлиги - мос равишда $51,6 \pm 2,3$ см ва $48,5 \pm 1,8$ смни ташкил қилди, $p < 0,001$. Бош айланаси асосий гуруҳ болаларида $34,1 \pm 1,8$ см, таққослаш гуруҳида $32,9 \pm 1,9$ см, қорин айланаси гуруҳларда мос равишда $32,8 \pm 2,3$ см ва $31,3 \pm 2,4$ см ни ташкил қилди, $p < 0,01$. 1-гуруҳдаги етилмаган чақалоқлар улуши 11,1% (2 нафар бола) ни ташкил этди, бу 2-гуруҳдагидан сезиларли даражада паст - 30% (6 нафар бола), $p < 0,03$. Янги туғилган чақалоқларнинг перинатал ҳолати Апгар кўрсаткичи асосида аниқланди, ушбу маълумотлар 2-диаграммада келтирилган.

Маълумотлардан кўриниб турибдики, болаларнинг аксарияти Апгар кўрсаткичи 8-10 балл билан туғилган - 1-гуруҳда 13 (72,2%), 2-гуруҳда - 10 (50%) нафар. Енгил асфиксия асосий 1-гуруҳда - 3 (16,7%), 2-гуруҳида - 6 (30,0%) нафарда, ўрта даражали асфиксия - мос равишда 2 (11,1%) ва 2 (10%) нафарда қайд этилган, оғир даражали эса фақат иккинчи гуруҳдан 2 нафарда (10%) аниқланди.

Ҳар хил даражадаги асфиксия 1-гуруҳда 2-га нисбатан камроқ учрайди. Бу кузатув ҳомиланинг бачадони асфиксиянинг акси сифатида ҳомила гипоксиясининг юқори частотаси билан бирга келарди (гуруҳларда мос равишда 11,1% ва 30%, $p < 0,05$), шунингдек, плацента етишмовчилигида 1-гуруҳда нисбатан камроқ муддатдан олдинги туғруқ ва оператив туғруқга эҳтиёж бор эди, бу статистик жиҳатдан муҳим фарқлар йўқлигида гуруҳлар ўртасидаги клиник тенденциясида акс этади.

Юқоридаги маълумотларни умумлаштирган ҳолда шуни таъкидлаш мумкинки, сурункали плацента етишмовчилиги бўлган оналарнинг озон терапияси билан даволанганга янги туғилган чақалоқларида қуйидагилар камроқ қайд этилган: муддатдан олдинги етилмаган ҳомила туғилиши, паст вазли ва ўсиш суръатлари кичик ҳомила.

Бундан ташқари, биз 1-гуруҳда 2-гуруҳга нисбатан сезиларли даражада кам, $p < 0,05$, турли даражадаги асфиксия, шунингдек, янги туғилган чақалоқларда мослашув белгиларининг бузилиши йўқлигини кузатдик.

Шундай қилиб, сурункали плацента етишмовчилиги бўлган беморлардан туғилган болалар эрта неонатал даврда асоратларни ривожланиши учун юқори хавф гуруҳи сифатида ажратилиши керак. Ушбу янги туғилган чақалоқлар ўз вақтида ва етарли ҳажмда терапияни ўтказиш учун ҳаётнинг биринчи соатларидан бошлаб кенг камровли клиник диагностика текширувдан ўтказилиши керак.

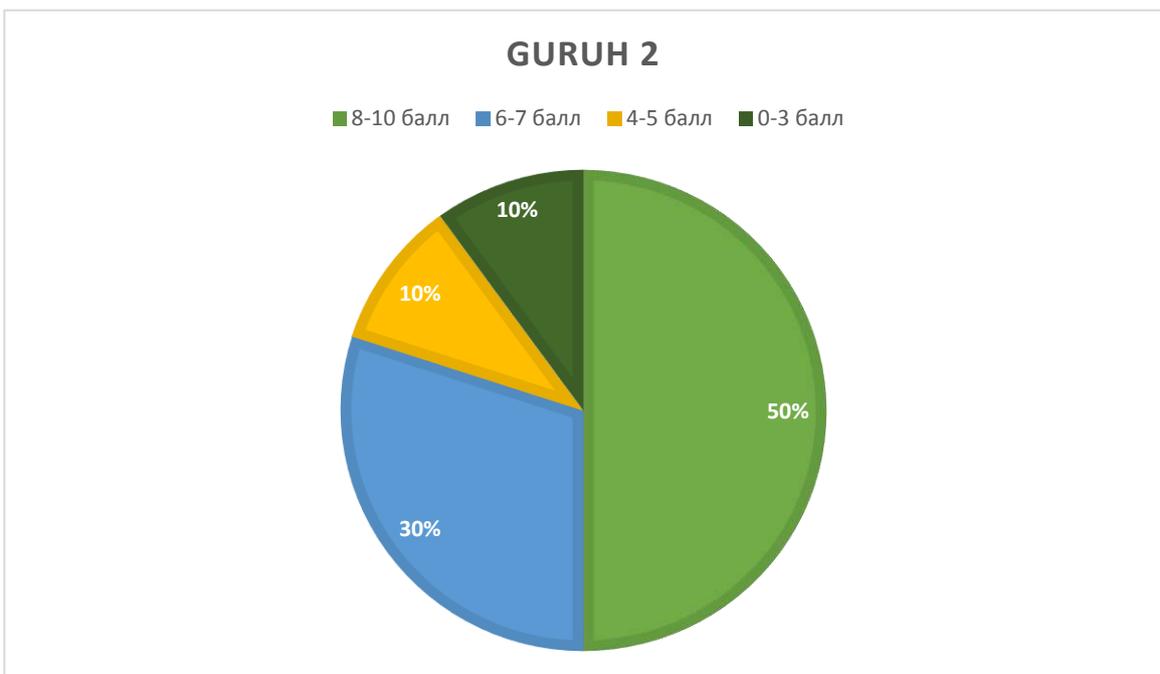
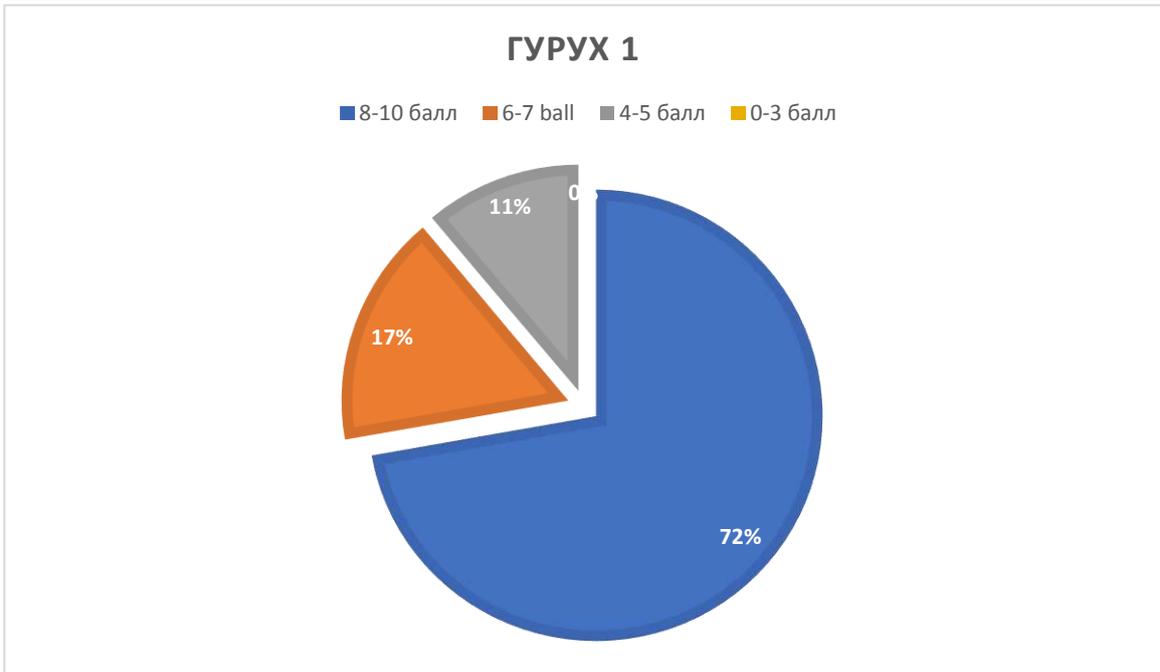


Диаграмма 2. Янги туғилган чақалоқларнинг Ангар бўйича баҳоланиши

Олинган маълумотлар ҳомила ва янги туғилган чақалоқ учун прогнозни яхшилаш, эрта неонатал даврда болаларда дизадаптация ҳодисаларининг ривожланиш частотасини ва озон терапиясининг комплекс терапиясига киритилганда инфекциянинг ривожланишини камайтириш имкониятини кўрсатади.

Хулоса

ФПЕ бўлган аёлларда перинатал натижалар асосий гуруҳда муддатли туғруқ 1-гуруҳ аёлларининг 61,1% да, 2-гуруҳда эса 45% да содир бўлган, $p < 0,05$. 1-гуруҳда муддатдан олдинги туғруқ частотаси 16,7% ни, 2- гуруҳга эса 30% ни ташкил қилди, $p < 0,005$. Сурункали плацента етишмовчилиги бўлган беморлардан туғилган болалар эрта неонатал даврда асоратларни ривожланиши учун юқори хавф гуруҳи сифатида ажратилиши керак чунки ушбу аёллардан туғилган болаларда асфиксиялар, етилмаганлик белгилари, инфекцияланиш кўрсаткичи хавфи юқори бўлди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Александрович А.С., Пальцева А.И., Алексинский В.С. Особенности морфологии плаценты у беременных с фетоплацентарной недостаточностью. 2019.
2. Ихтиярова Г., Дустова Н., Курбанова З. Прогностическая ценность цитокинов у женщин с варикозной болезнью при фетоплацентарной недостаточности // *Журнал вестник врача*. 2019; 1(4):68-71.
3. Краснополяский В.И. Фетоплацентарная недостаточность: методические рекомендации / В.И. Краснополяский. - Москва, 2005; 23.
4. Кулаков В.И. Плацентарная недостаточность и инфекция: руководство для врачей / В.И. Кулаков, Н.В. Орджоникидзе, В.Л. Тютюнник. / Москва, 2004; 494.
5. Карабаева М.А., Худоярова Д.Р., Карабаев А.Г. Темир танкислиги анемияси билан касалланган ўртача симпатик нерв тизими тонусига эга туғадиган аёлларда она-йўлдош-хомила тизимидаги ўзгаришлар // *Gospodarka i Innowacje*. 2022; 28:182-185.
6. Лазарева Н.В. Особенности развития плацентарной недостаточности / Н.В. Лазарева, Г.И. Поважук, Н.Г. Миронова // *Ургентная и реконструктивно-восстановительная хирургия*. 2005; 2:202-204.
7. Сидорова И.С. Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности / И.С. Сидорова, И.О. Макаров. - / М.: Медицинское информационное агентство, 2005; 296.
8. Тютюнник В.О. Предгравидарная подготовка, тактика ведения беременности, родов и послеродового периода при инфекции и плацентарной недостаточности / В.И. Тютюнник // *Акушерство и гинекология*. 2004; 3:54-57.
9. Филиппов, О.С. Плацентарная недостаточность / О.С. Филиппов. - /Москва: МЕДпресс-информ, 2009; 160.
10. Худоярова Д., Абдуллаева Ш. Фетоплацентарная недостаточность и гипотония у беременных (литературный обзор) // *Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences*. – 2023; 3(1-2):121-130.
11. Худоярова Д.Р. Действие озонотерапии на беременных с врожденными пороками сердца // *ВВК* 79. 2020; 1050.
12. Элтазарова Г.Ш., Худоярова Д.Р. Молекулярно-генетические аспекты риска развития аномалии плода // *Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций*. – 2022; 389.
13. Уктамова Ю.У., Худоярова Д.Р. Изучение альфафетопротеина как биомаркер беременности // *Kimyo va tibbiyot: nazariyadan amaliyotgacha*. 2022; 44-45.
14. Шавкатова А., Шопулотова З., Худоярова Д. Влияние озонотерапии на фетоплацентарную недостаточность // *Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований*. 2021; 2(3.2):63-66.
15. Шавкатова Г.Ш., Худоярова Д.Р. Оптимизация лечения метаболического синдрома // *Проблемы современной науки и образования*. 2022; 3(172):54-57.
16. Шопулотова З.А. и др. Явления коморбидности у беременных с пиелонефритом // *Медицинская наука и практика: междисциплинарный диалог*. 2022; 193-196.
17. Fatima Kudratovna Askarova. (2021). The role of vitamins in iron deficiency in pregnant women. // *World Bulletin of Public Health*, 2021; 4:99-102. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/284>
18. Black L.V. Disorders of the fetomaternal unit: hematologic manifestations in the fetus and neonate / L.V. Black, A. Maheshwari // *Semin. Perinatal*. 2009; 33(1):12-19.
19. Askarova Fotima Kudratovna, Homidova Shakhlo Mukhsinovna. (2023). Placental insufficiency: blood and biochemistry parameters depending on the method of treatment. // *International bulletin of medical sciences and clinical research*, 2023; 3(2):74-78. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7668694>
20. Wardinger J.E., Ambati S. Placental insufficiency 2020.

Қабул қилинган сана 20.02.2023