



Проблемы дефицита железа у женщин в разные периоды жизни

*Материалы научно-практической конференции с
международным участием, посвященной юбилею
д.м.н, профессора Ю.К. Джаббаров.*

Ташкент 15.01.2024

ПРОБЛЕМЫ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ

*Материалы научно-практической конференции с
международным участием, посвященной юбилею
д.м.н., профессора Ю.К. Джаббаров*

Сборник Тезисов

Ташкент 15.01.2024 г.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЦИОНА ПИТАНИЯ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ЭНДОМЕТРИОЗА. Турсунова С.А., Санджалилова Д.Д.	170
ПРИЧИНЫ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ Уринбаева Н.А. ¹ , Джаббаров Л.А. ¹ , Назарбаева М.О. ²	172
АНОМАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ КАК ПРИЧИНА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА. Усмонова Н.Ю. ¹ , Мусоев Т.Я. ² , Азимов Ф.Р. ²	173
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ВОЗНИКНОВЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА Хасанова, М.Т	174
НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РАЗВИТИЕМ ТРОМБОФИЛИИ Хафизова Д.Б., Ихтиярова Г.А.	177
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МАГНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ И ИЗУЧЕНИЕ ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ. Ходжаева Д.Н. ¹ , Мухаммадова М.Б. ² , Бешимова Р.С. ³	178
COVID-19 БИЛАН БОГЛИК ФЕТОПЛАЦЕНТАР ДИСФУНКЦИЯСИ БЎЛГАН ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ПЛАЦЕНТА МИКРОБИОТА БУЗИЛИШИНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ Холова З.Б., Шукуров Ф.И., Юлдашева М.А.	180
ДОСТОВЕРНОСТЬ СКРИНИНГА МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ ДЛЯ ГЕСТАЦИОННОГО СРОКА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ДОПЛЕРА, НА ФОНЕ АНЕМИИ Хотамова М. Т	181
ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ Хужамбердиев Ч.М., Каримова Ф.Д.	182
ВЛИЯНИЕ АДИПОКИНОВ НА РАЗВИТИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ. Бабажанова Ш.Д., Шаланкова О.Е.	183
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПРОГЕСТЕРОНА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША. Шарипова Д.Ш. ¹ , Камилова И.А. ² .	184

ПРОБЛЕМЫ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ

Материалы научно-практической конференции с международным
участием, посвященной юбилею
д.м.н., профессора Ю.К. Джаббаровой

Сборник Тезисов

**Muharrir – Jamalov L.O.
Musahhih – Islomova H.S.
Texnik muharrir – Gulomov A.T.**

1715



«Fan ziyosi» nashriyoti. Litsenziya № 3918

Fan ziyosi nashriyoti. Science intelligence
Publishing.Limited Liabilitu company.
Tashkent. Email: pachxanovich@mail.ru

Босишга рухсат этилди: 12.12.2023-йил
Бичими 60x84 ¹/₁₆. «TimesNewRoman»
гарнитурада ракамли босма усулда чоп этилди.
Шартли босма тобоғи 13,5. Адади 100.

“Fan va talim poligraf” МЧЖ Босмахонасида чоп этилди.
Тошкент шахри, Дўрмон йўли кўчаси, 24-уй.

ISBN: 978-9910-742-46-0



9 789910 742460

ПРИЧИНЫ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Уринбаева Н.А.¹, Джаббарова Л.А.¹, Назарбаева М.О.²

¹Республиканский перинатальный центр Ташкент,

²Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр кардиологии, Республика Узбекистан

Актуальность. Проблема преждевременных родов имеет серьезные медицинские, экономические и социальные последствия. Наиболее часто это затрагивает новорожденных, родившихся ранее 34 недели гестации. В нашей республике внедрены мировые стандарты оценки критериев живорождения и мертворождения. На современном этапе по рекомендации ВОЗ различают роды: преждевременные (ПР) - при сроке беременности начиная с 22 недель и до 37 полных недель (259 дней); очень ранние ПР – в сроки 22-27 недель, ранние ПР- в сроки 28-33 недель и ПР – в 34-37 недель гестации. Различают следующие категории ПР: избирательные (10-30%), т.е. родоразрешение, проведенное по показаниям, имеющимся у матери или плода (тяжелая преэклампсия, заболевание почек у матери или замедление внутриутробного роста плода). Осложненные (20-50%) предродовым кровотечением или разрывом плодных оболочек. Идиопатические (40-60%) характеризуются самопроизвольными ПР без дополнительных осложнений. **Материал и методы.** Проведен клинико-статистический анализ ПР за 1 год с использованием матрицы BABIES и MOMS, рекомендованных международными организациями USAID/CDC, UNISEF. В матрицу вносили абсолютные данные об антенатальных, интранатальных потерях и в раннем неонатальном периоде, о выживших после 7 суток, всего родившихся детей живыми и мертвыми по весовым категориям: 500- 999г, 1000-1499г, 1500-2499г и 2500 и более. Далее определяли пропорциональные показатели по отношению к общему числу родившихся новорожденных и использовали матрицу MOMS для выбора определенного пакета вмешательств по повышению качества оказания перинатальной помощи. **Результаты.** Проанализированы 5835 родов. По весовым категориям массой тела 500-999г родилось 1,5%, 1000-1499г -2,7%, 1500г -2499г - 10,5% 2500 г и более -85,5% новорожденных. Антенатальные потери составили 0,7%, интранатальные - 0,3% и ранняя неонатальная смерть - 1,7%. В структуре перинатальной смертности (ПНС) доля недоношенных детей весом 500-999г составила 38,9% и 1000-1499г- 21,2%, т.е. перинатальные потери детей до 1500г составили 60,1%. Для выяснения причин смерти по весовым категориям с помощью матрицы BABIES и MOMS установлено, что ПНС в 65% случаев предопределяет здоровье матери до беременности и в 15% - состояние матери во время беременности, то есть в 80% случаев необходимо осуществить вмешательства до беременности и вмешательства по уходу во время

беременности, что позволит снизить перинатальные потери. Таким образом, основной акцент следует перенести на оздоровительные мероприятия до наступления беременности: в подростковом и прегравидарном периодах, реабилитацию в послеабортном, послеродовом и в интергенетическом периодах. Сюда относятся такие мероприятия, как выявление девушек подростков с ЭГЗ и их оздоровление, реабилитация здоровья после аборт и преждевременных родов, реабилитация женщин после родов, соблюдение интергенетического интервала, контрацепция, профилактика ИППП. **Выводы.** Использование матрицы BABIES и MOMS позволило установить, что ПНС в 65% случаев обусловлена нездоровьем женщины до и 15%- во время беременности. Полученные данные указывают на необходимость создания медицинских программ по подготовке девушек еще в детском и подростковом возрасте к будущему материнству, что будет способствовать снижению перинатальных потерь.

АНОМАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ КАК ПРИЧИНА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА.

Усмонова Н.Ю.¹, Мусоев Т.Я.², Азимов Ф.Р.².

**(Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи)**

Актуальность: Аномальное маточное кровотечение нарушают качество жизни пациенток репродуктивного возраста, создавая медицинские, физические и социальные проблемы. Как известно, аномальные маточные кровотечения включают спектр симптомов, таких как обильные менструальные кровотечения (ОМК), межменструальные кровотечения и сочетание обильных и продолжительных менструальных кровотечений, которые может стать причиной железодефицитной анемии.

Целью нашего исследования явилось, определение степени железодефицитной анемии у женщин с аномальными маточными кровотечениями.

Было ретроспективно изучена 84 истории болезни, поступившие в РНМЦЭП Бухарского филиала за период 2021-2022 года

Критериями диагноза снижение гемоглобина в общем анализе крови (менее 115-120 г/л), снижение ферритина сыворотки (менее 20-30 мг/мл) также уменьшением среднего объема эритроцита (микроцитоз), среднего содержания гемоглобина в эритроцитах. Бухарского филиала за период 2021-2022 года.

Поступили больные 29 с анемией легкой степени (гемоглобин 100-90 г/л), 46 больных анемией средней степени (89-70 г/л), 9 с анемией