



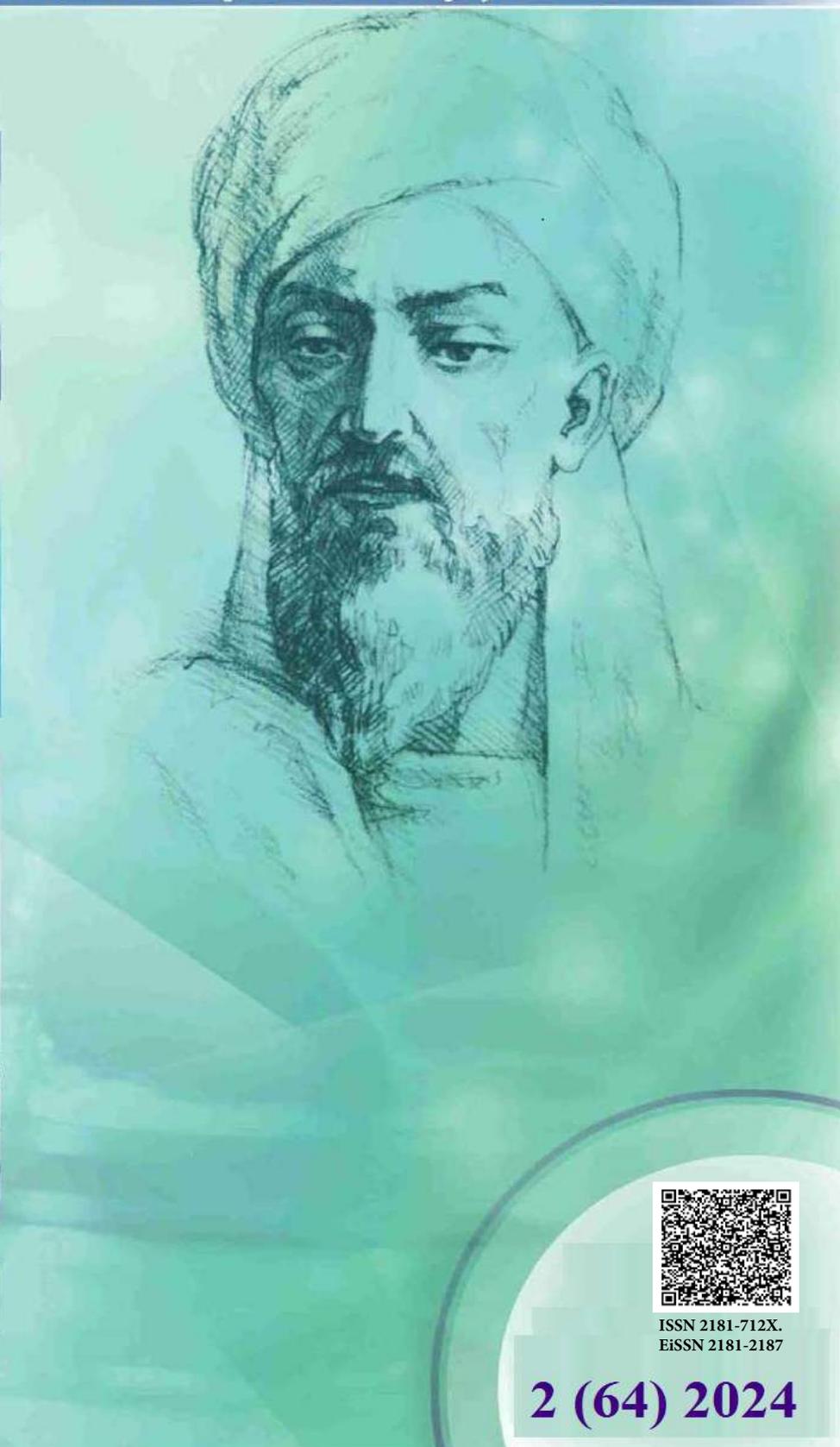
**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**2 (64) 2024**

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
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  
Д.А. ХАСАНОВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
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)

**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)

**2 (64)**

**2024**

*февраль*

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

UDC 618.36-007.247:546.214

## HOMILADOR AYOLLARDA YO`LDOSH YETISHMOVCHILIGINI DAVOLASHDA OZONTERAPIYANING TA`SIRI

<sup>1</sup>Boltayev E.B. <https://orcid.org/0009-0000-0046-5121>

<sup>2</sup>Xasanova D.A. <https://orcid.org/0009-0004-4757-6434>

<sup>1</sup>Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Buxoro sh., A.Navoiy ko'chasi-1. Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

<sup>2</sup>Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, Amir Temur ko'chasi, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)

### ✓ Rezyume

*Multifaktoreal nospetsifik tasirga ega bo'lgan yo'ldosh yetishmovchiligini davolashda tibbiy ozondan foydalanish istiqbollidir. Tibbiy ozon - bu ozon-kislorod aralashmasi bo'lib, o'ta toza kisloroddan zaif elektr zaryadida yoki ultrabinafsha nurlanish ta'sirida parchalanishi natijasida olinadi. Ushbu maqolada yo'ldosh yetishmovchiligi kuzatilgan homilador ayollarni davolashda kompleks terapiyada ozon aralashmasi ishlatilishi haqida ma'lumotlar ko'rsatilgan.*

*Kalit so'zlar: homilador ayollar, yo'ldosh yetishmovchiligini davolashda ozonterapiyaning ta'siri.*

## ЭФФЕКТ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЛАНТИЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ

<sup>1</sup>Болтаев Э.Б. <https://orcid.org/0009-0000-0046-5121>

<sup>2</sup>Хасанова Д.А. <https://orcid.org/0009-0004-4757-6434>

<sup>1</sup>Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сины, Узбекистан, Бухарское ш., улица А.Навои-1. Телефон: +998 (65) 223-00-50 Email: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

<sup>2</sup> Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан, г. Самарканд, улица Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)

### ✓ Резюме

*Перспективно использование медицинского озона в лечении плацентарной недостаточности с многофакторным неспецифическим действием. Медицинский озон – это озono-кислородная смесь, получаемая из сверхчистого кислорода путем его разложения под действием слабого электрического заряда или под воздействием ультрафиолетового излучения. В данной статье представлены сведения об использовании озонной смеси в комплексной терапии лечения беременных с плацентарной недостаточностью.*

*Ключевые слова: беременные, эффект озонотерапии в лечении плацентарной недостаточности.*

## THE EFFECT OF OZONOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PLANTIC INSUFFICIENCY IN PREGNANT WOMEN

<sup>1</sup>Boltayev E.B. <https://orcid.org/0009-0000-0046-5121>

<sup>2</sup>Khasanova D.A. <https://orcid.org/0009-0004-4757-6434>

<sup>1</sup>Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara Sh., A. Navoi street-1. Phone: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

<sup>2</sup>Samarkand State Medical University, Uzbekistan, Samarkand, Amir Temur street, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)

✓ **Resume**

*The use of medical ozone in the treatment of placental insufficiency with multifactorial non-specific effects is promising. Medical ozone is an ozone-oxygen mixture obtained from ultrapure oxygen by decomposing it under a weak electric charge or under the influence of ultraviolet radiation. This article presents information on the use of ozone mixture in complex therapy for the treatment of pregnant women with placental insufficiency.*

*Key words: pregnant women, the effect of ozone therapy in the treatment of placental insufficiency.*

**Dolzarbligi**

**T**ibbiy ozon - bu ozon - kislorod aralashmasi bo'lib, o'ta toza kisloroddan zaif elektr zaryadida yoki ultrabinafsha nurlanish ta'sirida parchalanishi natijasida olinadi. Ozon ta'sirining ikkita mexanizmi mavjud: to'g'ridan-to'g'ri va bilvosita [4,7,10,13,15,26]. To'g'ridan-to'g'ri ta'sir qilish mexanizmi fosfolipidlar va lipoproteinlarning oksidlanishi tufayli bakteriyalarning plazmatik membranasining yaxlitligini buzilishiga olib keladigan dezinfeksiyalovchi faollik bilan bog'liq, natijada bakterial hujayraning hayotiyiligi va uning ko'payish qobiliyati yo'qolad [14,18,20,22]. Ozonning viruslarga qarshi ta'siri virion retseptorlarining oksidlanishi, shuningdek, teskari transkriptaza fermenti faolligining o'zgarishi tufayli virus oqsillari sintezini buzish orqali amalga oshiriladi [21,25,27,31]. Takroriy virusli infeksiya kasalliklarida ozon terapiyasining aniq terapevtik ta'siri haqida dalillar mavjud bo'lib, bu virus kapsulasida ozon bilan osongina o'zaro ta'sir qiluvchi ko'p miqdordagi lipidlar (22% gacha) bilan bog'liq [8,11, 16,19, 23,29]. Alamazyan E.K ma'lumotlariga ko'ra [1,3,6,12,24,30] yo'ldosh yetishmovchiligidagi asosiy patogenik darajalariga, yo'ldoshning metabolik va sintetik faoliyatining o'zgarishi, bachadon-yo'ldosh va homila - yo'ldosh qon aylanish tizimlari buzilishi. Shuningdek, spiral arteriyalarga to'liq bo'lgan trofoblastning o'sib kirishi uning perfuziyasining yetarli darajada bo'lmasligi va gumoral omillar sekretsiyasining o'zgarishiga olib keladi. Shunga ko'ra, multifaktorial nonspesifik ta'sirga ega bo'lgan yo'ldosh yetishmovchiligini davolashda tibbiy ozondan foydalanish istiqbolli ko'rinadi [2, 5, 9, 17, 28].

**Tadqiqot maqsadi:** Ozonoterapiya qo'llash yordamida fetoplatsentar yetishmovchiligi (FPY) bo'lgan homiladorlarni olib borish yo'llarini takomillashtirish.

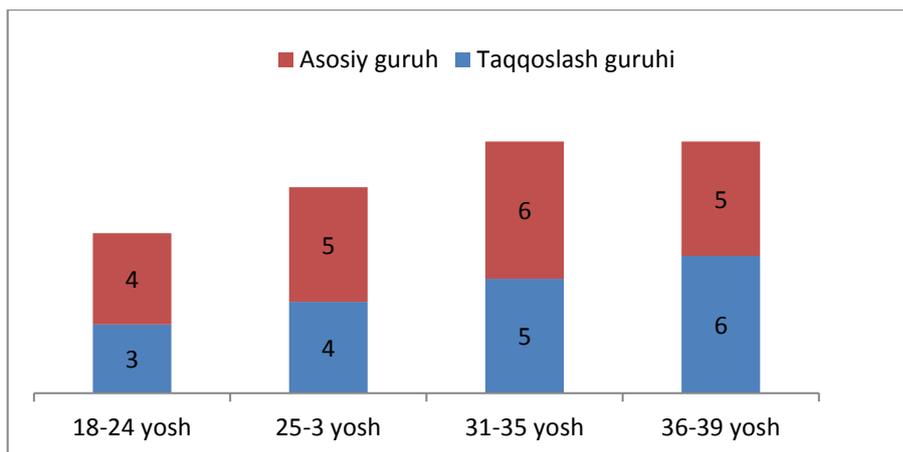
**Material va metodlar**

SamDTU 1-son ko'p tarmoqli klinikasining akusherlik bo'limiga 2020-2022 yillar oralig'ida murojaat qilgan 38 nafar fetoplatsentar yetishmovchilik aniqlangan bemorlarda homiladorlik va tug'ruq natijalari o'rganildi. Barcha bemorlarda somatik va akusherlik-ginekologik anamnez ma'lumotlari o'rganildi. O'tmishdagi yuqumli va yallig'lanish kasalliklariga, shuningdek, reproduktiv funksiyaga (homila tushishi, rivojlanmagan homiladorlik, induksiyalangan abortlar, homilaning antenatal o'limi), oldingi homiladorlikning kechishi va natijalari, ushbu homiladorlikning kechishi va asoratlariga alohida e'tibor qaratildi. Obyektiv tekshiruv ma'lumotlarini o'rganish umumiy tekshiruv, tana vazni va bo'yini o'lchash, tana turini aniqlashni o'z ichiga oldi. Nafas olish, yurak-qon tomir, ovqat hazm qilish, siydik va asab tizimlarining holati baholandi. Akusherlik tekshiruvi homiladorlik davrini aniqlash, qorin aylanasi va bachadon tubining balandligini o'lchash, uning tonusini aniqlashni o'z ichiga oldi, bunda bachadon hajmining homiladorlik muddatiga mos kelishiga alohida e'tibor berildi. Tashqi tekshiruv paytida homilaning holati, ko'rinishi va oldinda yotuvchi qismi aniqlandi, homilaning yurak urishi eshitib ko'rildi. Laborator tekshirish usullaridan umumiy qon siydik tahlili, surtma tahlili, koagulogramma va gemostaziogramma ko'rsatkichlari o'rganildi. Instrumental usullardan UTT homilaning to'liq dopplerometriyasi bilan birga o'tkazildi. Davolash taktikasiga ko'ra bemorlar 2 guruhga ajratildi: 1-asosiy guruh 18 nafar FPY bo'lgan kompleks davolanish (ozonoterapiya qo'shimcha ravishda) o'tkazilgan bemorlar, 2-taqqoslash guruhi 20 nafar an'anaviy davolanishda bo'lgan FPY aniqlangan homilador ayollar. Tadqiqot natijalarini tahlil qilish va sharhlash uchun StatSoft kompaniyasining "STATISTIC" paketi (versiya 7), Windows uchun Microsoft Excel 2010 elektron jadvali (MS Office, AQSH) ma'lumotlarini qayta ishlash vositalaridan foydalanildi.

**Natija va tahlillar**

Bemorlarning yoshi 18 yoshdan 39 yoshgacha bo'lib, o'rtacha 27,4±4,1 yoshni tashkil etdi. Bemorlarning yosh toifalari bo'yicha taqsimlanishi 1-diagrammada ko'rsatilgan.





**Diagramma 1. Homilador ayollarni yosh toifalari bo'yicha taqsimlanishi,  $p>0,05$**

Eng katta guruhni 31-35 yoshdagi ayollar (5 va 6, mos ravishda 27,8 va 30%), 25-30 yoshli bemorlar (4 va 5 ayollar, mos ravishda 22,2 va 25,0%) va 36-39 yosh (6 va 5, bu YY bo'lgan ayollar guruhlarida tarkibida 33,3% va 25,0% ga to'g'ri keladi). Guruhlarning har birida bemorlarning eng katta ulushi 25-34 yosh oralig'ida bo'lgan: 33 (57%) va 47 (68%). Guruhlar o'rtasida homilador ayollarning yoshi bo'yicha statistik farq yo'q edi. Tekshirilayotgan ayollarda massa-bo'y nisbatlarini tahlil qilishda aholi me'yorlaridan chetga chiqishlar aniqlanmadi. Homiladorlikdan oldin o'rtacha tana vazni 61,2+2,5 kg, o'rtacha bo'yi 165,3+5,8 sm ni tashkil qildi. Homilador ayollarning oilaviy ahvoli tahlil qilinganda, o'rganilayotgan guruhlardagi barcha ayollar ro'yxatga olingan nikohda edi. Ekstragenital patologiyaning xususiyatlari 1-jadvalda keltirilgan.

**Jadval 1.**

**Tekshirilayotgan ayollar anamnezidagi somatik kasalliklar**

Ekstragenital kasalliklar	Guruh 1 (n=18)		Guruh 2 (n=20)	
	Abs	%	Abs	%
Otoringologik kasalliklar (gaymorit, faringit, tonsillit va boshq.)	6	33,3%	7	35,0%
Nafas olish organlari kasalliklari (traxeit, bronxit, pnevmoniya, bronxial astma)	2	11,1%	3	15,0%
Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari (arterial gipertenziya, neyrosirkulyator distoniya, yurak nuqsonlari va boshqalar).	2	11,1%	2	10,0%
Oshqozon-ichak trakti organlarining kasalliklari (gastrit, gastroduodenit, oshqozon yarasi, xoletsistit va boshqalar)	3	16,7%	4	20,0%
Siydik ajratish tizimi kasalliklari (pielonefrit, urolitiaz, sistit)	7	38,9%	6	30,0%
Qalqonsimon bez kasalliklari	3	16,7%	4	20,0%

*Guruhlar o'rtasida statistik jihatdan muhim farqlar aniqlanmadi,  $p>0,05$*

1-jadvalda keltirilgan ma'lumotlardan ko'ra, eng ko'p tarqalgan kasalliklar LOR kasalliklari (1-guruhda 33,3% va 2-guruhda 35%) va siydik ajratish tizimi kasalliklari (guruhlarda mos ravishda 38,9% va 30%) bo'ldi. Qalqonsimon bez (16,7% va 20%) va oshqozon-ichak trakti (guruhlarda mos ravishda 16,7% va 20%) surunkali kasalliklarining sezilarli ulushi ham e'tiborga loyiqdir. Bundan tashqari, biz ikkala guruhdagi bemorlarda surunkali ekstragenital patologiyaning bir nechta a'zolarida mavjudligini aniqladik: masalan, patologiya chastotasi guruhdagi surunkali patologiyaga ega bo'lgan bemorlar soniga nisbati 1,69 va 1,54 ni tashkil etdi. Har xil lokalizatsiyadagi ekstragenital kasalliklari bo'lgan bemorlarda ikkitasining birga kelishi ko'pincha qayd etilgan (4 va 5 ayollarda mos ravishda 22,2 va 25% guruhlarda), kamroq - 3 yoki 4 ta ekstragenital surunkali kasalliklar birlashishi (16,77% va 20% mos ravishda) kuzatildi.

Shunday qilib, har bir guruhdagi ayollarning taxminan uchdan birida birlashgan ekstragenital patologiya mavjud edi, bemorlarning shunga o'xshash ulushi og'ir somatik fonga ega emas edi va biroz

kattaroq qismida monoorgan patologiyasi qayd etildi. Homilador ayollarda ekstragenital patologiyaning tuzilishini statistik guruhlararo tahlil qilish guruhlar o'rtasida sezilarli farqlarni aniqlamadi ( $p>0,05$ ).

Guruhlarda hayz ko'rish yoshi deyarli bir xil bo'lib, o'rtacha  $13,1 \pm 1,2$  yilni tashkil etdi. Ko'pchilik ayollarda hayz ko'rish yoshi o'z vaqtida bo'lgan (1-guruhda 11 - 61,1% va 2 guruhda 13 - 65%), guruhlarda mos ravishda 7 nafar ayollarda (38,9% va 35%), hayz davrining boshlanishi kech bo'lgan, guruhlararo statistik jihatdan muhim farqlar aniqlanmagan.

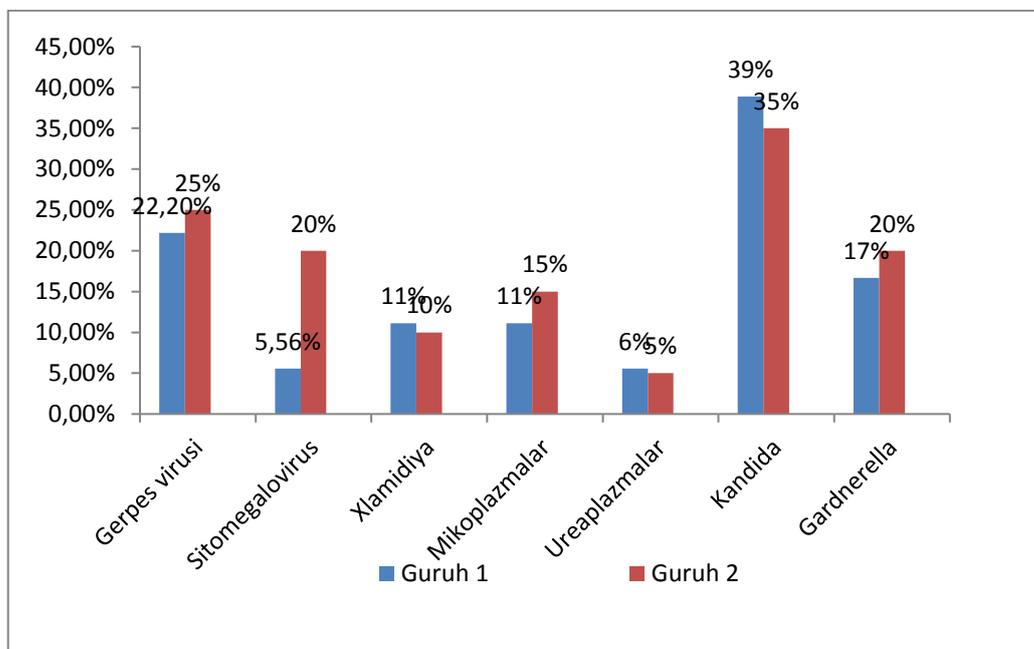
O'rganilayotgan guruhlar bachadon patologiyasi bilan kasallanish darajasi bo'yicha taqqoslangan: har bir guruhda bitta ayolda mioma, 11,1% va 10% da endometrioz, mos ravishda 33,3% va 35% endometrit, shuningdek, salpingooforit (3 - 16,7% va 3 - 15,0,  $p>0,05$ ), polikistoz tuxumdonlar sindromi (4 - 22,2% va 3 - 15,0%,  $p>0,05$ ) kabi ginekologik kasalliklar bo'lgan.

**Jadval 2.**

**Kuzatilgan ayollarda ginekologik kasalliklar tarixi**

Kasalliklar	Guruh 1 (n=18)		Guruh 2 (n=20)	
	Abs	%	Abs	%
Bachadon bo'yni ektopiyasi	4	22,2*	6	30,0*
bachadon miomasi	1	5,56	1	5,0
endometrioz	2	11,1	2	10,0
Salpingooforit	3	16,7	3	15,0
endometrit	6	33,3	7	35,0
Bepushtlik(birlamchi-ikkilamchi)	3	16,7	3	15,0
polikistoz tuxumdonlar sindromi	4	22,2	3	15,0

Bemorlarda surunkali salpingooforit va/yoki endometrit sust kechuvchi xarakterga ega bo'lgan, davolash qiyin va ko'p takrorlanish tendentsiyasi mavjud bo'lgan, shu sababli mikrobiologik yoki molekulyar biologik usullar bilan patogenlarni aniqlagan holda to'liq tekshiruv o'tkazilgan. Jinsiy organlarning yuqumli va yallig'lanish kasalliklarining (endometrit, salpingooforit) yuqori chastotasi tufayli biz ikkala guruhdagi ayollarda ilgari aniqlangan bakteriyalar va viruslar spektrini tahlil qildik, ular bo'yicha ma'lumotlar 2diagrammada keltirilgan.

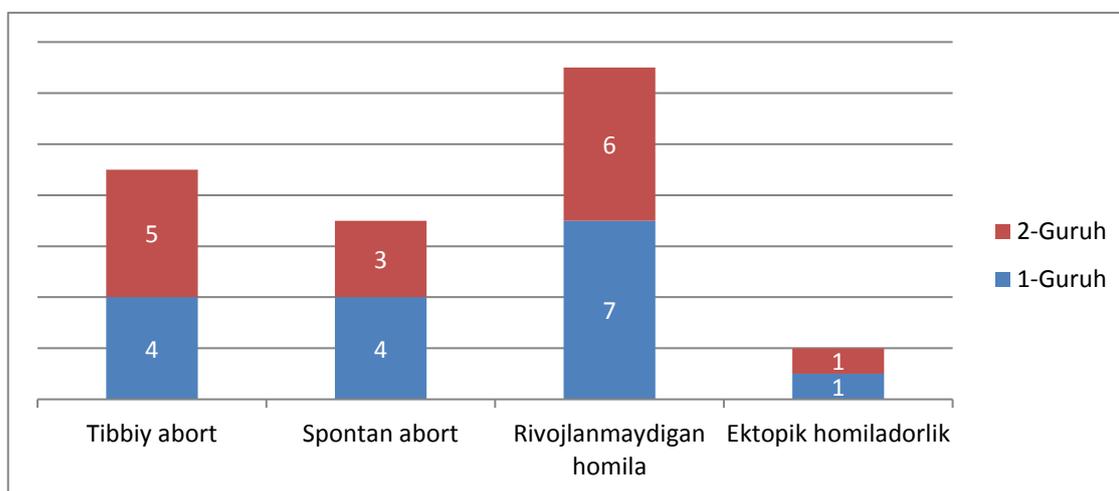


**Diagramma 2. Tekshirilayotgan ayollarning anamnezidagi genital organlarning yuqumli kasalliklarining qo'zg'atuvchilarining spektri,  $p>0,05$**

2-diagrammada keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, tekshirilgan bemorlarda kandida (38,9% va 35%), oddiy herpes virusi (22,2% va 25%), sitomegalovirus (5,56% va 20%) kabi bir qator

mikroorganizmlar yuqori darajada bo'lgan. Mikoplazmalar (11,1% va 15%), gardnerella (16,7% va 15%), xlamidiya (11,1% va 10%) kabilari kamroq uchragan, guruhlar o'rtasida statistik jihatdan muhim farqlar aniqlanmagan.

Tekshirilayotgan guruhlardagi ayollarning akusherlik anamnezi ma'lumotlariga ko'ra barcha ayollar qayta homilador bo'lishgan, homiladorlik va tug'ruq paritetida guruhlar o'rtasida sezilarli farq yo'q,  $p>0,05$ . Birinchi bor tug'uvchilar - 18 (47,36%) nafarni, qayta tug'uvchilar - 20 (52,54%) nafarni tashkil qilishdi umumiy YY bo'lgan ayollardan. Bemorlarda oldingi homiladorlik natijalarini o'rganish qiziqish uyg'otdi, bu haqda ma'lumotlar 3diagrammada ko'rsatilgan.



**Diagramma 3. Ayollarda oldingi homiladorlikning natijalari,  $p>0,05$**

Ayollarning reproduktiv faoliyatini tahlil qilganda, rivojlanmaydigan homiladorlik (33,3% va 35% guruhlarda) va tibbiy abortlarning yuqori chastotasi aniqlandi, oxirgisi asosiy guruhda 27,8% va taqqoslash guruhida 20% ni tashkil etdi. Bundan tashqari, spontan abortlar chastotasi ham yuqori bo'lgan - guruhlar bo'yicha mos ravishda 16,7% va 20%.

Oldingi homiladorliklar davrida yuzaga kelgan asoratlar o'rganilganda, ko'pincha ayollarda homiladorlikning erta davrida abort tahdidi bilan murakkablashgan: 12 - 66,7% 1guruhda va 2-guruhida 60%, shuningdek surunkali yo'ldosh yetishmovchiligi - 8 (44,4%) va 9 (45%) nafar ayollar, guruhlar bo'yicha mos ravishda,  $p>0,05$ . Shuningdek, muddatdan oldingi tug'ruq holatlari 1-guruhda - 5 (27,8%) nafarda, 2-guruhda - 4 (20,0%) va bachadonichi infeksiyalanishi - 3 nafardan ayollarda guruhlar bo'yicha, mos ravishda 16,7% va 15% da aniqlangan,  $p>0,05$ . Oldingi homiladorliklar davrida anemiya ko'rsatkichi juda yuqori bo'lgan - 12 nafar bemorda 1-guruhda (66,7%), 2-guruhda - 10 nafari (50%),  $p<0,05$ .

**Jadval 3.**

**Kuzatilgan ayollarda oldingi tug'ruqda va tug'ruqdan keyingi davrda asoratlar**

Asoratlar	Guruh 1 (n=18)		Guruh 2 (n=20)	
	abs	%	abs	%
Amniotik suyuqlikning o'z muddatidan oldin quyilishi	4	22,2	5	25,0
O'tkir homila gipoksiyasi	3	16,7	3	15,0
Zaif tug'ruq faoliyati	2	11,1	3	15,0
Yo'ldosh nuqsoni	2	11,1	2	10,0
III va tug'ruqdan keyingi erta davrlarda qon ketish	-	-	1	5,0
Endometrit	1	5,56	0	-
Bachadonning subinvolyutsiyasi	3	16,7	4	20,0

Tug'ruqning eng ko'p uchraydigan asoratlari amniotik suyuqlikning o'z vaqtdan oldin quyilishi (1-guruhda 4 ta - 22,2% va 2-guruhda 5-25%) va o'tkir homila gipoksiyasi (3-16,7% va 3-15%) bo'lgan. 1-guruhda bitta bemorda tug'ruqdan keyingi davr endometrit (5,56%), subinvolyutsiya 3 ta (16,7%) bilan murakkablashgan bo'lsa, 2-guruhda tug'ruqdan keyingi davr 4 ta holatda (20%) subinvolyutsiya bilan murakkablashgan,  $p>0,05$  (jadval 3).

Jadval 4.

## Davolash paytida tadqiqot guruhlarida klinik qon tahlili ko'rsatkichlarini qiyosiy dinamikasi

Ko'rsatkich	Guruh 1 (n=18)		Guruh 2 (n=20)		P
	Davolani shdan oldin	Davolani shdan keyin	Davolani shdan oldin	Davolani shdan keyin	
	1	2	3	4	
Eritrositlar soni x 10 <sup>12</sup> /l	3,59±0,3 1	3,85±0,2 2	3,61±0, 23	3,71±0, 41	1-2<0,001 1-3>0,05 3-4>0,05 2-4<0,001
Gemoglobin, g/l	93,6±7,1	124,1±8, 8	92,4±7, 9	105,2± 9,1	1-2<0,001 1-3>0,1 3-4>0,1 1-4<0,001
Gematokrit, %	36±0,02	37±0,03	34±0,0 3	36±0,0 4	1-2<0,001 1-3>0,5 3-4>0,05 2-4<0,001
Trombositlar soni x10 <sup>9</sup> /l	196,4±10 ,7	216,3±12 ,5	197,4± 13,3	213,2± 11,2	1-2<0,001 1-3>0,05 3-4>0,05 2-4<0,001
Leykositlar soni x 10 <sup>9</sup> %	10,2±0,7	8,7±0,9	10,5±1, 2	10,35± 0,7	1-2<0,001 1-3>0,1 3-4>0,1 1-4<0,001
Tayoqchali neytrofillar, %	6,8±0,5	6,4±0,6	7,0±1,1	6,9±0,7	1-2<0,001 1-3>0,5 3-4>0,05 2-4<0,001
Segmentli neytrofillar, %	61,1±3,1	59,6±4,7	59,9±5, 2	59,2±6, 1	1-2<0,001 1-3>0,05 3-4>0,05 2-4<0,001
Limfositlar %	22,4±2,1	24,6±3,2	23,0±1, 9	23,8±2, 8	1-2<0,001 1-3>0,05 3-4>0,05 2-4<0,001
Monositlar, %	7,4±0,5	6,9±0,7	7,5±0,6	7,7±0,4	1-2<0,001 1-3>0,1 3-4>0,1 1-4<0,001
Eozinofillar, %	2,33±0,5 2	2,51±0,2 2	2,54±0, 26	2,47±0, 24	1-2<0,001 1-3>0,05 3-4>0,05 2-4<0,001

Homiladorlikning xususiyatlarini tahlil qilishda uning barcha trimestrlardagi patologik o'zgarishlar e'tiborni tortadi. Shu bilan birga, eng ko'p uchraydigan asorat erta toksikoz edi: 1guruhda homilador ayollarning 7tasida (38,9%), 2-guruhda - 7tasida (35%). Klinik jihatdan qorinning pastki qismida og'riqlar, jinsiy yo'ldan qonli oqindi, bachadon tonusining oshishi bilan tavsiflangan tahdid qiluvchi abort birinchi trimestrda 1-guruhda 6 (33,3%) nafar ayolda va 2-guruhda 5 (25%) nafarda aniqlangan, II trimestrda, guruhlarda 4 nafardan (mos ravishda 22,2% va 20%). Guruhlar birinchi va ikkinchi trimestrlarda homiladorlikning asoratlari bo'yicha taqqoslanganda, sezilarli farqlar topilmagan ( $p>0,05$ ). Anemiya ham

ancha keng tarqalgan bo'lib - guruhlarda mos ravishda 13 (72,2%) va 15 (75%) nafar ayollarda kuzatildi. Surunkali FPYni kompleks davolashda ozon terapiyasi qo'llanilganda, klinik qon tahlili nuqtai nazaridan ijobiy tendentsiyani aniqladi. O'rganilgan guruhlardagi eritrotsitlarning dastlabki soni statistik jihatdan ahamiyatli farqqa ega emas edi ( $3,59 \times 10^9$  /yoki  $3,61 \times 10^9$  / l,  $p > 0,5$ ). Homilador ayollar guruhida standart davolash kursiga efferent usullarni kiritishdan so'ng, 2-guruhga ( $3,61 \times 10^9$  l dan  $3,71 \times 10^{12}$  l gacha) nisbatan o'sishning statistik ( $p < 0,001$ ) ahamiyatga ega tendentsiyasi aniqlandi ( $3,59 \times 10^9$  l dan  $3,85 \times 10^9$  l gacha). Gemoglobin darajasi, terapiyadan oldin guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar bo'lmasa, 1guruhda - 93,6 g / l va 2 guruhda - 92,4 g / l, ( $p > 0,2$ ), tegishli davolanishdan so'ng ikkala guruhda ko'tarilgan bo'lsa-da, uning o'sishi statistik ahamiyatga ega ( $p < 0,001$ ) faqat 1guruhda edi. 1-guruhda 93,6 g/l dan 124,1 g/l gacha, 2-guruhda 92,4 g/l dan 105,2 g/l gacha (jadval 4).

Dastlab, har ikkala guruhdagi bemorlarda qon zardobida oqsil miqdori kamaygan (guruhlarda mos ravishda 59,3 va 60,4 g/l), ammo bemorlarning hech birida gipoproteinemiyaning klinik ko'rinishlari kuzatilmagan. 5-jadvalda keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, 1-guruh homilador ayollarida ozon terapiyasi seanslaridan 3 hafta o'tgach protein darajasi klinik jihatdan o'zgarmadi va 62,8 g/l ni tashkil etdi,  $p < 0,001$ . 2-guruhda qon plazmasidagi umumiy oqsil miqdori ham sezilarli darajada o'zgarmadi va 61,2 g / l ni tashkil etdi.

**Jadval 5.**

**Davolash paytida tadqiqot guruhlarida biokimyoviy qon tahlili ko'rsatkichlarini dinamikasi**

Ko'rsatkich	Guruh 1 (n=18)		Guruh 2 (n=20)		P
	Davolani shdan oldin	Davolani shdan keyin	Davolani shdan oldin	Davolani shdan keyin	
	1	2	3	4	
Umumiy oqsil, g/l	59,3± 2,57	62,8± 2,81	60,4± 3,78	61,2±3, 11	1-2<0,001 1-3>0,05 34>0,05 2-4<0,001
Umumiy bilirubin, mkmol/l	9,3±0, 70	7,2±0, 55	9,3±0, 66	9,1 ±0,76	1-2<0,001 1-3>0,5 3-4>0,05 2-4<0,001
Bog'lanmagan bilirubin, mkmol/l	2,8±0, 30	2,1±0, 36	2,7±0, 27	2,5±0,3 2	1-2<0,001 1-3>0,05 34>0,05 2-4<0,001
Mochevina, mmol/l	7,2±0, 07	5,4±0, 11	7,4±0, 09	7,3±0,1 3	1-2<0,001 1-3>0,1 3-4>0,1 1- 1-4<0,001
Kreatenin, mkmol/l	78,3± 3,3	67,4± 4,1	77,5± 2,1	75,2±3, 1	1-2<0,001 1-3>0,5 3-4>0,05 2-4<0,001
ALT, b/l	31,2± 4,2	17,3± 2,3	33,5± 3,7	26,4±4, 0	1-2<0,001 1-3>0,05 34>0,05 2-4<0,001
AST, b/l	29,1± 2,6	19,4± 3,0	30,2± 3,2	27,6±2, 8	1-2<0,001 1-3>0,05 34>0,05 2-4<0,001
Ishqoriy fosfotaza, Xb/l	105,4 ±6,2	82,7± 3,7	106,8 ±4,1	102,4±4 ,3	1-2<0,001 1-3>0,1 3-4>0,1 1-4<0,001

Bilirubin, mochevina va kreatininning o'rtacha darajasi terapiyaning efferent usullaridan so'ng sezilarli darajada kamaydi. 5-jadvalda keltirilgan ma'lumotlar terapiyaning kompleks usulidan so'ng jigar

fermentlari darajasining statistik jihatdan sezilarli darajada pasayishini ko'rsatadi. Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, ikkala guruhda ham intravaskulyar koagulyatsiyaning faollashuvi belgilari mavjud bo'lib, bu homiladorlikning murakkablashib kechishi fonida surunkali platsenta yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarga xosdir, ularda fibrinogenning yuqori miqdori qayd etilgan. Asosiy guruhdagi bemorlar ozon terapiyasi + antikoagulyantlar buyurilgan, homilador taqqoslash guruhlari past molekulyar og'irlikdagi geparinlar bilan antikoagulyant terapiya o'tkazilgan. Terapiyadan so'ng 1-guruhda ham, 2-guruhda ham fibrinogen darajasi (1-guruhda 25% ga va 4,2 g / l ni tashkil etgan, 2-guruhda 15,8% ga va 4,8 g / l ni tashkil etdi), trombositlar agregatsiyasi ko'rsatkichlari (1-guruhda 24,3% pasayib, 44,3% ni tashkil etdi, 2-guruhda - 20,8% ga pasayib, 45,4% ni tashkil etdi) va protrombin indeksi (1-guruhda 18,5% ga pasayib 96,4% ni, 2-guruhda - 15,5% ga pasayib 99,2% ni tashkil etdi) sezilarli darajada pasaygan, ( $p < 0,01-0,001$ ).

### Xulosa

Shunday qilib, an'anaviy va ozonoterapiya usullardan foydalangan holda FPY ning o'z vaqtida kompleks terapiyasi qon ivish tizimidagi o'zgarishlarni tuzatishga va tekshirilgan bemorlarning gematologik ko'rsatkichlarini normallashtirishga yordam berdi, bizning tadqiqotimizda asosiy guruhda plazma va trombositlar aloqalari tufayli qon ivish potentsialini sezilarli darajada barqarorlashtirilishi kuzatildi. Shu bilan birga biokimyoviy qon tahlilida umumiy protein miqdori biroz ko'tarilishi, jigar fermentlari darajasining pasayishi va tananing tabiiy detoksikasiya tizimlarining ishlashi yaxshilanganligi, endogen intoksikasiya darajasining sezilarli pasayishi bilan ifodalangan.

### ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Айламазян Э.К. Плацентарная недостаточность: учеб.-метод, пособие / Э.К. Айламазян. - Санкт-Петербург: 2007;30:30.
2. Андикян В.М. Озонотерапия как метод в комплексе лечения фетоплацентарной недостаточности / В.М. Андикян, И.Н. Волощук, Т.А. Федорова // Материалы семинара «Новые технологии в акушерстве, гинекологии и неонатологии» - Москва, 2002;207.
3. Аскарова З. Частота соматических заболеваний у женщин с гиперпластическими заболеваниями матки и молочных желёз в период перименопаузы // Евразийский журнал медицинских и естественных наук. 2023;3(2):180-185.
4. 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.
5. Качалина Т.С. Озоновые технологии в акушерстве и гинекологии / Т.С. Качалина, Г.О. Гречканев - Нижний Новгород: НГМА, 2007;290.
6. Клементе Апумайта Х.М. Влияние озонотерапии и гипербаротерапии на гормонопродуцирующую функцию фетоплацентарного комплекса, состояние свертывающей системы крови и морфологию плаценты у больных с хронической плацентарной недостаточностью / Х.М. Клементе Апумайта, А.В. Мурашко, С.В. Пак, Г.О.Гречканев, С.А. Дворянский, Э.М. Путинский // Российский вестник акушера- гинеколога. – 2010;2:35-38.
7. Кулаков, В.И. Плацентарная недостаточность и инфекция: руководство для врачей / В.И. Кулаков, Н.В. Орджоникидзе, В.Л. Тютюнник. - Москва, 2004;494.
8. Курбаниязова В. Э., Худоярова Д. Р. Реалии Времени. Реабилитация Женщин С Рубцом На Матке // Вестник науки и образования. 2020;23-1(101):72-78.
9. Каттаходжаева М. Х., Гайбуллаева Д. Ф. Показатели эндотелиальной дисфункции и маркеры системного воспаления у беременных при преэклампсии // Re-health journal. 2020;2-2(6):10-13.
10. Каттаходжаева М. и др. Современные аспекты диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний нижнего отдела гениталий у женщин // in Library. 2022;22(1):541-545.
11. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями / В.К. Лихачев. -М.: МИА, 2010;715.
12. Макаров О.В. Применение озонотерапии в комплексе профилактики и лечения плацентарной недостаточности / О.В. Макаров, Н.Н. Николаев, Л.В. Попова // Акушерство и гинекология. 2002;2:48-52.
13. Тастанова Г., Юнусов С., Шаниева С. Современный взгляд на проблему фетоплацентарной недостаточности // Журнал " Медицина и инновации". 2022;3:304-312.

14. Тюттонник В.Л. Влияние прегравидарной подготовки на течение и исход беременности при герпетической инфекции / В.Л. Тюттонник, Т.А. Федорова, З.С. Зайдиева, С.А. Алиева // Проблемы репродукции. 2005;10:3-7.
15. Тюттонник В.Л. Предгравидарная подготовка, тактика ведения беременности, родов и послеродового периода при инфекции и плацентарной недостаточности / В.Л. Тюттонник // Акушерство и гинекология. 2004;3:54-57.
16. 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.
17. Хасанова Д.А. Аутоиммунный тиреоидит: беременность и роды // журнал биомедицины и практики. 2022;7(5).
18. Хасанова Д. Проблема не вынашивания беременности // Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. 2023;3(2):175-179.
19. Федорова Т.А. Влияние прегравидарной подготовки на течение и исход беременности при герпетической инфекции / Т.А. Федорова, В.Л. Тюттонник, З.С. Зайдиева, С. А. Алиева // Проблемы репродукции, 2005;5:97-101.
20. Филиппов О.С. Плацентарная недостаточность / О.С. Филиппов. - Москва: МЕДпресс-информ, 2009;160.
21. Шавкатова А., Шопулотова З., Худоярова Д. Влияние озонотерапии на фетоплацентарную недостаточность // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. 2021;2(3.2)63-66.
22. Шавкатова Г. Ш., Худоярова Д. Р., Абдуллаева Н.Н. Метаболический синдром и новые возможности его коррекции.
23. Шавкатова Г. Ш., Худоярова Д. Р. Проблемы современной науки и образования // Проблемы современной науки и образования Учредители: Олимп. 2020;3:54-57.
24. Шавкатова Г. Ш., Худоярова Д. Р. Оптимизация лечения метаболического синдрома // Проблемы современной науки и образования. 2022;3(172):54-57.
25. Шопулотова З. А. и др. Явления коморбидности у беременных с пиелонефритом // Медицинская наука и практика: междисциплинарный диалог. 2022;193-196.
26. Askarova F., Homidova S. 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.
27. Askarova Z.Z. et al. Value of hysteroscopy and genetic research of women with abnormal uterine bleeding in perimenopause // Eur J Mol Clin Med. 2021;8(1):409-416.
28. Cetin I. Intrauterine growth restriction: implications for placental metabolism and transport. A review / I. Cetin, G. Alvino // Placenta. 2009; 30(A):77-82.
29. Khudoyarova D., Abdullaeva S. Fetoplacental insufficiency with hypotension in pregnant women // Zamonaviy dunyoda tabiiy fanlar: Nazariy va amaliy izlanishlar. 2023;2(1):42-47.
30. Khasanova D. Premenstrual syndrome in the modern science // International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research. 2022;2(12):16-22.
31. Zegarra R.R., Dall'Asta A., Ghi T. Mechanisms of fetal adaptation to chronic hypoxia following placental insufficiency: a review // Fetal Diagnosis and Therapy. 2022;49(5-6):279-292.

**Qabul qilingan sana 20.01.2024**