



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 (78) 2025

**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
Б.З. АБДУСАМАТОВ
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
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 615.825:613.25 – 055.2

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА МЕТОБОЛИК СИНДРОМ ХАВФЛАР, АСОРАТЛАР ВА ДАВОЛАШ

Боборахимова Умеда Мусаевна <https://orcid.org/0009-0004-1342-917X>

Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, Амир Темур 18,
Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Ҳозирги вақтда, мавжуд демографик тенденция давомида аҳоли соғлигини, шу жумладан репродуктив саломатликни сақлаш ва ҳимоя қилиш долзарб вазифа ҳисобланади. Бугунги кунда миллатнинг генофондини сақлашга ижобий таъсир ўтказиш учун кенг имконият мавжуд. Аҳоли саломатлигини сақлаш ва уни ўсишини таъминлаш—бу тугиш ёшидаги аёлларнинг саломатлигини яхшилаш ва унинг репродуктив имкониятларини тиклашдир. Фертил ёшдаги аёллар аҳоли популяциясининг энг муҳим ижтимоий-демографик қисми ҳисобланади. Дунё статистик маълумотларига кўра аёлларнинг ўлимнинг асосий сабаби: юқумли бўлмаган касалликлар бўлиб қолмоқда. Аёлларнинг соғлиги, репродуктив фаолияти, тиббий фаоллиги ва уларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифати билан болалар саломатлиги ўртасидаги боғлиқликлар кенг муҳокамага сабаб бўлмоқда. Оналар саломатлик ҳолати муваффақиятли тугаган ҳомиладорлик билан бевосита боғлиқ; аёлда сурункали касалликлар бўлмаса, ҳомиладорлик меъёрида кечса, соғлом болалар туғилиши эҳтимоли юқорилиги илмий асосланган.

Калит сўзлар: *Метаболик синдром, репродуктив саломатлик, овқатланиш хулқ-атвори семизлик.*

МЕТОБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА: РИСКИ, ОСЛОЖНЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Боборахимова Умеда Мусаевна <https://orcid.org/0009-0004-1342-917X>

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

В настоящее время в условиях современной демографической тенденции сохранение и защита здоровья населения, в том числе репродуктивного, является актуальной задачей. Сегодня есть широкие возможности положительно повлиять на сохранение генофонда нации. Поддержание здоровья населения и обеспечение его роста означает улучшение здоровья женщин детородного возраста и восстановление их репродуктивного потенциала. Женщины детородного возраста являются важнейшей социально-демографической частью населения. По данным мировой статистики, основной причиной смертности женщин остаются неинфекционные заболевания. Связь между здоровьем женщин, репродуктивной активностью, медицинской деятельностью и качеством оказываемой им медицинской помощи и здоровьем детей вызывает широкую дискуссию. Состояние здоровья матери напрямую связано с успешной беременностью: научно доказано, что если у женщины нет хронических заболеваний, если беременность протекает нормально, вероятность рождения здоровых детей высока.

Ключевые слова: *Метаболический синдром, репродуктивное здоровье, пищевое поведение, ожирение.*

METABOLIC SYNDROME OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE RISKS, COMPLICATIONS AND TREATMENT

Boborakhimova Umeda Musaevna <https://orcid.org/0009-0004-1342-917X>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ *Resume*

Currently, in the context of the current demographic trend, preserving and protecting the health of the population, including reproductive health, is an urgent task. Today, there is a wide opportunity to positively influence the preservation of the nation's gene pool. Maintaining the health of the population and ensuring its growth is to improve the health of women of childbearing age and restore their reproductive capabilities. Women of childbearing age are the most important socio-demographic segment of the population. According to world statistics, the main cause of death among women is non-communicable diseases. The relationship between women's health, reproductive function, medical activity and the quality of medical care provided to them and children's health is a topic of wide discussion.

Maternal health is directly related to a successful pregnancy: it is scientifically proven that if a woman does not have chronic diseases and the pregnancy proceeds normally, the chances of giving birth to healthy children are high.

Keywords: *Metabolic syndrome, reproductive health, eating behavior, obesity.*

Долзарблиги

Хозирги вақтда семизлик муаммосининг ўзига хос аҳамиятини ҳамма эътироф этади. Йилдан йилга вазият тобора ёмонлашиб бормоқда, метаболик синдром “ёшармоқда”, у нафақат катталарнинг, балки болалар ва ўсмирларнинг ҳам муаммосига айланмоқда. Дунёнинг кўпгина мамлакатларида семизликнинг тез суръатларда тарқалишининг ўсиб бориши мазкур касалликнинг пандемияси ҳақида айтишга имкон беради [8]. 20 ёш ва ундан катта аёлларда ортиқча тана вазн (ТВИ \geq 25 кг/м²) Россияда 58,9%, Францияда – 40,0%, Германияда – 46,6%, АҚШда – 66,3%, Ўзбекистонда -25,2% ҳолатда қайд этилади.

Метаболик синдром иқтисодий ривожланган давлатларда энг кўп тарқалган касалликлардан бири бўлиб ҳисобланади, унда аҳолининг чорак қисми меъёрдан 15% кўпроқ тана вазнига эга. БЖССТ экспертлари башоратига кўра, касалланишнинг мавжуд ўсиш суръати сақланганида, 2025 йилга келиб, дунёда семизлик ташҳиси билан 300 млн дан ортиқ киши истеъкомат қилади; [177]. БЖССТ маълумотларига кўра, ҳар йили дунёда ортиқча тана вазн туфайли (жумладан семизлик ҳам) 2,8 млн киши вафот этади [199]. Метаболик синдром юракнинг ишемик касаллиги, ишемик инсульт ва қандли диабетнинг 2 типи ривожланишига ҳисса қўшади, сут бези саратони, эндометриоз, колоректал саратон, буйраклар саратони, қизилўнғач ва ошқозон ости бези саратонининг ривожланиш хавфини катта даражада оширади. Кўпгина тадқиқотчилар фикрига кўра, ёш аёлларда ҳайз функциясининг бузилиши (ХФБ) ва неоплазияларнинг ривожланиши иккиламчи бўлиб, семизликнинг оқибати туфайли ривожланади [21, 22, 177]. Қатор муаллифларнинг маълумотига кўра, Метаболик синдром қайд этилган аёлларда ҳайз функциясининг даврийлиги тикланиши учун кўпинча тана вазини 10-15%га камайтириш етарли бўлади [53, 54, 58].

Метаболик синдром одам саломатлигига салбий таъсири Гиппократ давридан буён маълум, аммо, шу билан бирга, тананинг меъёрдаги вазни ҳақидаги замонавий қарашлар ўтган асрнинг 30 йилларидан бошлабгина шакллана бошлаган. Охирги йилларда олиб борилган тадқиқотлар семизликни ЮИКнинг асосий хавф омиллари қаторига киритади, бунда ортиқча тана вазн хавфнинг жуда турғун омили бўлиб ҳисобланади, ва кўпинча болалик даврида намоён бўлиб, кўпгина ҳолларда бутун умр давомида сақланади [ВОЗ; 2010;26-27-28 б].

Тадқиқотнинг мақсади овқатланиш хулқ-атвори, семизлик биомаркерлари, қондаги липид ва углеводлар спектри, эндотелиал дисфункцияни ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари

Жами 18 ёшдан 35 ёшгача бўлган ортиқча вазнли/семизлик қайд этилган репродуктив ёшдаги 150 нафар аёл текширилган.

Назорат гуруҳини ҳеч қандай контрацепцияни қўлламайдиган ортиқча вазнли/семизлик қайд этилган 50 нафар аёл (25 нафар семизликнинг фемин типи ва 25 нафар андройдли типи билан) ташкил этди.

Аёлларни текшириш анамнез ва шикоятларни ўрганишдан бошланган. Маълумотлар ҳар бир аёл учун махсус ишлаб чиқилган “Кузатиш картаси”га киритилган.

Сўнгра умумий қабул қилинган усул бўйича умумклиник ва албатта гинекологик текширув ўтказилди. Бундан ташқари, барча аёлларга терапевт маслаҳати тайинланган. Зарурият бўлганда – қўшимча текшириш усуллари буюрилган.

Кичик чаноқ аъзолари ва сут безларининг ультратовушли текшируви барча аёлларда ҳайз циклининг биринчи даврида (5-7 кун) транс абдоминал ва вагинал (зарурият бўлганда) датчикдан фойдаланган ҳолда аппаратида ўтказилган.

Барча аёлларда контрацептивларни тайинлашдан аввал кенгайтирилган кольпоскопия ва ПАП-тест буюрилган. Кольпоскопия аппаратида бажарилган. Контрацепция қўлланилиши бошланганидан 6 ой ўтгач кольпоскопия қайта ўтказилган.

Тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ, биз гормонал контрацепция воситаларини қўллашдан олдин ва қўллаш пайтида семизлик ҳар хил типлари қайд этилган (фемин типли - 63 нафар ва андройд типли - 37 нафар аёллар) 100 нафар аёлнинг овқатланиш хулқ-атворини ўргандик. Назорат гуруҳини ҳеч қандай аралашувўтказилмаган семизликнинг табиий кечиши қайд этилган 50 нафар аёл ташкил этди.

Тадқиқот ишининг ушбу қисмини бошлар эканмиз, беморларнинг овқатланиш хулқ-атворини шакллантиришда атроф-муҳит, миллий ва оилавий анъаналар, ижтимоий мавқеи ва маданияти, тарбиянинг ўзига хос хусусиятлари катта аҳамиятга эга эканлигини ҳисобга олдик. Беморларнинг овқатланиш хулқ-атворини баҳолаш учун биз қисқача мослаштирилган частотали сўровномадан фойдаландик [78], ушбу сўровнома 24 та пункт ва 2 қисмдан иборат бўлиб, 1-чи қисми ёғ истеъмоли ҳолатларини (15 та пункт), 2-чи қисми ўсимликдан тайёрланган маҳсулотларнинг истеъмоли ҳолатларини баҳолайди (9 та пункт). Барча маълумотлар балл тизими бўйича баҳоланди. Мазкур сўровномани биз юртимиздаги миллий овқатланиш шароитларига мослаштирдик. Сўровнома сўралувчилар томонидан мустақил равишда тўлдирилиш ва тўпланган балларни ҳисоблаш учун мўлжалланган. Овқатланиш хулқ-атвори қуйида келтирилган сўровнома ёрдамида даволашдан олдин ва даволаш жараёнида (6 ойдан сўнг) баҳоланди.

Тадқиқот бошланишидан олдин аёлларнинг асосий гуруҳида ТВИ $27,6 \pm 0,2$ ни (КЎПРОҚ БЎЛИШИ КЕРАК!!!), назорат гуруҳида эса $32,0 \pm 0,7$ ни ташкил этди ($p < 0,001$).

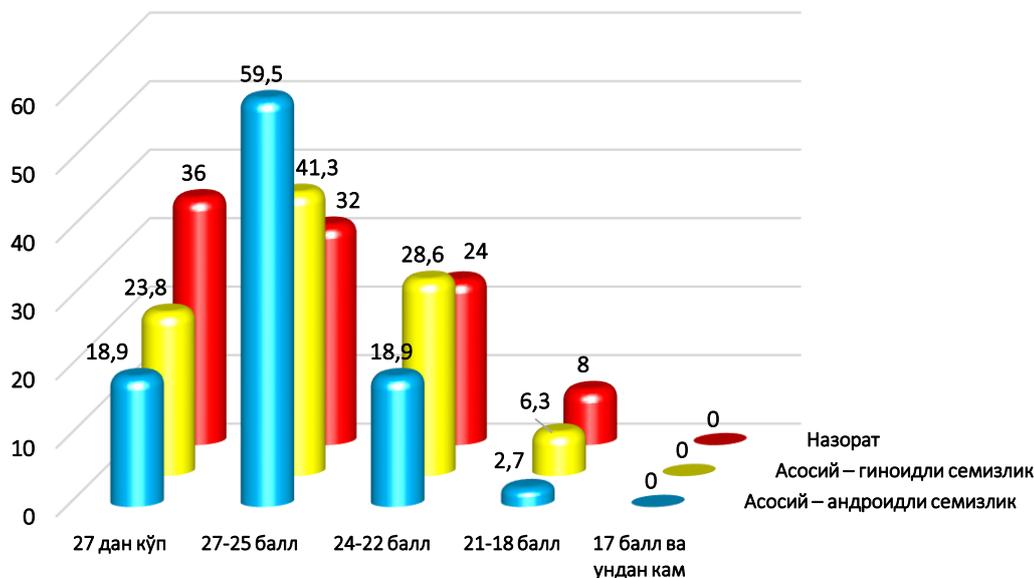
"Овқатланиш хулқ-атвори сўрови №1 - ёғларни истеъмол қилиш ҳолатларини аниқлаш" таҳлилининг маълумотлари 3.1-жадвалда келтирилган.

Текширилаётган аёллар гуруҳларида ёғларни истеъмол қилиш частотаси (балларда)

| Аёллар гуруҳи/баллар | 27 дан кўп (абс;%) | 27-25 (абс;%) | 24-22 (абс;%) | 21-18 (абс;%) | 17 ва ундан кам (абс;%) |
|------------------------------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------|
| Асосий – андройдли семизлик (n=37) | 7 (18,9) | 22(59,5) | 7(18,9) | 1(2,7) | - |
| Асосий – гиноидли семизлик(n=63) | 15(23,8) | 26(41,3) | 18(28,6) | 4(6,3) | - |
| Назорат (n=50) | 18(36) | 16(32) | 12(24) | 4(8) | - |

Ушбу жадвалдан кўриниб турибдики, текширувни бошлашдан олдин, асосий гуруҳдаги аёлларнинг 22 фоизи ёғлар билан бойитилган овқатларни истеъмол қилишган. Ёғли овқатларни тез-тез истеъмол қилиш сўралганларнинг деярли ярмида, яъни 48%ида кузатилган. Замонавий одамга хос бўлган овқатланиш усули ҳар тўртинчи аёлда - асосий гуруҳдаги аёлларнинг 25

фоизида қайд этилган. Афсуски, репродуктив ёшдаги фақатгина 5% ёш аёл ёғларни атеросклероз ривожланишининг хавфи минимал даражада бўлган миқдорда истеъмол қилишган, тадқиқот бошланишидан олдин бизнинг гуруҳларимизда ёғни кам миқдорда истеъмол қиладиган аёллар йўқ эди. Асосий гуруҳда ёғ истеъмол қилиш частотаси бўйича ўртача балл йиғиндиси $31,2 \pm 0,9$ ни ташкил этди, қайсики ортиқча вазнли аёллар томонидан ёғли овқатларни сезиларли даражада истеъмол қилишини кўрсатади. Тадқиқотда кейинги иштирок этиш ҳайвонларнинг ёғларига бой озиқ-овқатларни камроқ истеъмол қилиш, уларни балиқ, дон, дуккаклилар, сабзавот ва мевалар, шунингдек ўсимлик мойлари билан алмаштириш сингари тавсияларга риоя қилинганда амалга оширилди.



Текширилаётган аёллар гуруҳларида ёғларни истеъмол қилиш частотаси

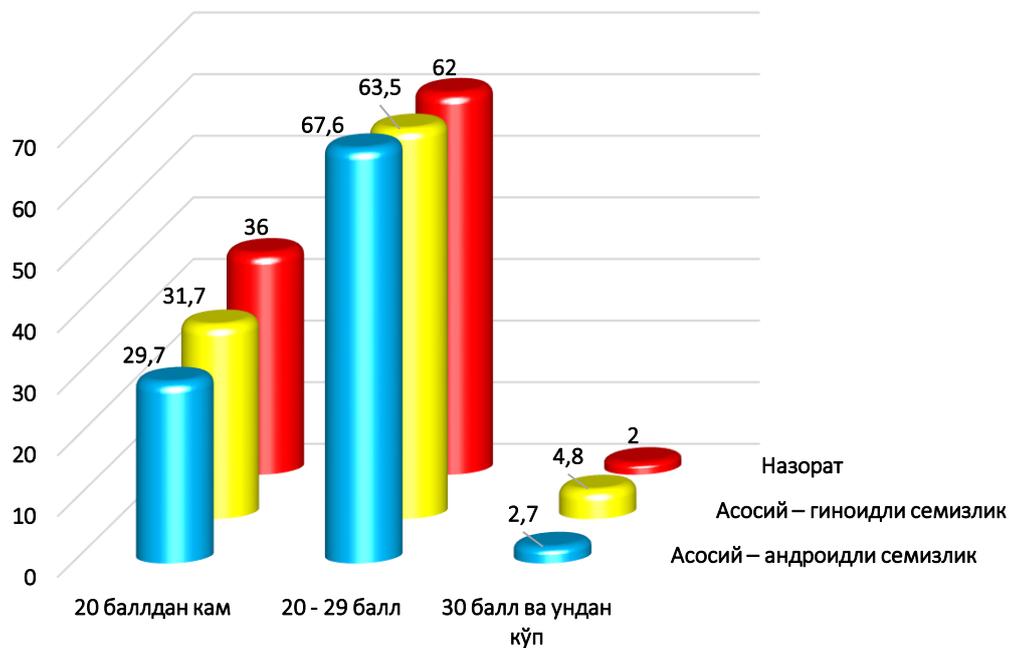
Тадқиқот бошланишидан олдин назорат гуруҳидаги аёлларнинг овқатланиш хулқ-атвори асосий гуруҳдан статистик жиҳатдан фарқ қилмаганлигини таъкидлаш жоиз.

“Овқатланиш хулқ-атвори сўрови №2 – дон маҳсулотлари, сабзавот ва меваларни истеъмол қилиш ҳолатларни аниқлаш” таҳлилининг маълумотлари 3.2-жадвалда келтирилган.

Текширилган аёллар гуруҳларида дон маҳсулотлари, сабзавот ва меваларни истеъмол қилиш частотаси (балларда)

| Аёллар гуруҳи/баллар | 20 дан кам Абс (%) | 20 - 29 Абс (%) | 30 ва ундан кўп Абс (%) |
|------------------------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|
| Асосий – андройдли семизлик (n=37) | 11(29,7) | 25(67,6) | 1(2,7) |
| Асосий – гинойдлисемизлик (n=63) | 20(31,7) | 40(63,5) | 3(4,8) |
| Назорат (n=50) | 18(36) | 31(62) | 1(2) |

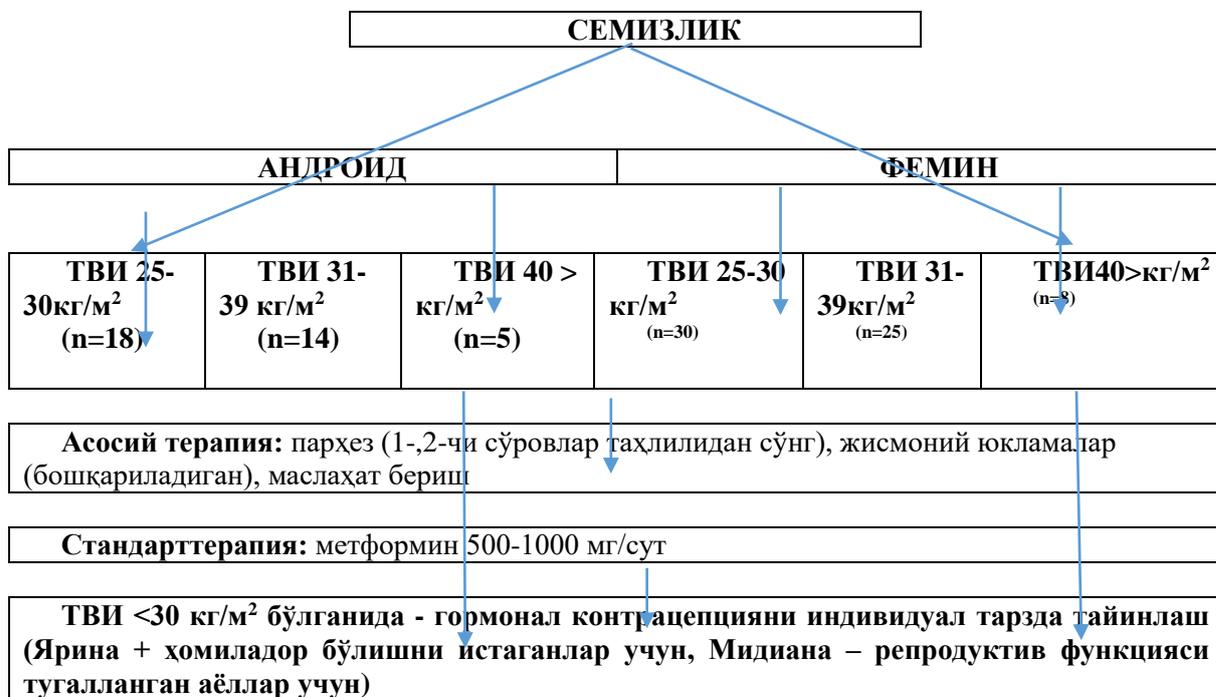
Юқоридаги жадвалда иккала гуруҳдаги текширилган аёлларининг атиги 3,3 фоизи етарлича дон маҳсулотлари, сабзавот ва меваларни истеъмол қилиши кўрсатилган. Асосий гуруҳдаги 31% аёлларнинг овқатланиш рационада озиқ-овқатларнинг муҳим компонентлари етарли даражада эмас.



Дон махсулотлари, сабзаёт ва меваларни истеъмол қилиши кўрсатилган.

Барча аёллар (НАЗОРАТ ГУРУҲИДАН ТАШҚАРИ) тўғри балансли овқатланиш бўйича маслаҳатлар олишди: рационга минимал балл олган учтадан ортиқ махсулотларни киритиш(бизнинг тадқиқотимизда бу барча донлар, дуккаклилар, резаворлар, ковоқча, бақлажон) лозимлиги айtilди. Дастурда кейинги иштирок этиш озик-овқат хулқ-атворининг катъий назорати остида амалга оширилди.

Тана вазнини камайтиришнинг муҳим омилларидан бири жисмоний юкломани ошириш ҳисобланади.

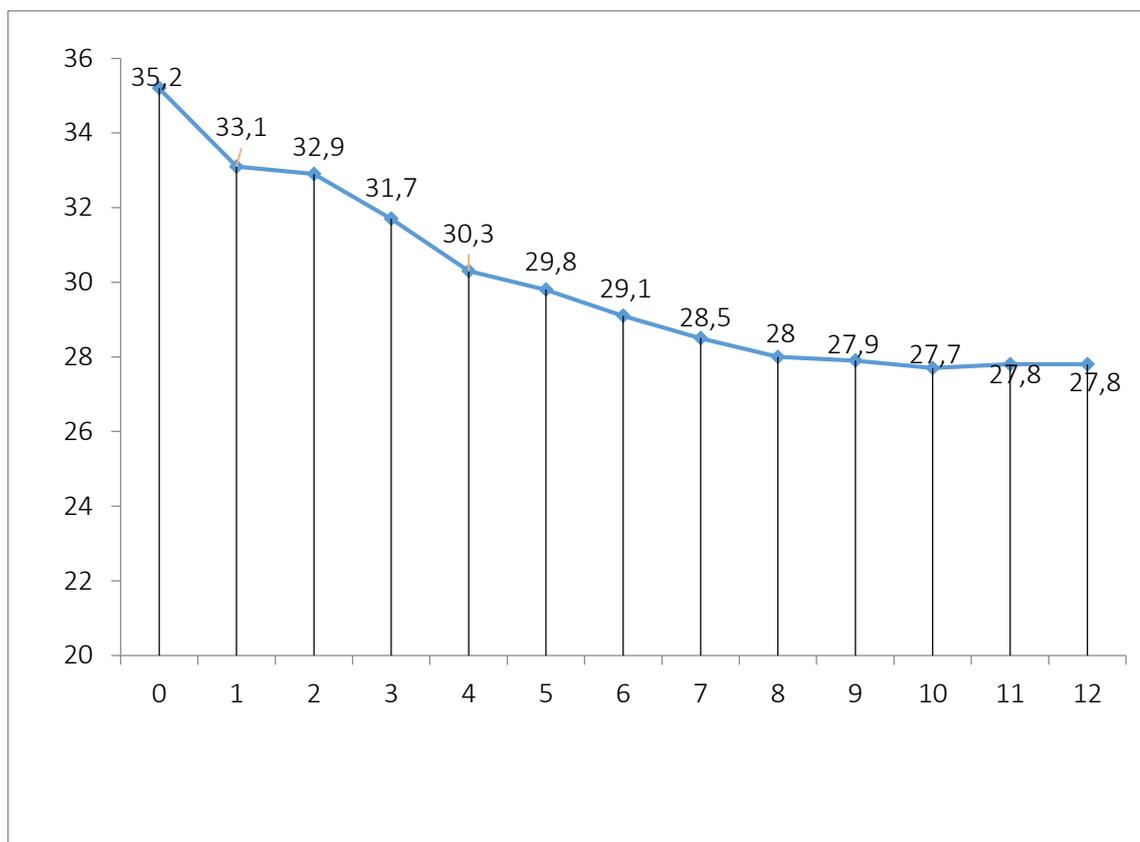


Метаболик синдром қайд этилган аёлларнинг тана вазнини камайтириш ва уларга гормонал контрацепцияни тайинлаш учун индивидуал дастурнинг алгоритми

Тегишли текширув (ЭКГ) ва терапевт маслаҳатидан сўнг (қарши кўрсатмалар бўлмаганида), беморларга дозаланган жисмоний юклар тайинланди: ТВИ 30 дан юқори бўлганида - ҳафтасига 5 кун мобайнида сониясига 2 та қадам тезлик билан кунига 30 дақиқа юриш; ТВИ 20-30 бўлганида фитнес марказларда ҳафтасига 3 кун 1 соатдан шуғулланиш. ТВИ 35 ва ундан юқори бўлган асосий гуруҳдаги аёлларда (тадқиқотда бундай аёллар 22 нафар -22%), қўшимча равишда кунига 500-1000 мг метформин тайинланган.

Тадқиқотнинг ушбу босқичида семизлик қайд этилган аёлларнинг тана вазнини камайтириш ва уларга гормонал контрацепцияни тайинлаш учун индивидуал дастурнинг алгоритми тузилди (3.1-расм).

Тананинг вазнини камайтириш дастури камида 6 ой (76 нафар – 76% аёлда), кўпи билан 12 ой (24 нафар – 24% аёлда) давом этди. Шунинг алоҳида таъкидлаш лозимки, андрондли семизлик қайд этилган аёлларнинг тана вазни тезда камайган (3.2-расм.)

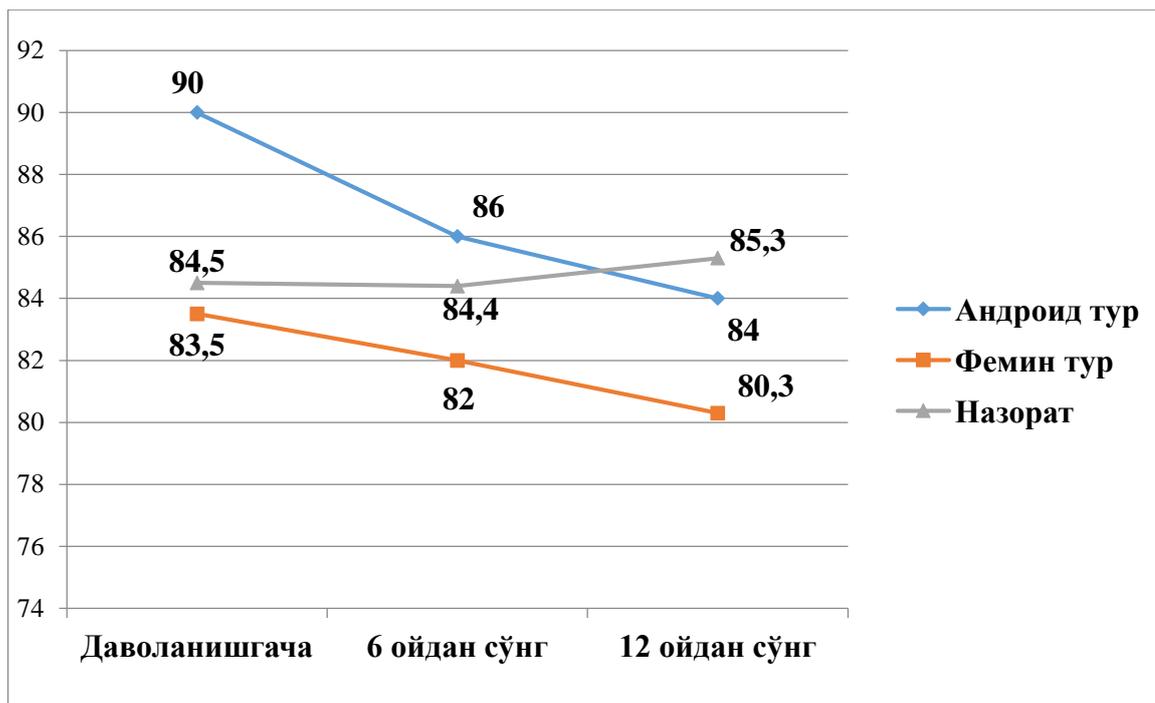


Вертикал бўйича 12 ой, ТВИ – горизонтал бўйича: 0 – 35,2±0,8; 1 ой – 33,1±0,5; 2 ой – 32,9±0,2; 3 ой – 31,7±0,1; 4 ой – 30,3±1,1; 5 ой – 29,8±1,4; 6 ой – 29,1±0,7; 7 ой – 28,5±0,9; 8 ой – 28,0±1,1; 9 ой – 27,9±0,6; 10 ой – 27,7±0,8; 11 ой – 27,8±0,7; 12 ой – 27,8±0,6

3.2-расм. Семизликнинг андронд типни қайд этилган аёлларда тана вазнининг камайтириш динамикаси (n=37)

3.2-расмдан кўриниб турибдики, тўғри овқатланиш, жисмоний фаолликни ошириш ҳамда метформинни қўллашнинг 4-чи ойидан сўнг репродуктив ёшдаги андрондли семизлик қайд этилган аёлларнинг деярли ярмида ТВИ 30 дан камайди, яъни уларда АОКни тайинлаш учун қарши кўрсатмалар кузатилмади. Бироқ, бел айланасидаги ўзгаришлар семизликнинг фемин типни қайд этилган аёлларга қараганда андрондли семизлик кузатилган аёллар гуруҳида бошланғич маълумотлардан ишончли тарзда кам фарқ қилган (3.3-расм).

Семизликнинг фемин ва андронд типни қайд этилган аёлларда бел айланасидаги ўзгаришлар динамикаси



3.3-расм. аёлларда бел айланасидаги ўзгаришлар динамикаси

Рационал овқатланиш тамойилларини тадбиқ этиш учун жисмоний юклама даражасига қараб кунлик рационнинг БЖССТ томонидан таклиф этилган калория даражаси ҳисобланди [БЖССТнинг 2015 йил январ ойидаги 311-сонли информацион бюллетени]. Жисмоний фаоллик коэффиценти жисмоний фаоллик даражасидан ҳисобланади:

- паст жисмоний фаоллик (аклий, ўтирган ҳолатда бажариладиган, уйдаги оғир бўлмаган иш) – коэффиценти 1,0
- ўртача жисмоний фаоллик (юриш билан боғлиқ бўлган иш, ҳафтасига 3 мартадан кам бўлмаган жисмоний машғулот билан шуғулланиш) – коэффиценти 1,3
- юқори жисмоний фаоллик (оғир жисмоний меҳнат, спорт билан шуғулланиш) - коэффиценти 1,5

Текширилган аёлларнинг ёши 21 ёшдан 30 ёшгача, ўртача ёши эса $25,5 \pm 4,7$ ни ташкил этишини инобатга олиб, кунлик рационнинг калорияси жисмоний фаолликнинг 1,0 коэффиценти билан ҳисобланди (қар. II – боб. Текширилганларнинг ижтимоий тузилмаси). Натижада, тавсия этиладиган рационнинг ўртача калорияси 2000 ккал га тенг бўлди

Хулоса

1. Андроид ва фемин типдаги семизлиги мавжуд аёлларнинг овқатланиш тартибининг дастлабки тахлили текширилган аёлларнинг 48% ҳолатда ёғли маҳсулотлар истеъмол қилишини, фақат 3,3% ҳолатда дон маҳсулотлари, сабзавот ва меваларни етарли даражада истеъмол қилишини кўрсатди.
2. Таркибида метафолин сақловчи дроспиренонли АОКларни тана вазнини тушириш учун индивидуал дастур билан бирга қўллаш овқатланиш тартибини ишончли ўзгаришига ($p < 0,05$), ТВИини 5-15%га камайтириб, лептин миқдорини ТВИга пропорционал равишда $23,5 \pm 1,45$ нг/мл дан $10,0 \pm 1,0$ нг/млгача ($P < 0,01$) камайишига олиб келади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Абдуллаева Л.М., Агабабян Л.Р., Боборахимова У.М. Избыток массы тела у женщин репродуктивного возраста и методы его коррекции // Журнал репродуктивного здоровья и уронефрологических заболеваний, 2020, №2, стр.11-13
2. Агабабян Л.Р., Абдуллаева Л.М., Насырова З.А. Гормональная контрацепция у женщин с гинекологической и соматической патологией. Учебное пособие. Ташкент, 2020, 76 с.
3. Аганезова Н.В., Аганезов С.С. Комбинированные оральные контрацептивы: не только контрацепция. Акушерство и гинекология, №6, 2015

4. Аметов А.С. Эффективное лечение ожирения – путь борьбы с эпидемией *diabetes mellipidus*. Медицинский совет. 2013; (2-2): 78-83.
5. Андреева Е.Н., Григорян О.Р. Контрацепция при эндокринопатиях. Доказательная база. Научно-практическое руководство. Москва, 2016
6. Андреева Е.Н., Григорян О.Р., Волевоч Н.Н., Мельниченко Ж.А. Влияние комбинации сибутрамин/меформин на уровень антимюллерова гормона, углеводный и липидный обмена в терапии синдрома поликистозных яичников у женщин с метаболическим синдромом. // Акушерство и гинекология, 2016, с. 112-119
7. Андреева Е.Н., Соколова Д.А., Григорян О.Р. Контрацепция у женщин с ожирением // Ожирение и метаболизм/2016; 13(3):65-69. DOI: 10.14341/ОМЕТ2016365-69
8. Андрианова М.Ю., Ройтман Е.В., Исаева А.М., Колесникова И.М., Нуреев М.В. Патогенетическое и клиническое обоснование комплексной профилактики гипергомоцистеинемии // Архив внутренней медицины. 2014. №4
9. Дворянский С.А., Емельянова Д.И. Ожирение и женское репродуктивное здоровье (обзор литературы) // Вятский медицинский вестник, № 2 (66), 2020, стр.83-87
10. Дедов И. И. и др. Ожирение // *Consilium Medicum*. – 2021. – Т. 23. – №. 4. – С. 311-325.
11. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М.В. и др. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-й пересмотр (Лечение морбидного ожирения у взрослых). Ожирение и метаболизм. 2018;15(1):53–70. DOI: 10.14341/ОМЕТ2018153-70
12. Демидова Т. Ю., Грицкевич Е. Ю. Роль ожирения в развитии репродуктивных нарушений и возможности преодоления рисков // РМЖ. – 2018. – Т. 26. – №. 11-2. – С. 105-109.
13. Джафарова А.Г. Особенности влияния избыточной массы тела и ожирения на репродуктивное здоровье женщин // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2020. – №. 3. – С. 94-98.

Қабул қилинган сана 20.03.2025