

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

**ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

№ 1-2. 2021 (93-94)

ISSN 2091-5969

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
ВА РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИК
ЯНГИЛИКЛАРИ**

Марказий Осиё илмий-амалий журнали

**THE NEWS
OF DERMATOVENEROLOGY
AND REPRODUCTION HEALTH**

Central Asian Scientific and Practical Journal



ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНТЕРОЦЕЛЛЕ
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГИСТЕРОЭКТОМИИ
*У.Э. Аликулова (Хидирова), Д.Д. Курбанов,
Р.С. Наврузова* 35

THE FEATURES OF PREVENTION ENTEROCELLA
AFTER HYSTERECTOMY SURGERY
*U.E. Aliqulova (Khidirova), B.B. Kurbanov,
R.S. Navruzova* 35

ОБЗОР

REVIEW

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА РОЛЬ ГЕНИТАЛЬНОЙ
ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ
ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАКА ШЕЙКИ
МАТКИ, ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ
*М.Х. Каттаходжаева, Н.Ж. Сулейманова,
Н.Дж. Муратова, З.Дж. Амонова, Э.Э. Каршиева* 38

CONTEMPORARY VIEWS ON THE ROLE OF GENITAL
PAPILLOMAVIRAL INFECTION IN THE DEVELOPMENT
OF PRECANCERAL DISEASES AND CERVICAL
CANCER, WAYS OF THEIR PREVENTION
*M.Kh. Kattaxodjayeva, N.J. Sulaymonova, N.J. Muratova,
Z.J. Amonova, E.E. Qarshiyeva* 38

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА И ИНСТРУМЕНТЫ ПРОГНО-
ЗИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
*А.Ж. Каххаров, Д.А. Ибрагимова, Д.О. Абдуллаева,
З.А. Зухуржанова* 45

PROGNOSIS FACTORS AND PREDICTION TOOLS
FOR BREAST CANCER
*A.J. Kakhkharov, D.A. Ibragimova, D.O. Abdullayeva,
Z. Zukhurjanova* 45

СОВРЕМЕННЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ,
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С
НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА
А.Х. Каримов, М.А. Талипова, Л.Ф. Рузиева49

MODERN ETIOLOGICAL FACTORS, METHODS OF
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF WOMEN WITH
MENSTRUAL IRREGULARITIES
A.Kh. Karimov, M.A. Talipova, L.F. Ruziyeva 49

GİSTEROEKТОMIYADAN SO'NG QIN
CHO'RTOG'INING SURILISHI VA TUSHISH
MUAMMOLARI
M.R. Sobirova, B.B. Qurbonov, D.D. Qurbonov 51

PROBLEMS OF VAGINAL PULLING AND FALLING
AFTER HYSTEROECTOMY
M.R. Sobirova, B.B. Qurbonov, D.D. Qurbonov 51

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У
ЖЕНЩИН
Ш.А. Аткамова, Б.Б. Курбанов, Д.Д. Курбанов 53

ETIOPATHOGENESIS OF PREECLAMPSIA IN WOMEN
Sh.A. Atkhamova, B.B. Kurbanov, D.D. Kurbanov 53

ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ В ЛЕЧЕНИИ
ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
*З.А. Джумамуратова, Б.Б. Курбанов,
М.Х. Тиллашайхова* 55

THE USING OF MESH IMPLANTS IN THE
TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE AND URINARY
INCONTINENCE
*Z.A. Djumamuratova, B.B. Kurbanov,
M.Kh. Tillashaykhova* 55

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ
ПРЕЭКЛАМПСИИ
У.Ж. Махмудова, Б.Б. Курбанов, Р.С. Наврузова 58

A MODERN VIEW ON THE DIAGNOSTICS OF
PREECLAMPSIA
U.D. Makhmudova, B.B. Kurbanov, R.S. Navruzova 58

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

CASE REPORT

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЦИДИВНОГО СИФИЛИ-
СА У БОЛЬНОГО ПРАКТИКУЮЩЕГО СЕКС ПОСЛЕ
ИНТЕРНЕТ ЗНАКОМСТВ
*А.Ш. Вайсов, О.С. Имамов, К.З. Маликов,
И.Н. Абдувахитова, Ж.К. Рустамов, Г.Ш. Тохтаев* 60

CLINICAL CASE OF RECURRENT SYPHILIS IN A
PATIENT WHO PRACTICES SEX AFTER ONLINE
DATING.
*A.Sh. Vaisov, O.S. Imamov, K.Z. Malikov,
I.N. Abduvakhitova, J.Q. Rustamov, G.Sh. Toxtayev* 60

РЕДКАЯ ФОРМА БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО
РАКА КОЖИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЧ-
АССОЦИИРОВАННОГО МЕТАТИПИЧЕСКОГО РАКА
КОЖИ
М.Н. Солметова, А.Ш. Вайсов 62

A RARE FORM OF BASAL CELL SKIN CANCER:
CLINICAL CASE OF HIV-ASSOCIATED
METATYPICALSKIN CANCER
M.N. Solmetova, A.Sh. Vaisov 62

**СОВРЕМЕННЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

А.Х. Каримов, М.А. Талипова, Л.Ф. Рузиева

Ташкентская медицинская академия. Кафедра акушерства и гинекологии №2

Ayollarda hayz sikli buzilishining zamonaviy etiologik omillari, tashxislash va davolash usullari

A.X. Karimov, M.A. Talipova, L.F. Ruziyeva

Modern etiological factors, methods of diagnosis and treatment of women with menstrual irregularities

A.Kh. Karimov, M.A. Talipova, L.F. Ruziyeva

По последним данным, каждая восьмая-десятая женщина страдает нарушением менструального цикла [1,2,3]. При этом, в последние годы отмечается неуклонный рост частоты встречаемости этой патологии, длительно текущего заболевания имеющего полиэтиологическую природу. В то же время настоящее время по прежнему отсутствуют достаточно информативных неинвазивных методов диагностики ранних стадий заболевания, которые бы способствовали своевременному его выявлению, лечению и профилактике дальнейшего развития [4,5]. Ультразвуковое исследование органов малого таза является наиболее часто применяемым неинвазивным методом исследования для диагностики нарушений менструального цикла [8]. Однако, единого мнения об информативности эходоплерографических признаков до сих пор нет.

Менструация – это нормальный физиологический процесс, происходящий каждый месяц в течение всего репродуктивного возраста. Прогрессирующее ухудшение репродуктивного здоровья и демографической ситуации в стране позволяет признать проблему снижения фертильности одним из приоритетных клинических и социальных направлений [6,7]. Все многообразие гормональных нарушений на уровне эндометрия реализуется недостаточностью лютеиновой фазы.

В структуре ее этиологических факторов можно выделить три основные группы: нарушение рецепторного аппарата эндометрия; нарушение фолликулогенеза вследствие неправильной выработки гонадотропных гормонов на фоне гиперактивации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, гипрандрогении, гиперпролактинемии и т.д.; первичная или вторичная недостаточность гонад (сниженный овариальный резерв) [11,12]. Короткая лютеиновая фаза первично была описана как интервал 8 дней от пика лютеинизирующего гормона (ЛГ). Она ассоциируется с низкими уровнями фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), нарушениями выброса ФСГ и ЛГ или соотношения ФСГ/ЛГ. Именно эти нарушения в фолликулярной фазе приводят к снижению уровней эстрогена и прогестерона в лютеиновую фазу. Однако, учитывая, что короткая лютеиновая фаза может встречаться у молодых здоровых девушек с регулярным менструальным циклом, клинические последствия короткой лютеиновой фазы остаются до конца неясными, отмечается в документе. Нарушения секреции гонадотропин-рилизинг гормона (ГнРГ), ФСГ и пульсирующего характера выброса ЛГ при гипоталамической аменорее могут привести к нарушению секреции эстрогенов и прогестерона в лютеиновую фазу. Снижение пульсирующей секреции ЛГ, приводящее к нарушению секреции прогестерона, может также определить проблемы в циклах индукции овуляции у женщин с гипоталамической аменореей [13,14,15]. Изменения в секреции тиреоидных гормонов и пролактина нарушают се-

крецию ГнРГ и могут привести к нарушениям в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси: повышенная секреция тиреотропного рилизинг-гормона при гипотиреозе может привести к гиперпролактинемии, стимулируя синтез и секрецию пролактина лактотрофами. Гиперпролактинемия может, в свою очередь, ингибировать секрецию ГнРГ непосредственно путем воздействия на пролактиновые рецепторы или косвенно за счет повышения уровней гипоталамического допамина и опиоидных пептидов [11,12].

Избыток жировой ткани приводит к накоплению в ней стероидов и активных эстрогенов. Возникают нарушения гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы, следствием чего является повышение секреции кортиколиберина, гонадолиберина гипоталамусом и соответственно адренкортикотропного гормона, пролактина, гонадотропинов гипофизом, а также увеличение продукции гормонов яичниками. Кроме того, в развитии овариальной недостаточности при ожирении существенную роль играют инсулинорезистентность и ответная гиперинсулинемия. Повышенный уровень инсулина в крови увеличивает чувствительность яичников к гонадотропной стимуляции, что нарушает процессы фолликулогенеза и стероидогенеза в яичниках. Нарушение менструального цикла начинается с увеличения длительности цикла, сопровождающегося недостаточностью лютеиновой фазы, затем развивается олигоменорея, аменорея и хроническая ановуляция, приводящая в конечном счете к бесплодию. [11,16,17]. Возраст яичников (овариальный резерв) также связан с гормональными нарушениями в лютеиновую фазу, и в исследованиях было показано, что с возрастом происходит снижение секреции прогестерона и эстрадиола в лютеиновую стадию [19,20]. Достоверных ультразвуковых признаков морфологического строения при гиперплазии эндометрия не существует [8,9]. Наряду с диффузной, встречается очаговая гиперплазия.

Косвенными эхографическими признаками гиперплазии эндометрия являются:

- повышение эхогенности эндометрия в пролиферативную фазу цикла;
- неоднородная структура эндометрия, мелкие ан- или гипозоногенные включения;
- утолщение эндометрия;
- прерывистый наружный контур М-эха;
- васкуляризация эндометрия с ИР 0,43-0,60 [46].

Наиболее достоверными из этих признаков являются повышение эхогенности и неоднородная структура эндометрия в I фазу цикла [21,22]. Гиперэхогенный эндометрий встречается в 82,6% случаев и неоднородная структура – в 52,3-60,7% [8,9]. Неоднородность структуры чаще всего проявляется мелкими (2-5 мм) ан- или гипозоногенными включениями округлой формы, представляющих собой расширенные. 1-железы. Утолщение эндометрия имеет как в пролиферативную, так секреторную фазу цикла,

однако, гиперплазия может быть и при нормальной толщине слизистой. При гиперплазии численные значения составляет 10-15 мм, редко достигая или превышая 20 мм. На фоне практически неизменного эндометрия могут визуализироваться участки повышенной эхогенности, что, по мнению В.Н. Демидова и А.И. Гуса, позволяет сделать вывод о наличии очаговой гиперплазии эндометрия [4]. Иногда дистальной гиперплазированной эндометрия отмечается акустический эффект усиления [9]. В некоторых случаях отмечается неровный или нечеткий контур базального слоя. При подозрении на гиперплазию эндометрия необходимо динамическое эхографическое наблюдение в различные фазы менструального цикла. Васкуляризация эндометрия при гиперплазии по данным различных авторов колеблется от 12 до 64,7% [17,20]. Выявляется артериальный кровоток в виде единичных цветковых локусов. Так, например, Н.М. Побединский, Е.В. Федорова артериальные сосуды регистрировала в 28,6% и еще в 7,1%, венозные [10]. Как правило, численные значения ИР превышают 0,5, однако в некоторых источниках указываются и низкие показатели: 0,4 и меньше. Клеточная атипия может быть выражена в форме и расположении желез в эпителии и в строме, которая возникает как в гиперплазированном, так и в атрофичном эндометрии, а также в полипах. Таким образом, диагноз ставится только после гистологического анализа. Необходимо отметить, что дифференциальный диагноз между атипичной гиперплазией и высокодифференцированной аденокарциномой порой бывает значительно затруднен даже для

морфолога. Многие онкологи рассматривают атипичную гиперплазию как преинвазивный рак [4,9]. Гиперплазия эндометрия установлена у 23,0% женщин репродуктивного возраста. Чаще эта патология сочеталась с аденомиозом и персистирующей фолликулярной кистой. Ультрасонографическими признаками гиперплазии эндометрия являются: повышение эхогенности эндометрия в пролиферативную фазу цикла; неоднородная структура эндометрия, мелкие ан- или гипозоногенные включения; утолщение эндометрия; прерывистый наружный контур М-эха; васкуляризация эндометрия с ИР 0,43-0,6 [10].

Таким образом, обзор литературы показал, что в последние годы отмечается неуклонный рост частоты встречаемости нарушений менструального цикла, длительно текущего заболевания имеющего полиэтиологическую природу. В то же время настоящее время по-прежнему отсутствуют достаточно информативные неинвазивные методы диагностики ранних стадий заболевания, которые бы способствовали своевременному его выявлению, лечению и профилактике дальнейшего развития. Ультразвуковое исследование органов малого таза является наиболее часто применяемым неинвазивным методом исследования для диагностики нарушений менструального цикла, однако единого мнения об информативности эходоплерографических диагностических критериев до сих пор нет. Применение гестагенов и коррекции менструального цикла является актуальным. Отсутствуют исследования посвященные эходоплерометрическому контролю эффективности лечения гестагенами.

Список использованной литературы:

1. Аймалазян Э.К. Гинекология. 2013; 115-118.
2. Бицадзе В.О., Акиншина С.В., Хизроева Д.Х., Макацария Н.А., Стулева Н.С., Машкова Т.М. Патогенетическое обоснование применения натурального прогестерона в акушерской практике. Акушерство, гинекология и репродукция. 2014; 2:79-88.
3. Гинекология – национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. М. 2009.
4. Демидов В.Н., Гус А.И. Патология полости матки и эндометрия. ВМК.: Практ. пособие: Вып. №3. М., 2001. 138 с.
5. Каримов А.Х.; Талипова М.А. Комбинированная ультразвуковая диагностика патологии эндометрия в условиях поликлиники. Метод рекомендации. Ташкент, 2020. 30 с.
6. Кузнецова И.В. Возможности негормональной коррекции нарушений менструального цикла. Медицинский совет. 2019;(13):16-27. doi:10.21518/2079-701X-2019-13-16-27.
7. Л.Е. Беляева, В.И. Шебеке, С.Н. Занько. Патологическая характеристика нарушений менструального цикла 2004; 67-69.
8. Лютая Е.Д. Комбинированное применение эхографии и магнитно-резонансной томографии у больных с патологией эндометрия. Ультразв. и функциональная диагностика. 2002. №2. С. 157.
9. Озерская И.А., Белоусов М.А., Щеглова Е.А., Агеева М.И. Эхографические и морфологические корреляции гиперпластических процессов эндометрия // Ультразв. и функциональная диагностика. 2002. №3. С. 45-50.
10. Побединский Н.М., Федорова Е.В., Хохлова И.Д., Липман А.Д. Особенности внутриматочного кровотока при гиперплазии эндометрия по данным цветовой доплеровской картирования и доплерографии // Ультразв. диагностика. 2000. №4. С. 18-23.
11. Райкова А.А. Ожирение как фактор риска нарушений менструального цикла у женщин репродуктивного возраста// Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2016. Т. 3. №4. С. 213-214.
12. Рыкова О.В. Недостаточность лютеиновой фазы: лабораторные аспекты диагностики. Мнение практического комитета Американского общества репродуктивной медицины. Международного эндокринологического журнала // 2016; 75-78.
13. Саидова Р.А., Воробьева Е.В., Монастырская О.А. Значение оценки состояния репродуктивной системы в лечении бесплодия женщин позднего репродуктивного возраста. Гинекология. 2012; 14 (2): 69-74.
14. Саидова Р.А., Федина Е.В., Макацария А.Д., Быковская О.С. Основные принципы гормональной коррекции нарушений менструальной функции у больных репродуктивного периода с рецидивирующими ДМК. М. 2008; 14-22.
15. Татарчук Т.Ф., Булаченко О.В., Тутченко Т.М. Оптимизация методов лечения недостаточности лютеиновой фазы у женщин репродуктивного возраста на фоне гиперпролактинемии. Здоров'я ланки. 2008; 2: 90-96.
16. Agarwal A., Aponte-Mellado A., Premkumar B.J., Shaman A., Gupta S. The effects of oxidative stress on female reproduction: a review. *Reprod Biol Endocrinol.* 2012;10:49. doi: 10.1186/1477-7827-10-49.
17. Bakour S.H., Dwarakanath L.S., Khan K.S, et al. The diagnostic accuracy of ultrasound scan in predicting endometrial hyperplasia and cancer in postmenopausal bleeding // *Acta Obstet. Gynecol J f- Scand.*, 1999. V. 78 (5) p. 447-451.
18. Coutifaris C., Myers E.R., Guzick D.S. et al. NICHD National Cooperative Reproductive Medicine Network. Histological dating of timed endometrial biopsy tissue is not related to fertility status // *Fertil. Steril.* 2004. 82. 1264-72.
19. Lebovitz O., Orvieto R. Treating patients with «thin» endometrium – an ongoing challenge. *Gynecol Endocrinol.* 2014;30(6):409-414. doi: 10.3109/09513590.2014.906571.
20. Miller P., Soules M. Luteal Phase Deficiency: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Glob.lib. women's med.* 2009; 1756-2228.
21. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Current clinical irrelevance of luteal phase deficiency: a committee opinion // *Fertil. Steril.* 2015. 103. 27-32.
22. Sonntag B., Ludwig M. An integrated view on the luteal phase: diagnosis and treatment in subfertility. *Clin Endocrinol (Oxf).* Oct 2012; 77 (4): 500-7.