



Министерство здравоохранения и  
социальной защиты населения  
Республики Таджикистан



ГОО «Таджикский государственный  
медицинский университет  
им. Абуали ибни Сино»

70

ЮБИЛЕЙНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ  
УЧАСТИЕМ

Том-1

# СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

Душанбе  
25 ноября 2022г.

рибрюшного давления в сторону их повышения на этапах операции, связанные с погружением грыжевого содержимого и герниопластикой, о чем было сказано ранее. Для оценки отдаленных результатов больные подвергались тщательному анкетированию, амбулаторному и стационарному обследованию. Отдаленные результаты изучались в сроки от 1 года до 5 лет. При этом судьбу 37 (92,5%) больных в группе сравнения и 42 (79,2%) в основной группе удалось проследить в сроки более 3-х лет, достаточных для окончательного формирования клинически значимого рецидива заболевания.

**Выводы:** Применение усовершенствованного пневмобандажа позволило достоверно улучшить качество предоперационной подготовки больных с вентральной грыжей и морбидным ожирением, снизить риск развития внутрибрюшной гипертензии после герниопластики, достигнуть улучшения состояния пациента в более ранние сроки и соответственно сократить частоту послеоперационных внеабдоминальных осложнений с 7,4% до 4,5%. Совершенствование технических аспектов позволило: за счет прошивания имплантата заранее П-образными швами упростилась техника хода операции; а за счет комбинированной фиксации имплантатов в отдаленном послеоперационном периоде позволило случаи рецидива свести к нулю; Применение предложенного алгоритма с учетом усовершенствованных тактико-технических аспектов хирургического лечения вентральных грыж у больных морбидным ожирением позволило снизить общую частоту послеоперационных осложнений с 14,8% до 8,9% ( $p=0,045$ ), в том числе раневых с 11,1% до 4,5%, а также достоверно сократить продолжительность оперативного лечения и периоды реабилитации после различных вариантов гернио- и абдоминопластики.

#### Список использованной литературы:

11. Abdurakhmanov D. S., Rakhmanov Q. E., Davlatov S. S. Criteria for choosing surgical treatment of patients with ventral hernias and obesity //Электронный инновационный вестник. - 2021. - №. 7. - С. 57-67.
12. Абдурахманов Д., Рахманов К., Давлатов С. Тактико-технические аспекты хирургических вмешательств при грыжах живота и сочетанной абдоминальной патологии //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 11-16.
13. Абдурахманов Д.Ш., Курбаниязов З.Б., Мардонов Б.А., Давлатов С.С. Тактико-технические аспекты хирургических вмешательств при грыжах живота и сочетанной абдоминальной патологии// Биомедицина ва амалиёт журналы (№4) 2021. С. 121-129.
14. Абдурахманов Д.Ш., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Criteria for choosing surgical treatment of patients with ventral hernias and obesity// International Journal of Pharmaceutical Research | Jan - Mar 2021 (Vol 13) Issue 1 Pg. 4057-4066.
15. Абдурахманов Д.Ш., Мардонов Б.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Clinical evaluation of hernio and abdominoplasty in patients with ventral hernia and morbid obesity // Биомедицина ва амалиёт журналы (№) 2021. С. 211-221.

#### Абдурахманова С.И. 1, Бабаджанова Г.С.2, Сулаймонова Н.Ж.1

### РЕПРОДУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА

Кафедра Акушерства и гинекологии Ташкентского государственного стоматологического института.<sup>1</sup>  
Кафедра Акушерства и гинекологии №2 Ташкентской медицинской академии.<sup>2</sup> Узбекистан.

**Актуальность:** среди всех структурных аномалий в гинекологии миома и аденомиоз представляют собой две различные, хотя часто сосуществующие патологии с заметной распространенностью у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста. До сегодняшнего дня исследователи предлагают различные механизмы развития, чтобы объяснить влияние каждого из них на репродуктивный результат [1, 2]. За последнее десятилетие проведены немало научных исследований посвященных аденомиозу и миоме матки, однако до сих пор этиология и патогенез обоих заболеваний до конца не изучены. Также последнее время всё чаще диагностируется сочетание данных двух заболеваний. На сегодняшний день аденомиоз принято считать эстроген - зависимым заболеванием, характеризующийся инвазией железистого и стромального компонента базального слоя эндометрия в миометрий [3]. Исследования показали, что при аденомиозе эндометрий отличается сниженной чувствительностью к прогестерону и это способствует распространению и выживанию эндометриодных гетеротопий. Заболевание характеризуется различными симптомами такими как дисменорея, боли в малом тазу, диспареуния, аномальные маточные кровотечения и бесплодие. Патогенез указывает, что клетки эндометрия проникают и размножаются в миометрии, здесь важную роль играет неоангиогенез в имплантации железистой ткани эндометрия [1, 4]. Миома матки или лейомиома матки являются наиболее распространенной доброкачественной опухолью матки у женщин фертильного возраста. Возникновение и развитие фиброматоза может быть связано с определенными факторами риска и генными механизмами, хотя точные причины еще не полностью известны. Развитие миомы матки коррелирует не только с метаболизмом и с уровнем женских половых гормонов, эстрогена и прогестерона, но также с количеством их рецепторов, экспрессируемых на поверхность миометрия. Таким образом, половые стероиды участвуют в регуляции роста миомы матки, а при аденомиозе в инвазии эндометрия в миометрий, посредством воздействия на стероидные рецепторы, включения цитокинов и факторов роста определяя интенсивность клеточной пролиферации, апоптоза и ангиогенеза [2, 3].

**Целью исследования** явилось, изучение репродуктивных нарушений и исхода беременности у женщин с сочетанной патологией миомы матки и аденомиоза.

**Материал и методы исследования:** под нашим наблюдением находились 215 женщин, которые после обследования были разделены на три группы: 1-группа – 95 женщин с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза, 2-группа – 77 женщин с аденомиозом и 3-группа – 43 женщины миомой матки, группу контроля составили 21 здоровых женщин. У всех пациенток тщательно собран репродуктивный анамнез (количество беременностей, роды, артифици-

альный аборт, самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность, бесплодие). Проведены ультразвуковые и доплерометрические исследования.

Помимо сбора анамнеза, всем пациенткам произведено гинекологическое обследование, лабораторно-биохимические исследования, УЗИ с определением локализации и размера узлов с доплерометрией маточных артерий и сосудов вокруг и внутри узла с определением индекса резистентности ИР.

Результаты и их обсуждения: результаты изучения репродуктивного анамнеза показали, что частота беременностей на одну пациентку и искусственных абортос значительно превышало группу сравнения. Число беременностей составило от 1 до 14, в среднем на одну пациентку – 3,9-4,5 беременностей. У пациенток с сочетанием миомы и аденомиоза количество беременностей на одну пациентку составило - 3,9, при этом 50,5% беременностей завершились родами. Число искусственных абортос достоверно превышало контрольную группу (почти в 3,5 раза), и группу с изолированной миомой матки (в 1,4 раза,  $p < 0,001$ ). У женщин второй группы 56,3% беременностей завершились родами, количество беременностей на одну пациентку в данной группе составило 4,1, также 32,8% беременностей закончились искусственными абортос ( $p < 0,001$ ). Частота самопроизвольного выкидыша в 1- и во 2-группе составила 7,1: 7,3% соответственно, при этом достоверность во второй группе по отношению к контролю не выявлена ( $p > 0,05$ ). У пациенток третьей группы 68% беременностей завершились родами, количество беременностей на одну пациентку в среднем составило – 4,5. Также 26,4% беременностей закончились искусственным прерыванием. Частота неразвивающейся беременности больше выявлялась у пациенток 1-группы, при этом в 2,7 раза выше чем в 3-группе 3 - 1,5% и в 1,6 раза выше чем во 2-группе 5 - 2,6%. У женщин контрольной группы неразвивающейся беременности в анамнезе не было выявлено. Одним из ведущих нарушений репродуктивной функции у женщин с миомой матки и аденомиозом является бесплодие. Продолжительность бесплодия составляла от 2 до 17 лет. Больше всего бесплодие выявлено у пациенток второй группы –  $21,3 \pm 5,9$  ( $p < 0,01$ ). Из них первичное бесплодие наблюдалось у 4 (36,4%) пациенток, вторичное бесплодие 7 (63,6%) пациенток. Среди них у одной пациентки в анамнезе наблюдалось и первичное, и вторичное бесплодие. В 1-группе бесплодие выявлено у 15 (20%) пациенток. При этом первичное бесплодие выявлено у 9 (60%), а вторичное бесплодие у 6 (40%) пациенток. Среди них у двоих пациенток в анамнезе наблюдалось и первичное, и вторичное бесплодие. 6 (13,9%) пациенток 3-группы также страдали бесплодием. Как и в группе с изолированным аденомиозом, у женщин с миомой матки вторичное бесплодие (66,7%) доминировало над первичным (50%). У одной женщины выявлено и первичное, и вторичное бесплодие.

Всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование, у 1/3 больных также дополнительно проведены доплерометрические исследования кровотока в сосудах вокруг и внутри миоматозных узлов и очагов аденомиоза, а также маточных артерий при диффузном аденомиозе. При ультразвуковом исследовании оценивали наличие миоматозных узлов в матке с указанием их размеров, количества, топографии и вида, а также наличие аденомиозных очагов. При доплерометрии определяли наличие сосуда питающего узел, скорость кровотока и индекс резистентности (ИР) вокруг и внутри миоматозных и аденомиозных узлов, а также в маточных артериях при диффузном аденомиозе. Это позволило дифференцировать миому матки от аденомиоза, установить тип узла (простой или пролиферирующий).

При цветовом доплеровском сканировании выявлено высокая сосудистая сопротивляемость маточной артерии и её ответвлений к яичнику. При аденомиозе 2- и 3-степени выявлено повышение резистентности кровотока в маточных артериях от 0,85 до 0,93. ИР в радиальных артериях 0,67-0,78.

У 64% пациенток 1-группы выявлено сочетание пролиферирующей миомы матки с аденомиозом, и у 36% пациенток выявлено сочетание простого типа миоматозных узлов с аденомиозом. При пролиферирующей миоме четко определялся сосуд питающий узел и множество мелких сосудов вокруг узла, индекс резистентности (ИР) определяемый в таких сосудах, колебался от 0,40 до 0,53. При простой миоме небольших размеров до 2 см в диаметре внутри узла кровотоки не определялись, крупные питающие узел сосуды не определялись. ИР был выше (от 0,60 до 0,82), что свидетельствовало о его низком кровоснабжении. Часто определялись аваскулярные узлы.

**Выводы.** Сочетанные формы миомы матки и аденомиоза имеют более выраженную клиническую картину, чаще осложняются бесплодием, что приводит к снижению качества жизни пациенток. Комплексное обследование с проведением доплерометрии кровотока вокруг и внутри узлов, а также очагов аденомиоза, позволяет определить тип узла (простая или пролиферирующая миома) и форму аденомиоза (диффузный, узловой и очаговый), вид сочетания этих патологий, которое поможет правильно подобрать тактику лечения.

#### Список литературы

1. Абдурахманова, С.И., et al. "Алгоритм лечения женщин репродуктивного возраста с миомой матки, сочетанной с аденомиозом." *NAZARIY va KLINIK TIBBIYOT*: 15.
2. Бабаджанова, Г.С., et al. "Современные представления об этиопатогенезе, клинико-диагностических критериях миомы матки и аденомиоза у женщин и особенности их лечения (Обзор литературы)." *Журнал теоретической и клинической медицины* 3 (2018): 85-90.
3. Шрамко С.В., Гуляева Л.Ф., Баженова Л.Г., Левченко В.Г. Миома матки и аденомиоз: молекулярная характеристика по экспрессии генов стероидных рецепторов. *Акушерство и гинекология* №4,2018. С. 58- 63.
4. Biomed Res Int. 2017;2017:5926470. doi: 10.1155/2017/5926470. Epub 2017 Nov 6. Myomas and Adenomyosis: Impact on Reproductive Outcome. Vlahos NF1, Theodoridis TD2, Partsinevelos GA3.

**Авезов М.И., Рахимов У.Р., Рустамов Ж.**

#### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНОГО ЭТМОИДИТА.**

Кафедра оториноларингологии и офтальмологии. «Ургенский филиал Ташкентская медицинская академия»  
Узбекистан.

Оглавление

ХИРУРГИЯ .....	1
Абдуворисов А.И., Ризоев Х.Х., Мираков Р.С.....	1
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ АЗОСПЕРМИЕЙ .....	1
Абдувохидов А.А. Мираков Р.С. Мухиддинов З.В .....	3
АҲАМИЯТИ ТАЪСИРИ ТАМСУЛОЗИН ВА ОМЕХТАИ ДИМЕКСИД-ЭНЗИМӢ БА ҚОБИЛИЯТИ ШАҲВОНИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ПРОСТАТИТИ МУЗМИНИ АБАКТЕРИАЛӢ.....	3
Абдувохидов Б.У., Юлдошев Х.Ф., ОдилСаидолим, Комилов Д.К. ....	4
БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ И С ПРИМЕНЕНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ .....	4
Абдулкеримов Х.Т., Карташова К.И., Давыдов Р.С., Шаманская К.В. ....	5
МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА .....	5
Абдуллаев С.А., Байсариев Ш.У., Атоев Т.Т. ....	7
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ФУРНЬЕ .....	7
Абдуллаева Р.А .....	8
ИНДУКЦИЯ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ .....	8
Абдуллоева М.А., Икромов Ф.А., Абдуллоева А.Х. ....	9
ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕВОЧЕК С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА .....	9
Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х. , Иноятзода Д.Н. ....	10
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	10
Абдуллозода Д.А., Гадоев И., Набиев М.Х. ....	11
СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ .....	11
Абдулоев М.С., Курбанов С.Х., Аскараров А.Т. ....	13
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	13
Абдурасулов А.А., Зокиров Р.А Саидмамадов С.М. ....	14
ПРИНЦИПЫ ЗАКРЫТОГО АСПИРАЦИОННО-ПРОМЫВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАГРЯЗНЕННЫХ И НАГНОИВШИХСЯ РАН.....	14
Хайридинова Дж., Абдурахимова З.Т., Абдуллаева Р.А.....	15
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХ ТРЕНИНГОВ ПО ВИЗУАЛЬНОМУ СКРИНИНГУ .....	15
Абдурахманов Д.Ш., Курбаниязов З.Б., Мардонов Б.А., Сайинаев Ф.К. ....	17
КРИТЕРИИ ВЫБОРА ГЕРНИОАЛЛО- И АБДОМИНОПЛАСТИКИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГЕРНИОАБДОМИНОМЕТРИИ .....	17
Абдурахманов Д.Ш., Курбаниязов З.Б., Мардонов Б.А., Сайинаев Ф.К. ....	18
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ЖИВОТА И СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	18
Абдурахманов Д.Ш., Мардонов Б.А., Саидмуродов К.Б., Эгамбердиев А.А.....	20
КОМПЛЕКСНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД БОЛЬНЫМ С ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ И МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ .....	20
Абдурахманова С.И. 1, Бабаджанова Г.С.2, Сулаймонова Н.Ж.1 .....	21
РЕПРОДУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА .....	21
Авезов М.И., Рахимов У.Р., Рустамова Ж. ....	22
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОЗНОГО ЭТМОИДИТА. ....	22
Адылова Ф.Х., Махамадиев А.А., Шоев М.Д. ....	24
ПРЕСБИАКУЗИС: ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ .....	24
Адылова Ф.Х., Махамадиев А.А., Урунбаева М.Г. ....	25
КЛИНИКО-АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТУГОУХОСТИ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ.....	25
Азизов А.А., <sup>1,2</sup> Бадалов Ш.А., <sup>1</sup> Гуломов Ф.М. ....	26
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СКЛЕРОЗА ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (СШМП) У ДЕТЕЙ.....	26
Айниев Б.С., Буриев Ш.Ф., Юлдошев А.Н. ....	27
ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ .....	27
Али-Заде С.Г. <sup>1</sup> , Назаров Х.Х. <sup>1</sup> , Салимов Д.С. <sup>2</sup> .....	29
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ .....	29
Али-Заде С.Г., Назаров Ш.К., Назаров Х.Х. ....	30
ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА .....	30
Салимов Д.С. <sup>1</sup> , Али-Заде С.Г. <sup>2</sup> , Гулов Ф.М. <sup>1</sup> .....	31
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ..	31
Алимова З.Х., Икромова М.Х., Ерова Г.Т., Халимова Ш.Н. ....	32