

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI

**NAZARIY va
KLINIK TIBBIYOT
JURNALI**



**JOURNAL
of THEORETICAL
and CLINICAL
MEDICINE**

Рецензируемый научно-практический журнал.
Входит в перечень научных изданий, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан.
Журнал включен в научную электронную библиотеку и Российский Индекс Научного Цитирования (РИНЦ).

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор проф., акад. АН РУз Т.У. АРИПОВА

проф. Б.Т. ДАМИНОВ (заместитель главного редактора),
проф. Г.М. КАРИЕВ, проф. А.М. ХАДЖИБАЕВ, проф. З.С. КАМАЛОВ
Р.З. САГИДОВА (ответственный секретарь)

6

ТОМ 2

ТАШКЕНТ – 2021

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара), А.В. АЛИМОВ (Ташкент), Н.С. АТАБЕКОВ (Ташкент), О.А. АТАНИЯЗОВА (Нукус), Н.У. АРИПОВА (Ташкент), Д.А. АХМЕДОВА (Ташкент), Н.М. ГАШНИКОВА (Новосибирск), М.В. ЗАЛЯЛИЕВА (Ташкент), Ш.Х. ЗИЯДУЛЛАЕВ (Самарканд), А.А. ИСМАЙЛОВА (Ташкент), Ф.И. ИНОЯТОВА (Ташкент), А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент), М.Х. КАТАХОДЖАЕВА (Ташкент), А.А. КАЮМОВ (Ташкент), А.Г. КОЗЛОВ (Москва), Р.Д. КУРБАНОВ (Ташкент), М. МИЗОКАМИ (Япония), Э.И. МУСАБАЕВ (Ташкент), Д.А. МУСАХОДЖАЕВА (Ташкент), Д.К. НАЖМУТДИНОВА (Ташкент), Ф.Г. НАЗИРОВ (Ташкент), Ф. НАСИРОВА (Таджикистан), Н.А. НУРАЛИЕВ (Бухара), Т.В. ПЕЧЕНИЦЫНА (Ташкент), Г.С. СВЯТОВА (Казахстан), М.Н. ТИЛЛЯШАЙХОВ (Ташкент), А.А. ТОТОЛЯН (Санкт-Петербург), И.А. ТУЗАНКИНА (Екатеринбург), Л.Н. ТУЙЧИЕВ (Ташкент), Т.Г. ФЕДОСКОВА (Москва), М.Р. ХАЙТОВ (Москва), Т.Р. ХЕГАЙ (Ташкент), В.А. ЧЕРЕШНЕВ (Екатеринбург), А.К. ШАДМАНОВ (Ташкент), Э. ЭЙЕР (Франция), Н.Ю. ЮЛДАШЕВА (Великобритания), В.В. ЯДЗОВСКИЙ (Москва).

Адрес редакции и издательства:

По вопросам публикации, подписки и размещения рекламы
обращаться по адресу:

100060, Ташкент, ул. Я. Гулямова, 74,

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

ответственному секретарю журнала

Тел. +998-71-207-08-17

Факс +998-71-207-08-23

E-mail: immunology2015@mail.ru

Internet: www.jtcmед.uz

Журнал зарегистрирован Узбекским агентством по печати и информации 04.05.07, № 0255
ISSN 2091-5853 Индекс подписки 921.

Технический редактор Р.З. Сагидова
Верстка и компьютерная графика Д.К. Ашрапова

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Редакция оставляет за собой право на корректуру, редактуру и сокращение текстов статей.

Сдано в набор 18.10.2021. Подписано в печать 12.11.2021.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

**X Конгресс
акушеров-гинекологов Узбекистана
с международным участием**



29 ноября – 1 декабря 2021 г.

Ташкент

Состав организационного комитета конференции:

1. Пахомова Ж.Е. – д.м.н, профессор. Ташкентская медицинская академия, председатель Ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана;
2. Нажмутдинова Д.К. – д.м.н, профессор. Ташкентская медицинская академия, зам. председателя Ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана;
3. Надырханова Н.С. – д.м.н, директор. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии МЗ РУз;
4. Абдуллаева Л.М. – д.м.н, доцент. Ташкентская медицинская академия. Главный специалист МЗ РУз;
5. Аюпова Ф.М. – д.м.н, профессор. Ташкентская медицинская академия;
6. Каримова Ф.Д. – д.м.н, профессор. Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников РУз;
7. Ешимбетова Г.З. – д.м.н, профессор. Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников РУз;
8. Курбанов Д.Д. – д.м.н, профессор. Ташкентский педиатрический медицинский институт;
9. Зуфарова Ш.А. – д.м.н, доцент. Ташкентский педиатрический медицинский институт;
10. Каттаходжаева М.Х. – д.м.н, профессор. Ташкентский государственный стоматологический институт;
11. Магзумова Н.М. – д.м.н, профессор. Ташкентская медицинская академия;
12. Алиева Д.А. – д.м.н, профессор. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии МЗ РУз;
13. Курбанов Б.Б. – PhD, доцент. Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Спонсоры конгресса: WORLD MEDICINE, Kusum, ABBOT, Gedeon Richter, Albatros health care, Sorrento marketing.

СОДЕРЖАНИЕ

ГИНЕКОЛОГИЯ

Абдикулов Б.С., Каримов З.Д. Вростание плаценты в рубец на матке: оптимизация хирургического лечения

Абдукаримов У.Г., Ихтиярова Г.А., Саидов Г.Н., Эркинова Ш.Н. Значение маммографического скрининга в сверхранней диагностике заболеваний молочной железы в условиях первичного звена здравоохранения

Абдурахманова С.И., Бабаджанова Г.С., Муратова Н.Д., Сулаймонова Н.Ж. Алгоритм лечения женщин репродуктивного возраста с миомой матки, сочетанной с аденомиозом

Агабабян Л.Р., Ахмедова А.Т. Негормональные методы коррекции психо-эмоциональных климактерических нарушений у женщин с эндометриозом

Аслонова М.Ж., Ихтиярова Г.А., Мавлянова Н.Н. Оценка выявляемости полиморфизма гена интегрин альфа-2 (гликопротеин Ia/IIa тромбоцитов PLAII) (ITGA2) у беременных с синдромом ограничения роста плода

Майор Аттила Ловис, Жуманиязов К., Юсупова Ш., Жаббаров Р., Майор Майборода Иванна, Саидмаматов О. Лапароскопия в гинекологической и абдоминальной хирургии под регионарной анестезией во время пандемии COVID-19

Аюпова Д.А., Бабаджанова Г.С., Насриддинова Г.Б. Особенности течения и тактика ведения женщин с бессимптомной миомой матки

Бекбаулиева Г.Н., Шамсиева Д.А., Сагатова А.А. Гормональный профиль женщин с меноррагией на фоне аденомиоза

Ганиева Х.С., Бекбаулиева Г.Н., Ахмеджанова Х.З. Соматические и гинекологические аспекты здоровья женщин с преждевременной недостаточностью яичников

Гиясова М.Г., Каримова Ф.Д. Предикторное значение триггерных факторов в отношении формирования высокой степени пролапса гениталий у женщин

Джураева Д.Л. Роль соматических заболеваний в генезе репродуктивных нарушений у девочек-подростков

Зарипова Д.Я. Коннинг оптик зичлигини аниклаш менопаузал остеопороз ривожланишини башорат килишнинг янги усули

Захирова Н.Н., Маматова М.Р. Значение иммуногистохимических маркеров в развитии гестационной трофобластической неоплазии

Иргашева С.У., Шерматова С.Э., Курбанова Д.А. Синдром гиперандрогении и особенности менструальной функции в пубертатном периоде

CONTENTS

GYNECOLOGY

Abdikulov B.S., Karimov Z.D. The placenta ingrowth into the uterine scar: the optimization of surgical treatment

Abdulkarimov U.G., Ikhtiyarova G.A., Saidov G.N., Erkinova Sh.N. The importance of mammographic screening in the early diagnosis of breast diseases in the conditions of primary health care.

Abdurakhmanova S.I., Babadzhanova G.S., Muratova N.D., Sulaimonova N.Zh. Treatment algorithm for women of reproductive age with uterine fibrous combined with adenomyosis

Agababyan L.R., Akhmedova A.T. Non-hormonal methods of correction of psychoemotional menopausal disorders in women with endometriosis

Aslonova M.J., Ikhtiyarova G.A., Mavlyanova N.N. Evaluation of the detectability of the integrin alpha-2 (platelet glycoprotein Ia/IIa PLAII) (ITGA2) gene polymorphism in pregnant women with fetal growth restriction syndrome

Mayor Attila Lovis, Zhumaniyazov K., Yusupova Sh., Jabbarov R., Mayor Mayboroda Ivanna, Saidmammatov O. Laparoscopy in gynecological and abdominal surgery under regional anesthesia during the COVID-19 pandemic

Ayupova D.A., Babadzhanova G.S., Nasriddinova G.B. Features of the course and management tactics of women with asymptomatic uterine myoma

Bekbaulieva G.N., Shamsieva D.A., Sagatova A.A. Hormonal profile of women with menorrhagia on the background of adenomyosis

Ganieva H.S., Bekbaulieva G.N., Akhmedzhanova H.Z. Somatic and gynecological aspects of the health of women with premature ovarian insufficiency

Giyasova M.G., Karimova F.D. Predictor value of trigger factors in relation to the formation of a high degree of genital prolapse in women

Juraeva D.L. The role of somatic diseases in the genesis of reproductive disorders in adolescent girls

Zaripova D.Ya. Optical blood density a new marker for prediction of menopausal osteoporosis

Zakhirova N.N., Mamatova M.R. The importance of immunohistochemical markers in the development of gestational trophoblastic neoplasia

Irgasheva S.U., Shermatova S.E., Kurbanova D.A. Syndrome of hyperandrogenism and features of menstrual function in puberty

- Ирназарова Д.Х., Юлдашева Д.Ю., Нажмутдинова Д.К., Бабаев К.Т., Каюмова Д.Т., Мамадалиева У.П., Янгибаева Д.Т.* Роль полиморфизма гена рецептора VDR в развитии миомы матки
- Исанбаева Л.М.* Некоторые иммуногенетические аспекты патогенеза миомы матки
- Ismoilova D.U., Magzumova N.M., Musakhodjaeva D.A., Matrizayeva G.J.* Endometriozli ayollarda immun tizimidagi o'zgarishlar
- Ихтиярова Г.А., Нарзуллоева Н.С., Хамидова Ш.Ш.* Симптомли лейомиомада иммун тизимнинг баъзи параметрларининг хусусиятлари
- Ихтиярова Г.А., Орипова Ф.Ш., Абдиева Н.У.* Эффективный экспресс метод диагностики патологии шейки матки и влагалища у женщин репродуктивного возраста
- Ихтиярова Г.А., Нарзуллоева Н.С., Хамидова Ш.Ш.* Оценка эффективности иммуномодулирующей терапии у женщин с бессимптомной миомой матки
- Ихтиярова Г.А., Орипова Ф.Ш., Абдиева Н.У.* Применение нового препарата “Куркувир” при лечении воспалительных заболеваний женских половых органов
- Камилова И.А., Пахомова Ж.Е., Джураева Г.Т.* Повышение эффективности терапии цервикальной интраэпителиальной неоплазии на основе анализа молекулярно-генетических полиморфизмов
- Каримова Д.Ф., Абдураззакова Г.А.* Реабилитационные мероприятия у женщин после медикаментозного аборта
- Каюмова Д.Т., Нажмутдинова Д.К., Бабаев А.Т., Юлдашева Д.Ю.* Инновации в выборе тактики ведения женщин с аномальными маточными кровотечениями в перименопаузе
- Курбаниязова М.З., Бекбаулиева Г.Н.* Оптимизация стимуляции овуляции у кломифен цитрат резистентных женщин с СПКЯ
- Курбанов Д.Д., Маликова Д.Б., Курбанова М.Т., Тиллашайхова М.Х.* Характеристика врожденного иммунитета у женщин с бесплодием воспалительного генеза
- Курбанова З.Ш., Ихтиярова Г.А.* Турли шаклдаги тухумдон поликистоз синдромининг замонавий ташхис ва профилактика усуллари
- Лебедева Е.И., Яворская С.Д., Момот А.П.* Управляемые факторы риска ранних репродуктивных потерь в супружеских парах
- Мавлонова Г.Ш.* Оценка эффективности лечения ювенильных маточных кровотечений у девочек
- Magzumova N.M., Gadoyeva D.A.* Вепусхтлик асосий омилларининг харакистикаси
- Irnazarova D.H., Yuldasheva D.Yu., Nazhmutdinova D.K., Babaev K.T., Kayumova D.T., Mamadaliyeva U.P., Yangibaeva D.T.* The role of VDR receptor gene polymorphism in the development of uterine fibroids
- Isanbaeva L.M.* Some immunogenetic aspects of the pathogenesis of uterine fibroids.
- Ismoilova D.U., Magzumova N.M., Musakhodjaeva D.A., Matrizayeva G.J.* Changes in the immune system in women with endometriosis
- Ikhtiyarova G. A., Narzulloyeva N. S., Hamidova Sh. Sh.* Features of some parameters of the immune system in symptomatic leiomyoma
- Ikhtiyarova G.A., Oripova F.Sh., Abdieva N.U.* An effective express method for diagnosing cervix uteri and vaginal pathology in women of reproductive age
- Ikhtiyarova G.A., Narzulloyeva N.S., Hamidova Sh.Sh.* Evaluation of the effectiveness of immunomodulatory therapy in women with asymptomatic uterine myoma
- Ikhtiyarova G.A., Oripova F.Sh., Abdiyeva N.U.* Application of the new drug “Kurkuvir” in the treatment of inflammatory diseases of the female genital organs
- Kamilova I.A., Pakhomova Zh.E., Juraeva G.T.* Improving the effectiveness of therapy for cervical intraepithelial neoplasia based on the analysis of molecular genetic polymorphisms
- Karimova D.F., Abdurazzakova G.A.* Rehabilitation measures for women after medical abortion
- Kayumova D.T., Nazhmutdinova D.K., Babaev A.T., Yuldasheva D.Yu.* Innovations in the choice of management tactics for women with abnormal uterine bleeding in perimenopause
- Kurbaniyazova M.Z., Bekbauliyeva G.N.* Optimization of ovulation stimulation in clomiphene citrate resistant women with PCOS
- Kurbanov D.D., Malikova D.B., Kurbanova M.T., TillashaiKhova M.Kh.* Characteristics of congenital immunity in women with infertility of inflammatory genesis
- Kurbanova Z.Sh., Ikhtiyarova G.A.* Modern methods of diagnosis and prevention of polycystic ovarian syndrome of various forms
- Lebedeva E.I., Yavorskaya S.D., Momot A.P.* Controlled risk factors for early reproductive losses in married couples
- Mavlonova G.Sh.* Evaluation of the effectiveness of treatment of juvenile uterine bleeding in girls
- Magzumova N.M., Gadoeva D.A.* Characteristics of the main causal factors of infertility

- Маликова Д.Б., Курбанов Д.Д., Курбанова М.Т., Жалолов Р.К.* Адаптивный иммунитет у женщин с бесплодием на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза **96**
- Мамадалиева Г.И., Рузиева Н.Х., Абдуразакова Г.А.* Целесообразность применения CIN-DIAG в диагностике доброкачественных заболеваний шейки матки **99**
- Махмудова С.Е., Агабабян Л.Р.* Ранняя диагностика преэклампсии на основе клинико-генетических и эндотелиальных предикторов **102**
- Муратова Н.Д., Ходжаева З.А., Абдурахманова С.И., Сулаймонова Н.Ж.* Особенности лечения аденомиоза у женщин раннего репродуктивного возраста **107**
- Наврүзова В.С., Полатова Д.Ш., Юлдашева Н.Ш., Наврүзова Р.С.* Эпидемиология РШМ: обзор по Республике Узбекистан (2000-2018 гг.) **109**
- Назмутдинова Д.К., Садуллаева У.А., Каримов А.Х., Чориева У.П., Каюмова Д.Т.* Диагностические возможности эхо-доплерометрических исследований у женщин миомой матки и патологией печени в анамнезе **112**
- Nazarov B.B., Sapaeva G.F., Niyazmetov R.E.* Oʻrtalogir darajali genital prolapsi jarrohlik operatsiyalarining natijalarini takomillashtirish **117**
- Назарова Г.Д., Шукуров Ф.И.* Состояние овариального резерва у женщин с синдромом поликистозных яичников до и после эндохирургической операции декортикация яичников **119**
- Наркузиева Г.Б., Муминова Н.Х., Захидова К.Ш.* Имунная реакция организма женщины репродуктивного возраста на сочетанные вирусные инфекции **121**
- Насирова З.А., Агабабян Л.Р.* Применение чистопрогестиновой оральной контрацепции у женщин после абдоминального родоразрешения **123**
- Негмаджанов Б.Б., Зокиров Ф.И.* Опыт применения 0,1% бетаметазонового крема при лечении синехий малых половых губ у девочек **125**
- Нигматова Н.М., Бекбаулиева Г.Н.* Анализ факторов риска задержки полового развития у девочек-подростков **129**
- Нишанова Ю.Х., Исмаилова М.Х., Ососков А.В., Худойбердиев М.Н.* Скрининг рака молочной железы **131**
- Раззакова Н.С., Абдуразакова М.Д., Эшмуратова С.* Реализация репродуктивной функции после миомэктомии у женщин позднего репродуктивного возраста. **136**
- Malikova D.B., Kurbanov D.D., Kurbanova M.T., Jalolov R.K.* Adaptive immunity in women with infertility against the background of inflammatory diseases of the pelvic organs **96**
- Mamadaliyeva G.I., Ruziyeva N.Kh., Abdurazakova G.A.* The expediency of using CIN-DIAG in the diagnosis of benign cervical diseases **99**
- Makhmudova S.E., Agababayan L.R.* Early diagnosis of preeclampsia based on clinical-genetic and endothelial predictors **102**
- Muratova N.D., Khodzhaeva Z.A., Abdurakhmanova S.I., Sulaymanova N.Zh.* Features of the treatment of adenomyosis in women of early reproductive age **107**
- Navruzova V.S., Polatova D.Sh., Yuldasheva N.Sh., Navruzova R.S.* Epidemiology of cervical cancer: an overview of the Republic of Uzbekistan (2000-2018) **109**
- Nazhmudinova D.K., Sadullayeva U.A., Karimov A.H., Choriyeva U.P., Kayumova D.T.* Diagnostic possibilities of ultrasound and dopplerometric studies in women with uterine fibroids and liver pathology in anamnesis **112**
- Nazarov B.B., Sapaeva G.F., Niyazmetov R.E.* Improvement of the outcome of plastic surgical operations for moderate-severe genital prolapse **117**
- Nazarova G.D., Shukurov F.I.* Ovarian reserve status in women with polycystic ovarian syndrome before and after endosurgical surgery decortication of the ovaries **119**
- Narkuziyeva G.B., Muminova N.Kh., Zakhidova R.Sh.* The immune response of a woman of reproductive age to combined viral infections **121**
- Nasirova Z.A., Agababayan L.R.* The usage of pure progestin oral contraception in women after abdominal delivery **123**
- Negmadjanov B.B., Zokirov F.I.* Experience of application of 0.1% betamethasone cream in treatment of labia adhesions in girls **125**
- Nigmatova N.M., Bekbauliyeva G.N.* Analysis of the risk factors of the puberty delays in adolescent girls **129**
- Nishanova Yu.Kh., Ismailova M.Kh., Ososkov A.V., Khudoyberdiyev M.N.* Breast cancer screening **131**
- Razzakova N.S., Abdurazakova M.D., Eshmuratova S.* Realization of reproductive function after myomectomy in women of late reproductive age **136**

- Рахманова Н.Х., Матризаева Г.Д.* Қалқонсимон без касалликлари бўлган, турли контрацепция воситаларидан фойдаланувчи репродуктив ёшдаги аёлларда генитал йўллар биоценозини полизмераз занжир реакцияси усулидаги диагностикаси **139**
- Ruzmetova F.A., Radjapov A.A., Matyakubova S.A.* Anamnezida tugʻruq travmatizmi mavjud boʻlgan ayollarni bachadon boʻyni patologiyasida suyuqlik sitologiyaning ahamiyati **141**
- Рафиков С.Ш., Негмаджанов Б.Б., Ким В.О., Рустамова Н.А.* Повторная хирургическая коррекция аномалии развития мюллеровых протоков после перенесенной диагностической лапаротомии во время беременности (случай из практики) **143**
- Rafikov S.Sh., Negmatjanov B.B., Kim V.O., Rustamova N.A.* Repeated surgical correction of the anomaly of the development of the muller ducts after undergoing diagnostic laparotomy during pregnancy (case from practice) **143**
- Сагатова А.А., Бекбаулиева Г.Н., Шамсиева Д.А.* Характеристика преморбидного профиля женщин с аномальными маточными кровотечениями **145**
- Sagatova A.A., Bekbaulieva G.N., Shamsieva D.A.* Characteristics of the premorbid profile of women with abnormal uterine bleeding **145**
- Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Аргун М.З., Ли К., Турчинец А.И.* Диагностика аномалий молочных желез у девочек **147**
- Sibirskaya E.V., Karachentsova I.V., Argun M.Z., Lee C., Turchinets A.I.* Diagnosis of breast abnormalities in girls **147**
- Sobirova M.R.* Jinsiy aʼzolar enterotselli bilan xastalangan ayollarda ginekologik anamnezning xususiyatlari **151**
- Sobirova M.R.* Characteristics of gynecological anamnesis in women with genital prolapse and enterocele **151**
- Suinov F.X., Sunatillaeva S.A., Niyazova S.T., Oripova M.T.* Oʻsmir qizlarda qin nuqsonlarining muammolari **154**
- Suinov F.X., Sunatillaeva S.A., Niyazova S.T., Oripova M.T.* Analysis of literature sources in adolescent girls with vaginal abnormalities **154**
- Тимченко М.А., Горбачева Т.И.* Клинические предикторы неудач эмболизации маточных артерий при миоме матки **156**
- Timchenko M.A., Gorbacheva T.I.* Clinical predictors of uterine artery embolization failures in uterine fibroids **156**
- Умарова Н.М., Аюпова Ф.М.* Анализ причин развития генитального сепсиса у женщин после операции кесарева сечения **160**
- Umarova N.M., Ayupova F.M.* Analysis of the reasons of genital sepsis in women after cesarean section **160**
- Усинова З.Б., Сапаева Г.Ф., Ниязметов Р.Э.* Вне-маточная беременность и ее осложнения в регионе Приаралья **161**
- Usinova Z.B., Sapaeva G.F., Niyazmetov R.E.* Ectopic pregnancy and its complications in the Aral Sea region **161**
- Хикматова Н.И., Хегай Т.Р., Пахомова Ж.Е., Дё К.Г.* Влияние генетических факторов на развитие бесплодия у женщин **163**
- Hikmatova N.I., Hegay T.R., Pakhomova J.E., De K.G.* The influence of genetic factors on the development of infertility in women **163**
- Ходжаева А.С.* COVID-19 и женское здоровье **167**
- Khodjaeva A.S.* COVID-19 and Women's Health **167**
- Холбоева С.Ш., Шукуров Ф.И.* Коррекции гормональной дисфункции у женщин с синдромом поликистозных яичников после эндохирургической операции декортикация яичников **169**
- Holboeva S.Sh., Shukurov F.I.* Correction of hormonal dysfunction in women with polycystic ovary syndrome after endosurgical decortication of the ovaries **169**
- Шамсиева З.И., Нишанова Ф.П., Даулетова М.Ж.* Семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда гестациянинг ўзига хос кечиши **172**
- Shamsieva Z.I., Nishanova F.P., Dauletova M.Zh.* Features of gestation management in obese pregnant women **172**
- Шомиров Д.А.* Семизлик кузатилган аёлларда умумий гистерэктомиядан кейинги апикал пролапс олдини олишнинг жаррохлик усули **175**
- Shomirov D.A.* Surgical method of prevention of apical prolapses after general hysterectomy in obese women **175**
- Юлдашева Д.Ю., Сайдақулова Д.В., Усманова Б.И., Ирнарарова Д.Х., Ахмедова Г.А., Атаходжаева Ф.А., Хикматуллаева М.Р.* Роль специализированных физических нагрузок при пролапсе тазовых органов **177**
- Yuldasheva D.Yu., Saydaqulova D.V., Usmanova B.I., Irnazarova D.H., Akhmedova G.A., Atakhodzhaeva F.A., Hikmatullayeva M.R.* The role of specialized physical activity in pelvic organ prolapse **177**

Юлдашева Д.Ю., Ирнарарова Д.Х., Атаходжаева Ф.А., Ахмедова Г.А. Взаимосвязь обеспеченности витамином D и тактики ведения женщин с миомой матки

179

Yuldasheva D.Yu., Irnazarova D.H., Atakhodzhaeva F.A., Akhmedova G.A. The relationship between vitamin D availability and management tactics of women with uterine fibroid

Якубова О.А., Камалов З.С. Исследование полиморфизма COL1A1G2046T у девушек с ювенильной дисменореей в зависимости от наличия дисплазии соединительной ткани в узбекской популяции

182

Yakubova O.A., Kamalov Z.S. Research of COL1A1G2046T polymorphism in girls with juvenile dysmenorrhea depending on the presence of connective tissue dysplasia in the Uzbek population

НЕОНАТОЛОГИЯ

Мензатова Л.Р. Клинические исходы новорожденных, родившихся от матерей, перенесших COVID-19

185

NEONATOLOGY

Menzatova L.R. Clinical outcomes of newborns born of mothers who had COVID-19

Нормурадова Н.М. Аномальный дренаж пупочной вены в нижнюю полую вену с врожденной агенезией левой воротной вены и артериопортальным шунтом

188

Normuradova N.M. Abnormal drainage of the umbilical vein into the inferior vena cava with congenital agenesis of the left portal vein and artery portal shunt

ТЕЗИСЫ

194

THESES

УДК: 618.36-007.274

ВРАСТАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ В РУБЕЦ НА МАТКЕ: ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Абдикулов Б.С.¹, Каримов З.Д.^{1,2}

¹Главное управление Здравоохранения г. Ташкента

Ташкентский городской перинатальный центр,

²Первая кафедра акушерства, гинекологии и перинатальной медицины

Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников

ХУЛОСА

Таъқиқотнинг мақсади - йўлдошни бачадондаги чандиққа кириб ўсган ҳомиладор аёлларда жараёнинг натижаларини ўрганишидир. Танланган ретро-спектив текширувга йўлдоши марказий тақдимоти ва кесар кесидан сўнг бачадонда чандиғи бор 54 ҳомиладор аёлларнинг натижалари кирди. Юқори кесар кесиши орқали 54 аёлдан 47 (87,0%) нафари тугдирилди. Гистерэктомия 54 аёллардан 17 (31,5%) да, метропластика, орган муҳофазаси 37 (68,5%) ҳолатларда амалга оширилди. Релaparотомия йўқ эди; оналар ўлими рўй бермади; перинатал ўлим – 4 (7,4%); умумий ёнбош артерияларнинг вақтинчалик клемма қўйиши билан боғлиқ асоратлар йўқ эди. Гистологик таъқиқотлар натижалари кўрсатишича: placenta accreta – 15 (27,8%), placenta increta 30 (55,6%), placenta percreta – 9 (16,7%) намоён бўлди. Р.Г. Шмаковнинг комплекс сиқши гемостази - қон тежашининг энг оқилона ва истиқболли усулидир, PAS билан беморларнинг кўпчилигида қабул қилинади. Қовуқнинг орқа деворига зарар етказилганда умумий ёнбош артерияларнинг вақтинчалик клемма қўйиши тавсия этилади.

Калит сўзлар: йўлдошнинг кириб ўсиши, йўлдошнинг марказий тақдимоти, бачадондаги чандиқ.

ВВЕДЕНИЕ

Врастание плаценты в рубец на матке (ВПРНМ) относится к крайне серьезным осложнениям беременности, которое сопряжено с риском массивного маточного кровотечения, начиная с попытки его отделения, и вследствие этого материнской смертности [3,4]. За последние десятилетия отмечается неуклонный рост частоты ВП [5]. За последнее время подход к лечению пациенток при данной категории патологии изменился: совершенствование хирургических техник гемостаза дало возможным не только контролировать объем кровопотери, но и проводить органосохраняющие операции (метропластика). В виду этого проблема сохранения репродуктивной

SUMMARY

The aim of the study was to study the results of delivery of pregnant women with placenta accretion in the uterine scar. The selective retrospective study included 54 pregnant women with central placenta previa and uterine scarring after cesarean section (CS). 47 (87.0%) of 54 women were delivered by bottom CS. Hysterectomy was performed in 17 (31.5%), metroplastic and organ preservation in 37 (68.5%) cases of 54 women. There was no relaparotomy; there was no maternal mortality; perinatal mortality -4 (7.4%); there were no complications associated with temporary clipping of the common iliac arteries. The histological examination results: placenta accreta was in 15 (27.8%), placenta increta – in 30 (55.6%), placenta percreta – in 9 (16.7%) cases. The complex compression hemostasis according to R.G. Shmakov is the most rational and promising method of blood saving, acceptable among the majority of patients with PAS. Temporary clipping of the common iliac arteries is advisable when the posterior wall of the bladder is affected.

Key words: the placenta accreta, the central placenta previa, the uterine scar.

функции, снижения летальности у пациенток с ВП актуальна и далека от своего окончательного решения. Необходимость разработки четкого алгоритма оперативного родоразрешения беременных с ВП с поиском приемлемых кровосберегающих методов является основанием для определения цели и задач данного исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение результатов хирургического лечения беременных с ВПРНМ в зависимости от клинического статуса и использованных методов кровосбережения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данное исследование вошли 54 беременных в

сроках более 22 недель, наличием 1 и более РНМ после КС, поступившие в Ташкентский Городской перинатальный центр (ТГПЦ) в период: 2018 -2020г.г. Критерием включения в исследование явилось наличие у пациентки с рубцом на матке после КС центрального предлежания плаценты (ПП) и признаков ВП по данным УЗИ и МРТ. Использовались кровосберегающие технологии: перевязка трех пар магистральных сосудов матки, перевязка внутренних подвздошных артерий, комплексный компрессионный гемостаз по Шмакову Р.Г., временное клеммирование общих подвздошных артерий.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА

Средний возраст пациенток составил $31,9 \pm 3,6$ лет). Среднее число беременностей в анамнезе – $3,9 \pm 1,3$. С одним РНМ было 15 (27,8%) женщин, с 2 – 28 (51,8%), с 3 – 7 (12,9%), с 4 – 4 (7,4%). Срок беременности, при котором проведено оперативное родоразрешение колебался от 24 до 39 недель: 24 - 30 недель – у 7 (13,0%), 31 - 34 недель – у 17 (31,5%), 35 - 37 недель – у 24 (44,4%), 38-39 недель – у 6 (11,1%). Осложнения беременности в момент поступления: прогрессирующая отслойка ПП – у 9 (16,7%), наличие старых ретроплацентарных гематом (УЗИ) отмечено у 29 (53,7%); антенатальная гибель плода в сроке 31 неделя отмечена в 1 (1,9%) случае. Угроза прерывания беременности с кровяными выделениями до поступления отмечалась у 27 (50,0%) женщин. Пренатально, в женской консультации, первичный диагноз ВПРНМ, был установлен у 38 (70,4%) из 54 женщин. У остальных 16 (29,6%) диагноз устанавливался при urgentном поступлении в стационаре: - у 10 (18,5%) в приёмном отделении, а у 6 (11,1%) интраоперационно. Диагноз центрального ПП, ВПРНМ устанавливался на основании УЗИ (доплеровское исследование). МРТ-исследование проведено у 21 (38,9%) пациентки из 54. Во всех случаях выявлены признаки ВПРНМ. В плановом порядке оперировано 34 (63,0%) пациентки, в экстренном - 20 (37,0%). Основанием для проведения экстренного вмешательства во всех случаях была прогрессирующая отслойка ПП. Во время операции использовались следующие кровосберегающие хирургические методы: комплексный компрессионный гемостаз по Шмакову Р.Г. – у 30 (55,6%) женщин [2], интраоперационное прямое временное клеммирование общих подвздошных артерий (ВКОПА) - у 11 (20,4%) женщин. Временное клеммирование абдоминальной аорты проведено в 1 (1,9%) случае. Баллонная окклюзия подвздошных артерий не использовалась из-за отсутствия технологического оснащения. Резекция измененных участков передней стенки НСМ (метропластика) вместе с плацентой применялась в плане органосохранения. Критериями выбора объема операции были макроскопические маркеры глубины и распространенности ВП, признаки предвещающие технические трудности проведения операции и большой объем кровопотери.

Удаляемый материал: резецированные участки НСМ, плацента, матка после гистерэктомии, направлялись на гистологическое исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Путём донного КС родоразрешены 47 (87,0%) из 54 женщин. В остальных 7 (13,0%) утеротомия произведена была поперечным разрезом по верхнему краю плаценты. Уровень кровопотери от 500 до 1000 мл. составил у 20 (37,0%), от 1001 до 1500 мл. – у 19 (35,2%), от 1501 до 2000 мл. – у 8 (14,8%), от 2001 до 3500 мл. – у 7 (12,9%) женщин. Из 39 женщин с уровнем кровопотери до 1500,0мл - 24 (61,5%) имели 2 и более РНМ, а с кровопотерей от 1501,0 до 3500,0мл все 15 женщин с таким статусом. Донное КС ни в одном случае не сопровождалось кровопотерей более 2000,0 мл, в то время как из 7 женщин, среди которых проведено КС поперечным разрезом по верхнему краю предлежащей плаценты, у 6 кровопотеря была в диапазоне 2000,0 – 3500,0 мл. В число этих пациенток вошли 2 женщины статуса «near miss». У обеих, во время операции, в результате большой кровопотери в течение нескольких минут отмечалась остановка сердца. Быстрая успешная реанимация позволила сохранить жизнь женщинам и выписать их из ТГПЦ вместе с младенцами [1]. Кровопотеря более 1,5литра наблюдалась только среди пациенток с placenta increta и placenta percreta. Вынужденное вскрытие, резекция мочевого пузыря последовала в 7 (13,0%) случаях; вскрытие мочевого пузыря без резекции его стенки – в 2 (3,7%). Перевязка трех пар магистральных сосудов матки, только в 1 случае из 7 сопровождалась кровопотерей не более 1,0 литра. Это те самые 7 пациенток у которых КС проводилось поперечным разрезом по верхнему краю предлежащей плаценты. У 1 из них не отмечалось глубокого инвазивного поражения, не было несостоятельности РНМ, и не потребовалось метропластики. Остальные 6 женщин дали кровопотерю в диапазоне 2,0-3,5 литра: минимальная кровопотеря среди них – 2,0 литра была у 1 женщины, 2,5-3,0 литра – у 3, до 3,5 литров – у 2-х. Из 5 женщин, среди которых проводилась перевязка внутренних подвздошных артерий перед метропластикой и экстракцией плаценты, у 4-х кровопотеря составила: 1800,0мл – у 2-х, 1900,0мл – у 2-х и 2400,0мл – у 1-й. ВКОПА и абдоминальной аорты использовалось у 12 из 54 женщин с наиболее сложным, макроскопически определяемым составом патологии. У 8 из 12 женщин кровопотеря не превышала 1,5 литров, у 4-х – 2,0 литров. Длительность пережатия артериальных магистралей не превышало 35 минут. Наиболее эффективным способом снижения кровопотери в нашем исследовании явился комплексный компрессионный гемостаз по Р.Г. Шмакову [2]. Он использовался у 30 (55,6%) из 54 женщин. Кровопотеря во всех 30 случаях не превышала 1,5 литров: медиана – 1200,0, минимальная кровопотеря 700,0мл, максимальная 1500,0 в единичном случае. Гистерэктомия проведена у 17 (31,5) из 54 женщин.

Из этого числа - у 2 (11,8%), помимо ВПРНМ отмечалось глубокоинвазивное поражение задней стенки НСМ и тела матки. В остальных 37 (68,5%) случаях осуществлялась метропластика, органосохранение. Результаты гистологического исследования показало, что placenta accreta выявлена у 15 (27,8%), placenta increta – у 30 (55,6%), placenta percreta – у 9 (16,7%) женщин из 54. Список послеоперационных осложнений включал: эндометрит – у 2 (3,7%), инфекция мочевых путей – 4 (7,4%), формирование гематом под переходной складкой – у 3 (5,6%). Релапаротомии не было, тромбоемболических осложнений, в том числе связанных с ВКОПА также не было. Материнская смертность отсутствовала, перинатальные потери - 4 (7,4%) случая из 54 в результате: антенатальной гибели плода в сроке 31 неделя беременности – у 1 (1,9%), глубокой недоношенности – у 3 (5,6%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексный компрессионный гемостаз по Р.Г. Шмакову явился наиболее рациональным и перспективным методом кровосбережения, приемлемый среди большинства пациенток с PAS. Временное клеммирование общих подвздошных артерий целесообразно при поражении задней стенки мочевого пузыря. Сохранение матки: при глубокоинвазивном поражении, включая случаи сочетанного повреждения задней стенки НСМ или тела матки, значительной кровопотери до поступления женщины в стационар – не является императивом хирургической тактики. В таких случаях, при отсутствии эндоваскулярных методов управления маточного кровотечения, гистерэктомия является оправданным объемом завершения операции.

УДК: 616.9.036.22

ЗНАЧЕНИЕ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В СВЕРХРАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абдукаримов У.Г.¹, Ихтиярова Г.А.², Саидов Г.Н.¹, Эркинова Ш.Н.²

¹Республиканский филиал специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии,

²Бухарский государственный медицинский институт

XULOSA

Ushbu maqola ko'krak bezi o'smalarini erta aniqlash uchun birlamchi tibbiy yordamda skriningiga bag'ishlangan.

Maqsad: Buxoro viloyatida amalga oshirilgan davlat dasturining pilot loyihasi asosida ko'krak bezi saratonining dastlabki mammografik skriningi natijalarini o'rganish.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдикулов Б.С., Каримов З.Д., Яхшибаев И.Я., Уринов М.А., Машарипов Ш.Х., Ходиева Г.А., Осипова И.Ю. Случаи «near miss» в структуре вращающей плаценты в рубец на матке // Хирургия Узбекистана. – 2020. - № 3. – С. 77-81.
2. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Григорьян А.М. и др. Временная баллонная окклюзия общих подвздошных артерий при осуществлении органосохраняющих операций у пациенток с вращающей плаценты // Акушерство и гинекология.- 2018. - №4. - С. 31-37. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.12.70-5>
3. Шмаков Р.Г., Чупрынин В.Д., Виноцкий А.А. Комплексный компрессионный гемостаз при выполнении органосохраняющего оперативного родоразрешения у пациенток с вращающей плаценты: пат. 2627633 Рос. Федерация: МПК А61В 17/42 (2006.01).
4. Chandraran F., Rao S., Belli A.M., Arulkumaran S. The tripl-P procedure as a conservative surgical alternative to peripartum hysterectomy for placenta percreta. Int. J. Gynaecol. Obstet. 2012; 117: 191-194. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.12.005>
5. Palacios-Jaraquemada J.M., D'Antonio F., Buca D. et al. Systematic review on near miss cases of placenta accreta spectrum disorders: correlation with invasion topography, prenatal imaging, and surgical outcome. J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. 2019; 30: 1–8. <http://dx.doi.org/10.1080/14767058.2019.1570494>

SUMMARY

This article is devoted to breast screening in primary care for the early detection of malignant breast tumors.

Objective: to study the results of preliminary mammographic screening of breast cancer on the basis of a pilot project of the state program implemented in the Bukhara region.

Tadqiqot usullari: Buxoro viloyatida pilot loyiha doirasida 45-60 yoshli ayollar populyatsiyasini skrining mamografik tadqiqoti boshlandi. Barcha bemorlar «Fujifilm Amulet Innovality» asboblari yordamida mamografik tekshiruvdan o'tkazildi. Bemorlarda ko'krak bezi saratoniga shubha qilingan tugunlar topilganda, CORE katta ignali biopsiya yordamida morfologik tekshirish o'tkazildi. Barcha ayollar, istisnosiz, Sonoscope E3 SonoScope S22 asboblari yordamida ultratovush tekshiruvdan o'tdilar.

Natijalar: Buxoro viloyati 40-65 yoshdagi ayollarda skrining mamografiyasi o'tkazilgan. Jami mamografiyadan 23340 nafar o'tkazilgan, shundan 48 bemorda ko'krak bezi saratoni aniqlangan. Bemorlar yoshi va o'sma jarayonining bosqichiga qarab bo'lindi. Barcha bemorlar gistologik tekshiruvdan o'tdilar, kasallikning bosqichiga qarab, jarrohlik va kombinatsiyalangan davolash usuli standartga muvofiq amalga oshirildi.

Kalit so'zlar: ko'krak bezi saratoni, skrining, mamografiya.

Онкологические заболевания остаются серьезной медицинской и социальной проблемой. Среди онкологических заболеваний по-прежнему лидирует рак молочной железы (РМЖ). По данным ВОЗ, в 2018 г. в мире было зарегистрировано более 2 млн новых случаев заболевших РМЖ [7]. В России раком молочной железы страдают 21% женщин от общего числа пациентов с онкологическими заболеваниями. Прирост заболеваемости за последние 10 лет составил 22,1%. При этом доля больных, у которых заболевание обнаружено на ранней стадии опухолевого процесса, остаётся достаточно низкой. На I-II стадии заболевание выявляется у 69,7% пациенток, почти у каждой десятой женщины диагностируется запущенный рак IV стадии, а одногодичная летальность составляет 6,4% [3].

В практику здравоохранения развитых стран мира прочно вошло понятие «скрининг», под которым подразумевается массовое периодическое обследование населения с целью выявления скрыто протекающего онкологического заболевания, например РМЖ. Цель скрининга РМЖ – сократить смертность за счет обнаружения опухоли до клинического ее проявления [6]. Для скрининга РМЖ используется рентгеновская маммография, называемая также скрининговой рентгеновской маммографией, основная цель которой – обнаружение опухоли на этапе непальпируемой опухоли размером до 2 см и сгруппированного скопления полиморфных микрокальцинатов, характерное для неинвазивного РМЖ [9].

Эффективный скрининг заболеваний молочных желез на уровне первичного звена здравоохранения женского населения позволяет диагностировать доброкачественные и злокачественные опухоли на ранних стадиях, что в свою очередь позволяет при своевременном начале лечения полностью избавить пациенток от этого недуга.

Research methods: As part of a pilot project, a screening mammographic study of the female population aged 45-60 years has been launched in the Bukhara region. All patients underwent mammographic examination on the devices - “Fujifilm Amulet Innovation”. When nodular formations with suspected breast cancer were detected in patients, morphological verification was performed by the method of thick-needle “CORE” biopsy. All women, without exception, underwent ultrasound examination using Sonoscope E3 SonoScope S22 devices.

The results: During screening mammography in women of the Bukhara region in the age group of 40-65 years. Mammography was performed on 23,340 women, of whom 48 patients were diagnosed with breast cancer. The patients are divided by age and stage of the tumor process. All patients underwent histological verification, depending on the stage of the disease, surgical and combined treatment was performed according to the standard.

Key words: breastcancer, screening, mammography.

Однако запуск и проведение популяционного скрининга онкологических заболеваний в рамках государственной программы является весьма затратным мероприятием, позволить которое могут не все страны. При более детальном рассмотрении становится очевидным, что страны Западной Европы и Северной Америки начинали скрининговые исследования в 60-70 годах прошлого столетия с пилотных программ в рамках ограниченного контингента населения [4,5,8,10].

В Республике Узбекистан повсеместно маммографический скрининг не осуществляется, но в рамках Постановления Президента в качестве пилотного проекта в Бухарской области начата скрининговая программа среди женского населения области. В Бухарской области маммографический скрининг начал внедряться с апреля 2021 г. Количество стационарных маммографов составило 13, имеются также 2 передвижных мобильных маммографа [1,2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение результатов предварительного маммографического скрининга рака молочной железы на основании пилотного проекта государственной программы, реализуемого в Бухарской области.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С апреля 2021 г. по всем районам Бухарской области начато пилотное скрининговое маммографическое исследование женского населения. За отчетный период через кабинеты маммоскрининга при многопрофильной центральной районной поликлинике прошли 23399 женщин в возрасте 45-60 лет. Всем пациенткам выполнялась маммографическое исследование на аппаратах Fujifilm Amulet Innovality. При обнаружении у больных узловых образований с подозрением на РМЖ выполнялась морфологическая верификация методом толстоигольной CORE-биопсии. Всем женщинам без проводилось ультразвуковое ис-

следование на аппаратах SonoscopeE3 SonoSkopeS22.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Используя все современные методы обследования, стало возможным не только выявлять пациенток на ранних стадиях опухолевого процесса, но и ускорить время обследования и сократить сроки пребывания в лечебных учреждениях без ухудшения качества диагностики.

В группу для скринингового маммографического исследования вошли женщины Бухарской области следующей возрастной группы от 45-50 лет – 11 (24%) 50-55 лет – 7 (35%) 55-60 – 16 (33%) 60-65 лет – 4 (8%).

В рамках проекта группа обследуемых женщин проходят плановое скрининговое маммографическое исследование 1 раз в год в условиях центральной районной поликлиники. Женщинам моложе 40 лет перед маммографией обычно проводят УЗИ молочных желез, при подозрении направляют в маммографический кабинет центральной поликлиники. Больные с подозрением и/или образованием молочных желез для полного комплексного обследования направляются в региональный скрининг-кабинет при онкоцентре.

У больных с невыявленной патологией наблюдения 1 раз в 2 года.

Больные с обнаруженной доброкачественной патологией молочной железы (диффузная или узловая мастопатия, фиброаденома) проходили более углубленное обследование, которое включало пункционную биопсию под контролем УЗИ с цитологическим и гистологическим исследованием.

Пациентки с верифицированным диагнозом злокачественной неоплазии госпитализировали в стационарное отделение регионального онкоцентра.

За период наблюдения у 48 пациенток выявлена злокачественная опухоль молочной железы. Неоплазия I-II стадии обнаружена в 89% случаев, III-IV стадии – в 21%. Распределение женщин по стадиям TNM: T1 – 9 (19%), T2-34 – 70%, T3-4 – 9%, T4 – 1 (2%).

Интерпретация результатов обследования в маммографических кабинетах показала, что преобладают доброкачественные процессы – 47%, диффузная фиброзно-кистозная мастопатия – 23% кисты молочных желез – 12% фиброаденомы – 14%. Непальпируемые доброкачественные новообразования (выявленные при трепанобиопсии) в 7% случаев, РМЖ обнаружен у 0,9% больных.

По результатам анализов маммографии РМЖ (221 женщина) проявлялся как единичное узловое образование в 168 (81,4%), в 2,3% случаев были множественные узловые образования, в 3,8% случаев

узлообразование с микрокальцинатами, в 5% единственным проявлением неоплазмы были микрокальцинаты. У 12 (6%) пациенток выявлено маститоподобная форма рака молочной железы.

CORE-биопсия выполнена всем пациенткам с подозрением на РМЖ и наличием узлового образования. Показаниями к проведению биопсии были наличие объемного узлового образования до 12-15 мм, ограниченное скопление микрокальцинатов, неясная цитологическая картина, недостаточный материал при пункции под контролем УЗИ.

В 52% случаев обнаружен РМЖ. Средний размер опухоли составил 18 мм, минимальный – 6 мм, проявлялся микрокальцинатами. Доброкачественные новообразования по результатам морфологического исследования выявлены у 48% больных. Частой патологией было узловая мастопатия, локальный фиброз, гиперплазия железистой дольки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявление рака молочной железы на ранних стадиях возрастает по мере внедрения в клиническую практику современных комплексных методов исследования. Разработка оптимального многогранного алгоритма в обследовании женского населения первичного звена здравоохранения позволяет своевременно выявлять злокачественные заболевания молочных желез (в том числе непальпируемые) и применять наилучшие способы лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдукаримов У.Г., Г.А. Ихтиярова, Состояние онкологической помощи при раке молочной железы пути ранней диагностики в Бухарской области // Вестн. онкол.: Тез. докл. – Андижан, 2021. – 124 с
2. Абдукаримов У.Г., Мамадалиева Я.С. Эпидемиология первично множественных опухолей // Вестник ТМА. – 2018 г – №5. – 31-34 с.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В. 2017 г стр 113. Москва. Клиническая маммология. Современное состояние проблемы; Под ред. Е.Б. Камповой-Полевой, С.С. Чистякова. – М., 2006. – 512 с
4. Семиглазов В.Ф. // Практ. онкол. – 2010. – Т.11, №2. – 60-65 с.
5. Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В. 2015. – 75 с.
6. Bray F., Ferlay J., 2018, Чойнзонов Е.Л., Писарева Л.Ф. 2018. 253 с.
7. Gotzsche P., Gorgensen K. Screening for breast cancer with mammography // Cochrane colobaration. Cochrane library. – 2013. – P. 1-17.
8. Harvey J. Gard C., Терновой С.К. соав 2016 p 117-119
9. Tabar L., Vitak B., Chen H.H. et al. // Cance. – 2014. – Vol. 91. – P. 1724-1731.

УДК: 618.14-006.36+618.14-006.55]-053.84-08

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ, СОЧЕТАННОЙ С АДЕНОМИОЗОМ

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

¹Ташкентский государственный стоматологический институт,

²Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

Охириги йилларда репродуктив ёшдаги аёлларда бачадон миомасининг аденомиоза бирга қўшилиб келиши кўп учрамоқда.

Тадқиқот мақсади: репродуктив ёшдаги аёлларда биргаликда келган бачадон миомаси ва аденомиозда диеногест ва улипристал ацетат препаратларини комбинацияда қўллашнинг самарадорлигини ўрганиши.

Тадқиқот материали ва усуллари: умумий 165 та бачадон миомаси ва/ёки аденомиозли репродуктив ёшдаги аёллар текширилиб 3 та гуруҳга бўлинди. Барча беморларда аденомиоз ўчоқлари ва миоматоз тугунлар УТТСи ва бачадон артериялари доплерометрияси бажарилди.

Тадқиқот натижалари. Беморлар репродуктив анамнезини текшириш шуни кўрсатдики, барча аёлларда репродуктив йўқотишлар частотаси юқори бўлган. Бачадон миомаси пролифератив тугунлари аниқланганда, аввал улипристал ацетат (5 мг) кунига 1 маҳалдан 84 кун мобайнида қабул қилиб, кейинчалик диеногест (2 мг) 6 ой мобайнида тавсия этилди. Аденомиоз доминантлик қилганда эса аввал диеногест (2 мг) 6 ой мобайнида танаффуссиз, ундан кейин улипристал ацетат 84 кун мобайнида буюрилди.

Хулоса. Даволаш усулини танлаш, авваламбор миоманинг клиник морфологик варианты ва аденомиоз формаси, васкуляризация даражаси, ҳамда эндометрийдagi гиперпластик жараёнлар ривожланганга боғлиқ.

Калит сўзлар: бачадон миомаси, аденомиоз, улипристал-ацетат, диеногест.

Несмотря на большое количество научных исследований, посвященных аденомиозу и миоме матки, этиология и патогенез этих заболеваний до конца не изучены. В последнее время всё чаще диагностируется сочетание данных двух заболеваний [4,6]. На сегодняшний день аденомиоз принято считать эстроген-зависимым заболеванием, для которого характерна инвазия железистого и стромального компонента базального слоя эндометрия в миометрий. В свою очередь, в основе патогенеза миомы матки лежат нарушения синтеза прогестерона, увеличение в миоматозных узлах уровня прогестероновых рецепторов [4,7]. Исследования показали, что при аденомиозе

SUMMARY

Recently, a combination of uterine fibroids and adenomyosis in women of reproductive age has been increasingly diagnosed.

Purpose of the study: to study the effectiveness of preparations dienogest and ulipristal acetate in combination in women with combined pathology of uterine fibroids and adenomyosis.

Material and research methods: 165 women with uterine myoma and / or adenomyosis were examined and divided into 3 groups. All patients underwent ultrasound to determine the location and size of the nodes, determine the presence and degree of adenomyosis, Doppler study of blood flow in the uterine arteries and vessels around and inside the myomatous node with determination of the resistance index (IR).

Research results. Analysis of the reproductive history of the patients showed that in all three groups the frequency of reproductive losses and infertility was high. With the severity of adenomyosis, dienogest was first prescribed, for 6 months in a continuous mode, then Ulipristal acetate. And with a combination of proliferating fibroids with adenomyosis, ulipristal acetate was first prescribed for 84 days, then dienogest was prescribed for 6 months in a continuous mode.

Conclusions. To choose a method of treatment and the selection of drugs, it is important to clarify the clinical and morphological variant of myoma (simple or proliferating node), the features and nature of adenomyosis (focal or diffuse form), the severity of the vascularization process, as well as the presence of hyperplastic changes in the endometrium.

Key words: uterine fibroids, adenomyosis, ulipristal acetate, dienogest.

эндометрий отличается сниженной чувствительностью к прогестерону, что способствует распространению и выживанию эндометриоидных гетеротопий [6]. Заболевания характеризуются идентичными симптомами такими как дисменорея, боли в малом тазу, диспареуния, аномальные маточные кровотечения и бесплодие [5-7].

На сегодняшний день диагностика миомы и аденомиоза не представляет сложностей. Совершенствование ультразвуковой диагностики с доплерометрией позволяет повысить точность диагностирования сочетанной патологии миомы матки и аденомиоза. Эффективность лечения пациенток с

сочетанной формой миомы матки и аденомиоза зависит от определения степени выраженности того или иного заболевания [1,4,6,7].

Одним из ключевых стандартов лечения аденомиоза считается препарат диеногест (ДНГ), который является прогестагеном 4-го поколения с селективной активностью 19-нортестостерона и прогестерона. ДНГ обладает мощной прогестагенной активностью, которая отличает его от других препаратов. Препарату присущи также антиэстрогенные, антипролиферативные, противовоспалительные, антиангиогенные эффекты, он устраняет локальные иммунные нарушения [1,2,5]. ДНГ, как и другие гормональные препараты, не имеет такого побочного действия как дефицит эстрогена, т.е. не вызывает приливы, потерю костной ткани, не повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний. В многочисленных клинических исследованиях показано, что ДНГ в дозе 2 мг/сут успешно купирует боль, вызванную аденомиозом: дисменорею, диспареунию, предменструальную боль и тазовую боль [3,6].

С появлением препарата улипристала ацетат для консервативного лечения миомы матки перечень таких противопоказаний как величина матки более 12 недель беременности, субмукозное расположение узла и его центрипетальный рост, сочетание миомы матки с опухолями яичников, в случае быстрого роста, подозрение на саркоматозное перерождение или нарушение питания узла, менометроррагии, вызывающие тяжелую анемию уменьшился. Улипристала ацетат – селективный модулятор прогестероновых рецепторов (СМПР), при его применении можно использовать различные схемы консервативной медикаментозной терапии [5,6]. В международных исследованиях было доказано, что улипристала ацетат модулирует количество прогестероновых рецепторов, способствуя снижению пролиферативных процессов в миометрии и повышению апоптоза [7].

Таким образом, новым направлением в консервативном лечении миомы матки является применение улипристала ацетата, при аденомиозе – препарата диеногест. Результаты научных исследований этих двух препаратов для лечения миомы и аденомиоза подтверждают его эффективность. Однако сочетанная патология требует более глубокого изучения этиологии и патогенеза в свете новых научных исследований. При сочетанной патологии не разработаны стандарты лечения женщин в зависимости от возраста, особенностей сочетания, выраженность клинических проявлений, роста и пролиферативной активности миоматозных узлов, характер аденомиоза и репродуктивной функции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение эффективности препаратов, содержащих комбинацию диеногеста и улипристала ацетата, у женщин с миомы матки, сочетанной с аденомиозом, и создание алгоритма лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами обследованы 75 женщин с миомой матки, сочетанной с аденомиозом (1-я гр.), 47 женщин с аденомиозом (2-я гр.) и 43 женщины с миомой матки (3-я гр.). Контрольную группу составила 21 здоровая женщина. Исследования проводились на базе кафедры акушерства и гинекологии Ташкентской медицинской академии и в гинекологическом отделении городского родильного комплекса №9. У всех пациенток тщательно собирали репродуктивный анамнез, обследование пациенток включало рутинный общий осмотр, гинекологическое обследование, УЗИ с определением локализации и размера узлов, определением наличия и степени аденомиоза, доплерометрическое исследование кровотока в маточных артериях и сосудах вокруг и внутри миоматозного узла с определением индекса резистентности (ИР).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ репродуктивного анамнеза обследованных пациенток показал, что во всех трех основных группах общее количество беременностей было высоким и варьировало от 1 до 14. Если, в контрольной группе на одну пациентку приходилось 3,1 беременности, то в 1-й, 2-й и 3-й группах их было в 1,5-1,7 раза больше. Однако в контрольной группе беременности завершались родами чаще, чем в 1-й и во 2-й группах в 1,7 раза ($p < 0,001$), и в 1,3 раза чаще, чем в 3-й группе у пациенток с миомой матки. В этих группах частота всех видов репродуктивных потерь (соответственно 49,5, 43,7 и 32%, $p < 0,001$; $p < 0,01$) была значительно выше, чем в контрольной (12,7%).

Одной из основных жалоб у пациенток репродуктивного возраста с миомой матки и аденомиозом было бесплодие, продолжительность которого составляла от 2-х лет до 17 лет. Среди пациенток с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза бесплодие выявлено у 15. В 1-й группе первичное бесплодие наблюдалось у 11 (73,3%) обследованных, вторичное – у 6 (40%), во 2-й группе – соответственно у 1/3 и у 63,6% – вторичное бесплодие. Несколько реже (в 1,4-1,5 раза) бесплодие выявлялось в 3-й группе пациенток с миомой. Как и во 2-й группе с аденомиозом, у женщин с миомой матки вторичное бесплодие (66,7%) встречалось чаще, чем первичное (33,3%). Помимо бесплодия, у 52 (69,3%) обследованных пациенток 1-й группы имелись нарушения менструального цикла, альгоменорея – у 49 (65,3%), диспареуния – у 33 (44,0%). 31 (65,9%) пациентка 2-й группы отмечала альгоменорею, 20 (42,6%) – нарушения менструального цикла и 14 (29,8%) – диспаниурию.

Лечение проводилось в зависимости от выявленной патологии. Нами разработан алгоритм лечения женщин репродуктивного возраста с сочетанной патологией матки, согласно которому при выраженности аденомиоза сначала назначали диеногест в течение 6 месяцев в непрерывном режиме, затем улипристала ацетат. При сочетании пролиферирующей миомы с аденомиозом сначала назначали улипри-

стала ацетат в течение 84 дней, затем диеногест на 6 месяцев в непрерывном режиме. Через 6-8 месяцев у 112 (81,2%) нормализовался цикл, исчезли боли. У четверти больных после окончания лечения наступила беременность.

Таким образом, высокая частота сочетания миомы матки и аденомиоза крайне негативно влияет на репродуктивную и менструальную функции, снижает качество жизни пациенток. Для выбора метода лечения и подбора препаратов важно уточнить клинико-морфологический вариант миомы (простой или пролиферирующий узел), особенности и характер аденомиоза (очаговая или диффузная форма), выраженность процесса васкуляризации, а также наличие гиперпластических изменений эндометрия. Это позволяет правильно подобрать эффективный курс лечения, особенно при сочетанной форме заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов А.И., Пашков В.М., Шахламова М.Н. Аденомиоз: новый взгляд на старую проблему // *Вопр. гинекол., акуш. и перинатол.* – 2016. – Т. 5, №2. – С. 59-66.
2. Унанян А.Л., Сидирова И.С., Коган Е.А. и др. Эндометриоз, аденомиоз, хронический эндометрит: клинико-патогенетические взаимоотношения и репродуктивные неудачи // *Акуш. и гин.* – 2018. – №10. – С. 136-140.
3. Хилькевич Е.Г., Лисицына О.И. Современные аспекты лечения эндометриоза. Применение диеногеста // *Мед. совет.* – 2017. – №13. – С. 54-56.
4. Шрамко С.В., Гуляева Л.Ф., Баженова Л.Г., Левченко В.Г. Миома матки и аденомиоз: молекулярная характеристика по экспрессии генов стероидных рецепторов // *Акуш. и гин.* – 2018. – №4. – С. 58-63.
5. Manta L., Suci N., Toader O. et al. The etiopathogenesis of uterine fibromatosis // *J. Med. Life.* – 2016. – Vol. 9, №1. – P. 39-45.
6. Soeda S., Hirajawa T., Takata M. et al. Unique learning system for uterine artery embolization for symptomatic myoma and adenomyosis for obstetrician and gynecologists in cooperation with interventional radiologists: evaluation of UAE from the point of view of gynecologists who perform UAE // *J. Min. Inv. Gynecol.* – 2018. – Vol. 25, №1. – P. 84-92.
7. Vlahos N.F., Theodoridis T.D., Partsinevelos G.A. Myomas and Adenomyosis: Impact on Reproductive Outcome // *Biomed. Res. Int.* – 2017. – Vol. 2017.

УДК: 618.173:616.13-004.6:615.322

НЕГОРМОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Агабабян Л.Р., Ахмедова А.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт

ХУЛОСА

Эндометриозли аёлларда менопаузал касалликларни даволаш усулларини такомиллаштириши энг долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

Мақсад. Эндометриозли аёлларда психо-эмоционал климактерик бузилишларни тuzатиши усулларини такомиллаштириши.

Тадқиқот материали. Менопаузал давринг гипоэстрогеник ҳолатига боғлиқ шикоятлар билан, эндометриоз таиҳиси билан 45-55 ёшдаги гинекологик ёрдам сўраган 142 нафар аёл текширувдан ўтказилди.

Олинган натижалар. Менопаузал синдроми таркибий қисми сифатида психо-эмоционал аломат комплекси частотаси, эндометриоз сабабли жарроҳлик амалиётини ўтказган беморларга, жарроҳлик ўтказмаган беморларга нисбатан 3,5±4,7 йил олдин беморларда кузатилди.

Хулоса. Эндометриоз учун жарроҳлик ўтказган аёлларда гормонал бўлмаган дори атипик нөро-

SUMMARY

Improving the methods of treatment of menopausal disorders in women with endometriosis remains one of the most urgent problems.

Objective. To improve the methods of correction of psycho-emotional climacteric disorders in women with endometriosis.

The research material. 142 women aged 45-55 years with a diagnosis of endometriosis who sought gynecological help with complaints related to the hypoestrogenic state of the menopausal period were examined.

Results. The frequency of psychoemotional symptom complex as a component of menopausal syndrome was observed in patients after laparotomy, removal of the uterus with appendages 3.5±4.7 years earlier than in patients who did not undergo surgery.

Conclusions. The combination of standard menopausal hormone therapy with the non-hormonal drug atypical neuroleptic sulpiride in women who have undergone surgery for endometriosis effectively relieves the

лептик сулпириде билан standart менопаузал гормон даволаш уйғунлиги самарали ҳолларда 84.9% менопаузал синдроми аломатларини енгиллаштиради.

Калит сўзлар: эндометриоз, менопаузал син-

дром, гормонал бўлмаган даволаш усуллари. *symptoms of menopausal syndrome in 84.9% of cases.*

Key words: endometriosis, menopausal syndrome, non-hormonal correction.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Во всем мире проводятся широкомасштабные исследования для оптимизации процесса оценивания характеристики климактерического периода у женщин с эндометриозом [1; 3]. В связи с этим особое внимание уделяется частоте встречаемости психо-эмоциональных у женщин с эндометриозом, состоянию здоровья и распространенности гинекологических заболеваний в зависимости от выработки гонадотропных и половых гормонов у женщин на фоне эндометриоза [3;5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Усовершенствовать методы коррекции психо-эмоциональных климактерических нарушений у женщин с эндометриозом.

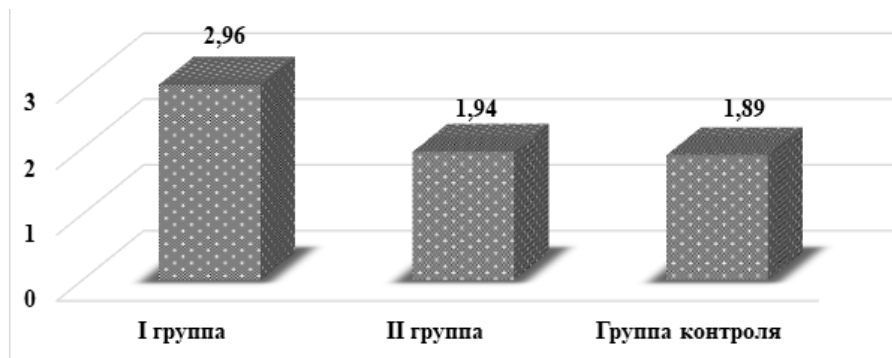
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были обследованы 142 женщины в возрасте 45–55 лет с диагнозом эндометриоз, обратившихся за ги-

некологической помощью с жалобами, связанными с гипоэстрогенным состоянием климактерического периода. На втором этапе исследования эти пациенты были разделены на 3 группы: в I-ой группе - 59 женщин (оперированные по поводу эндометриоза). Во II-ой группе - 48 женщин (неоперированные по поводу эндометриоза). III-контрольную группу составили n-35 здоровых женщин перименопаузального возраста без эндометриоза. Метод исследования - ретроспективный анализ специально структурированного опроса, предложенного в форме анкеты SF-36, заполняемой вручную, и в виде компьютерной анкеты в формах GoogleForms.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Частота возникновения психоэмоционального симптомокомплекса как компонента КС наблюдалась у пациенток после лапаротомии, удаление матки с придатками КС на 3,5±4,7 года раньше, чем у пациенток, не перенесших операции (см. рис.).



Временная градация первых признаков климактерического синдрома.

На фоне относительного гипоэстрогенного состояния, наблюдаемого у женщин I группы, выраженность КС более заметна, чем у пациенток II группы (пациенток, не оперированных по поводу эндометриоза), психоэмоциональные расстройства выявлялись в группах, соответственно: I - 84,2%; II - 66,6%; III - 22,3% (p> 0,005). Следующим шагом в нашем исследовании было определение и реализация лечебных мероприятий, основанных на частоте встречаемости и клинических проявлениях КС у женщин в перименопаузе с эндометриозом, тяжести индекса Купермана и результатах дополнительных, лабораторных исследований. Мы обследовали 142 женщины и разделили их на 3 группы (см. таблицу).

Особенности терапии климактерического синдрома у женщин с эндометриозом в перименопаузе

№	Группы	Препараты	Степень тяжести	До лечения	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
1.	I группа	МГТ (n-35)	лёгкая	22,16±1,94	19,1±1,55	14,23±1,2
		Сулпирид (n-24)	средняя	25,21±1,73	23,22±1,38	17,24±1,33
2.	II группа	Диеногест (n-48)	лёгкая	41,33±2,94	31,56±2,86	20,15±1,45
			средняя	43,23±2,72	38,34±2,11	23,45±1,75
3.	Контрольная группа	(n-35)	лёгкая	21,22±2,12	22,83±1,43	14,56±1,49

Выбор терапии определялся наличием показаний или противопоказаний к МГТ и наличием вазомоторных симптомов, требующих коррекции, при наличии

противопоказаний к традиционной МГТ и отказе от приема гормонсодержащих препаратов, применяли малый атипичский нейролептик, действующее ве-

щество-сульпирид 100 мг (Просульпин), один раз в день до 16 часов дня, на протяжении 1, 3, 6 месяцев.

ВЫВОДЫ

Таким образом, действие атипичных нейролептиков и эстрогенов нестероидной структуры эффективно облегчает симптомы патологического КС у больных с эндометриозом. Комбинация стандартной менопаузальной гормональной терапии с негормональным препаратом атипичным нейролептиком сульпиридом у женщин, перенесших операцию по поводу эндометриоза, эффективно купирует симптомы климактерического синдрома в 84,9% случаев ($p > 0,005$).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алиева Д.А., Аскарлова З.З., Каримова Г.С. Значение гистероскопии в диагностике аномальных маточных кровотечений в перименопаузе // Воп-

росы науки и образования. – 2020. – №. 37 (121).

2. Алайя Л., Алайя Л. Оптимизация ведения женщин в перименопаузе при пролапсе тазовых органов дис. – 2016.
3. Алиани Р., Хуваджа Б. Эпидемиология послеродовой депрессии в Пакистане: обзор литературы // Национальный журнал медицинских наук. - 2017. - Т. 2. - С. 24-30.
4. Азизходжаева Н.А. Состояние клеточного иммунитета женщин с наружно-генитальным эндометриозом // Врач-аспирант. – 2010. – Т. 43. – № 6.1. – С. 154-158.
5. Асатова М.М., Максудова Н.М. Сравнительное изучение эффективности гестагенов у женщин фертильного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия и метаболическими нарушениями // Врач-аспирант. – 2010. – Т. 39. – № 2. – С. 77-81.

УДК: 618.333.4

ОЦЕНКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ИНТЕГРИН АЛЬФА-2 (ГЛИКОПРОТЕИН IA/IIA ТРОМБОЦИТОВ PLAII) (ITGA2) У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА

Аслонова М.Ж.¹, Ихтиярова Г.А.², Мавлянова Н.Н.²

¹Бухарский государственный медицинский институт,

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

ХУЛОСА

Мақолада ҳомила ўсишини чегараланиш синдроми бўлган ҳомиладор аёлларда интегрин альфа-2 (тромбоцитлар гликопротеин Ia/Ia) (ITGA2) генининг полиморфизмини молекуляр генетик тадқиқоти келтирилган.

Тадқиқот мақсади. Бухоро вилояти ўзбек аҳолисида ҳомиладорликнинг физиологик кечиши ва ҳомила ўсишини чегараланиш синдроми бўлган аёлларда интегрин алфа-2 (тромбоцитлар гликопротеин Ia/Ia) (ITGA2) ген полиморфизми ассоциациясининг аниқланишини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари. 80 нафар 8-36 ҳафталик муддатдаги ҳомиладор аёллар текширилди: ҳомила ўсишдан қолиш синдроми бўлган 40 ҳомиладор аёл ва физиологик ҳомиладорлик билан 40 аёллар текширилди.

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, ITGA2- $\alpha 2$ генининг номаъқул аллели T ва C/T полиморфизми ассоциацияси Ўзбекистонда ҳомила ўсиши чегараланиши синдромина ривожланишида хавф кўрсаткичга эга эмаслиги ифодаланди ($\chi^2 < 3.8$; $P > 0.05$).

Калим сўзлар: ҳомила ўсишини чегараланиш синдроми, эндотелиал тизим гени, ITGA2 ген.

SUMMARY

The article presents a molecular genetic study of the polymorphism of the integrin alpha-2 (platelet glycoprotein Ia/Ia) (ITGA2) gene in pregnant women with fetal growth restriction syndrome.

The aim of the study Evaluation of the detectability of the association of the integrin alpha-2 (platelet glycoprotein Ia/Ia) (ITGA2) gene polymorphism in women with the physiological course of pregnancy and fetal growth restriction syndrome in the Uzbek population of the Bukhara region.

Materials and methods. 80 pregnant women were examined at the gestation period from 8-36 weeks: 40 pregnant women with fetal growth restriction syndrome and 40 women with physiological pregnancy.

The results of the study showed that the functionally unfavorable T allele and the association of polymorphism of the genotype C / T polymorphism of the ITGA2- $\alpha 2$ gene is not a significant determinant of an increased risk of developing SORP in Uzbekistan ($\chi^2 < 3.8$; $P > 0.05$).

Key words: fetal growth restriction syndrome, endothelial system gene, ITGA2 gene

Синдром ограничения роста плода (СОРП) является причиной перинатальной заболеваемости и смертности, риска внезапной младенческой смертности во всем мире, представляя проблему для здравоохранения в целом [1]. В соответствии с показателями статистики Всемирной организации здравоохранения, число новорожденных с синдромом ограничения роста плода варьирует в диапазоне от 31,1% в странах Центральной Азии до 6,5% в развитых странах Европы. В США СОРП отмечается в 10-15% родов, при этом признаки перинатальной гипоксии встречаются у 30% детей с диагнозом СОРП. В Узбекистане этот синдром отмечается с частотой 3,4-18% случаев по данным различных авторов.

Согласно литературным данным при изучении этиологии и патогенеза СОРП необходимо учитывать генетические факторы предрасположенности, которые обуславливают возникновение ряд патологических состояний при взаимодействии со средовыми факторами, характеризующиеся иммунологическими нарушениями, эндокринопатиями, нарушением эндотелиальной системой, в частности с тромбофилией и др. [1,3,5].

В возникновении СОРП определенную роль играют ассоциации полиморфизмов генов факторов и компонентов системы гемостаза, приводящие к нарушению функциональной активности. Однако данные разных авторов существенно противоречивы. Так, одни исследователи установили ассоциацию между риском ПР и наличием у пациентки фактора V свертывания крови [2,4]; а по данным других авторов, связь между полиморфизмом генов, определяющих тромбофилию, и риском ПР отсутствует [5].

Несмотря на изученность некоторых генов, ассоциированных с механизмом развития синдромом ограничения роста плода, проблема это диктует необходимость проведения дальнейших, в том числе и генетических исследований для наиболее эффективной диагностики и прогноза развития данной патологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка выявляемости ассоциации полиморфизма гена интегрин альфа-2 (гликопротеин Ia/IIa тромбоцитов) (ITGA2) системы гемостаза у женщин с физиологическим течением беременности и синдромом ограничения роста плода (СОРП) в узбекской популяции Бухарской области.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 80 беременных женщин в сроки гестации 8-36 недель. Основную группу составили 40 беременных с СОРП, в том числе I степени тяжести – у 4 (10%), II степени – у 21 (52,5%), III степени – у 15 (37,5%). В контрольную группу включены 40 женщин с физиологическим протекающей беременностью и своевременными родами, наблюдавшиеся с ранних сроков гестации в женских консультациях и госпитализированных в акушерский стационар г. Бухары. Возраст женщин основной группы – от 17 до 36 лет (средний возраст 22,5±1,8 года), контрольной – от 16 до 38 лет (23,2±1,4 года, $p>0,05$). По паритету пациентки двух групп были сопоставимы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У больных основной группы имелся отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез. Из экстрагенитальных заболеваний у 14 (34,2%) больных основной и у 11 (28,8%) – контрольной группы имелись сердечно-сосудистые заболевания. Заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта страдали соответственно 11 (28,5) и 14 (34,3) пациенток. Нейроэндокринные нарушения имели место у 15 (37,1) и 14 (34,3) обследованных.

Течение настоящей беременности осложнилось угрозой ее прерывания в I и II триместрах (53,6%, $p=0,026$); гестационной артериальной гипертензией (12,2% $p=0,010$); развитием плацентарных нарушений (100,0%, $p=0,000$).

Данные о частоте выявления полиморфизма C/T гена ITGA2- $\alpha 2$ у беременных представлены в таблице 1.

Таблица 1

Частота распределения генотипов полиморфизма C/T гена ITGA2- $\alpha 2$ (PLAII) в группах беременных с СОРП и без него, абс. (%)

Группы		Частота аллелей				Частота распределение генотипов					
		C		T		C/C		C/T		T/T	
		n*	%	n*	%	n	%	n	%	n	%
1	Контрольная группа Беременные без СОРП n=40 (80)	77	96,3	3	3,75	37	92,5	3	7,5		
2	Беременные с СОРП n=40 (80)	76	95,0	4	5	36	90,0	4	10		

Примечание. * – число обследованных пациенток.

Как видно из таблицы 1, при распределении аллелей полиморфизма C/T гена ITGA2- $\alpha 2$ у беременных с физиологическим течением благоприятный аллель C выявлен в 92,5% случаев (37/40), тогда как неблагоприятный аллель T – в 7,5% (3). А в группе беременных с СОРП выявляемость благоприятного аллеля C составила 95% случаев (38/40), а мутантно-

го аллеля T – 5% (4).

В контрольной группе беременных ассоциация полиморфизма благоприятных генотипов C/C составила 92,5% (37/40), гетерозиготных генотипов C/T – 7,5% (3/40), что в 12,3 раза меньше ($p<0,05$). в группе беременных с СОРП выявляемость ассоциации полиморфизма благоприятных генотипов C/C составила

90% (36/40), а гетерозиготных вариантов генотипов С/Т – 10% (4/40). Полученные данные свидетельствуют о том, что гетерозиготный вариант С/Т встречался в 1,3 раза, чем в контрольной группе.

Анализ результатов молекулярно-генетических исследований показал, показатель ассоциации полиморфизма С/Т гена ITGA2- α 2 с риском развития син-

дрома ограничения роста плода носит недостоверный характер ($\chi^2=0,2; P=0,7$). То есть, согласно предварительным данным, функционально неблагоприятный аллель Т полиморфизма С/Т гена ITGA2- α 2 не является значимым детерминантом повышенного риска развития синдрома ограничения роста плода в популяции Бухарской области ($p>0,05$).

Таблица 2

Ожидаемая и наблюдаемая частота распределения генотипов по РХВ полиморфизма С/Т гена ITGA2- α 2 в группах беременных без СОРП

Генотипы	частота генотипов		χ^2	P
	наблюдаемая	ожидаемая		
С/С	92,5	92,64	0,0	0,6
С/Т	7,5	7,2	0,004	
Т/Т	0,0	0,14,4	0,056	
Всего	100,0	100,0	0,060	

При этом отмечается слабая тенденция к увеличению частоты генотипа Т/Т полиморфизма С/Т гена ITGA2- α 2 в группе беременных с СОРП по сравнению с группой беременных без СОРП.

Согласно данным таблицы 2, выявлена недо-

стоверная различия между ожидаемой и наблюдаемой частотами генотипов полиморфизма С/Т гена ITGA2- α 2. Наблюдаемые частоты генотипов соответствуют теоретически ожидаемым и находятся в равновесии Харди – Вайнберга.

Таблица 3

Ожидаемая и наблюдаемая частота распределения генотипов по РХВ полиморфизма С/Т гена ITGA2- α 2 в группах беременных СОРП

Генотипы	частота генотипов		χ^2	P
	наблюдаемая	ожидаемая		
С/С	90,0	90,25	0,0	0,7
С/Т	10,0	9,5	0,01	
Т/Т	0,0	0,254	0,1	
Всего	100,00	100,00	0,1	

Согласно данным таблицы 3, отмечается не очень высокий индекс гетерозиготного дефицита ($D=-0,1$). Выявлено незначимое отклонение наблюдаемого распределения генотипов от ожидаемого при РХВ полиморфизма С/Т гена ITGA2- α 2 за счет недостатка количества гетерозигот в основной группе пациенток.

ВЫВОДЫ

1. Ассоциация полиморфизма С/Т гена ITGA2- α 2 с риском развития синдрома ограничения роста плода недостоверная ($\chi^2=0,2; p=0,7$).

2. Предварительный анализ результатов молекулярно-генетических исследований показывает о том, что функционально неблагоприятный аллель Т и ассоциация полиморфизма генотипа С/Т полиморфизма гена ITGA2- α 2 не является значимым детерминантом повышенного риска развития СОРП в Узбекистане ($\chi^2<3,8; p>0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аслонова М.Ж., Ихтиярова Г.А., Хафизова Д.Б., Мирзоева М.Р. Микробиологическая и гормо-

нальная характеристика формирования неразвивающейся беременности // Фундаментальные и практические вопросы иммунологии и инфектологии. Сб. науч. статей участников междунар. науч.-практ. конф. – Уфа, 2018. – С. 9-15.

2. Дустова Н.К., Ихтиярова Г.А., Аслонова М.Ж. Роль инфекционных факторов при синдроме потери плода // Тиббиётда янги кун. – 2020. – №1 (30/2). – С. 116-119.

3. Ихтиярова Г.А., Аслонова М.Ж., Дустова Н.К. Ранние маркеры синдрома ограничения роста плода // Репрод. мед. – 2020. – №3. – С. 48-51.

4. Ikhtiyarova G.A., Tosheva I.I., Aslonova M.J., Dustova N K. Prenatal rupture of amnion membranes as a risk of development of obstetrics pathologies // Europ. J. Mol. Clin. Med. – 2020. – Vol. 7, №7. – P. 530-535.

5. Mavlyanova N.N, Ixtiyarova G.I, Tosheva I.I. et al. The State of the Cytokine Status in Pregnant Women with Fetal Growth Retardation // J. Med. – Clin. Res. Rev. – 2020. – Vol. 4, №6. – P. 1-4.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПОД РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Ловис Аттила Майор, Жуманиязов К., Юсупова Ш., Жаббаров Р.,
Майборода Иванна Майор, Саидмаматов О.
Фрибургский кантональный госпиталь, Швейцария,
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
Ургенчский государственный университет

XULOSA

Covid-19 bilan kasallangan, operatsiyaga muhtoj bemorlar, regionar og`riqsizlantirishdan farqli o`laroq, umumiy og`riqsizlantirishda Covid-19 asoratlari xavfiga duchor bo`lishadi. Covid-19 (3 oydan - 1 yilgacha) ning uzoq muddatli isbotlangan asoratlari: o`pka fibrozi, bronxit, surunkali o`pka etishmovchiligi, miokardit, aritmiya va surunkali yurak etishmovchiligi, jigar va buyraklarning shikastlanishi, asab tolalarining demiyelinizatsiyasi, aqliy zaiflik, depressiya va psixoz. Covid-19 asoratlari rivojlanish xavfi haqidagi xalqaro adabiyotlar qidirildi. Laparoskopik jarrohlikka oid 3 ta mavzu ko`rib chiqildi: 1) laparoskopiya yutuqlari; 2) umumiy og`riqsizlantirishga nisbatan regionar og`riqsizlantirishning afzalliklari; 3) Covid-19 pandemiyasida regionar og`riqsizlantirish orqali laparoskopiya qilishning maqsadga muvofiqligi.

Usullari: Mualliflar laparoskopik jarrohlik, ginekologiya, og`riqsizlantirish va Covid-19 haqidagi referatlar va to`liq matnli maqolalarni ko`rib chiqishdi. PubMed, Embase, Cochrane kutubxonalarida chop etilgan va 2021 yil 1 -fevraldan oldin Google Scholar -da topilgan tadqiqotlar olingan va tahlil qilingan.

Natijalar: Hammasi ingliz tilida yozilgan 83 ta tadqiqot kiritilgan. Ginekologiyada va umumiy jarrohlikda mintaqaviy behushlikda laparoskopiya bo`yicha 17 ta tadqiqotni topish mumkin. Covid davrida faqat bitta tadqiqot umumiy og`riqsizlantirish ostidagi laparoskopik jarrohlikni laparotomiya bilan, boshqasini esa umumiy og`riqsizlantirishdagi laparotomiyani regionar og`riqsizlantirish bilan solishtirdi. Laparoskopiya Covid pandemiyasida laparotomiyaga qaraganda hech qanday kamchilik ko`rsatmadi va boshqa tadqiqotda umumiy og`riqsizlantirishdagi laparotomiya o`limning yuqori darajasi va o`pka asoratlari bilan bog`liq edi. Trendelenburg pozitsiyasi, agar tajribasiz xodimlar tomonidan ishlatilsa, xavf tug`dirishi mumkin va nafas olish organlarining behushlik qilishiga olib kelishi mumkin. Boshqa tomondan, Trendelenburg pozitsiyasi yurak-qon tomir va o`pka funksiyalari uchun afzalliklarga ega. CO₂ bosimi past bo`lgan pnevmoperitoneum bemorlar tomonidan yaxshi qabul qilinadi.

Xulosa: Covid-19 pandemiyasida intubatsion og`riqsizlantirishdan qochishning ilojini toppish kerak.

SUMMARY

Background: Patients infected with Covid-19 needing surgery are at risk for Covid-19 complications in general anesthesia in contrast to regional anesthesia. Proved long-term complications of Covid-19 (3 months – 1 year) were reported to be: fibrosis of the lungs, bronchitis, chronic pulmonary failure, myocarditis, arrhythmias and chronic heart failure, liver and kidney damage, demyelination of nerve fibers, cognitive impairment, depression and psychosis. International literature on the risk of Covid-19 complications development was searched. 3 topics concerning laparoscopic surgery were reviewed: 1) Achievements in laparoscopy; 2) Advantages of regional anesthesia compared to general anesthesia; 3) Feasibility to perform laparoscopy in regional anesthesia in Covid-19 pandemic.

Methods: The authors reviewed abstracts and full-text articles concerning laparoscopic surgery, gynecology, anesthesia and Covid-19. Studies published in PubMed, Embase, Cochrane Library and found in Google Scholar before 1st FEB, 2021 were retrieved and analyzed.

Results: A total of 83 studies were included, all of them written in English. 17 studies could be found in gynecology and in general surgery about laparoscopy in regional anesthesia. In Covid time only one study compared laparoscopic surgery in general anesthesia to laparotomy and another study laparotomy in general anesthesia to regional anesthesia. Laparoscopy showed no disadvantage compared to laparotomy in Covid pandemic and in another study laparotomy in general anesthesia was associated with higher mortality and more pulmonary complications. Trendelenburg position can be a threat if used by inexperienced personnel and can induce unintended anesthesia of breathing organs. On the other hand Trendelenburg position has advantages for cardiovascular and pulmonary functions. Pneumoperitoneum of low CO₂ pressure is well tolerated by patients.

Conclusions: Intubation anesthesia in Covid-19 pandemic is as far as possible to be avoided. In Covid-19 pandemic, regional anesthesia is the preferred choice. The optimum may be the combination of laparoscopic surgery with regional anesthesia. Reducing the pneumoperitoneum is a good compromise for the comfort of pa-

Covid-19 pandemiyasida regional og`riqsizlantirish afzalroqdir. Laparoskopik jarrohlikning regional og`riqsizlantirish bilan kombinatsiyasi eng maqbul bo`lishi mumkin. Pnevmooperitoneumni kamaytirish bemorlar va jarrohlarning qulayligi uchun yaxshi murosadir. Alohida holat - ginekologiya, uni tos a`zolarining bo`shatilishi uchun Trendelenburg holatida bajarish kerak.

Kalit so`zlar: laparoskopiya, jarrohlik, ginekologiya, umumiy va regional og`riqsizlantirish, spinal og`riqsizlantirish, Covid-19 asoratlari.

Лапароскопическая хирургия стала первым выбором в абдоминальной и гинекологической хирургии благодаря меньшей инвазивности, лучшему обзору и более короткому времени восстановления. Стандартной анестезией при лапароскопии является общий наркоз. Однако из-за осложнений, вызванных инфекцией COVID-19, в неспециализированных центрах следует избегать общей анестезии с интубацией. Если в экстренной ситуации требуется операция, ее следует проводить под нейроаксиальной регионарной анестезией, такой как спинальная или перидуральная анестезия. Регионарная анестезия применяется в качестве рутинной процедуры в абдоминальной хирургии с разрезом по Пфанненштилю в нижней части живота и при вагинальной хирургии. Примером лапаротомии при регионарной анестезии является кесарево сечение, а при вагинальной хирургии – гистерэктомия. Некоторые экстренные операции, такие как внематочная беременность или аппендицит, проводятся только абдоминальным путём. Во многих центрах стандартом стала лапароскопическая хирургия под общей анестезией. Кроме того, гинекологическая лапароскопическая операция проводится в положениях Тренделенбурга, чтобы освободить тазовые органы для лучшего обзора. Была продемонстрирована и опубликована возможность лапароскопической хирургии под регионарной анестезией.

В отношении практики регионарной анестезии во время пандемии COVID-19 Urral и соавт. опубликовали заявление Американского общества региональной анестезии и медицины боли и Европейского общества региональной анестезии и терапии боли [1,2]. В этом документе представлены научно обоснованные практические рекомендации по безопасному выполнению регионарной анестезии во время пандемии COVID-19. Рекомендуется, чтобы регионарная анестезия при отсутствии противопоказаний была предпочтительнее общей анестезии при пандемии COVID-19 [3]. В систематическом обзоре частота послеоперационной пневмонии у пациентов, перенесших спинальную или эпидуральную анестезию (ЭА), была ниже (отношение шансов 0,63), чем у пациентов, перенесших общую анестезию [4].

Недавно были получены новые данные, противоречащие тому, что при пандемии COVID-19 лапароскопические операции выполняться не должны [5-7]. Лапароскопия имеет много преимуществ в

tients and surgeons. A special case is gynecology, which needs to be performed in Trendelenburg position to free pelvic organs.

Key words: laparoscopy, surgery, gynecology, general anesthesia, regional anesthesia, spinal anesthesia, Covid-19 complications.

пользу защиты от передачи коронавируса, если будут предприняты определенные меры. Лапароскопия под регионарной анестезией предотвращает COVID-19 четырьмя способами: как минимально инвазивная процедура она снижает риск заражения вирусом кровью, снижает риск передачи аэрозоля через верхние дыхательные пути, сокращает время пребывания в больнице по сравнению с лапаротомией и, тем самым, снижает риск заражения и избавляет от необходимости в седативных и снотворных средствах во время этой пандемии, когда имеется нехватка анестетиков и материалов для интенсивной терапии [6]. В обновленных рекомендациях Общества американских гастроэнтерологов и эндоскопических хирургов и Европейской ассоциации эндоскопической хирургии говорится о теоретическом риске передачи коронавируса медицинским работникам: «Хотя предыдущие исследования показали, что лапароскопия может привести к аэролизации крови, передаваемой через кровь вирусов, нет никаких доказательств того, что этот эффект наблюдается при COVID-19, и он не будет изолирован при процедурах минимально инвазивной хирургии (MIS) [8]. В случае передачи вируса через дым лапароскопия не более опасна, чем открытая операция.

Это подтверждается недавним исследованием Yokoe и соавт., которые исследовали коронавирус в хирургическом дыме, образовавшемся от ткани, надрезанной электрокаутерным скальпелем [9]. Вирус можно было обнаружить в хирургическом дыме, но он не смог вызвать инфекцию в культивируемых клетках. Было замечено также, что хирургические маски уменьшили вирусную РНК, обнаруженную с помощью ПЦР, на 99,80%. Следовательно, фильтрация дыма с помощью хирургических масок обеспечивает достаточную защиту от коронавируса при соблюдении других мер, таких как удаление дыма путем аспирации во время операции и при удалении троакаров, выполнение операций при низком давлении пневмоперитонеума и точная работа с эффективным и чистым электрокоагуляционным скальпелем [5,6]. Из-за небольшого размера SARS-CoV-2 профессиональные устройства, способные эффективно фильтровать этот вирус из дыма, к сожалению, коммерчески недоступны [5]. Но в этом нет необходимости, если строго соблюдаются простые меры [5,6]. Однако с целью безопасности хирургические

вмешательства пациентам с COVID-19 следует проводить только в экстренных случаях в специализированных центрах, а плановые операции откладывать.

Спорный вопрос, следует ли ограничивать пациентов с бессимптомным положительным коронавирусом в отношении хирургического вмешательства. Сообщалось, что только пациенты с симптомами коронавируса, перенесшие хирургическое вмешательство, были связаны с заболеваемостью и смертностью [10]. Также не было обнаружено различий в осложнениях у пациентов, перенесших аналогичные лапароскопические вмешательства во время пандемии COVID, по сравнению с пациентами до пандемии [11]. Если медицинский персонал примет меры предосторожности и хорошо проверит показания, лапароскопическая хирургия в сочетании с регионарной анестезией может стать новым стандартом, как при кесаревом сечении. Регионарная анестезия при кесаревом сечении при пандемии COVID выгодна как для пациентов, так и для медицинского персонала. Он защищает их от воздействия аэрозоля и передачи коронавируса, в отличие от общей анестезии с интубацией. Для пациента это предотвращает респираторные проблемы, наблюдаемые при интубации и вентиляции, и возможное ухудшение COVID-19 [12,13].

Целью данного обзора является анализ результатов лапароскопии под регионарной анестезией до и во время пандемии COVID-19.

ДОСТИЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЛАПАРОСКОПИИ

Лапароскопия начала применяться в середине 50-х годов XX столетия, когда гинекологи открыли эту технику как безопасный метод диагностики тазовой боли, который сокращает время пребывания в больнице и уменьшает боль после операции. Таким образом, лапароскопия научно продемонстрировала преимущество в виде уменьшения послеоперационной боли, интраоперационного кровотечения, улучшения косметических показателей, более быстрого возвращения к нормальному образу жизни, сокращения продолжительности пребывания в больнице, что привело к общему снижению медицинских затрат, меньшему количеству послеоперационных легочных осложнений, послеоперационной раневой инфекции, уменьшению частоты нарушения обмена веществ и улучшению послеоперационной респираторной функции [1].

Технологические достижения в оптике, освещении, видеотехнологиях и инструментах еще больше расширили границы от диагностики до оперативной лапароскопии. Поскольку список лапароскопических процедур расширяется, большинство обычных хирургических вмешательств на органах брюшной полости или малого таза можно выполнять с помощью минимально инвазивного доступа с использованием лапароскопа. Современная лапароскопическая хирургия постоянно развивается, и стала основой

оперативного управления в гинекологии и хирургии в центрах с соответствующим оборудованием и обучением. В настоящее время лапароскопические операции, такие как перевязка маточных труб, хирургия придатков, миомэктомия, гистерэктомия, аппендэктомия, холецистэктомия, операции на кишечнике и даже в случаях рака, становятся надежной альтернативой классическим лапаротомиям. Более короткое пребывание в больнице и быстрое восстановление положительно сказываются на качестве жизни пациентов, поскольку они быстро возвращаются к обычному образу жизни [2].

Лапароскопические процессы часто выполняются под общей анестезией (ГА) с использованием эндотрахеальной интубации для предотвращения аспирации, респираторного дистресса, дискомфорта и боли в плече из-за индукции пневмоперитонеума. Применение регионарной анестезии (РА) во время лапароскопии обычно объединяют с общей анестезией (ОА) для уменьшения послеоперационной боли [20,21]. Что касается холецистэктомии и операций на придатках матки, все больше исследований демонстрируют возможность и преимущества лапароскопических операций, проводимых под регионарной анестезией. При определенных условиях, например, у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, ограничивающими ОА, РА используется как эксклюзивный метод анестезиологии [3]. Об этом сообщалось для более важной операции, такой как лапароскопическая гистерэктомия, выполняемой под регионарной анестезией у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких [3].

Регионарная анестезия: больше, чем просто обезболивание

За последние несколько десятилетий региональная анестезия претерпела значительные изменения [4]. Региональная анестезия выполняет последовательную функцию для минимизации периоперационной потребности в опиоидах, снижения смертности пациентов, частоты серьезных заболеваний (например, легочных осложнений, потребности в переливании крови) и экономических выгод, таких как продолжительность пребывания в больнице [5].

Пандемия коронавируса – наиболее серьезно респираторного синдрома (SARS-CoV) – существенно повлияла на медицинские учреждения и объем хирургических операций [6]. Анестезия необходима при экстренных и неотложных операциях. Общая анестезия с вмешательством в дыхательные пути ускоряет образование аэрозолей, что подвергает медицинский персонал риску распространения COVID-19 как во время интубации трахеи, так и во время экстубации [7].

Как и при предыдущих пандемиях, медицинские работники не защищены от инфекций. Таким образом, очень важны стратегии, направленные на снижение воздействия и риска передачи заболевания медицинскому персоналу или пациентам в больнице.

Доказано, что риск передачи острой респираторной инфекции медицинскому персоналу во время интубации трахеи в 6,6 раза выше, чем при анестезии без интубации [8].

Регионарная анестезия связана с низким риском послеоперационных осложнений, что делает ее важной в контексте продолжающейся респираторной инфекции. Из-за острой пневмонии COVID-19 у многих пациентов развиваются такие осложнения, как фиброз легких, бронхит, хроническая легочная недостаточность, кислородное голодание, миокардит, аритмия и хроническая сердечная недостаточность, поражение печени и почек, когнитивные нарушения, депрессия и психоз [9,10]. Чтобы не способствовать таким осложнениям, лучше избегать общей анестезии во время плановой операции в период пандемии, если нет дополнительных материалов, таких как фильтры и обученный персонал. Кроме того, употребление больших доз антибиотиков и гормональных препаратов приводит к появлению микотической флоры и снижению иммунитета. Как поражения верхних дыхательных путей при интубации и экстубации могут привести к развитию тяжелой нозокомиальной вторичной пневмонии. В таких обстоятельствах предпочтительнее может быть региональная анестезия [11].

Потенциальная польза от периоперационной регионарной анестезии заключается не только в облегчении острого болевого синдрома. Многочисленные ретроспективные исследования клинических баз данных показали, что эндоскопическая хирургия при нейроаксиальной анестезии, такая как спинальная анестезия, коррелирует со снижением смертности пациентов и серьезных заболеваний, таких как легочные осложнения и потребности в переливании крови, по сравнению с классической хирургией под общей анестезией. Кроме того, были снижены экономические затраты, такие как продолжительность пребывания в стационаре [4].

Улучшение послеоперационного контроля боли может быть частично связано с инъекцией препарата в позвоночный канал в группе РА. Вместо этого, когда пациенты с ОА возвращались в сознание после операции, они испытывали первоначальную боль. Изучение частоты послеоперационной боли через 8, 12, 24 и 48 часов после операции показало, что ни одной женщине в группе РА не потребовалось дополнительное внутривенное введение опиоидов. Прежде всего, они добились быстрого восстановления функции кишечника и самостоятельной деамбуляции. Быстрое выздоровление в послеоперационном периоде позволяет быстро установить мочевой катетер и снизить риск инфицирования. Причины, способствующие лучшему контролю послеоперационной боли, заключаются в том, чтобы избежать более длительного пребывания в постели, которое может вызвать

паралитическую кишечную непроходимость, мышечную боль и усталость [12].

Местная анестезия

Текущий технический прогресс в технологии оптического волокна позволяет собирать лапароскопы с внешним диаметром от 1,2 до 2,2 мм. Эти устройства дают возможность выполнять «микролапароскопию» исключительно под местной анестезией или с добавлением седативных средств. С такой технологией местная анестезия может применяться как безопасная, и экономичная альтернатива общей анестезии. Это безопасный, эффективный и менее дорогой метод, который в основном используется с диагностической целью у пациенток с бесплодием и хронической тазовой болью и для перевязки маточных труб [22, 23].

Приобретение ультразвукового контроля также повысило безопасность регионарной анестезии, особенно из-за минимального риска системной токсичности местных анестетиков после блокады периферических нервов [13]. Ультразвуковой мониторинг снижает риск системной токсичности местных анестетиков после блокады периферических нервов [13].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы тезисы и полные тексты статей по лапароскопической хирургии, гинекологии, анестезии и COVID-19. Были изучены исследования, опубликованные в PubMed, Embase, Cochrane Library и найденные в Google Scholar до 1 февраля 2021 г.

РЕЗЮМЕ ИССЛЕДОВАНИЙ

Всего по этой теме было найдено 83 исследования, все на английском языке. Было отобрано 17 исследований, включающих данные пациентов в области гинекологии и общей хирургии, посвященных лапароскопии под регионарной анестезией, однако ни в одном из них не описан статус COVID-19 (табл. 1). В этих исследованиях использовалось максимальное давление CO_2 – 12 мм рт. ст. для пневмоперитонеума и максимальный наклон Тренделенбурга 15° . Лапароскопическая операция на органах малого таза при СА, требует положение Тренделенбурга на много выше, на $30-45^\circ$ в сочетании с низким пневмоперитонеальным давлением ≤ 8 мм рт. ст. В 12 из 17 исследований у небольшой части пациенток дополнительно применяли внутривенную седацию.

SWOT анализ

Собранный обзор статей помогает классифицировать имеющуюся литературу в соответствии с её сильными и слабыми параметрами, независимо от того, подвержена ли она внутреннему или внешнему влиянию. SWOT-анализ позволяет разделить литературу на четыре части (табл. 2). Две части (сильные и слабые стороны) SWOT-анализа определяют внутреннюю среду объекта исследования, в то время как оставшиеся две части (возможности и угрозы) исследуют внешние аспекты исследования.

Обзор существующих исследований, касающихся применения регионарной анестезии при лапароскопических операциях

Авторы	Общее количество операций под регионарной анестезией	Тип анестезии	Тип лапароскопической операции	Положение Тренделенбурга, °	Давление пневмоперитонеума, мм рт. ст.	Применение добавочной болеутоляющей терапии
Giampaolino [34]	1	PA	Лапар. удаление внутриматочной спирали при беременности	12	8	Информ. отсутствует
Chauvet [35]	1	SA	Аднексэктомия	10-15°	6	-
Uzman [36]	33	SA	Аппендэктомия	15°	10	-
Raimondo [25]	13	SA	Гинекология (цистэктомия яичников, аднексэктомия)	Минимальный	9,7±2,1	1
Asgari [37]	56	SA	Гинекология (бесплодие)	0	8	+
Pusapati [38]	41	SA	Гинекология	10	6±4,47	3
Moawad [39]	1	SA	Гистерэктомия	15	12	+
Sinha [40]	32 (4613)	SA	Гинекология (хирургия)	Не упомянуто	8	+
Jumaniyazov 2021 [41]	912	SA	Гинекология (бесплодие, миомэктомия, гистерэктомия и др.)	30-45	≤8	17

Таблица 2

SWOT-анализ регионарной анестезии во время COVID-19

Сильные стороны	Слабые стороны (противопоказания)
<p>1. Отсутствие манипуляций, образующих аэрозоль;</p> <p>1) уменьшение кашля во время интубации и экстубации – уменьшение возможности передачи COVID [42,43];</p> <p>2) уменьшение контакта анестезиолога с верхними дыхательными путями пациента [44];</p> <p>3) отсутствие необходимости в специальном оборудовании (вирусный фильтр, блок управления отрицательным давлением) [45,46];</p> <p>4) сокращение количества препаратов, которые используются в небольших количествах во время пандемии [38];</p> <p>5) отсутствие легочных осложнений [42,43];</p> <p>6) Снижение нагрузки на легкие при ранней пневмонии [44];</p> <p>7) сокращение продолжительности послеоперационной боли [45];</p> <p>8) сокращение употребления опиоидов [46];</p> <p>9) уменьшение рвоты и тошноты [47];</p> <p>10) отсутствие когнитивной дисфункции и делирия [48]. У тяжелых коморбидных пациентов меньше неблагоприятных исходов заболеваемости и смертности [49];</p> <p>11) короткий срок пребывания в стационаре [50];</p> <p>12) быстрое восстановление функции желудочно-кишечного тракта [51]</p>	<p>1. Абсолютные противопоказания:</p> <p>а) шок и кровотечение в экстренных случаях [52];</p> <p>б) удержание пациента в горизонтальном положении занимает около 10 мин, что откладывает операцию в экстренных ситуациях [53];</p> <p>в) внутричерепное давление (ВЧД)</p> <p>2. Относительными противопоказаниями являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - существовавшее ранее неврологическое заболевание (например, рассеянный склероз), - сильное обезвоживание (гиповолемия), - возраст старше 50 лет, - ожирение и хроническая гипертензия [54], - тромбоцитопения или коагулопатия [55-56], - тяжелый митральный и аортальный стеноз, - обструкция оттока левого желудочка, наблюдаемая при гипертрофической обструктивной кардиомиопатии. <p>3. Воздействие на Тренделенбург:</p> <p>а) для гинекологии: положение Тренделенбурга увеличивает внутричерепное давление и может затруднять дыхание [57];</p> <p>б) положение Тренделенбурга противопоказано при сниженной функции правого желудочка (RVEF) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) [58].</p>

Возможность	Угрозы (последствия, осложнения)
1) Уменьшение частоты сердечно-сосудистых заболеваний [59]; 2) уменьшение частоты легочных осложнений [58]; 3) профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии [59,60]; 4) минимальное негативное влияние внутрибрюшного избыточного давления на различные органы и системы [59]; 5) отказ от миорелаксантов [54,61]; 6) относительная стабильность показателей гемодинамики и мозгового кровотока при регионарной анестезии связана с отсутствием тормозящего действия ИВЛ, сохранением тонуса диафрагмы, что препятствует повышению трансторакального давления, передаваемого из брюшной полости [3]; 7) при ЭА не наблюдается значительного снижения жизненной емкости легких и минутного вентиляционного объема на протяжении всего интра- и послеоперационного периода [13]; 8) сохранение самостоятельного дыхания при лапароскопических операциях в позиции Тренделенбурга обеспечивает адекватную легочную вентиляцию, а сатурация гемоглобина кислородом составляет 9698% [19]; 9) возможность продления эпидуральной блокады в послеоперационном периоде [19,62]; 10) преимущество ЭА – длительный обезболивающий эффект (до 6 ч) [4]; 11) может применяться с параметрами противопоказаний к общей анестезии [63,64]; 12) положение Тренделенбурга увеличивает венозный возврат и сердечный выброс, следовательно, увеличивает перфузию органов [65,66]	1) Гипотензия [62,63] угнетение миокарда [58,64], брадикардия [65,66]; 2) боль в плече [67]; 3) ограниченное внутрибрюшное давление [68,69] и уменьшение обзора внутрибрюшных органов [70,71]; 4) раздражение диафрагмы [72]; 5) дискомфорт [58] с тошнотой [73] и рвотой [74]; 6) ощущение нехватки воздуха (хотя гемодинамика стабильна [75], сатурация в норме) (из-за пневмоперитонеума и мобилизации кишечника к диафрагме) [76]; 7) спинальная блокада [77]; 8) боль в спине [78]; 9) постдуральная пункционная головная боль [79].

Преимущества выполнения лапароскопии под регионарной анестезией при COVID-инфекции

В литературе нам удалось найти рекомендации и исследования по проведению лапароскопических операций под регионарной анестезией во время пандемии COVID-19, но без статуса COVID-19. Анализ данных литературы, в частности, рекомендации ученых по регионарной анестезии, а также по проведению лапароскопии у пациентов во время пандемии COVID-19 и собственных исследований, где мы проанализировали результаты лапароскопических операций при спинномозговой анестезии, даёт нам возможность рекомендовать использование лапароскопической хирургии при регионарной анестезии у пациентов с SARS-COVID-2.

ОБСУЖДЕНИЕ

В прошлом общая анестезия с интубацией была стандартом при выполнении операции кесарева сечения, тогда как сегодня региональная анестезия стала стандартом для этой операции. Клинический опыт различных международных центров даёт убедительные доказательства лапароскопической хирургии под регионарной анестезией. Есть две причины, по которым лапароскопическая операция по сравнению с кесаревым сечением все еще проводится под общей анестезией. Во-первых, для лапароскопической хирургии требуется пневмоперитонеум, а во-вторых, лапароскопическая хирургия в гинекологии в основном проводится в положении Тренделенбурга. В таблице 1 мы собрали все публикации, касающиеся лапароскопии, выполненной под регионарной анестезией. При пневмоперитонеуме давление 12 мм рт. ст. не превышалось ни в одном из исследований, и в

большинстве из них давление было ниже 10 мм рт. ст. Лапароскопическая хирургия с использованием спинальной анестезии в положении Тренделенбурга под углом 30-45° не только возможна, но и позволяет хирургу комфортно работать с пневмоперитонеальным давлением ≤8. Положение Тренделенбурга 30-45° пациенткой переносится хорошо, и позволяет хирургу хорошо видеть анатомию таза даже при низком давлении CO₂. Такое низкое давление CO₂, в свою очередь, увеличивает комфорт пациентки и снижает потребность в дополнительных анальгетиках и психотропных средствах. Такая процедура для пациенток, инфицированных COVID-19, позволяет избежать возможных осложнений.

Возможность и преимущества выполнения лапароскопии под регионарной анестезией (РА) при пандемии COVID-19

Всемирная ассоциация анестезиологов и Королевский колледж анестезиологов рекомендуют применять местную или нейроаксиальную регионарную анестезию. Основные анестетики, необходимые во время серьезного ухода за пациентами с COVID-19 для такой анестезии, практичны и безопасны. Дополнительные преимущества регионарной анестезии во время пандемии COVID-19 – это отсутствие процедур образования аэрозоля (AGP). Это способствует повышению безопасности, экономии времени и меньшему количеству необходимых ресурсов, а также меньшим финансовым затратам на средства индивидуальной защиты. По сравнению с ОА, при РА сообщается о сохранении иммунной функции, лучшей послеоперационной анальгезии, минимизации прямого контакта с медицинским персоналом и

ранней выписке [28]. Манипуляции с дыхательными путями связаны с одним из самых высоких процентов передачи COVID-19 и, как правило, допускается избегать процедур образования аэрозолей (AGP). РА снижает риск передачи вируса от пациента медицинскому персоналу [2934]. Кроме того, РА обеспечивает отличную связь между пациентом, анестезиологом и хирургической бригадой [11,41].

Помимо уменьшения боли и количества опиоидов, послеоперационных легочных осложнений, послеоперационной тошноты и рвоты, РА был связан со снижением частоты послеоперационной когнитивной дисфункции и делирия, которые часто встречаются при ОА [35].

Кроме того, РА в меньшей степени влияет на функцию и динамику дыхания по сравнению с ОА, с подавлением двигательной иннервации мышц или без него [36-38]. Сохранение дыхательной функции снижает количество послеоперационных легочных осложнений у пациентов, у которых уже может быть снижена респираторная функция из-за пневмонии, связанной с COVID-19, или острого респираторного дистресс-синдрома.

Минимальный риск лапароскопии при COVID-19

Имеются данные о большем риске лапаротомии по сравнению с малоинвазивным хирургическим вмешательством (MIS), характерным для COVID-19.

Хотя предыдущие исследования показали, что лапароскопия может привести к аэрозолизации переносимых с кровью вирусов [39-41], нет никаких доказательств того, что этот эффект наблюдается при COVID-19, если в процедурах MIS соблюдаются некоторые меры предосторожности. Для процедур MIS следует рассмотреть возможность использования устройств для фильтрации CO₂, выделяемого для аэрозольных частиц. Доказанные преимущества лапароскопической хирургии заключаются в сокращении продолжительности пребывания в стационаре и уменьшении количества осложнений [42-45]. Это следует учитывать, наряду с возможностью ультрафильтрации основных аэрозольных частиц. Фильтрация аэрозольных частиц во время открытой операции труднее, чем при лапароскопии [46,47]. Однако следует проявлять осторожность во избежание неожиданного выброса аэрозольных частиц, смешанных с CO₂, из клапанов троакара во время замены инструментов.

Основной причиной может быть передача COVID-19 во время удаления воздуха и троакаров. Давление вдыхания CO₂ должно быть сбалансировано до минимума, и должна использоваться система ультрафильтрации (система отвода дыма или фильтрация). Перед закрытием, удалением троакара, извлечением образца или преобразованием в лапаротомию необходимо безопасно вентилировать пневмоперитонеум через систему фильтрации [48].

Спинальная анестезия в лапароскопической хирургии в гинекологии

Положение пациента зависит от оперируемого места – положение Тренделенбурга предназначено для органов малого таза при гинекологических процедурах. Проведение спинномозговой анестезии неопытным персоналом может быть опасно, поскольку бупивакаин и другие виды анестезии в спинномозговом канале могут блокировать дыхание. При использовании описанной ниже техники, а также при наблюдении и бдительности риск для пациента очень низкий. Тем не менее, в редких случаях это может случиться, поэтому материалы для интубации и устройства для общей анестезии должны быть доступны для немедленного использования. Преимущество положения Тренделенбурга в том, что оно улучшает венозный возврат и гармонизирует артериальное давление [27].

Некоторые клинические испытания подтвердили, что пиковое давление вдоха (PIP) и давление плато возрастали, что соответствовало увеличению внутрибрюшного давления в пневмоперитонеуме CO₂, в то время как изменения положения Тренделенбурга не были важны. Увеличение PIP увеличивает среднее давление в дыхательных путях и, таким образом, улучшает оксигенацию. Однако PIP может увеличиваться при любом сопротивлении дыхательных путей, например, при увеличении секреции или бронхоспазме.

Таким образом, изменение положения не повлияло на дыхательную динамику. Повышение внутрибрюшного давления было предположительно связано с пневмоперитонеумом, толкающим диафрагму, до такой степени, что положение Тренделенбурга не могло больше влиять на динамику дыхания. Более того, ожидается, что пневмоперитонеум будет иметь большее значение для респираторной динамики, помимо изменения положения [24]. В клинических наблюдениях [24-26] эластичность легких снизилась больше после удаления пневмоперитонеума, чем до установки пневмоперитонеума. В других исследованиях упоминалось, что эластичность легких восстановилась до исходного уровня сразу после удаления пневмоперитонеума. Скорее всего, это связано с недостаточным временем, позволяющим восстановить эластичность легких и давление углекислого газа в конце выдоха до исходных значений после возвращения в положение лежа на спине и удаления CO₂ из брюшной полости. Кроме того, невозможно было устранить изменения функции легких, связанные с хирургическим вмешательством. На функцию легких влияют тип операции, степень внутрибрюшного давления и продолжительность пневмоперитонеума [24].

Лапароскопия повлияет на дыхание пациентов только при пневмоперитонеуме с высоким давлением. Поэтому во всех исследованиях с лапароскопической операцией пневмоперитонеум был ниже 12 мм рт. ст.

По нашему опыту более чем у 1000 пациентов, перенесших лапароскопическую операцию, такое низкое давление не повлияло на дыхательную функцию. У пациентов без противопоказаний Тренделенбург хорошо переносится и, в отличие от высокого пневмоперитонеума не оказывает отрицательного влияния на дыхание пациентов.

Региональная анестезия имеет такие преимущества, как минимальное воздействие на дыхательную систему, предотвращение заражения нижних дыхательных путей болезнетворными микроорганизмами, связанного с интубацией, уменьшение количества тромбозмболических осложнений и снижение реакции на хирургический стресс. Используя методы регионарной анестезии, можно избежать процедур, вызывающих образование аэрозолей, с меньшим риском для медицинского персонала.

REFERENCES

1. Uppal, V., Sondekoppam, R. V., Landau, R., et al. (2020). Practice recommendations on neuraxial anesthesia and peripheral nerve blocks during the COVID-19 pandemic. ASRA/ESRA COVID-19 Guidance for Regional Anesthesia March, 2020, vol. 31.
2. Uppal, V., Sondekoppam, R. V., Landau, R., El-Boghdadly, K., Narouze, S., & Kalagara, H. K. P. (2020). Neuraxial anaesthesia and peripheral nerve blocks during the COVID-19 pandemic: a literature review and practice recommendations. *Anaesthesia*, 75(10), 1350–1363. <https://doi.org/10.1111/anae.15105>
3. Cappelleri, G., Fanelli, A., Ghisi, D., Russo, G., Giorgi, A., Torrano, V., Lo Bianco, G., Salomone, S., & Fumagalli, R. (2021). The Role of Regional Anesthesia During the SARS-CoV2 Pandemic: Appraisal of Clinical, Pharmacological and Organizational Aspects. *Frontiers in Pharmacology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.574091>
4. Rodgers, A. (2000). Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from overview of randomised. *BMJ*, 321(7275), 1493–1493. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7275.1493>
5. Lee, S.-H. (2021). Does surgical smoke matter? *The Journal of Minimally Invasive Surgery*, 24(1), 1–4. <https://doi.org/10.7602/jmis.2021.24.1.1>
6. Somashekhar, S. P., Acharya, R., Saklani, A., Parikh, D., Goud, J., Dixit, J., Gopinath, K., Kumar, M. V., Bhojwani, R., Nayak, S., Rao, S., Kothari, K., Chandramohan, K., Desai, S., & Gupta, A. (2020). Adaptations and Safety Modifications to Perform Safe Minimal Access Surgery (MIS: Laparoscopy and Robotic) During the COVID-19 Pandemic: Practice Modifications Expert Panel Consensus Guidelines from Academia of Minimal Access Surgical Oncology (AMASO). *Indian Journal of Surgical Oncology*, 12(S1), 210–220. <https://doi.org/10.1007/s13193-020-01254-9>
7. Hadjittofi, C., Seraj, S., Uddin, A., Ali, Z., Antonas, P., Fisher, R., Parekh, K., Lovett, B., & Ahmad, A. (2021). Laparoscopic vs open surgery during the COVID-19 pandemic: what are the risks? *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 103(5), 354–359. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2020.7067>
8. Francis, N., Dort, J., Cho, E., Feldman, L., Keller, D., Lim, R., Mikami, D., Phillips, E., Spaniolas, K., Tsuda, S., Wasco, K., Arulampalam, T., Sheraz, M., Morales, S., Pietrabissa, A., Asbun, H., & Pryor, A. (2020). SAGES and EAES recommendations for minimally invasive surgery during COVID-19 pandemic. *Surgical Endoscopy*, 34(6), 2327–2331. <https://doi.org/10.1007/s00464-020-07565-w>
9. Yokoe, T., Kita, M., Odaka, T., Fujisawa, J., Hisamatsu, Y., & Okada, H. (2021). Detection of human coronavirus RNA in surgical smoke generated by surgical devices. *Journal of Hospital Infection*. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.08.022>
10. Inzunza, M., Romero, C., Irrarázaval, M. J., Ruiz-Esquide, M., Achurra, P., Quezada, N., Crovari, F., & Muñoz, R. (2021). Morbidity and Mortality in Patients with Perioperative COVID-19 Infection: Prospective Cohort in General, Gastroesophageic, Hepatobiliary, and Colorectal Surgery. *World Journal of Surgery*, 45(6), 1652–1662. <https://doi.org/10.1007/s00268-021-06068-6>
11. Carpio Colmenares, Y. T., Cárdenas Ruiz de Castilla, D., García Barrionuevo, L. A., Li Valencia, M. R., Mansilla Doria, P., Martínez Nole, V., Palomino Escalante, F., Roncalla Saenz, C., & Borda-Luque, G. (2021). Emergency Abdominal Laparoscopic Surgery During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Experience in a Private Center in Peru. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 31(3), 261–265. <https://doi.org/10.1089/lap.2020.0917>

ВЫВОДЫ

1. Лапароскопическая операция под регионарной анестезией является надежным методом во время пандемии COVID-19 для операций продолжительностью не более 2-3 часов. Лапароскопия под регионарной анестезией во время COVID предпочтительнее в странах, в которых отсутствуют необходимые материалы и инфраструктура для предотвращения инфекции COVID.

2. Регионарная анестезия является хорошей альтернативой лапароскопии и хорошо переносится пациентами, если проводится при низком пневмоперитонеуме. Необходимы дальнейшие исследования для подтверждения преимуществ лапароскопической хирургии при регионарной анестезии.

12. Hausman, M. S., Jewell, E. S., & Engoren, M. (2015). Regional Versus General Anesthesia in Surgical Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Anesthesia & Analgesia*, 120(6), 1405–1412. <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000000574>
13. Bauer, M. E., Bernstein, K., Dinges, E., Delgado, C., El-Sharawi, N., Sultan, P., Mhyre, J. M., & Landau, R. (2020). Obstetric Anesthesia During the COVID-19 Pandemic. *Anesthesia & Analgesia*, 131(1), 7–15. <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000004856>
14. Gonzalez R, Smith CD, McClusky DA 3rd, Ramaswamy A, Branum GD, Hunter JG, Weber CJ. 2004. Laparoscopic approach reduces likelihood of perioperative complications in patients undergoing adrenalectomy. *Am Surg*, 70(8): 668-74. PMID: 15328798.
15. Daniilidis, A., Hatzis, P., Pratilas G., Dinas, K., Loufopoulos, A. 2011. Laparoscopy in Gynecology - How Why When. *Advanced Gynecologic Endoscopy| Laparoscopy in Gynecology*. <https://doi.org/10.5772/20183>
16. Gramatica, L.Jr., Brasesco, O., Mercado Luna, A., Martinessi, V., Panebianco, G., Labaque, F., Rosin, D., Rosenthal, R., Gramatica. 2002. Laparoscopic cholecystectomy performed under regional anesthesia in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Surg Endosc*. <https://doi.org/10.1007/s00464-001-8148-0>
17. Albrecht, E., and K. J. Chin. “Advances in Regional Anaesthesia and Acute Pain Management: A Narrative Review.” *Anaesthesia* 75, no. S1 (2020): e101–10. <https://doi.org/10.1111/anae.14868>.
18. Brown EN, Pavone KJ, Naranjo M. Multimodal General Anesthesia: Theory and Practice. *Anesth Analg*. 2018 Nov;127(5):1246-1258. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003668>.
19. Landau R, Bernstein K, Mhyre J. Lessons learned from first COVID-19 cases in the United States. *Anesthesia and Analgesia* 2020. Epub 31 March. 10.1213/ANE.0000000000004840 - DOI - PMC - PubMed
20. World Health Organization. (2007). Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care. WHO/CDS/EPR/2007.6 https://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CD_EPR_2007_6/en/
21. Tran K, Cimon K, Severn M, Pessoa-Silva CL, Conly J. Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review. *PLoS One*. 2012;7(4):e35797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0035797>. Epub 2012 Apr 26. PMID: 22563403; PMCID: PMC3338532.
22. Bridwell, R., Long, B., & Gottlieb, M. (2020). Neurologic complications of COVID-19. *The American journal of emergency medicine*, 38(7), 1549.e3–1549.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.05.024>
23. Brit Long, William J Brady, Alex Koyfman, Michael Gottlieb MDd - Cardiovascular complications in COVID-19 *The American Journal of Emergency Medicine* Volume 38, Issue 7, July 2020, Pages 1504-1507, <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.048>
24. Klein, A.A. and Earnshaw, J.J. (2020), Perioperative care and collaboration between surgeons and anaesthetists – it’s about time. *Anaesthesia*, 75: e3-e4. <https://doi.org/10.1111/anae.14943>
25. Raimondo, D., Borghese, G., Mastronardi, M., Mabrouk, M., Salucci, P., Lambertini, A., Casadio, P., Tonini, C., Merigliola, M. C., Arena, A., Tarozzi, G., & Seracchioli, R. (2020). Laparoscopic surgery for benign adnexal conditions under spinal anaesthesia: Towards a multidisciplinary minimally invasive approach. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*, 49(7), 101813. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101813>
26. Barrington MJ, Kluger R. (2013). Ultrasound guidance reduces the risk of local anesthetic systemic toxicity following peripheral nerve blockade. *Reg Anesth Pain Med*. 2013 Jul-Aug;38(4):289-99. doi: 10.1097/AAP.0b013e318292669b. PMID: 23788067.
27. Turkstani A., M.D.*, O. Ibraheim, M.D.*, G. Khairy, FRCS**, A. Alseif, FRCS***, N. Khalil 2009 Spinal versus general anesthesia for laparoscopic cholecystectomy: A comparative study of cost effectiveness and side effects *Anaesth, Pain & Intensive Care* Vol. 13 (1)
28. Mehta PJ, Chavda HR, Wadhvana AP, Porecha MM. Comparative analysis of spinal versus general anesthesia for laparoscopic cholecystectomy: A controlled, prospective, randomized trial. *Anesth Essays Res*. 2010 Jul-Dec;4(2):91-5. doi: 10.4103/0259-1162.73514. PMID: 25885237; PMCID: PMC4173347.
29. Tiwari S, Chauhan A, Chaterjee P, Alam MT. Laparoscopic cholecystectomy under spinal anaesthesia: A prospective, randomised study. *J Minim Access Surg* 2013;9:65-71.
30. Imbelloni LE, Sant’anna R, Fornasari M, Fialho JC. Laparoscopic cholecystectomy under spinal anaesthesia: Comparative study between conventional dose and low-dose hyperbaric bupivacaine. *Local Reg Anesth* 2011;4:41-6.
31. Singh, R. K., A. M. Saini, Nitin Goel, Dinesh Bisht, and Atul Seth. “Major Laparoscopic Surgery under Regional Anesthesia: A Prospective Feasibility Study.” *Medical Journal Armed Forces India* 71, no. 2 (2015): 126–31. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2014.12.010>.
32. Ellakany, M. (2013). Comparative study between general and thoracic spinal anesthesia for laparoscopic cholecystectomy. *Egyptian Journal of Anaesthesia*, 29(4), 375–381. <https://doi.org/10.1016/j.egja.2013.05.004>
33. Shahriari A, Khooshideh M, Heidari R, Haddady

- Abianeh S, Sheikh M, Ghazizadeh S, Rahmati J. The Effect of Trendelenburg Posture on Sensory Block Level in Spinal Anesthesia with Intrathecal Hyperbaric Bupivacaine for Hernia Repair. *Arch Anesth & Crit Care*. 1(2):55-8.
34. Giampaolino, Pierluigi, Luigi Della Corte, Attilio Di Spiezio Sardo, Brunella Zizolfi, Alfonso Manzi, Carlo De Angelis, Giuseppe Bifulco, and José Carugno. “Emergent Laparoscopic Removal of a Perforating Intrauterine Device During Pregnancy Under Regional Anesthesia.” *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 26, no. 6 (2019): 1013–14. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.03.012>
35. Chauvet, Pauline, Brigitte Storme, Martine Bonnin, Maxime Legros, Anne Pinot, Michel Canis, and Nicolas Bourdel. “Laparoscopic Adnexectomy under Regional Anaesthesia: It Is Possible!” *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 49, no. 7 (2020): 2019–20. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101803>
36. Uzman, Sinan, Turgut Donmez, Vuslat Muslu Erdem, Adnan Hut, Dogan Yildirim, and Muzaffer Akinci. “Combined Spinal-Epidural Anesthesia in Laparoscopic Appendectomy: A Prospective Feasibility Study.” *Annals of Surgical Treatment and Research* 92, no. 4 (2017): 208–13. <https://doi.org/10.4174/astr.2017.92.4.208>.
37. Asgari, Zahra, Mahroo Rezaeinejad, Reihaneh Hosseini, Masoumeh Nataj, Maryam Razavi, and Mahdi Sepidarkish. “Spinal Anesthesia and Spinal Anesthesia with Subdiaphragmatic Lidocaine in Shoulder Pain Reduction for Gynecological Laparoscopic Surgery: A Randomized Clinical Trial.” *Pain Research and Management* 2017 (2017). <https://doi.org/10.1155/2017/1721460> .
38. Pusapati RN, Sivashanmugam T, Ravishankar M. Respiratory changes during spinal anaesthesia for gynaecological laparoscopic surgery. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2010 Oct;26(4):475-9. PMID: 21547173; PMCID: PMC3087263.
39. Moawad, Nash S., Estefania Santamaria Flores, Linda Le-Wendling, Martina T. Sumner, and F. Kayser Enneking. “Minimally Invasive Gynecologic Surgery: Case Report: Total Laparoscopic Hysterectomy under Regional Anesthesia.” *Obstetrics and Gynecology* 131, no. 6 (2018): 1008–10. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002618>.
40. Sinha, R., Gurwara, A. K., & Gupta, S. C. (2008). Laparoscopic surgery using spinal anesthesia. *JSLs : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 12(2), 133–138.
41. Jumaniyazov K.A. (2021). Spinal anesthesia in Laparoscopic surgeries. International Conference on “Laparoscopic surgery using spinal anesthesia in gynecology during Covid-19 period” Urgench branch of Tashkent Medical Academy, Uzbekistan June 3, 2021 <https://www.urgfiltma.uz/en/news-and-events/1750-international-conference-on-%E2%80%9Claparoscopic-surgery-using-spinal-anesthesia-in-gynecology-%E2%80%9D-urgench-branch-of-tashkent-medical-academy,-uzbekistan-june-3,-2021.html> with video version on Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=P2Z11yOko1w&feature=youtu.be>
42. Nepogodiev, D., Bhangu, A., Glasbey, J. C., Li, E., Omar, O. M., Simoes, J. F., Abbott, T. E., Alser, O., Arnaud, A. P., Bankhead-Kendall, B. K., Breen, K. A., Cunha, M. F., Davidson, G. H., Di Saverio, S., Gallo, G., Griffiths, E. A., Gujjuri, R. R., Hutchinson, P. J., Kaafarani, H. M., ... Keller, D. S. (2020). Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study. *The Lancet*, 396(10243), 27–38. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31182-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31182-x)
43. Perrin, Mandy, and Anthony Fletcher. “Laparoscopic Abdominal Surgery.” *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain* 4, no. 4 (2004): 107–10. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkh032>
44. Power, I., J. G. McCormack, and P. S. Myles. “Regional Anaesthesia and Pain Management.” *Anaesthesia* 65 Suppl 1 (2010): 38–47. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2009.06202.x>.
45. Olawin AM, M Das J. Spinal Anesthesia. 2020 Oct 13. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan–. PMID: 30725984.
46. Hartmann B, Junger A, Klasen J, Benson M, Jost A, Banzhaf A, Hempelmann G. The incidence and risk factors for hypotension after spinal anesthesia induction: an analysis with automated data collection. *Anesth Analg*. 2002 Jun;94(6):1521-9, table of contents. [PubMed]
47. Carpenter RL, Caplan RA, Brown DL, Stephenson C, Wu R. Incidence and risk factors for side effects of spinal anesthesia. *Anesthesiology*. 1992 Jun;76(6):906-16. [PubMed]
48. Sukhminder B.J., Kulshrestha, A. (2016). “Anaesthesia for Laparoscopic Surgery: General vs Regional Anaesthesia.” *Journal of Minimal Access Surgery*, 2016. <https://doi.org/10.4103/0972-9941.169952> .
49. Gupta, Nikhil, and Himanshu Agrawal. “COVID 19 and Laparoscopic Surgeons, the Indian Scenario - Perspective.” *International Journal of Surgery* 79 (2020): 165–67. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.05.076>
50. Kessler, J., P. Marhofer, P. M. Hopkins, and M. W. Hollmann. “Peripheral Regional Anaesthesia and Outcome: Lessons Learned from the Last 10 Years.” *British Journal of Anaesthesia* 114, no. 5 (2015): 728–45. <https://doi.org/10.1093/bja/aeu559>.
51. Kaufman, Yuval, Irena Hirsch, Ludmila Ostrovsky, Orly Klein, Ilya Shnaider, Elias Houry, Reuven Pizov, and Arie Lissak. “Pain Relief by Continuous Intraperitoneal Nebulization of Ropivacaine during Gynecologic Laparoscopic Surgery-A Randomized

- Study and Review of the Literature.” *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 15, no. 5 (2008): 554–58. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2008.05.012>.
52. Hanley, E. S. “Anesthesia for Laparoscopic Surgery.” *Surgical Clinics of North America* 72, no. 5 (1992): 1013–19. [https://doi.org/10.1016/S0039-6109\(16\)45828-7](https://doi.org/10.1016/S0039-6109(16)45828-7)
 53. Ho, Matthew, Patricia Livingston, M. Dylan Bould, Jean Damascène Nyandwi, Françoise Nizeyimana, Jean Bonaventure Uwizeza, and Robin Urquart. “Barriers and Facilitators to Implementing a Regional Anesthesia Service in a Low-Income Country: A Qualitative Study.” *Pan African Medical Journal* 32 (2019): 1–11. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.152.17246>
 54. Hodges, S. C., C. Mijumbi, M. Okello, B. A. McCormick, I. A. Walker, and Iain H. Wilson. “Anaesthesia Services in Developing Countries: Defining the Problems.” *Anaesthesia* 62, no. 1 (2007): 4–11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2006.04907.x>
 55. Karaman, Semra, Ilkben Günüşen, Mustafa Arda Ceylan, Yücel Karaman, Esra Nur Çetin, Abdurrahim Derbent, and Ahmet Mete Ergenoğlu. “Dexmedetomidine Infusion Prevents Postoperative Shivering in Patients Undergoing Gynecologic Laparoscopic Surgery.” *Turkish Journal of Medical Sciences* 43, no. 2 (2013): 232–37. <https://doi.org/10.3906/sag-1204-80>.
 56. Peng PWH, Ho PL, Hota SS. Outbreak of a new coronavirus: what anaesthetists should know. *Br J Anaesth.* 2020 May;124(5):497-501. doi: 10.1016/j.bja.2020.02.008. Epub 2020 Feb 27. PMID: 32115186; PMCID: PMC7124191.
 57. WHO (2020). Country & Technical Guidance - Coronavirus disease (COVID-19). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>
 58. Tan TK. How severe acute respiratory syndrome (SARS) affected the department of anaesthesia at Singapore General Hospital. *Anaesth Intensive Care.* 2004 Jun;32(3):394-400. doi: 10.1177/0310057X0403200316. PMID: 15264737.
 59. Rowlands J, Yeager MP, Beach M, Patel HM, Huysman BC, Loftus RW. Video observation to map hand contact and bacterial transmission in operating rooms. *Am J Infect Control.* 2014 Jul;42(7):698-701. doi: 10.1016/j.ajic.2014.02.021. PMID: 24969122.
 60. Loftus RW, Koff MD, Birnbach DJ. The dynamics and implications of bacterial transmission events arising from the anesthesia work area. *Anesth Analg.* 2015 Apr;120(4):853-60. doi: 10.1213/ANE.0000000000000505. PMID: 25790210.
 61. Chan MTV, Chow BK, Lo T, Ko FW, Ng SS, Gin T, Hui DS. Exhaled air dispersion during bag-mask ventilation and sputum suctioning - Implications for infection control. *Sci Rep.* 2018 Jan 9;8(1):198. doi: 10.1038/s41598-017-18614-1. PMID: 29317750; PMCID: PMC5760517.
 62. Hutton, M., Brull, R., & Macfarlane, A. (2018). Regional anaesthesia and outcomes. *BJA education*, 18(2), 52–56. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2017.10.002>
 63. Saraswat V. (2015). Effects of anaesthesia techniques and drugs on pulmonary function. *Indian journal of anaesthesia*, 59(9), 557–564. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.165850>
 64. McCarthy GS. The effect of thoracic extradural analgesia on pulmonary gas distribution, functional residual capacity and airway closure. *Br J Anaesth.* 1976 Mar;48(3):243-8. doi: 10.1093/bja/48.3.243. PMID: 1259891.
 65. Alp E, Bijl D, Bleichrodt RP, Hansson B, Voss A. Surgical smoke and infection control. *J Hosp Infect.* 2006;62(1):1–5. doi: 10.1016/j.jhin.2005.01.014. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 66. Eubanks S, Newman L, Lucas G. Reduction of HIV transmission during laparoscopic procedures. *Surg Laparosc.* 1993;3(1):2–5. [PubMed] [Google Scholar]
 67. Kwak HD, Kim SH, Seo YS, et al. Detecting hepatitis B virus in surgical smoke emitted during laparoscopic surgery. *Occup Environ Med.* 2016;73:857–863. [PubMed] [Google Scholar]
 68. COST Study Group A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Engl J Med.* 2004;350:2050–2059. doi: 10.1056/NEJMoa032651. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 69. Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Delgado S, Castells A, Taura P, Pique JM, et al. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial. *Lancet.* 2002;359:2224–2229. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09290-5. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 70. Veldkamp R, Kuhry E, Hop WC, Jeekel J, Kazemier G, Bonjer HJ, et al. Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. *Lancet Oncol.* 2005;6:477–484. doi: 10.1016/S1470-2045(05)70221-7. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 71. Bonjer HJ, Deijen CL, Abis GA, Cuesta MA, van der Pas MH, de Lange-de Klerk ES, et al. A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. *N Engl J Med.* 2015;372:1324–1332. doi: 10.1056/NEJMoa1414882. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 72. Choi SH, Kwon TG, Chung SK, Kim TH. Surgical smoke may be a biohazard to surgeons performing laparoscopic surgery. *Surg Endosc.* 2014; 28(8): 2374–2380. doi: 10.1007/s00464-014-3472-3. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
 73. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) [https://www.sages.org/resources-smoke-gas-evacuation-during-open-laparoscop-](https://www.sages.org/resources-smoke-gas-evacuation-during-open-laparoscop)

- ic-endoscopic-procedures. [PubMed]
74. Francis, N., Dort, J., Cho, E., Feldman, L., Keller, D., Lim, R., Mikami, D., Phillips, E., Spaniolas, K., Tsuda, S., Wasco, K., Arulampalam, T., Sheraz, M., Morales, S., Pietrabissa, A., Asbun, H., & Pryor, A. (2020). SAGES and EAES recommendations for minimally invasive surgery during COVID-19 pandemic. *Surgical endoscopy*, 34(6), 2327–2331. <https://doi.org/10.1007/s00464-020-07565-w>
75. Macfarlane, Alan J.R., William Harrop-Griffiths, and Amit Pawa. “Regional Anaesthesia and COVID-19: First Choice at Last?” *British Journal of Anaesthesia* 125, no. 3 (2020): 243–47. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.05.016>.
76. Bhattacharya, Kaushik. “Role of Regional Anaesthesia in Laparoscopy During COVID-19.” *Indian Journal of Surgery* 82, no. 3 (2020): 289–90. <https://doi.org/10.1007/s12262-020-02444-z>.
77. Chene, Gautier, Emanuele Cerruto, and Erdogan Nohuz. “The Comeback of Vaginal Surgery during and after the COVID-19 Pandemic: A New Paradigm.” *International Urogynecology Journal* 31, no. 10 (2020): 2185–86. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04463-6>
78. Frederic G., Kanazi, G., Jabbour-Khoury, S. (2006) “Anesthesia for Laparoscopy: A Review.” *Journal of Clinical Anesthesia* 18, no. 1: 67–78. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2005.01.013>
79. Chauvet, Pauline, Brigitte Storme, Martine Bonnin, Maxime Legros, Anne Pinot, Michel Canis, and Nicolas Bourdel. “Laparoscopic Adnexectomy under Regional Anaesthesia: It Is Possible!” *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 49, no. 7 (2020): 101803. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101803>
80. Saidmamatov O, Rudenko I, Pfister S, Koziel J. Water–Energy–Food Nexus Framework for Promoting Regional Integration in Central Asia. *Water*. 2020; 12(7):1896. <https://doi.org/10.3390/w12071896>
81. Lie, Sui An, Sook Wai Wong, Loong Tat Wong, Theodore Gar Ling Wong, and Shin Yuet Chong. “Practical Considerations for Performing Regional Anesthesia: Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic.” *Canadian Journal of Anesthesia* 67, no. 7 (2020): 885–92. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01637-0>.
82. Meng, T., Z. Zhong, and L. Meng. “Impact of Spinal Anaesthesia vs. General Anaesthesia on Peri-Operative Outcome in Lumbar Spine Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised, Controlled Trials.” *Anaesthesia* 72, no. 3 (2017): 391–401. <https://doi.org/10.1111/anae.13702>.
83. Muller, Santha. “Research Article.” *SciFed Journal of AIDS & HIV Research* 1, no. 1 (2017): 55–58. <https://doi.org/10.23959/sfahj-1000001>.
84. Oon, Z., and C. Ha. “A Novel Approach to Spinal Anaesthesia to Avoid Aerosol-generating Procedures in a Patient with COVID-19 Presenting for Laser Prostate Surgery.” *Anaesthesia Reports* 8, no. 2 (2020): 138–41. <https://doi.org/10.1002/anr3.12065>.
85. Peter, O. (2020). “The COVID-19 Crisis , Tourism and Sustainable Development Introduction Covid-19 Has Been Described by Kristalina Georgieva , Managing Director of the International Monetary Fund , as “ a Crisis like No Other “ (World Economic” 7 (2020): 75–86. <https://doi.org/10.30958/ajt/v7i2> .
86. Harsha, S., Uppal, V. (2020). “Surgery during the COVID-19 Pandemic.” *The Lancet* 396, no. 10261 (2020): e74. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32279-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32279-0).
87. Somashekhar, S. P., Rudra Acharya, S. Manjiri, Sumit Talwar, K. R. Ashwin, and C. Rohit Kumar. “Adaptations and Safety Modifications to Perform Safe Minimal Access Surgery (Minimally Invasive Surgery: Laparoscopy and Robotic) during the COVID-19 Pandemic.” *Surgical Innovation*, 2020. <https://doi.org/10.1177/1553350620964323>.
88. Spaner, Shelley Jane, B M Sc, and Garth Loren Warnock. “Endoscopy, Laparoscopy,” 7, no. 6 (1997): 369–73.
89. Uğur, Naciye Güliz, and Adem Akbıyık. “Impacts of COVID-19 on Global Tourism Industry: A Cross-Regional Comparison.” *Tourism Management Perspectives* 36, no. September (2020): 100744. <https://doi.org/10.1016/j.tmp.2020.100744>.
90. Chen R, Zhang Y, Huang L, Cheng BH, Xia ZY, Meng QT. Safety and efficacy of different anesthetic regimens for parturients with COVID-19 undergoing Cesarean delivery: a case series of 17 patients. *Can J Anaesth*. 2020 Jun;67(6):655-663. doi: 10.1007/s12630-020-01630-7. Epub 2020 Mar 16. PMID: 32180175; PMCID: PMC7090434.
91. Spielman FJ, Corke BC. Advantages and disadvantages of regional anesthesia for cesarean section. A review. *J Reprod Med*. 1985 Nov;30(11):832-40. PMID: 4078816.
92. Dac Teoli, Terrence Sanvictores, Jason An (2020). SWOT Analysis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. 2020 Sep 7.
93. von Kodolitsch, Y., Bernhardt, A. M., Robinson, P. N., Kölbl, T., Reichenspurner, H., Debus, S., & Detter, C. (2015). Analysis of Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats as a Tool for Translating Evidence into Individualized Medical Strategies (I-SWOT). *Aorta (Stamford, Conn.)*, 3(3), 98–107. <https://doi.org/10.12945/j.aorta.2015.14.064>

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ МИОМОЙ МАТКИ

Аюпова Д.А., Бабаджанова Г.С., Насриддинова Г.Б.
Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

Долзарблик. Бачадон миомаси репродуктив ёшдаги аёлларнинг 20-30% кузатилади ва гинекологик касалликлар таркибида учинчи ўринда туради. Бачадон миомаси бўлган беморларнинг ярмидан кўпиди клиник аломатлар йўқ. Аммо тез орада тугунларнинг ўсиши туфайли қон кетиши, оғриқ, бепуитлик, қўшни органларнинг дисфункциялари ҳақида шикоятлар бўлиши мумкин.

Тадиқот мақсади: асимптоматик миомали аёлларда учрайдиган клиник кўринишини ўрганиши ва уларни бошқариши тактикасини аниқлаши.

Материаллар ва тадиқот усуллари. Миома таъхиси қўйилган 43 нафар аёл текширилди, улар 2 гуруҳга бўлинди: 1- гуруҳ 28 нафар асимптоматик миомали аёллар, 2-гуруҳ - 15 нафар бепуитлиги мавжуд аёллар. Назорат гуруҳи 10 нафар соғлом аёлдан иборат эди. Тугунларнинг доплерда қон оқими билан ултратовуш текшируви ўтказилди.

Тадиқот натижалари. 2-гуруҳдаги аёлларда репродуктив функция бузилиши ва яллигланиш касалликлари бор эди. Допплер ултратовуш текшируви қон оқимининг табиати ва қаршиллик индексининг қиймати бўйича миоматоз тугунларнинг оддий ва кўпаядиган турларини аниқлади.

Хулоса: асимптоматик миомали аёлларда қон оқими сифати паст, оддий тугунлари бўлиши эҳтимоли кўпроқ. Бепуитлик билан оғриган аёлларда миома аниқланганда, репродуктив функцияни тиклаш учун самарали даволанишига имкон берадиган тугун турини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

Калим сўзлар: бачадон миомаси, бепуитлик, ултратовуш, доплер текшируви, улипристал ацетат.

Несмотря на применение современных методов лечения, частота миомы матки не снижается [1,4]. Применение современных ультразвуковых аппаратов значительно улучшило диагностику миомы матки даже очень маленьких размеров – от 5-6 мм. Это способствовало повышению частоты выявления узлов миомы матки у женщин, особенно молодого репродуктивного возраста. Более чем в половине случаев миома протекает бессимптомно и выявляется случайно во время УЗИ [2,3]. Такие женщины часто не наблюдаются у гинеколога и обращаются только после появления клинических симптомов.

Миома матки, также называемая фибромиомой, лейомиомой, является самой распространенной доброкачественной опухолью женских половых органов, наблюдается у 20-30% женщин репродуктивно-

SUMMARY

Relevance. Uterine fibroids are observed in 20-30% of women of reproductive age and ranks third in the structure of gynecological diseases. More than half of patients with uterine fibroids do not have clinical symptoms. However, soon there may be complaints of bleeding, pain, infertility, dysfunctions of adjacent organs due to the growth of nodes.

Purpose of the study: to study the clinical picture in women with asymptomatic myoma, and to determine the tactics of their management.

Material and research methods. Were examined 43 women who were first diagnosed with myoma, which were divided into 2 groups: group 1 - 28 women with asymptomatic myoma, group 2 - 15 women with infertility. The control group consisted of 10 healthy women. An ultrasound scan with Doppler blood flow of the nodes was performed.

Research results. Women in group 2 had a history of fertility disorders and inflammatory diseases. Doppler ultrasound revealed simple and proliferating types of myomatous nodes by the nature of blood flow and the value of the resistance index.

Conclusions: Women with asymptomatic fibroids are more likely to have small, simple nodules with poor blood flow quality. When detecting fibroids in women with infertility, it is important to determine the type of node, which allows for effective treatment to restore reproductive function.

Key words: uterine myomas, fibroid, ultrasound, dopplerometry, ulipristal asetat.

го возраста и занимает 3-е место в структуре гинекологических заболеваний [4,6,7]. В репродуктивном возрасте миома матки выявляется у 40% пациенток, оказывая влияние не только на качество жизни женщины, но и ограничивая ее репродуктивный потенциал [5]. Е.М. Вихляева [2] считает, что не существует бессимптомной миомы матки. На самом деле, если у женщины на начальных стадиях отсутствуют жалобы, то вскоре могут появиться жалобы на кровотечения, боли, нарушения функции смежных органов, обусловленные ростом узлов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение клинической картины у женщин с бессимптомной миомой и определение тактики их ведения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 43 женщины, у которых при ультразвуковом обследовании впервые выявлена миома. Все обследованные были разделены на 2 группы: 1-я группа – 28 женщин без каких либо жалоб и клинических проявлений, 2-я – 15 женщин, обследованных по поводу бесплодия. Контрольную группу составили 10 здоровых женщин. Изучены общий и гинекологический анамнез обследованных пациенток, характер их детородной функции.

Всем обследованным проведены ультразвуковые исследования органов малого таза. Изучены количество, размеры и расположение узлов и характер их роста, доплерометрические исследования кровотока узлов, состояние яичников. У женщин 2-й группы определяли уровень гормонов в крови для выявления причин бесплодия. Лечение миомы подбирали в зависимости от возраста пациенток.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Возраст обследованных колебался от 28 до 50 лет (средний возраст $38,3 \pm 5,1$ года). У пациенток 1-й группы миома чаще выявлялась в возрасте 35-40 лет (46,4%), реже – в возрасте 28-32 (17,9%) года. Во 2-й группе с бесплодием миома впервые чаще обнаруживалась в возрасте 28-35 лет (60,0%), реже – в возрасте 38-40 лет.

При изучении характера репродуктивной функции женщин 1-й группы было выявлено, что у подавляющего большинства из них в анамнезе были роды (92,8 \pm 4,1%), причем у 6 (21,3 \pm 4,9%) женщин преждевременные. Количество родов у женщин – от 2-х до 5. Вместе с тем у 17 (60,7 \pm 5,1%) женщин имели место и репродуктивные потери в виде искусственных абортов (21,4%), самопроизвольных выкидышей (14,3%), неразвивающейся беременности (17,9%), внематочной беременности (7,1%).

Во 2-й группе женщин с бесплодием и впервые выявленной миомой, имевших в анамнезе роды, было значительно меньше (20,0 \pm 5,2%, $p < 0,05$), чем в 1-й. Репродуктивные потери в анамнезе были у 7 (46,7 \pm 5,1%) женщин, т.е. в 1,3 раза меньше, чем в 1-й группе.

Гинекологический анамнез у женщин 2-й группы был отягощен воспалительными заболеваниями (эрозия шейки матки, аднекситы, кольпиты) чаще, чем у пациенток 1-й группы. Первичное бесплодие наблюдалось у 5 (33,3%) женщин, вторичное – у 10 (66,7%). Длительность бесплодия составляла 3-5 лет. Кроме того, в анамнезе у обследованных женщин имели место нарушения менструально-овариального цикла (МОЦ). Однако, со слов женщин, эти нарушения МОЦ были кратковременными, восстанавливались самостоятельно и не требовали лечения. Такие нарушения как альгоменорея, нарушения ритма менструального цикла у пациенток 2-й группы отмечались чаще, чем в 1-й.

Таким образом, изучение анамнеза женщин с бессимптомной миомой матки выявило ряд факторов

риска, которые могли вызвать рост миомы: нарушения менструальной и детородной функции, воспалительные заболевания гениталий, которые могли быть результатом гормональных нарушений функции яичников и способствовали развитию миомы матки.

Ультразвуковые исследования матки показали, что чаще узлы миомы располагались субсерозно и интрамурально (у 85,7 \pm 5,1% обследованных 1-й и у 93,3 \pm 4,9% 2-й группы) и реже интрамурально (соответственно у 14,3 и 6,7%). Размеры узлов колебались от 8-15 до 20-25 мм, количество – от 1-го до 4-х. При этом во 2-й группе у 33,3% женщин с бесплодием обнаружен одиночный узел размерами до 30 мм. Для определения типа узла (простой или пролиферирующий) проводились доплерометрические исследования кровотока узлов. Определение индекса резистентности (ИР) в сосудах вокруг и внутри узла позволяло определить, что при бессимптомной миоме у женщин 1-й группы чаще наблюдается простой тип узла (89,3%). При простых типах узлов ИР обычно колебался в пределах 0,56-0,71.

Во 2-й группе с бесплодием и более крупными размерами узла в 46,7 \pm 4,8% случаев выявлен внутриузловой кровоток с ИР 0,46-0,51, что указывало на интенсивный кровоток вокруг и внутри миоматозного узла. Это позволило отнести эти узлы к пролиферирующим и связать их с развитием бесплодия у обследованных женщин.

Тактика лечения женщин с бессимптомной миомой зависела от возраста и репродуктивных планов женщины. Так, молодым женщинам 1-й группы, не планирующим беременность назначались препараты комбинированных оральных контрацептивов (КОК) на 6 месяцев для профилактики роста узлов. Женщинам старше 35 лет назначали улипристала ацетат 5 мг в течение 3-х месяцев. Пациенткам 2-й группы с бесплодием назначали улипристала ацетат в течение 3-х месяцев. Это приводило к снижению кровотока в узлах и способствовало уменьшению их размеров, поэтому миомэктомия этим женщинам не была проведена. Беременность наступила спонтанно у 26,7% женщин через 3 месяца после завершения лечения.

ВЫВОДЫ

1. У женщин с бессимптомными миомами чаще выявляются простые узлы небольших размеров с низким качеством кровотока.

2. При выявлении миомы у женщин с бесплодием важно определение типа узла, что позволяет провести эффективное лечение для восстановления репродуктивной функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веропотвелян П.Н., Бондаренко А.А., Веропотвелян Н.П. Миома матки у женщин репродуктивного возраста // Здоровье женщины. – 2018. – №10 (106). – С. 153-156.
2. Вихляева Е.М., Савельева И.С., Городничева

- Ж.А. Возможности клинического применения антипрогестинов в акушерстве и гинекологии // Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. – 2007. – №2. – С. 54-63.
3. Дронова В.Л., Дронов А.И., Теслюк Р.С. и др. Клинико-статистический анализ выявления заболеваемости лейомиомой матки у пациенток при беременности и родах // Укр. журн. перинатол. и педиатр. – 2020. – №2 (82). – С. 35-41.
 4. Кудрина Е.А., Бабурин Д.В. Миома матки: современные аспекты патогенеза и лечения (клин. лекция) // Арх. акуш. и гинекол. им. В.Ф. Снегирева. – 2016. – №3 (1). – С. 4-10.
 5. Donnez J., Dolmans M.M. Uterine fibroid management: from the present to the future // Hum. Reprod. Update. – 2016. – Vol. 7.
 6. Lu N., Wang Y., Su Y.C. et al. Effects of the distance between small intramural uterine fibroids and the endometrium on the pregnancy outcomes of in vitro fertilization-embryo transfer // Gynecol. Obstet. Invest. – 2015. – Vol. 79, №1. – P. 62-68.
 7. Thompson M.J., Carr B.R. Intramural myomas: to treat or not to treat // Int. J. Women's Health. – 2016. – Vol. 8. – P. 145-149.

УДК: 618.145-007:616-092

ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ ЖЕНЩИН С МЕНОРРАГИЕЙ НА ФОНЕ АДЕНОМИОЗА

Бекбаулиева Г.Н., Шамсиева Д.А., Сагатова А.А.
Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

Меноррагия билан кечувчи аденомиоз мавжуд аёлларни текширганда пролактиннинг ўртача плазмадаги миқдори асосий гуруҳда – $612,4 \pm 4,6$ мМЕ/л, назорат гуруҳида эса – $272,5 \pm 26,6$ мМЕ/л ($p < 0,001$) ни таъкил этди. Хайзнинг 21-22 кунлари прогестерон миқдори асосий гуруҳнинг 32 (53,3%) пациентда эканлиги аниқланиб, лютеин фазанинг етишимовчилиги тўғрисида маълумот берди. Бундан таъқари периферик қонда асосий гуруҳда тестостерон (Т) миқдори назорат гуруҳига нисбатан баландлиги аниқланди ($0,68 \pm 0,5$ нмоль/л асосий гуруҳ ва $2,8 \pm 0,24$ нмоль/л назорат гуруҳига нисбатан, $P < 0,001$).

Гормонларни индивидуал кўрсаткичини текширганда 37 асосий гуруҳ пациентиди (61,7%) нисбий ва мутлоқ гиперэстрогения мавжудлиги аниқланди.

Калит сўзлар: аденомиоз, гормонлар профили, гормонли статус, меноррагия.

Аденомиоз представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему, так как является одной из самых распространенных причин хронического тазового болевого синдрома, проявляющегося дисменореей, диспареунией, ухудшая качество жизни женщин. Проблема тазового болевого синдрома аденомиоза имеет особое значение для пациенток репродуктивного возраста, так как заболевание сопровождается значительными нарушениями гормонального гомеостаза, а также приводит к бесплодию [1].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение гормонального гомеостаза женщин с аденомиозом, страдающих меноррагией.

SUMMARY

The study of the hormonal profile in 60 patients with adenomyosis syndrome suffering from menorrhagia showed that the average value of the level of gonadotropic hormones FSH and LH was within the absolute normal range. The average value of the content of prolactin in the blood plasma in the main group was 612.4 ± 4.6 mIU / L compared with the control - 272.5 ± 26.6 mIU / L, $p < 0.001$. Progesterone concentrations on the 21-22th day of the cycle testified to the insufficiency of the luteal phase of the cycle in 32 (53.3%) patients of the main group. There was a significantly increased level of testosterone (T) in peripheral blood serum 2.8 ± 0.24 nmol / L versus 0.68 ± 0.5 nmol / L in the control group ($P < 0.001$).

The study of the individual value of hormones in each patient of the main group revealed in 37 (61.7%) relative or absolute hyperestrogenism.

Key words: adenomyosis, hormonal profile, hormonal status, menorrhagia.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Содержание ФСГ, ЛГ, соотношение уровня ФСГ/ЛГ, пролактина (ПРЛ), тиреотропного гормона (ТТГ), тиреоидных гормонов (Т3, Т4), эстрадиола и тестостерона (Т) определяли у 70 женщин (основная группа) с аденомиозом, страдающих меноррагией на 5-7-й дни менструального цикла (МЦ), прогестерона – на 21-й день МЦ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Нами проведен анализ становления и характера менструального цикла у пациенток основной группы. Так, средний возраст менархе в основной группе составил $11,6 \pm 0,4$ года, в контрольной – $13,1 \pm 1,2$ года. Почти у всех практически здоровых женщин

менструальный цикл установился в течение 6 месяцев, в основной группе в течение года – только у 17 (28,3%). Что касается продолжительности менструального цикла, то в контрольной группе преобладал нормопонирующий цикл – у 93,6%, в основной чаще регистрировался постпонирующий цикл – у 61,7% пациенток.

Жалобы пациентов, имевшие место при обращении к гинекологу, n=60

Характер нарушения	Число обследованных больных, абс. (%)
Тазовые боли	49 (81,7±1,2)
Бесплодие I	13 (21,7±2,5)
Бесплодие II	21 (38,3±1,8)
Невынашивание беременности	26 (43,3±1,5)

Среди пациенток основной группы преобладали нарушения менструального цикла по типу персистенции зрелого фолликула у 36 (88,1%), у 4 (11,9%) – по типу длительной персистенции атретического фолликула.

Анализ показал, что у пациенток с аденомиозом акушерский и гинекологический анамнез был значительно отягощен. Преобладание таких симптомов как бесплодие, невынашивание, у пациенток основной группы свидетельствуют о выраженном дисбалансе гормонов. В связи с этим мы изучили гормональный гомеостаз у обследованных женщин основной группы.

Так, среднее значение уровня гонадотропных гормонов ФСГ и ЛГ находилось в пределах абсолютной нормы, содержание гонадотропных гормонов достоверно не различалось. Содержание пролактина в плазме крови существенно превышало абсолютную норму у большинства обследованных. В основной группе этот показатель составил $612,4 \pm 4,6$ мМЕ/л, в контрольной – $272,5 \pm 26,6$ мМЕ/л ($p < 0,001$). Эти данные совпадают с результатами исследований других авторов [1,2].

Уровень тиреоидных гормонов у пациенток основной группы значимо не отличались от таковых у практически здоровых женщин. Что касается значения ТТГ, то у женщин с аденомиозом наблюдалась тенденция к повышению уровня тиреотропного гормона.

Концентрация прогестерона на 21-22-й день цикла свидетельствовала о недостаточности лютеиновой

На этапе исследования были проанализированы жалобы пациентов с аденомиозом, послужившие поводом для обращения: нарушение менструального цикла по типу аномального маточного кровотечения, первичное и вторичное бесплодие, невынашивание беременности, тазовые боли (табл.).

фазы цикла у 32 (53,3%) пациенток основной группы.

У больных с аденомиозом достоверно возрастало содержание в сыворотке периферической крови тестостерона (Т) до $2,8 \pm 0,24$ нмоль/л (в контрольной группе $0,68 \pm 0,5$ нмоль/л, $p < 0,001$).

Мы проанализировали также индивидуальные значения гормонов у каждой пациентки основной группы в сопоставлении с клиническими проявлениями нарушений менструального цикла. Так, у 37 (61,7%) больных регистрировалась относительная или абсолютная гиперэстрогения, в основной группе при наличии клинических проявлений гиперэстрогении (нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи).

У 19 (31,7%) больных незначительно снижался уровень Т3, Т4 и достоверно возрастало содержание ТТГ.

Таким образом, существует тесная взаимосвязь между аденомиозом и гомональным профилем у женщин с аденомиозом, так как выявлена гиперэстрогения, гиперпролактинемия и гипофункция щитовидной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оразов М.Р. Особенности эндокринного баланса у женщин с болевым синдромом аденомиоза // Трудный пациент. – 2014. – Т. 12, №8-9. – С. 10.
2. Сидорова И.С., Унанян А.Л. Дифференцированный подход к лечению аденомиоза // Акуш., гинекол. и репродуктол. – 2011. – №2. – С. 16-20.

СОМАТИЧЕСКИЕ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ

Ганиева Х.С., Бекбаулиева Г.Н., Ахмеджанова Х.З.
Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

Барвақт тухумдон фаолияти сусайган 60 нафар аёлнинг анамнези ўрганилганда аксарият ($88,4 \pm 2,4\%$) аёллар 36-40 ёшни ташкил қилди. Энг кўп тарқалган касалликлардан бири бўлиб қалқонсимон беги патологиялари учради: асосий гуруҳда $56,7 \pm 2,5\%$, назорат гуруҳида эса $20,0 \pm 3,4\%$ аниқланди. Асосий тадқиқот гуруҳида соматик касалликлар таркибида вегетатив-қон томир дистонияси биринчи ўринни эгаллади, назорат гуруҳида эса бу патология аниқланмади. Гинекологик анамнезида эса асосий гуруҳда ҳайз циклининг бузилишида нафақат ҳайз циклининг оралиғи узайиши балки унинг миқдори ва ҳайз кунларининг давомийлиги қисқариши билан қузатилиши аниқланди.

Калим сўзлар: тухумдонларнинг барвақт етишмочилиги, соматик касалликлар, гинекологик анамнез.

Сегодня частота преждевременной недостаточности яичников (ПНЯ), по разным данным, в женской популяции встречается с частотой от 1-3 до 10% [5]. Однако если рассмотреть распространенность этого заболевания в возрастном аспекте, то со дня открытия этого синдрома до настоящего времени наблюдается следующая частота ПНЯ: в возрасте до 20 лет – 1:10000, к 30 годам – 1:1000, к 35 годам – 1:250, к 40 годам – 1:100 [1,5].

Клиническая значимость ПНЯ выходит далеко за рамки гинекологии и репродуктологии: связанная с этим синдромом длительная гипоестрогения оказывает значительное влияние на продолжительность и качество жизни женщин, плотность костной ткани, заболеваемость сердечно-сосудистыми и неврологическими болезнями, когнитивные функции и социальную реализацию [2-5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение акушерский и гинекологический анамнез пациенток с ПНЯ для выявления факторов риска этой патологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы клинико-анамнестические данные у 60 пациенток с синдромом преждевременного истощения яичников и 20 здоровых женщин (контрольная группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наибольшее число пациенток ($88,4 \pm 2,4\%$) в обследованных группах находились в возрастном диа-

SUMMARY

Clinical and anamnestic data were studied in 60 patients with the syndrome of premature ovarian failure. The largest number of patients ($88.4 \pm 2.4\%$) in the examined groups was in the age range of 36-40 years. The most common diseases were revealed by pathology of the thyroid gland in $56.7 \pm 2.5\%$ of women in the main group versus $20.0 \pm 3.4\%$ in the control group. It draws attention to the fact that in the patients of the main group in the structure of somatic diseases, vegetative-vascular dystonia takes the first place, while in the control group it was not generally noted. The predominant menstrual irregularity in the main group was not only lengthening the interval between menstrual cycles, but also a decrease in the number and duration of menstruation.

Key words: premature ovarian failure (POF), somatic diseases, gynecological history

пазоне 36-40 лет. В возрасте 25-30 лет были $3,3 \pm 2,3\%$, 31-35 лет – $8,3 \pm 2,1\%$. Основными жалобами при обращении были: аменорея (вторичное) – у $56,7 \pm 1,2\%$, опсоменорея – у $43,3 \pm 1,2\%$, невынашивание беременности – у $11,7 \pm 2,3\%$, первичное бесплодие – у $3,3 \pm 2,7\%$, вторичное бесплодие – у $23,3 \pm 2,2\%$.

Как показало изучение преморбидного фона, самым распространенным заболеванием у пациенток с ПНЯ была патологии щитовидной железы – у $56,7\%$ женщин (в контроле у $20,0\%$ обследованных). Обращает на себя внимание тот факт, что у пациенток основной группы в структуре соматических заболеваний первое место занимает вегето-сосудистая дистония, в то время в контрольной группе она не отмечена. В структуре соматических патологий 3-4-е место занимают анемия и хронический тонзиллит ($28,3$ и $23,3\%$ против $40,0$ и $20,0\%$). Хронический пиелонефрит в основной группе встречался в 2 раза чаще, чем в контрольной.

Изучение индекса массы тела (ИМТ) показало, что у всех больных был типично женский фенотип. ИМТ ($20-26$) соответствовал норме у 31 ($51,7\%$) женщины, у 19 ($31,6\%$) наблюдалась дефицит и у 10 ($16,7\%$) избыток массы тела.

При изучении гинекологического анамнеза выявлено, что возраст наступления менархе соответствовал $13-14$ годам у $63,3\%$ от общего числа больных. В возрасте $11-12$ лет менархе наступило у $23,3\%$, $15-16$ лет – у $13,4\%$ пациенток. Цифры достоверно не от-

личались от контроля. При изучении характера менструального цикла у больных с ПНЯ в возрасте менархе в сравниваемых группах достоверной разницы не обнаружено, тем не менее в сроке установления менструального цикла имелись различия. Так, почти у всех практически здоровых женщин менструальный цикл установился в течение 6 месяцев, в то вре-

мя как в основной группе в течение года – только у 22 (36,6%). Что касается продолжительности менструального цикла, то в контрольной группе преобладал нормопонирующий цикл – у 80,0±7,7%, в основной чаще регистрировался постпонирующий цикл – у 43,3±1,8% пациенток (табл.).

Показатели становления и характер менструального цикла у женщин основной и контрольной групп, абс. (%)

Характеристика менструального цикла.	Основная группа, n=60	Контрольная группа, n=20
Установление в течение 6 мес.	22 (Ш36,6±3,6)	10 (100,0)
Нормопонирующий	2 (3,3±2,5)	8 (80,0)
Постпонирующий	24 (43,3±1,8)	1 (10,0±5,3)
Антепонирующий	-	1 (10,0±5,3)
Аменорея	34 (56,6)	-

При анализе менструальной функции у пациенток сравниваемых групп было выявлено, что преобладающим нарушением менструального цикла в контрольной группе была альгодисменорея, в основной – опсоменорея. Так, в контрольной группе у 24 (40,0%) женщин МЦ протекал по типу альгодисменореи, других видов не наблюдалось, тогда как в основной группе альгодисменорея имела место лишь у 11 женщин (18,3%), а нарушение менструального цикла с опсоменореей выявлено у всех женщин, причем у 91,6% менструация была по типу гипоменореи, а у 78,3% по типу олигоменореи.

При анализе репродуктивной функции установлено, что беременность была у 53 (88,3%) пациенток основной группы, у 23 из них закончилась родами. Вместе с тем отмечалась высокая частота самопроизвольного выкидыша – у 21 (39,6%) женщины, у 6 (11,3%) имела место неразвивающаяся беременность, у 2 (3,8%) – медицинский аборт, у 1 (1,9%) – внематочная беременность.

При оценке гинекологического анамнеза патологии внутренних половых органов выявлена у большинства пациенток. Так, наиболее частой гинекологической патологией являлись хронические воспалительные заболевания матки и ее придатков (26,6%) тогда как в контрольной группе эта патология не отмечена, заболевания шейки матки встречались с одинаковой частотой: у 23,3% женщин основной группы и у 20,0% контрольной. По 3,3% выявлен наружный эндометриоз и опухоль яичников в основной группе,

тогда как в контрольной группе этих патологий не было.

Таким образом, в обследованных группах наибольшее число пациенток были в возрастном диапазоне 36-40 лет. Преобладающим фактором ПНЯ было нарушение менструального цикла в основной группе, причем отмечалось не только удлинение промежутка между менструальными циклами, но и уменьшение количества и продолжительности менструации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Albright F., Smith P., Fraser R. A syndrome characterized by primary ovarian insufficiency and decreased stature // Amer. J. Med. Sci. – 2004. – Vol. 1942. – С. 625-648.
2. Pellegrini V.A. Ovarian Insufficiency. Available from: [http://emedicine. medscape.com/article/271046 - overview], last accessed Apr 12, 2017
3. Popat V.B., Calis K.A., Kalantaridou S.N. et al. Bone mineral density in young women with primary ovarian insufficiency: results of a three-year randomized controlled trial of physiological transdermal estradiol and testosterone replacement // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2014. – Vol. 99. – P. 3418-3426.
4. Soni M., Hogervorst E. Premature ovarian insufficiency and neurological function // Minerva Endocrinol. – 2014. – Vol. 39. – P. 189-199.
5. Webber L. et al. ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency // Human Reprod. – 2016. – Vol. 31, №5. – P. 926-937.

ПРЕДИКТОРНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТРИГГЕРНЫХ ФАКТОРОВ В ОТНОШЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

Гиясова М.Г., Каримова Ф.Д.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

ХУЛОСА

Жинсий аъзолар пролапсини ривожланиши хавфи ва прогнозилашнинг асосий омилларини излаш кўп йиллар давомида долзарблигини йўқотмаган. Аёлларда генитал пролапсининг юқори даражаси шаклланишига ва оғир кечишига олиб келувчи хавф омилларнинг аниқлаш мақсадида тос аъзолари архитекtonикаси бузилган, ўртача ёши $47,5 \pm 13,6$ бўлган 102 бемор тадқиқотга олинди. Жинсий аъзолар пролапси даражасини баҳолашда POP-Q тизимидан фойдаланилди. Генитал пролапсининг клиник кечиши PFDI-20 сўровномаси ёрдамида баҳоланди. Логистик регрессия таҳлилига кўра, ортиқча тана вазни индекси, қабзият, ўпканинг сурункали касаллиги, тос аъзолари яллиғланиши жараёни, тез-тез туғиш ва катта вазнли ҳомила туғиш юқори даражали генитал пролапсини ривожланиши ва оғир клиник кечишини энг муҳим хавф омиллари эканлиги исботланди. Шундай қилиб, аёлларда жинсий аъзолар пролапсининг ривожланишини асосий хавф омилларини ўз вақтида аниқлаш ва бартараф қилиш тос аъзоларининг юқори даражали ва оғир клиник ва функционал кечишини башорат қилиш ва олдини олишга хизмат қилади.

Калим сўзлар: жинсий аъзолар пролапси, хавф омиллари, прогнозилаш, POP-Q, PFDI-20.

Пролапс гениталий (ПГ) у женщин – распространенное заболевание, имеющее многофакторную этиологию [2]. Вполне вероятно, что комбинации анатомических, физиологических, генетических, образа жизни и репродуктивных факторов взаимодействуют на протяжении всей жизни женщины и вносят свой вклад в дисфункцию пазового дна [1]. Факторы, вызывающие развитие ПГ, значительно варьируют [6]. Раскрытие сложной причинно-следственной сети генетических факторов, родовых травм, образа жизни и сопутствующих заболеваний является сложной задачей [1].

Полиэтиологичность пролапса органов малого таза, множество неоднозначных теорий патогенеза и причинно-следственных факторов развития генитального пролапса диктуют необходимость целенаправленного поиска предикторных факторов риска (триггерные факторы) в качестве прогнозирования формирования высоких градаций пролапса гениталий у женщин.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка влияния психологического дистресса на

SUMMARY

The relevance of the search for key factors in the development and prediction of the prolapse of the pelvic organs has not diminished for many decades. In order to assess the predictive value of trigger factors for the development of genital prolapse in relation to the formation of a high degree and severe course of genital prolapse in women, 102 patients with violations of the architectonics of the pelvic organs, whose age was 47.5 ± 13.6 years, were studied. The POP-Q system was used to assess the degree of genital prolapse. The severity of manifestations of genital prolapse was assessed using the PFDI-20 questionnaire. According to logistic regression analysis, independent predictors of the risk of a high degree and severe clinical course of genital prolapse in women are an increased body mass index, constipation, chronic lung disease, pelvic inflammatory disease, frequent labor and delivery of large fetuses. Thus, the timely identification and elimination of the most significant trigger factors for the development of genital prolapse in women will serve to predict and prevent a high degree and severe clinical and functional course of pelvic organ prolapse.

Key words: genital prolapse, risk factors, prognosis, POP-Q, PFDI-20.

морфологическую картину тромбоцитов крови в зависимости от уровня ТДС у пациенток с ИБС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 102 пациентки с нарушениями архитектоники органов малого таза, возраст которых составил $47,2 \pm 13,6$ года. Критериями исключения были беременные и нерожавшие женщины моложе 30 лет. Всем пациенткам проводилась оценка степени пролапса половых органов с использованием международной классификаций POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) [5]. С целью детализации выраженности проявлений пролапса внутренних гениталий до и после лечения был применен вопросник PFDI-20, который содержит три группы вопросов. В первую группу (POPDI-6) входят вопросы, касающиеся симптомов пролапса тазовых органов, вторая группа (CRAD-8) позволяет оценить степень колоректально-анальных нарушений, и последняя, третья группа (UDI-6) предполагает получение характеристик симптомов недержания мочи [4].

Для статистического описания связи между различными параметрами вычислялся коэффициент

ранговой корреляции Спирмена. Межгрупповые сравнения проводились с использованием одномерного анализа для всех потенциальных факторов риска. Затем был проведен многофакторный логистический регрессионный анализ для всех переменных, которые показали значимость при одномерном анализе, чтобы определить независимые факторы риска для ПГ. Достоверность отличий проверялась с помощью t-критерия Стьюдента, где уровнем статистической значимости было принято считать $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После оценки степени пролапса внутренних гениталий с использованием международной классификаций POP-Q, исследуемые пациентки были разделены на две группы, в зависимости от степени генитального пролапса: в 1-ю группу вошли 54 пациентки с пролапсом I-II степени, 2-ю группу составили 48 женщин с III-IV степенью пролапса гениталий. Больные двух групп были сопоставимы по возрасту: соответственно $46,3 \pm 12,8$ и $47,8 \pm 13,4$, года ($p = 0,45$). Однако социально-демографические показатели, таким как индекс массы тела (ИМТ) (женщины 2-й группы страдали ожирением больше, чем женщины 1-й группы, $p = 0,004$), малоподвижный образ жизни (гиподинамия отмечалась у 56% женщин 2-й и у 28% 1-й группы) и образование (соответственно 9 и 20% женщин, $p = 0,009$), а также наличие хронических заболеваний у женщин: обструктивные заболевания

легких ($p = 0,0001$), сахарный диабет ($p = 0,047$) и запоры ($p = 0,0001$) ассоциировались с высокой степенью генитального пролапса по POP-Q и тяжелым клиническим течением пролапса тазовых органов у женщин по PFDI-20.

При оценке акушерского анамнеза было установлено что паритетность ($p = 0,7$) и предыдущее плановое ($p = 0,3$) или экстренное ($p = 0,6$) кесарево сечение в анамнезе не повлияли на степень и тяжесть проявлений генитального пролапса, тогда как наличие воспалительного процесса органов малого таза ($p = 0,001$), частые роды ($p = 0,01$) и роды крупным плодом ($p = 0,005$) значительно увеличили степень и тяжесть клинического течения пролапса органов малого таза.

Несмотря на то, что несколько триггерных факторов были в значительной степени ассоциированы с высокой степенью пролапса при однофакторном анализе, многомерная логистическая регрессия этих факторов (ИМТ, уровень образования, характер занятий, наличие хронических заболеваний легких, запоров, сахарного диабета, воспалительный процесс органов малого таза, частые роды и рождения крупного плода в анамнезе), показали, что существует лишь несколько независимых факторов риска. К ним относятся ожирение, запоры, хроническая болезнь легких, воспалительный процесс органов малого таза, частые роды и роды крупным плодом (табл.).

Независимые факторы риска симптомов ПГ у женщин с использованием многофакторного логистического регрессионного анализа

Триггерные факторы	Отношения шансов	Доверительный интервал (95%)	Уровень значимости
ИМТ	1.1	1.0-1.1	0.046
Запоры	4.1	2.3-7.3	0.0001
Хроническая болезнь легких	2.9	1.6-5.5	0.001
Воспалительный процесс органов малого таза	1.7	1.2-2.3	0.001
Частые роды	2.5	1.4-2.8	0.002
Роды крупным плодом	1.7	1.1-2.5	0.016

Таким образом, наличие в анамнезе хронических запоров и обструктивных заболеваний легких, воспалительных процессов органов малого таза, частые роды, роды крупным плодом и индекс массы тела женщин были независимыми предикторными факторами риска развития высокой степени и тяжелого клиничко-функционального течения ПГ.

ЛИТЕРАТУРА

- Delancey J.O., Kane Low L., Miller J.M. et al. Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders: an integrated life span model // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – Vol. 199, №6. – P. e611-615.
- Dietz H.P. The aetiology of prolapsed // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. – 2008. – Vol. 19, №10. – P. 1323-1329.
- Gehi A., Musselman D., Otte C. et al. Depression and platelet activation in outpatients with stable coronary heart disease: findings from the heart and soul study // Psychiatry Res. – 2010. – Vol. 175, №3. – P. 200-204.
- Henn E.W., Richter B.W., Marokane M.M.P. Validation of the PFDI-20 and PFIQ-7 quality of life questionnaires // Int. Urogynecol. J. – 2017. – Vol. 28, №12. – P. 1883-1890.
- Kim S.R., Suh D.H., Jeon M.J. Current use of the pelvic organ prolapse quantification system in clinical practice among Korean obstetrician-gynecologists // BMC Women’s Health. – 2021. – Vol. 207.
- Schaffer J.I., Wai C.Y., Boreham M.K. Etiology of pelvic organ prolapsed // Clin. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 48, №3. – P. 639-647.

РОЛЬ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Джураева Д.Л.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

ХУЛОСА

Тадиқот объектлари: турли даражадаги репродуктив бузилишлар билан 90 нафар ўсмир қиз назорат қилинди.

Ишнинг мақсади: ўсмир қизлар замонавий популяциясида репродуктив бузилишлар хусусиятларини ўрганиши.

Тадиқот усуллари: жинсий ривожланишни объектив баҳолаш, ультратовуви, рентгенологик текширувлар.

Олинган натижалар: ўсмир қизларни скрининг текширувида репродуктив бузилишларнинг учраш тезлиги аниқланди. Ўсмир қизларда репродуктив бузилишларнинг клиник кўринишлари ва соматик статус роли ўрганилди. Илк бор турли репродуктив ўзгаришлар билан ўсмир қизларни юритиш тактикаси улар генезига мос равишда ишлаб чиқилди ва татбиқ этилди.

Хулоса: ҳавф гуруҳларини ажратилиши репродуктив ўзгаришларни ўз вақтида коррекциялаш, шифокорларни ирсий «дастурланган» ҳавф омиллирига нисбатан огоҳлигини оширишга қаратилган даво-профилактик тадбирлар ўтказиш имконини берди. Ўсмир қизларда репродуктив ўзгаришларнинг пайдо бўлиши ва ривожланишининг клиник-патогенетик қонуниятларини аниқлаш текширув ва даволашнинг индивидуал схемасини алоҳида танлаш имконини берди.

Калит сўзлар: ўсмир қизлар, репродуктив бузилишлар, жинсий ривожланиши.

Преморбидный фон играет важную роль в становлении множества систем и функций организма [1,2]. Половое созревание также подвергается воздействию как эндогенных, так и экзогенных факторов [3,4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление преморбидного фона, клинических и биологических особенностей в патогенезе репродуктивных нарушений у девочек – подростков.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе Городского медицинского детского консультативно-диагностического центра были обследованы 90 девочек в возрасте от 4 до 16 лет. С учетом возрастной периодизации, согласно паспортному возрасту, все девочки были распределены на три группы по 30 в каждой. 1-ю группу составили девочки от 4-х до 8 лет; 2-ю – девочки-подростки препубертатного возраста от 8 до 12 лет; 3-ю – пациентки пубертатного

SUMMARY

Subjects of research: 90 girls-teenagers with reproductive infringements of the various degree.

Purpose of work: studying of features of reproductive infringements in modern population of girls-teenagers.

Methods of research: an objective estimation of sexual development, ultrasonic, radiological researches.

The results obtained: frequency of reproductive infringements is specified at screening inspection of girls-teenagers at the age of 10-19 years. The role of the somatic status and clinical displays of reproductive frustration at girls-teenagers is studied. For the first time the algorithm of tactics of conducting girls-teenagers with various reproductive infringements depending on them geneza is developed and introduced.

Conclusion: The allocated groups of risk have given the chance carrying out of the medical and preventive actions directed on timely correction of infringements, to strengthening medical with watchfulness on realization genetically programmed risk factors. Definition of clinical pathogenetic laws of occurrence and development of reproductive infringements in girls-teenagers has allowed differentially choose the individual scheme of inspection and treatment.

Key words: girls-teenagers, reproductive infringements, sexual development.

го возраста от 12 до 16 лет.

Все девочки-подростки были обследованы клинико-анамнестически, проведено ультразвуковое исследование органов малого таза (матки и яичников), пациенток проконсультировали смежные специалисты (эндокринолог, окулист, ЛОР, невропатолог) для уточнения диагноза, при необходимости (для определения костного возраста) проводился рентген кистей рук. Гинекологический осмотр включал оценку антропометрических данных с описанием формулы полового развития и бактериоскопию вагинальных выделений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

С целью изучения частоты того или иного вида репродуктивных расстройств у девочек-подростков сравниваемых групп в зависимости от возраста нами был проведен сравнительный анализ результатов гинекологического и соматического анализов (табл.).

Репродуктивные расстройства у девочек разного возраста, абс. (%)

Нозология	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Гинекологической патологии не выявлено	8 (27)	4 (13)	1 (3)
Вульвовагинит:			
- острый	3 (10)	4 (13)	6 (20)
- хронический	19 (63)	12 (40)	8 (27)
Хронический аднексит	-	3 (10)	10 (33)
Дисфункция яичников	-	6 (20)	12 (40)
Функциональная киста яичника	-	-	3 (10)
Гиперандрогения	-	2 (6)	9 (30)
Синехии малых половых губ	8 (27)	1 (3)	-
Задержка полового созревания	-	1 (3)	3 (10)
Патология щитовидной железы	8 (27)	6 (20)	9 (30)
Острые или хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов	12 (40)	18 (60)	10 (33)
Заболевания почек	4 (13)	6 (20)	3 (10)
Болезни пищеварительного тракта	14 (46)	16 (53)	4 (13%)

Анализ репродуктивных нарушений у девочек-подростков показал, что среди гинекологических заболеваний в младшем школьном возрасте преобладает воспалительный генез в виде вульвовагинитов, как острых, так и хронических (n=73%), в то время как различные нарушения репродуктивной системы (менструальной функции: альгодисменорея – у 33%; первичная аменорея – у 10%; вторичная аменорея – у 40%) чаще встречаются у девочек-подростков старшего школьного возраста. Отсюда следует, что у пациенток с первичным эстрогенным дефицитом микробиоценоз влагалища соответствует клинической картине хронического неспецифического вульвовагинита.

Следует особо отметить, что у всех осмотренных имело место сочетание нескольких экстрагенитальных заболеваний или поражение нескольких систем (соответственно у 46, 53 и 13%).

Как видно из таблицы, неспецифический вульвовагинит ни в одном случае не был самостоятельным заболеванием, а всегда сочетался с воспалительными заболеваниями слизистых оболочек разных органов, таких как инфекции мочевыводящих путей, пиелонефрит, хронический тонзиллит и дисбактериоз кишечника. Причем микрофлора влагалища у 73,6% девочек оказалась идентичной возбудителям основного заболевания.

Хронические вульвовагиниты, в свою очередь, способствовали формированию синехий (30%), образованию рубцовых изменений во влагалище с возможным переходом воспалительного процесса на матку и придатки (43%), что в дальнейшем чревато нарушением менструальной функции в виде дисфункции яичников (20%; 40%), кист яичника (10%),

дисгормонозов с тенденцией к развитию гиперандрогении (36%).

ВЫВОДЫ

1. Репродуктивные нарушения у девочек-подростков возникают на осложненном экстрагенитальными заболеваниями преморбидном фоне.

2. Существует пропорциональная зависимость между преморбидным фоном и структурой репродуктивных нарушений у девочек-подростков (чем отягощеннее преморбидный фон, тем выраженнее нарушения менструального цикла).

3. Структура нарушения репродуктивной системы определяется возрастом девочки. В младшем школьном возрасте преобладают вульвовагиниты (73-85%), тогда как в старших классах чаще встречаются нарушения менструального цикла (80%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбарцумян Т.Ж., Баласанян В.Г. Особенности нарушений и коррекции менструального цикла у девочек-подростков с дисфункцией щитовидной железы // Репрод. здоровье детей и подростков. – 2019. – №5. – С. 80.
2. Богданова Е.А. Организация медицинской помощи девочкам с гинекологической патологией // Рос. педиатр. журн. – 2018. – №4. – С. 4-6.
3. Гусева Е.В., Кузнецова И.В., Николаев С.Н. Структура вульвовагинальной патологии у девочек разных возрастных групп // Репрод. здоровье детей и подростков. – 2017. – №3. – С. 50.
4. Fidel P.L. Vaginal candidiasis: review and role of local mucosal immunity // AIDS Patient Care and STDs. – 2016. – Vol. 12. – P. 359-366.

ҚОННИНГ ОПТИК ЗИЧЛИГИНИ АНИҚЛАШ МЕНОПАУЗАЛ ОСТЕОПОРОЗ РИВОЖЛАНИШИНИ БАШОРАТ ҚИЛИШНИНГ ЯНГИ УСУЛИ

Зарипова Д.Я.

Бухоро Давлат Тиббиёт Институти,

Бухоро вилоят перинатал маркази

РЕЗЮМЕ

Всем нам известно, что на сегодняшний день риск возникновения менопаузального остеопороза связан с снижением эстрогенов в крови женщины на этот период [3,4,5,7]. Многими рандомизированными исследованиями подтверждено, что с помощью биохимических маркёров крови таких как: определение кальция в крови, щелочной фосфатазы (ЩФ), эстрадиола и остеоденситометрических показателей можно заблаговременно предсказать начало менопаузы и его осложнения остеопороз [1,2,6]. Но так как эти методы недоступны всем женщинам разных социальных слоев общества мы предлагаем выявить группу риска предрасположенных к остеопорозу, а затем для подтверждения данного состояния, определять вышеуказанные методы исследования маркёров остеопороза. Для этого мы впервые воспользовались методом Шабалина –Шатохиной определение оптических свойств сыворотки крови. Результаты данных мы постарались изложить в данной статье.

Ключевые слова: менопауза, оптическая плотность крови, остеоденситометрия, маркёры остеопороза, профилактика.

ДОЛЗАРБЛИГИ

Климакс даври бошлангунига қадар аёл ва эркаларда суяк зичлигининг даражаси бир хил даражада бўлади. Аммо, беморларнинг ушбу даврга ўтиши билан остеопороз ривожланиш хавфи 1.5-2 бараварга ошади. Бу қондаги эстрогенларнинг бир неча бараварга камайиши билан боғлиқ. Чунки, айнан шу гормон туфайли суяк ҳосил бўлиши ва емирилиши ўртасидаги мувозанат сақланади. Маълумки, суяк емирилишини аниқлашнинг бир неча турлари бўлиб, биз бугунги кунда унга қўшимча равишда остеопороз ривожланиш хавф гуруҳларини аниқлашга ёрдам берувчи қоннинг оптик зичлиги аниқлаш усулини таклиф этамиз. Бу усул аввал ушбу касалликни аниқлаш учун қўлланилмаган. Биз буни биринчи марта қўллашимизга сабаб, барча ушбу даврдаги аёлларни скрининг турида бажариш мумкин бўлган арзон ва қулай усул бўлганлигидир.

ТАДҚИҚОТ МАҚСАДИ

Қоннинг оптик зичлиги усули ёрдамида климактерик остеопороз ривожланиш хавф гуруҳи ва оғир-

SUMMARY

We all know that today the risk of menopausal osteoporosis is associated with a decrease in estrogen in the woman's blood during this period [3,4,5,7]. Many randomized studies have confirmed that using biochemical blood markers such as: determination of calcium in the blood, alkaline phosphatase (ALP), estradiol and osteodensitometric parameters, it is possible to predict in advance the onset of menopause and its complications osteoporosis [1,2,6]. But since these methods are not available to all women of different social strata of society, we propose to identify a risk group predisposed to osteoporosis and then, to confirm this condition, to determine the above methods of studying markers of osteoporosis. For this, we first used the Shabalina-Shatokhina method for determining the optical properties of blood serum. We tried to present the results of the data in this article.

Key words: Menopause, optical density of blood, osteodensitometry, markers of osteoporosis, prevention.

лик даражасини аниқлаш.

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

Биз тадқиқотимизда 35 ёшдан то 55 ёшгача бўлган аёлларни кўриқдан ўтказдик, бунда аутоиммун касалликлар, қандли диабет, ўсма касалликлари, гистерэктомия ўтказган аёллар тадқиқот гуруҳига киритилмади. Тадқиқот учун 120 нафар климакс давридаги аёллар ажратиб олинди, ушбу аёллар 2019-2021 йиллар давомида Бухоро вилоят тез тиббий ёрдам илмий текшириш марказида турли хил ташхислар асосида даволаниб келишган. Уларнинг барчасида қоннинг оптик зичлигини аниқлаш усули ёрдамида хавф гуруҳи аниқланди. Бунинг учун микроскоп окулярини х4 марта катталаштириб, қоннинг зардобидан буюм ойначасига томчи ҳосил қилиб, хона ҳароратида 18-24 соат давомида қуритиб, кейин кўрилди. Бунда қоннинг оптик зичлигини белгиловчи радиал-симметрик чизиқлар қондаги оксил ва минерал моддалар микдорига боғлиқ бўлади. Қоннинг радиал-симметрик чизиқлари 30 тадан ортиқ бўлган,

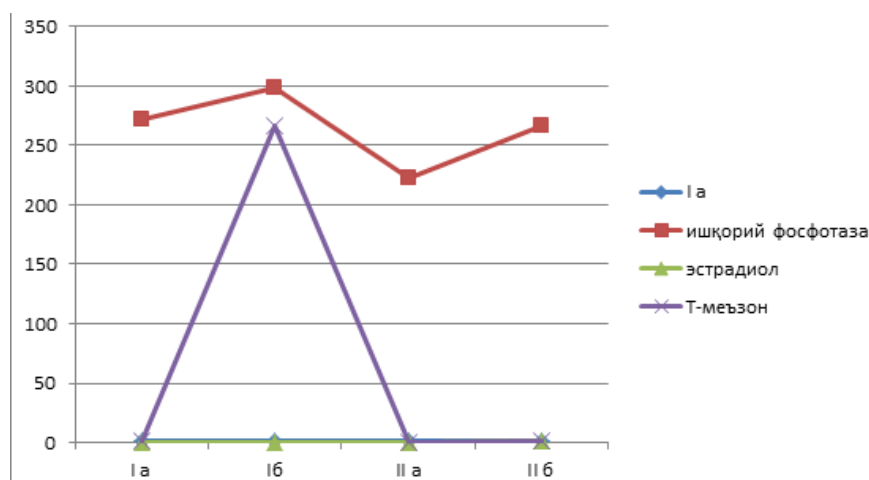
аник ифодаланган қизикларга эга бўлган намуналар хавф гуруҳига киритилмади. Радиал-чизиклар миқдори 30 дан кам, аниқ ифодаланмаган намуналар эса, хавф гуруҳига киритилди. Барча иккала гуруҳ намуналари ҳам кейинчалик, биокимёвий усул ёрдамида: кальций, ишқорий фосфотаза ва эстрадиол миқдори текширилди. Кейинчалик остеоденситометрия усули ёрдамида остеопороз ташхиси тасдиқланди.

ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ ВА ТАҲЛИЛ

Ўтказилган тадқиқот натижасида қоннинг оптик зичлиги аниқ ифодаланган беморлар сони 28 бўлиб, у умумий беморларнинг 23% ни ташкил этди, уларни биз шартли равишда I-гуруҳга киритдик. Улардан радиал симметрик чизиклар сони 30-40 агрофида бўлган беморлар 21 та (17,5%) бўлиб, улар I а гуруҳга бирлаштирилди, радиал-симметрик чизиклар сони 41-50 та бўлган беморлар сони эса, 8 та (5,8%) ни ташкил этиб, Iб гуруҳга бириктирилди. Радиал симметрик чизиклар аниқ ифодаланмаган беморлар II- гуруҳга киритилиб, уларнинг сони умумий беморларнинг 92 тасини (76,6%) ни ташкил этди. Улардан радиал-симметрик чизиклар сони 5-15 тагача бўлган беморлар сони 64 тани (53,3%) ни, улар II а гуруҳни ташкил этди. Радиал-симметрик чизиклар сони 16-29 тагача бўлган беморлар сони 27 тани (22,5%) ни II б гуруҳга бирлаштирдик.

I-а гуруҳдаги биокимёвий текширишлар натижасида, қондаги кальций миқдори ўртача ± 2.01 дг/мл, ишқорий фосфотаза 272 нмоль/л, эстрадиол 0.44 нмоль/л ни ташкил этди. Остеоденситометрия текшируви натижасида Т-меъзон 0.8 ни ташкил этди. Iб гуруҳдаги аёллар кальций миқдори ўртача ± 2.11 дг/мл, ишқорий фосфотаза 298 нмоль/л, эстрадиол 0.5 нмоль/л ни ташкил этди. Остеоденситометрияда эса, Т-меъзон 0.5 ни ташкил этди. Бу эса нормопениядан далолат беради. Нормада Т-меъзон 0-1 нормопения, 1.1-2.5 остеопения, 2.6-3.5 эса, остеопороз деб баҳоланади.

II-а гуруҳда биокимёвий текширишлар натижасида, қондаги кальций миқдори ўртача ± 1.61 дг/мл, ишқорий фосфотаза 222 нмоль/л, эстрадиол 0.1 нмоль/л ни ташкил этди. Остеоденситометрия текшируви натижасида Т-меъзон 2.1 ни ташкил этди. Iб гуруҳдаги аёллар кальций миқдори ўртача ± 1.84 дг/мл, ишқорий фосфотаза 267 нмоль/л, эстрадиол 0.21 нмоль/л ни ташкил этди. Остеоденситометрияда эса, Т-меъзон 1.5 ни ташкил этди. Ушбу барча кўрсаткичлар қоннинг оптик зичлиги билан тўғри пропорционал бўлиб ҳисобланади. Бу эса остеопениядан далолат беради. Қуйидаги барча ўзгаришларнинг барчаси гистограммада аниқ ифодалаб берилган.



Ўзгаришлар орасидаги фарқ $p \geq 0.005$.

Ушбу тадқиқот натижасида кўриниб турибдики, қоннинг оптик зичлиги натижалари, биокимёвий таҳлиллар (кальций, ишқорий фосфотаза, эстрадиол) ва остеоденситометрияда Т-меъзон кўрсаткичлари билан тасдиқланди.

ХУЛОСА

Юқоридагиларга асосланиб, хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, қоннинг оптик зичлигини унинг зардобидан аниқлаш усули ёрдамида остеопорозга мойил аёллар гуруҳини клиник белгилар пайдо бўлишидан олдин хавф гуруҳларини аниқлаштириб, ўз вақтида климактерик остеопорозни даволаш ва аёлларнинг ҳаёт сифатини ошириш мумкин. Ушбу усулни бажариш учун махсус тайёргарлик керак эмаслигини ҳисобга олган ҳолда уни скрининг равишда

барча климакс давридаги аёлларда ўтказиш мумкин.

АДАБИЁТЛАР

1. Зарипова Д.Я., Туксанова Д.И., Негматуллаева М.Н. Особенности течения перименопаузального перехода женщин с ожирением. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. № 1-2.2020 Стр.39-42.
2. Хатамова М.Т., Солиева Н.К. Актуальные особенности хронического пиелонефрита у женщин детородного возраста// Новый день медицины. - 2019. - №3(27). - С. 278-281.
3. Solieva N.K., Negmatullaeva M.N, Sultonova N.A. Features Of The Anamnesis Of Women With The Threat Of Miscarriage And Their Role In Determining

- The Risk Group// The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. - 2020. - № 2(09). - P. 32-34.
4. D'Amelio P, Spertino PE, Martino F, et al. Prevalence of postmenopausal osteoporosis in Italy and validation of decision rules for referring women for bone densitometry *Calcif Tissue Int* 2013;92:437–43. [PubMed] [Google Scholar]
 5. Chen SJ, Lin CS, Lin CL, et al. Osteoporosis is associated with high risk for coronary heart disease: a population-based cohort study *Medicine (Baltimore)* 2015;94:e1146. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
 6. Bluc D, Nguyen ND, Alarkawi D, et al. Accelerated bone loss and increased post-fracture mortality in elderly women and men. *OsteoporosInt* 2015;26:1331–9. [PubMed] [Google Scholar]
 7. Heidari B, Hosseini R, Javadian Y, et al. Factors affecting bone mineral density in postmenopausal women *Arch Osteoporos* 2015;10:15. [PubMed] [Google Scholar]
 8. Zaripova D.Ya., Sharipova R.G. Efficiency of hormone replacement therapy in prevention menopausal therapy. *Academicia an international multidisciplinary research journal*.2020.Vol.10, issue 8. Page 422.

УДК: 618.14-006.882-07-036

ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ GESTАЦИОННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ НЕОПЛАЗИИ

Захирова Н.Н.¹, Маматова М.Р.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии,

²Андижанский государственный медицинский институт

XULOSA

Ushbu tadqiqotda CLIC-1 proteinining ekspressiyasi gestatsion trofoblastik kasalligida immunogistokimyoviy usul bilan baholandi va malignizatsiya jarayonini prognozlashda uning diagnostik ahamiyati o'rganildi. Tadqiqot gestatsion trofoblastik kasalligi bilan kasallangan 20 nafar bemorni o'z ichiga olgan. Yelbo'g'oz bo'lgan bemorlarga nisbatan gestatsion trofoblastik neoplazisi bo'lgan bemorlarda trofoblastik hujayralardagi CLIC-1 ning yuqori darajadagi immunoreaktivligi kuzatildi. Shunday qilib, CLIC-1 erta bosqichda yomon sifatli o'zgarishlarni aniqlash imkonini beradi va prognozistik marker bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Kalit so'zlar: gestatsion trofoblastik kasalligi, yelbo'g'oz, horiokarsinoma, immunogistokimyo, CLIC-1.

Гестационная трофобластическая болезнь (ГТБ) – термин, объединяющий группу патологических состояний, ассоциированных с беременностью, развивающиеся в результате аномальной клеточной пролиферации трофобласта после оплодотворения [2,7]. Включает доброкачественные формы: пузырьный занос (ПЗ, полный или частичный) и злокачественные формы: инвазивный пузырьный занос, трофобластическую опухоль плацентарной площадки, эпителиоидную трофобластическую опухоль и хориокарциному (ХК). [1,6]. Европейское общество лечения ГТБ и Международное общество по изучению ГТБ предложили относить полный и частичный ПЗ к предрако-

SUMMARY

This study evaluated the expression of the CLIC-1 protein by immunohistochemical method in gestational trophoblastic disease, as well as its diagnostic value in predicting the malignant process. The study included 20 patients with gestational trophoblastic disease. There were higher levels of CLIC-1 immunoreactivity in trophoblastic cells in patients with gestational trophoblastic neoplasia compared with patients with hydatidiform mole. Thus, CLIC-1 can serve as a prognostic marker that allows detecting malignant transformation at an early stage.

Key words: gestational trophoblastic disease, hydatidiform mole, choriocarcinoma, immunohistochemistry, CLIC-1.

вым состояниям и регистрировать как стадию 0 злокачественных трофобластических опухолей [1,6,10].

В настоящее время в качестве биомаркера для ГТБ используется человеческий хорионический гонадотропин β (β -ХГЧ). Мониторинг β -ХГЧ является основным методом оценки процесса трансформации из доброкачественного в злокачественные формы заболевания [1,6]. Однако не существует никакого диагностического метода, чтобы предсказать это преобразование.

Учитывая, что 20% полных и 5% частичных ПЗ прогрессируют до ГТН, всегда существует большая озабоченность по поводу прогнозирования и ранней

диагностики этого перехода. Сообщалось о многих исследованиях в области ПЗ и факторах, предсказывающих ее прогрессирование до ГТН, включая, например, оценку гистопатологических особенностей молярных беременностей, уровня свободной субъединицы β -ХГЧ, маркера Ki67 и CA-125, а также уровня теломеразы в образцах тканей ПЗ. В разных исследованиях было изучено влияние генов PCNA, MMP, nm23, P16, HFC-1, DAPK, E-Cadherin, BCL-2, Rb и mdm2 на эволюцию и переход к ГТН [1,4,6-10].

В последнее время широкое распространение получил белок CLIC-1. Функции белка CLIC-1 варьируют от ионного гомеостаза до регуляции клеточного объема, трансэпителиального транспорта и регулирования электрической возбудимости [3]. Было обнаружено, что повышенная экспрессия CLIC-1 сильно коррелирует с лимфатическим метастазированием узлов, лимфатической и перинеуральной инвазией и плохой выживаемостью. Исследователи предположили, что сверхэкспрессия CLIC-1 модулирует деление клеток и/или передачу сигналов против апоптоза, что приводит к клеточной трансформации [5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка прогностической значимости маркера CLIC-1 в развитии гестационной трофобластической неоплазии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 20 пациенток с диагнозом ГТБ, которые обратились в гинекологическое отделение Андижанского областного перинатального центра. Обследованные были разделены на 2 группы по 10 в каждой: 1-я группа – женщины с доброкачественным ПЗ, 2-я группа – женщины со злокачественной трансформацией, которые нуждались в химиоте-

рапии. Весь материал был получен при первичной эвакуации содержимого матки. После выскабливания всем пациенткам проводились еженедельные измерения уровня β -ХГЧ. В случае постепенного снижения и полного исчезновения β -ХГЧ в сыворотке крови пациентки были классифицированы как ПЗ без осложнений; пациентки со стабильным или повышающимся уровнем β -ХГЧ считались больными ГТН и направлялись на химиотерапию.

Возраст пациенток в стадии ремиссии колебался от 23 до 42 лет (в среднем 30,1 года), со злокачественно-трансформированными формами – от 25 до 50 лет (в среднем 34,5 года).

ИГХ окрашивание для оценки экспрессии онкогена CLIC-1 проводили на парафиновых блоках, приготовленных из полученного материала.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среднее количество беременностей у всех обследованных составило 2,47 (диапазон 1-9).

После оценки эвакуированных продуктов беременности и в соответствии с первичной гистологической диагностикой у 8 (80%) пациенток был признан полный ПЗ и у 2 (20%) был частичный ПЗ.

9 из 10 пациенток с ГТН имели оценку Всемирной организации здравоохранения <7, 1 – оценку ≥ 7 [5].

Результаты иммуноокрашивания 10 ПЗ и 10 образцов хориокарциномы были рассчитаны с помощью системы оценки окрашивания. Данные приведены в таблице. Полные ПЗ, которые в последствие развились в ГТН, показали значительно более высокие уровни экспрессии CLIC-1, чем у тех, кто не подвергся злокачественной трансформации ($p < 0,01$). Уровень экспрессии CLIC-1 в образцах хориокарциномы был выше, чем в образцах ПЗ ($p < 0,01$).

Экспрессия CLIC-1 при полном ПЗ и хориокарциноме

Группа	Возраст больных, лет	Число больных	CLIC1
ПЗ	30,1	10	3,88 (0,51)
ХК	34,5	10	6,60 (0,52)

ВЫВОДЫ

1. У пациенток с ГТН наблюдались более высокие уровни иммунореактивности CLIC-1 в трофобластических клетках, чем у больных с ПЗ.

2. Учитывая, что активность CLIC-1 повышается в злокачественно-трансформированных клетках хориокарциномы и экспрессируется в ядре и цитоплазме трофобластических клеток, CLIC1 может служить прогностическим маркером, позволяющим выявлять злокачественную трансформацию ПЗ на ранней стадии.

3. Результаты исследования могут служить основой для разработки прогностических маркеров, что может помочь раннему прогнозу ГТН. Необходимы дополнительные эксперименты для подтверждения CLIC1 в качестве биомаркера и подтверждения его клинической эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Behtash N., Hasanzadeh M., Hanjani P. Complete remission of an unusual location of metastatic GTN: A case report // *Cancer Ther.* – 2005. – Vol. 2. – P. 575-577.
2. Berek J.S. *Gynecology.* – 14th ed. – Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. – №37. – P. 1582-1604.
3. Chen C.D., Wang C.S., Huang Y.H. et al. Over expression of CLIC1 in human gastric carcinoma and its clinicopathological significance // *Proteomics.* – 2007. – Vol. 7. – P. 155-167.
4. FIGO Oncology Committee. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000 // *Int. J. Gynecol. Obstet.* – 2002. – Vol. 77. – P. 285-287.
5. Friedli M., Guipponi M., Bertrand S. et al. Identification of a novel member of the CLIC family,

- CLIC6, mapping to 21q22.12 // Gene. – 2003. – Vol. 320. – P. 31-40.
6. Makovitzky J., Radtke A., Shabani N. et al. Invasive hydatidiform mole: Immunohistochemical labelling of inhibin/activin subunits, Ki67, p53 and glycodeilin A in a rare case // Acta Histochem. – 2009. – Vol. 111. – P. 360-365.
 7. Menczer J., Schreiber L., Berger E. et al., Assessment of Her-2/neu expression in hydatidiform moles for prediction of subsequent gestational trophoblastic neoplasia // Gynecol. Oncol. 2007. – Vol. 104. – P. 675-679.
 8. Soper J.T. Staging and evaluation of gestational trophoblastic disease // Clin. Obstet. Gynecol. – 2003. – Vol. 46. – P. 570-578.
 9. Xue W.C., Khoo U.S., Ngan H.Y. et al. Minichromosome maintenance protein 7 expression in gestational trophoblastic disease: Correlation with Ki67, PCNA and clinicopathological parameters // Histopathology. – 2003. – Vol. 43. – P. 485-490.
 10. Yazaki-Sun S., Daher S., de Souza Ishigai M.M. et al. Correlation of c-erbB-2 oncogene and p53 tumor suppressor gene with malignant transformation of hydatidiform mole // J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2006. – Vol. 32. – P. 265-272.

УДК: 618.17-008.8:577.175.62

СИНДРОМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ И ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Иргашева С.У., Шерматова С.Э., Курбанова Д.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

XULOSA

Giperandrogenik sindromli o'smirlar sonining ko'payishi muammoning dolzarbligini aniqlaydi.

Tadqiqot maqsadi balog'at yoshidagi giperandrogenizm sindromining klinik kechishini xususiyatlarini aniqlash edi. *Tadqiqotda* giperandrogenizm sindromining har xil shakllari bo'lgan 14-18 yoshli o'smir qizlar tekshirildi, klinik va gormonal tadqiqot usullari qo'llanildi. *Ma'lum bo'lishicha*, o'smirlardagi giperandrogenizm sindromi tarkibida tuxumdon giperandrogenizmi ustunlik qiladi - 72,4%. *Klinika girsutizmning ko'payishi bilan namoyon bo'ldi*, oligomenoreya hayz ko'rish disfunktsiyasining umumiy sababi edi. *Shunday qilib*, balog'at davrida giperandrogenizm sindromining klinik ko'rinishlarining ko'payishi kuzatiladi, shu jumladan oligomenoreya ustunligi bilan hayz ko'rish buzilishlarining yuqori chastotasi.

Kalit so'zlar: giperandrogenik sindrom, o'smirlar, reproduktiv salomatlik, hayz ko'rish funktsiyasi, jinsiy gormonlar, klinik xususiyatlar.

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что состояние репродуктивной системы женщины во многом определяется таковым в детстве и пубертатном периоде. Еще в 1985 г. Г.Л. Фридман и К.Г. Эдстрем в книге «Репродуктивное здоровье подростков», писали, что: «Отрочество и юность традиционно рассматривают как период жизни, относительно свободный от проблем, связанных с охраной здоровья. Тем не менее, этот критический возраст, когда недостаточность питания и болезни могут

SUMMARY

The growth of the number of adolescents with hyperandrogenic syndrome determines the urgency of the problem.

The aim of the study was to determine the features of the clinical course of the syndrome of hyperandrogenism in puberty. *We examined adolescent girls aged 14-18 years with various forms of hyperandrogenism syndrome, used clinical and hormonal research methods. It was revealed that ovarian hyperandrogenism prevails in the structure of the syndrome of hyperandrogenism in adolescents - 72.4%. The clinic was manifested by an increase in hirsutism, oligomenorrhea was a common cause of menstrual dysfunction. Thus, in the period of puberty, there is an increase in the clinical manifestations of the syndrome of hyperandrogenism, including a high frequency of menstrual dysfunctions with a predominance of oligomenorrhea.*

Key words: hyperandrogenic syndrome, adolescents, reproductive health, menstrual function, sex hormones, clinical features

иметь самые разрушительные последствия как в ближайшие, так и в зрелые годы жизни. Это справедливо и в отношении репродуктивного здоровья».

Гиперандрогения – одна из наиболее частых причин нарушений менструальной и репродуктивной функций у женщин репродуктивного возраста, включая олигоаменорею, дисфункциональные маточные кровотечения, бесплодие, невынашивание, а также одна из основных причин формирования нарушений полового развития в подростковом периоде жизни.

По данным литературы, у 10-15% женщин обнаруживают те или иные признаки гиперандрогении, причем отмечается рост частоты данного синдрома в детском и юношеском возрасте. По данным РСНПМЦАиГ, в структуре нарушений полового развития у девочек Республики Узбекистан признаки стертой вирилизации выявлены у 10,4% подростков [3]. Рост численности юных пациенток с синдромом гиперандрогении, являющейся частой причиной нарушений менструальной функции (НМФ), требует внимательного изучения проблемы и разработки мер по их своевременной профилактике.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение особенностей клинического течения синдрома гиперандрогении (СГА) в пубертатном периоде.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Объектом исследования явились 108 девушек-подростков в возрасте 14-18 лет с различными формами синдрома гиперандрогении. Для достижения поставленных задач применялись клинические и лабораторные методы исследования. Комплексное исследование антропометрических показателей включало определение роста стоя, массы тела, вычисление индекса массы тела и степени оволосения кожных покровов (модифицированная шкала Ферримана – Голвея. Определяли уровень в сыворотке крови гонадотропных гормонов (ФСГ, ЛГ, Прл), эстрадиола, тестостерона, ДГЭА-С, 17-ОП, кортизола, ТТГ, Т3, Т4 на 3-6-й дни менструального цикла методом ИФА на приборе Multiscan PLUS. Ультразвуковое исследование органов малого таза проводилось на аппарате Interscan-250.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ причинных факторов гиперандрогений у обследованных девушек позволил выявить, что в периоде полового созревания преобладают яичниковые гиперандрогении, частота которых составила 72,4%. Надпочечниковая и/или смешанная гиперандрогения установлена у 7%, гиперандрогения вследствие гиперпролактинемии – у 5,2%, гиперпролактинемия вследствие патологии щитовидной железы – у 6,1%, гиперандрогения, возникшая как результат системных заболеваний др. органов и систем, – у 4,8%. Гиперкортицизм выявлен у 0,9% обследованных, причину не удалось установить у 3,6%.

Особенностью клинических проявления СГА в подростковом возрасте является отчетливая последовательность и стадийность проявления основного признака СГА – гирсутизма. Термин «гирсутизм» применим к случаям избыточного роста терминальных волос в андроген-зависимых областях кожного покрова. Гирсутизм появляется чаще после менархе, в связи с усилением функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы в периоде пубертата, в научной литературе для этого используется термин «перименархиальный дебют» [2,4]. Усиленный рост волос на лице, нижних и верхних конечностях обычно сочетается с нарушением менструального цикла и постепенно прогрессирует. 9 гирсутичных зон известны как гормональное число шкалы Ферримана – Голвея. Исследование избыточного оволосения в андрогензависимых зонах у девочек-подростков с СГА показало, что независимо от формы заболевания гирсутичное число, индифферентное число и гормональное число существенно превышают контрольные значения (табл.). При этом статистически значимых различий между клиническими группами не выявлено.

Показатели выраженности оволосения кожных покровов (по Ферриману – Голвею) обследованных девочек-подростков

Показатель	Всего пациенток	Подростки с яичниковой гиперандрогенией	Контроль
ИЧ	5,6±0,4*	5,3±0,3*	2,0±0,1
ГЧ	13,9±2,6*	14,3±1,4*	3,1±0,1
ГИЧ	19,4±2,9*	19,6±1,6*	5,1±0,1

Примечание. * – $p > 0,05$.

Гормональные исследования позволили выявить наличие гиперандрогенемии за счет повышения уровня общего тестостерона у 42% обследованных. Относительно низкие концентрации эстрадиола определили частоту гипоплазии матки, являющейся органом-мишенью: гипоплазия матки I-II степени среди пациенток с внеяичниковыми формами гиперандрогении диагностирована у 26%, с яичниковой гиперандрогенией – у 12,5%. У 27 больных для выявления формы СГА осуществлялась проба с дексаметазоном. Снижение концентрации общего тестостерона на 80% и более расценивали как надпочечниковую гиперандрогению, от 51-79% – как смешанную,

менее 50% – как яичниковую. Данная проба, наряду с клинико-инструментальными методами, явилась вспомогательной методикой в дифференциальной диагностике ряда форм СГА.

Если речь идет о детском возрасте, то существование особых, дополнительных признаков гиперандрогении (таких как ускорение темпов физического развития, опережение костного возраста по отношению к паспортному, преждевременное закрытие зон роста) следует, несомненно, учитывать в пользу понятия «гиперандрогения». Среди обследованных нами подростков опережение костного возраста было выявлено лишь у больных с врожденной дисфункци-

ей коры надпочечников, в то время как кожные проявления гиперандрогении (акне вульгарис, жирная себорея) регистрировались у большинства больных (78,2%).

Доминирующим клиническим симптомом, возникающим на разных этапах полового развития (с менархе или после относительного небольшого периода регулярного менструирования), является нарушение менструального цикла. Наиболее частой причиной НМФ у девочек с различными формами гиперандрогении была олигоменорея (42%). Первичная аменорея в общей группе больных диагностирована у 8%, вторичная – у 18%, сохраненный менструальный цикл наблюдался у 32% больных. У больных с формирующимся поликистозом яичников (ПКЯ) наиболее частой формой нарушения также явилась олигоменорея (67,2%), первичная аменорея диагностирована у 3,5%, вторичная – у 13,8%, сохраненный менструальный цикл выявлен у 15,5%. У части больных отмечается период регулярных менструаций, чередующийся с различными формами НМФ.

Особого внимания заслуживают маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП) у данного контингента больных. Обследование и лечение проводилось у 45 подростков с МКПП различной степени тяжести с клиническими проявлениями гиперандрогении. Заболевания крови как возможный самостоятельный причинный фактор МКПП были исключены у всех обследованных. Впервые по поводу кровотечения обратились 37,8% пациенток, рецидив заболевания имели 62,2%; периоды ремиссии

практически у каждой второй протекали на фоне олигоменореи.

Нами был проведен анализ соматической заболеваемости у больных с СГА. Рядом автором обсуждается роль хронического тонзиллита в манифестации ПКЯ в подростковом возрасте [1]. Полученные нами данные свидетельствуют практически об одинаковом инфекционном индексе у больных с СГА и здоровых девушек.

Таким образом, в период пубертата наблюдается усиление клинических проявлений СГА, включая высокую частоту нарушений менструальной функции с преобладанием олигоменореи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипина Н.Н. Состояние репродуктивной системы у девочек и женщин с нарушением менструальной функции на фоне хронического тонзиллита: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2004.
2. Барашева О.В., Плотникова Е.В., Шабалов Н.П. Синдром гиперандрогении и его особенности в подростковом возрасте // Педиатр. – 2012. – Т. 3, №3.
3. Иргашева С.У., Максудова Д.С. Клиническое течение яичниковой гиперандрогении в подростковом возрасте // журн. дерматол. и репрод. здоровья. – 2013. – №2.
4. Телунц А.В. Особенности клинического течения синдрома гиперандрогении и принципы его терапии у девочек подростков // Гинекология. – 2001. – Т. 4, №1. – С. 8-11.

УДК: 618.4+616-006.36-0.85:576.8.097.1

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА VDR В РАЗВИТИИ МИОМЫ МАТКИ

Ирназарова Д.Х.¹, Юлдашева Д.Ю.¹, Нажмутдинова Д.К.², Бабаев К.Т.¹, Каюмова Д.Т.¹, Мамадалиева У.П.¹, Янгибаева Д.Т.¹

¹Ташкентская медицинская академия

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр гематологии

XULOSA

Bachadon miomasi eng keng tarqalgan yaxshi sifatli ginekologik kasallik bo'lib, uning patogenezi to'liq tushunilmagan. Biz Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasiga yotqizilgan reproduktiv va premenopauzal yoshdagi 200 ayolni tekshirdik. Organizmning D vitamini (25 (OH) D) bilan to'yinganligi, VDR genining A/G polimorfizmining genotiplanishi (rs10735810) o'rganildi. Ayollarning yarmidan kamida simptomatik mioma, D vitamini etishmovchiligi va defitsiti ustunlik qiladi. VDR retseptorining "nojo'ya" geni A/G bacha-

SUMMARY

Uterine fibroid is the most common benign gynecological disease whose pathogenesis is not fully understood. We examined 200 women of reproductive and premenopausal age who were admitted to the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy. We studied vitamin D (25(OH)D) saturation and genotyping of the A/G polymorphism of the VDR gene (rs10735810). Vitamin D deficiency and marked vitamin D deficiency prevail in less than half of women with symptomatic fibroid. We found an association between the "unfavour-

don miomasining shakllanishi bilan bog'liqligi aniqlandi.

Kalit so'zlar: bachadon miomasi, D vitamini, VDR, polimorfizm.

Миома матки (ММ) растет как генетически аномальный клон клеток, происходящий из одной первичной клетки, которая в результате произошедшей в ней мутации приобрела способность нерегулируемого роста [2,3,7]. Причины возникновения миомы матки до сих пор являются предметом дискуссии, они имеют многогранную природу, в основе которой лежит суммарный эффект генных и средовых факторов [1,3]. Миомы, встречающиеся до 70% у женщин в возрасте до 50 лет, в 30% случаев юв вызывают аномальные маточные кровотечения [10].

Исследования показывают, что фактором риска развития ММ является дефицит витамина D [5,10]. Витамин D влияет на регуляцию ядерных рецепторов PR и ERα в ткани миомы [11]. Витамин D выполняет физиологическую роль посредством рецепторов к витамину D (VDR), но экспрессия VDR в лейомиомах матки не подтверждена [4]. Современное понимание роли генетических и эпигенетических нарушений в генезе ММ не достаточно, чтобы ответить на вопрос о развитии заболевания.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение роли полиморфных вариантов гена рецептора VDR в риске развития миомы матки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД

Проведено проспективное поперечное исследование, основанное на клинко-лабораторном обследовании 200 женщин репродуктивного и перименопаузального возраста, поступившие в Центр женского здоровья и отделение гинекологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2018-2020 гг. Обследованные женщины разделены на 2 группы. Контрольную группу составили 98 здоровых

able” VDR A/G gene and uterine fibroid formation.

Key words: uterine fibroid, vitamin D, VDR, polymorphism.

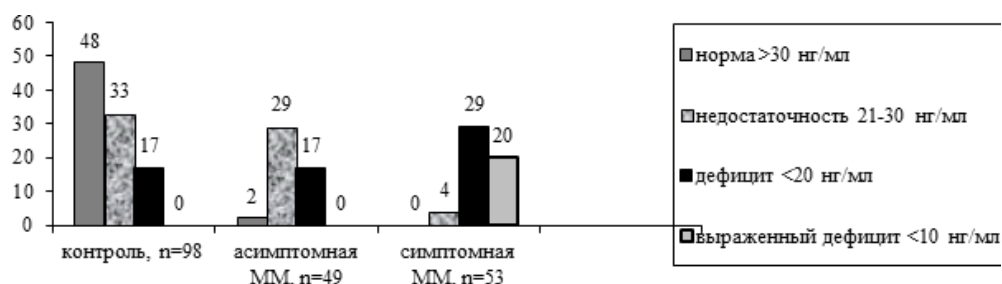
женщин, в основную группу вошли 102 женщины с ММ. Основная группа больных в свою очередь была разделена на 2 подгруппы: 53 женщины с симптомной ММ, 49 – с асимптомной.

Всем женщинам за время наблюдения проведены общеклинические, инструментальные, морфологические исследования, которые подтвердили диагноз «миомы матки». Уровень витамина D-25(OH)D определяли методом ИФА количественного определения (СМИА). Проводили генотипирование полиморфизма A/G гена VDR (rs10735810) путем выделения ДНК, детекции полиморфизма генов рецепторов VDR с использованием методов ПЦР в режиме реального времени с помощью CG1-96 (Corbett Research, Германия). Статистический анализ полученных результатов осуществлялись с помощью программы Statistika 6,0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наблюдаемые больные были в возрасте от 18 до 54 лет. Средний возраст женщин с асимптомной миомой – 42,6±1 года, с симптомной – 43,5±0,2 года, лиц контрольной группы – 38,7±0,9 года (p<0,001). Женщины с симптомной ММ обратились с различными клиническими проявлениями. Так, у 46 (86,8%) пациенток наблюдались кровотечения и вследствие этого развилась анемия. 18,9% женщин с тяжелой анемией произведена гемотрансфузия. У 6 (11,3%) обследованных отмечался симптом быстрого роста, у 5 (9,4%) – симптом тазовой боли, у 4 (7,5%) – бесплодие.

Уровень витамина D в крови у женщин с ММ колебался от 4 до 36 нг/мл, в среднем составляя 16,7±1,8 нг/мл (p<0,001) (рисунок).



Обеспеченность витамином D обследованных женщин, n=200.

Среди женщин с асимптомной ММ (основная группа) нормальные значения витамина D выявлены всего у 4,08%, недостаточность его обнаружены более, чем у половины (59,2%) обследованных, дефицит имелся у 1/3 женщин. В подгруппе симптомной ММ нормальных значений у женщин не выявлено, дефицит отмечался у 54,7%, выраженный дефицит — у 37,7%, что в 2,88 раза больше, чем в группе с асимптомной ММ и в 5,4 раза больше, чем в кон-

трольной группе (r=0,482, p<0,001). Обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на отсутствие заболевания 52% здоровых женщин, проживающих в стране с достаточной инсоляцией, имели недостаточный уровень либо дефицит витамина D в крови. Нехватка витамина D является сильным провоцирующим фактором для развития заболевания у этих женщин (OR=16,13).

Важную роль в прогрессировании миомы у женщин с недостаточностью/дефицитом витамина D играет дисрегуляция его метаболизма. Мы изучили значение полиморфизма VDR (rs10735810) в развитии ММ. Частота распределения аллелей А и G гена VDR в основной группе составила 66,2 и 33,8%, в контрольной группе – 70,9 и 29,1% (табл. 1). Распределение генотипов в контрольной и основной группах соответствует равновесию Харди – Вайнберга (PXB).

Благоприятный генотип AA в контрольной группе (48,0%) и у пациенток с асимптомной ММ (49,0%) встречался в 1,51 раза чаще, чем у больных с симптомной ММ (32,1%). Функциональный неблагоприятный гетерозиготный генотип VDR AG преобладает в группе с симптомной ММ (58,5%). Частота гомозиготного неблагоприятного мутантного генотипа GG в группе с асимптомной ММ встречается в 1,54 раза (табл. 1).

Таблица 1

Частота распределения аллелей и генотипов полиморфизма rs10735810 гена VDR у обследованных женщин, абс. (%)

Группа	Число больных	Частота аллелей		Частота распределения генотипов		
		A	G	A/A	A/G	G/G
Основная	102	135 (66,2)	69 (33,8)	41 (40,2)	53 (52,0)	8 (7,8)
Симп. ММ	53	65 (61,3)	41 (38,7)	17 (32,1)	31 (58,5)	5 (9,4)
Асимп. ММ	49	70 (71,4)	28 (28,6)	24 (49,0)	22 (44,9)	3 (6,1)
Контроль	98	139 (70,9)	57 (29,1)	47 (48,0)	45 (45,9)	6 (6,1)

Нами были проанализированы различия встречаемости аллелей и генотипов полиморфизма rs10735810 гена VDR в основной и контрольной группах (табл. 2). Преобладание аллеля А отмечалось в основной (66,2%) и контрольной (70,9%) группах ($\chi^2=1,0$; $P=0,3$; $RR=1,2$; 95%CI 0,869-1,556; $OR=1,2$;

95%CI 0,816-1,903). Роль полиморфного локуса гена VDR (rs10735810) – A/G в генетической подверженности к формированию ММ наблюдалась с большей частотой – в 52,0% по сравнению с контрольной группой – 45,9% ($\chi^2=0,7$; $P=0,4$; $RR=1,1$; 95% CI 0,851-1,504; $OR=1,3$; 95% CI 0,730-2,22).

Таблица 2

Различия в частоте встречаемости аллелей и генотипов полиморфизма rs10735810 гена рецептора VDR у больных основной и контрольной групп, абс. (%)

Аллель и генотип	Осн. группа, n=102	Контроль, n=98	χ^2	P	RR	95% CI	OR	95% CI
A	135 (66,2)	139 (70,9)	1,0	0,3	1,2	0,869-1,556	1,2	0,816-1,903
G	69 (33,8)	57 (29,1)						
A/A	41 (40,2)	47 (48,0)	1,2	0,3	0,8	0,6123-1,147	0,7	0,417-1,277
A/G	53 (52,0)	45 (45,9)	0,7	0,4	1,1	0,8513-1,504	1,3	0,7309-2,22
G/G	8 (7,8)	6 (6,1)	0,2	0,6	1,3	0,461-3,55	1,3	0,43-3,908

Неблагоприятный ген G/G полиморфизма гена рецептора VDR (rs10735810) у женщин с ММ выявлялся достоверно чаще, чем у здоровых женщин. Исследование показало, что риск развития ММ у носительниц данного мутантного гена в 1,3 раза выше, чем у женщин контрольной выборки ($OR=1,3$; 95%CI 0,43-3,908). У женщин с яркой клинической картиной частота встречаемости промоторных генов A/G ($OR=1,7$; 95%CI 0,845-3,261) и G/G ($OR=1,7$; 95%CI

0,463-5,503) была достоверно выше, чем в контрольной группе. В то же время высокая частота благоприятного гомозиготного генотипа AA ($OR=0,5$; 95% CI: 0,935-2,53) среди здоровых лиц может свидетельствовать об их протективной роли в отношении развития заболевания.

Что касается прогностической значимости маркера rs10735810 гена рецептора VDR в развитии ММ, то AUC не превышает 0,6 (табл. 3).

Таблица 3

Показатели прогностической значимости в основной группе

Группа	Se	Sp	AUC	OR (95% CI)	χ^2	p
Полиморфизм rs10735810 гена VDR						
Основная	0,6	0,48	0,54	0,816-1,903	1,0	0,3
a	0,67	0,48	0,58	0,935-2,53	2,9	0,09
b	0,51	0,48	0,49	0,5708-1,667	0,01	0,9

Таким образом, у женщин с симптомной ММ уровень витамина D был значимо ниже. Пациентки этой группы с выраженным дефицитом витамина D (<10 нг/мл) имели яркие клинические проявления заболевания. Наши данные совпадают с результатами зарубежных исследователей [8,9,12]. При интерпретации распределения частот аллелей и генотипов полиморфного маркера rs10735810 гена VDR в исследуемых группах было выявлено значимая ассоциация данного маркера с формированием миомы матки, особенно выраженная у женщин с симптомной миомой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Есенеева Ф.М., Шалаев О.Н., Оразмурадов А.А. и др. WNT-сигнальный путь при миоме матки // *Мать и дитя в Кузбассе*. – 2017. – №2 (69). – С. 33-38.1
2. Миома матки: Клин. рекомендации // *РОАГ*. – 2021. – №3. – С. 5-7.2
3. Штох Е.А., Цхай В.Б. Миома матки. Современное представление о патогенезе и факторах риска // *Сибирское мед. обозрение*. – 2015. – №1. – С. 22-28.3
4. Al-Hendy A., Diamond M.P., El-Sohemy A. et al. 1,25-Dihydroxyvitamin D3 Regulates Expression of Sex Steroid Receptors in Human Uterine Fibroid Cells // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2015. – Vol. 100. – P. 572-82.4
5. Ali M., Al-Hendy A., Yang Q. Vitamin D, a promising natural compound with anti-uterine fibroid characteristics // *Fertil. Steril.* – 2019. – Vol. 111, №2. 5
6. Borahay M.A., Al-Hendy A., Kilic G.S., Boehning D. Signaling Pathways in Leiomyoma: Understanding Pathobiology and Implications for Therapy // *Mol. Med.* – 2015. – Vol. 21. – P. 242-256. 6
7. Ciebiera M., Ali M., Zgliczynska M. et al. Vitamins and Uterine Fibroids: Current Data on Pathophysiology and Possible Clinical Relevance // *Int. J. Mol. Sci.* – 2020. – Vol. 21. – P. 5528.7
8. Corachan A., Trejo M.G., Carbagio M.C. et al. Vitamin D as an effective treatment in human uterine leiomyomas independent of mediator complex subunit 12 mutation // *Fertil. Steril.* – 2020. – Vol. 7.8
9. Donnez J., Dolmans M.-M. Uterine fibroid management: from the present to the future // *Human Reprod. Update.* – 2016. – Vol. 22, №6. – P. 665-686. 9
10. Pavone D., Clemenza S., Sorbi F. et al. Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* – 2018. – Vol. 46. – P. 3-11. 10
11. Vergara D., Catherino W.H., Trojano G., Tinelli A. Vitamin D: Mechanism of Action and Biological Effects in Uterine Fibroids // *Nutrients.* – 2021. – Vol. 13. – P. 597. <https://doi.org/10.3390/nu1302059711>

УДК: 618.14-006.36

НЕКОТОРЫЕ ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА МИОМЫ МАТКИ

Исанбаева Л.М.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

XULOSA

T-limfotsitlar darajasini va uning subpopulyatsiyasini o'rganish bo'yicha olingan natijalarning tahlili shuni ko'rsatdiki, bachadon miomasi bilan qotil faolligi darajasi oshadi va bostiruvchi faolligi kamayadi. MDR1 genining C3435T polimorfizmi MM rivojlanishini bashorat qilish uchun mustaqil belgi vazifasini o'tashi mumkin.

Kalit so'zlar: bachadon miomasi, immunitet tizimi, immunitetning uyali aloqasi, MDR1 genining C3435T polimorfizmi.

Изучение патогенеза миомы матки, факторов риска ее развития и прогрессирования, различных вариантов её течения остается актуальной проблемой. Известно, что иммунная система участвует в поддержании тканевого гомеостаза, поэтому любые про-

SUMMARY

Analysis of the results obtained on the study of the level of T-lymphocytes and its subpopulation showed that with uterine myoma, the level of killer activity is increased and suppressive activity is reduced. Our data indicate the participation of the cellular component of the immune system in the development of MM, and the C3435T polymorphism of the MDR1 gene can act as an independent marker for predicting the development of MM

Key words: uterine fibroids, the immune system, cellular immunity, polymorphism C3435T of the MDR1 gene

цессы, связанные с усилением процессов клеточной пролиферации, сопровождаются иммунными нарушениями [1-3]. В то же время в литературе обсуждаются вопросы генетической предрасположенности и участия некоторых генов в инициации и роста мио-

мы матки. Генная сеть ММ сложна и разнообразна и включает в себя функциональные гены, гены метаболизма ксенобиотиков, гены, ответственные за эндокринные функции и иммунный статус, гены межклеточных взаимодействий и проонкогены [4-6].

Ряд исследователей обнаружили центральную роль мутаций *MED12*, *HMGA2*, *FN* и микроРНК в патогенезе лейомиомы матки [6-8].

Несмотря на это, на сегодняшний день генетические механизмы развития ММ окончательно не изучены.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение некоторых параметров клеточного иммунитета и роли полиморфизма гена *MDR1* в инициации роста миомы матки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 65 женщин репродуктивного возраста с миомой матки. Контрольную группу составили 30 практически здоровых женщин сопоставимого возраста. Иммунологические исследования проводились в Институте иммунологии и геномики человека АН РУз под руководством заведующей лабораторией иммуноморфологии доктора биологических наук Д.А. Мусаходжаевой. Иммуногенетические исследования выполнялись на базе РСНПМЦГ в отделении молекулярной медицины и клеточных технологий под руководством заведующего лабораторией д.м.н. профессором К.Т. Бобоевым.

Количественное определение лимфоцитов в периферической крови осуществляли с помощью

моноклональных антител серии LT (Институт иммунологии, ТОО «Сорбент»; Москва, Россия). Фагоцитарную активность нейтрофилов оценивали с использованием латексных частиц, уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови определяли с помощью ПЭГ-600 (Нихол, Ташкент). Амплификацию переменных участков геномной ДНК осуществляли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Детекция результатов амплификации для инсерционно-делеционного (I/D) полиморфизма в гене *MDR1* выполнялась методом электрофореза 10 мкл ПЦР продукта в 7% полиакриламидном геле.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты анализа популяционного состава лимфоцитов периферической крови здоровых женщин и пациенток с миомой матки представлены в таблице 1. Установлено, что у женщин с миомой матки наблюдались отклонения в содержании Т-лимфоцитов и их субпопуляционного состава. Так, абсолютные значения CD3+-клеток у женщин с миомой матки были достоверно ниже контроля ($p < 0,05$). Уровень хелперной активности при миоме матки также был достоверно снижен ($p < 0,05$). Что касается супрессорной активности, то у женщин с миомой матки уровень CD8+-клеток не отличался от показателей контрольной группы. В отношении киллерной активности нами обнаружено повышение уровня CD16+-лимфоцитов достоверно выше контроля ($p < 0,05$). Количество В-лимфоцитов у женщин с миомой матки было в пределах контрольных значений.

Таблица 1

Абсолютные показатели клеточного звена иммунитета у женщин с миомой матки, $M \pm m$

Показатель	Контрольная группа, n=30	Женщины с простой ММ, n=65
CD3+	1080±58	938±30*
CD4+	695±27	544±19*
CD8+	409±22	402±11
CD16+	237±18,3	293±13,8*
CD20+	451±21	423±19

Примечание. * – $p < 0,05-0,001$ по сравнению с контролем.

Что касается относительного содержания иммунокомпетентных клеток у женщин с миомой матки, то уровень CD3+-клеток ($54,6 \pm 1,2\%$) достоверно не отличался от контроля ($56,1 \pm 1,3\%$). Что касается хелперной активности, то у женщин с миомой матки наблюдалась только тенденция к снижению этого показателя ($36,2 \pm 1,1\%$). Изучение другой субпопуляции Т-лимфоцитов, Т-супрессоров показало, что у женщин с миомой матки количество Т-супрессоров ($21,8 \pm 0,8\%$) было на уровне контрольных значений.

Дисбаланс субпопуляционного состава Т-лимфоцитов отразился и на индексе иммунорегуляции. Индекс иммунорегуляции у женщин с миомой матки ($1,68 \pm 0,01$) был на уровне контрольных значений ($1,7 \pm 0,01$). При этом только в 21% случаев соотношение иммунорегуляторных субпопуляций

Т-лимфоцитов не было нарушено, выход за пределы нормы с повышением определялся в 12%, тогда как со снижением в 67% случаев.

Изменение соотношения CD4 и CD8 свидетельствует о нарушении процесса иммунорегуляции со снижением функциональной активности Т-лимфоцитов преимущественно за счет снижения субпопуляции Т-хелперов (CD4+клеток), что характерно при развитии опухолевых процессов.

Нарушение кооперативных связей Т-лимфоцитов и макрофагов является одним из звеньев развития недостаточности Т-клеточного иммунитета. Указанный механизм может одновременно приводить к дисординации процессов пролиферации и дифференцировки клеток, в том числе эндометрия и миометрия. Изменение соотношения количества лимфоцитов и

моноцитов у больных вызывает изменения лимфоцитарно-моноцитарного индекса. Известно наличие тесной взаимосвязи процессов фагоцитоза и пролиферации [1-4].

Таким образом, изучение уровня Т-лимфоцитов и его субпопуляций показал, что для женщин с миомой матки характерно повышение уровня киллерной и снижение супрессорной активности. Полученные данные также свидетельствуют об участии клеточно-го звена иммунной системы в развитии ММ.

Несмотря на это, на сегодняшний день генетические механизмы развития ММ окончательно не выяснены. Поэтому нами изучена роль полиморфизма С3435Т гена MDR1 в развитии ММ. Генетические исследования проводились у 63 пациенток репродуктивного возраста с миомой матки. Данные о частоте распределения аллельных и генотипических вариантов полиморфного локуса С3435Т гена MDR1 у пациенток с ММ и условно здоровых женщин приведены в таблице 2.

Таблица 2

Частота аллельных и генотипических вариантов полиморфного локуса С3435Т гена MDR1 у обследованных женщин, абс. (%)

Группа	Частота аллелей		Частота генотипов		
	С	Т	С/С	С/Т	Т/Т
Основная, n=63	73 (58,0)	53 (42,0)	21 (33,3)	31 (49,2)	11 (17,5)
Контрольная, n=65	90 (69,2)	40 (30,8)	31 (47,7)	28 (43,1)	6 (9,2)

Как видно из таблицы, среди пациенток с ММ женщин с неблагоприятным аллельным вариантом 3435Т была больше, чем контрольной группе – соответственно 42,0 и 30,8% ($\chi^2=3.53$; $p=0.06$; $OR=1.6$; $95\% CI:0.977-2.730$). Функционально благоприятный аллель 3435С незначимо в группе условно здоровых женщин встречался чаще, чем в группе пациенток ММ (соответственно у 69,2 и 58,0%). При этом наблюдается тенденция к увеличению частоты данного аллеля в группе контроля по сравнению с группой пациенток с ММ ($\chi^2=3.5$; $p=0.06$; $OR=0.61$; $95\% CI:0.366-1.023$).

При сравнительном анализе генотипических вариантов полиморфизма С3435Т гена MDR1 также выявлено недостоверное увеличение частоты гомозиготного варианта 3435С/С у представительниц контрольной выборки по сравнению общей группой пациенток с ММ (47,7% против 33,3%, при $\chi^2=2.7$; $p=0.09$; $OR=0.5$; $95\% CI:0.268-1.121$).

В общей группе пациенток наблюдалось увеличение доли лиц с неблагоприятным гомозиготным вариантом 3435Т/Т гена MDR1 по сравнению с группой контроля (соответственно 17,5% и 9,2). Статистический анализ свидетельствует о различиях в частоте данного генотипа в исследованных группах с высокими отношениями шансов ($\chi^2=1.9$; $p=0.17$; $OR=2.1$; $95\% CI:0.719-6.018$). У носительниц данного генотипического варианта риск развития ММ может быть более чем в 2 раза выше, чем у носительниц других генотипических вариантов.

Таким образом, наличие неблагоприятного генотипа полиморфизма С3435Т гена MDR1 может выступать в качестве самостоятельного маркера прогнозирования развития ММ. Выявление новых звеньев патогенеза ММ, комплексная оценка факторов риска развития опухолевого процесса позволит совершенствовать методы ранней диагностики и пато-

генетической терапии, сократить частоту клинически значимых форм миомы, снизить оперативную активность лечения больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянова С.Н., Юдина Н.В., Гукасян С.А. Современные аспекты роста миомы матки // Рос. вестн. акуш-гин. – 2012. – Т. 12, №4. – С. 42-48.
2. Каторкина Е.С., Шатунова Е.П. Современные аспекты этиологии и патогенеза миомы матки // Наука и инновация в медицине. – 2017. – №1 (5). – С. 6-12.
3. Кудрина Е.А., Бабурин Д.В. Миома матки: современные аспекты патогенеза и лечения // Арх. акуш. и гинекол. им. В.Ф. Снегирева. – 2016. – Т. 3, №1. – С. 4-10.
5. Äyräväinen A., Pasanen A., Ahvenainen T. et al. Systematic molecular and clinical analysis of uterine leiomyomas from fertile-aged women undergoing myomectomy // Hum. Reprod. – 2020. – Vol. 35, №10. – P. 2237-2244.
6. Dzhemlikhanova L.K., Efimova O.A., Osinovskaya N.S. et al. Catechol-O-methyltransferase Val158Met polymorphism is associated with increased risk of multiple uterine leiomyomas either positive or negative for MED12 exon 2 mutations // J. Clin. Pathol. – 2017. – Vol. 70, №3. – P. 233-236.
7. Islam M.S., Protic O., Stortoni P. et al. Complex networks of multiple factors in the pathogenesis of uterine leiomyoma // Fertil. Steril. – 2013. – Vol. 100, №1. – P. 178-193.
8. Mehine M., Mäkinen N., Heinonen H.R. et al. Genomics of uterine leiomyomas: insights from high-throughput sequencing // Fertil. Steril. – 2014. – Vol. 102, №3. – P. 621-629. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.06.050. Epub 2014 Aug 5. PMID: 2510676. 20.

ENDOMETRIOZLI AYOLLARDA IMMUN TIZIMIDAGI O'ZGARISHLAR

Ismoilova D.U.¹, Magzumova N.M.², Musaxodjaeva D.A.³, Matrizayeva G.J.⁴

^{1,4}Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali,

²Toshkent tibbiyot akademiyasi,

³Immunologiya va inson genomikasi instituti O'zR FA

РЕЗЮМЕ

Были исследованы 58 пациентов с эндометриозом. Из них 27 имели аденомиоз, а 31 - имел внешний генитальный эндометриоз. Контрольная группа состояла из 18 видимо здоровых женщин. Параметры иммунной системы (состояние клеточного иммунитета и цитокина) изучались во всех осмотренных женщинах. Было обнаружено, что, по сравнению с контрольными группой, у всех пациентов с эндометриозом, уровнем субпопуляционного состава лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD45Ra, CD25, CD20, CD45Ra, CD25, CD95), а также на уровне цитокинов (IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, IFN γ) начали уменьшаться для увеличения в зависимости от формы эндометриоза.

Ключевые слова: эндометриоз, аденомиоз, внешний генитальный эндометриоз, клеточный иммунитет, цитокины.

KIRISH

Endometriotik o'choqlarning rivojlanishini asosiy mexanizmlarini aniqlashtirish uchun mahalliy immunitet jarayonlarini o'rganish katta qiziqish uyg'otadi [1,3,4,6]. Shu bilan birga, endometriozda tizimli immunitet reaksiyasini o'rganish kasallikni rivojlanishi patogenetik omillari to'g'risida ham muhim ma'lumotlarni beradi, chunki aylanib yuradigan immunokompetent hujayralarning funktsional holati asosan mahalliy darajada yuzaga keladigan immunitet buzilishlarining yo'nalishini aks ettirishi mumkin [2,5].

TADQIQOTNING MAQSADI

Genital endometrioz bilan kasallangan ayollarning periferik qonida immunitetning ba'zi parametrlari xususiyatlarini o'rganish edi.

MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARI

Biz ichki (adenomioz) (27 ayol) va tashqi jinsiy a'zolar endometriozi (31 ayol) bo'lgan 58 ayolni kuzatdik, ularning diagnostikasi klinik va instrumental tekshirish bosqichida, shu jumladan terapevtik va diagnostik laparoskopiya bilan tasdiqlandi. Barcha bemorlar yoshi, shikoyatlari, anamnezi, ginekologik va genital organlardan tashqari patologiyalari, kasallik darajasi (Amerika Fertilitate Jamiyati r-AFS tasnifiga ko'ra II-III daraja) bilan solishtirish mumkin edi [4]. Immunologik tadqiqotlar uchun nazorat guruhi sifatida normal reproduktiv funktsiyaga ega, rejali jarrohlik sterilizatsiyasiga kiritilgan 14 sog'lom ayolning ko'rsatkichlari ishlatilgan.

SUMMARY

58 patients with endometriosis were examined. Of these, 27 had adenomyosis, and 31 had external genital endometriosis. The control group consisted of 18 apparently healthy women. The parameters of the immune system (cellular immunity and cytokine status) were studied in all examined women. It was revealed that, in comparison with those of the control group, in all patients with endometriosis, the level of subpopulation composition of lymphocytes (CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD45RA, CD25, CD95), as well as the level of cytokines (IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, IFN γ) began to decrease to increase depending on the form of endometriosis.

Key words: endometriosis, adenomyosis, external genital endometriosis, cellular immunity, cytokines.

Immunologik tadqiqotlar LT seriyasining monoklonal antikori yordamida (Sorbent LLP, Moskva, Rossiya) CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD45RA, CD25, CD95 guruhlarini yuzasida identifikatsiyalash orqali limfotsitlar darajasini o'rganish orqali amalga oshirildi. Zardobdagi yallig'lanish- (IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, IFN γ) va yallig'lanishga qarshi (IL-4) sitokinlar darajasi IFA usuli bilan o'rganilgan (OOO "Tsitokin", Sankt-Peterburg, RF).

NATIJA VA UNING MUNOZARASI

Tibbiy ma'lumotlarning tahlili shuni ko'rsatdiki, ayollarning yoshi 22-38 yosh orasida. Kasallik davomiyligini o'rganish shuni ko'rsatdiki, adenomioz bo'lgan ayollar o'rtacha 4,7 yoshni tashkil etgan bo'lsa, tashqi genital endometrioz holatida bu 2,8 yoshni tashkil etgan.

Somatik anamnezni o'rganish shuni ko'rsatdiki, o'tkazilgan ginekologik kasalliklar ko'pincha dismenoreya, o'tkir va surunkali adneksit, uterinemioma, kolpit, bakterial vaginoz va bachadonning ishlamay qon ketishi (DBQ) bilan uchragan.

Kasallik shakliga qarab, endometriozning turli xil qo'shimcha belgilari aniqlanadi. DBQ (distatsional bachadondan qon ketish) shaklidagi hayzlik disfunktsiyasi adenomioz bilan kasallangan ayollarda ustun keldi va ayollarning 76,5% ni tashkil etdi, bu tartibsiz sikl, hayz ko'rish oralig'idagi sekretsiyalar (51%), oylik ko'p (19%) va qon ketish (6,5%) bilan kechdi. Adenomioz va tashqi genital endometrioz bo'lgan ayollarda hayz pay-

tida ko'ngil aynish (30%), qusish (11%), isitma (7%) ko'pincha kuzatilgan va leykotsitoz (19%), yuqori EChT (17%) va past gemoglobin (27%).

Endometriozi jiddiy asoratlaridan biri bu 1 yildan ortiq vaqt davomida homiladorlikning yo'qligi (birlamchi bepustlik) va ikkilamchi bepustlikdir.

Endometriozi turli shakllari bo'lgan ayollarda og'riq sindromi xususiyatini o'rganish shuni ko'rsatdiki, qon ketish joylari joylashgan joyga qarab, ushbu kasallikning qo'shimcha belgilari paydo bo'ladi. Shunday qilib, adenomioz bilan og'riq bemorlarning 44,7% uchun jinsiy aloqada anusga tarqaladigan og'riq kuchaygan (disparuniya) edi. Tashqi genital endometriozi bo'lgan 15 ayolda (71,4%) endometriozi markazida Duglasning orqa qismida joylashgan. Bunday holatlarda

ayollar ko'pincha defekatsiya paytida og'riqdan shikoyat qilishdi. Qovuq devorida endometriozi fokusining joylashishi natijasida siyish paytida og'riq bilan shikoyatlar paydo bo'ldi.

Immunologik tadqiqotlar natijalari shuni ko'rsatdiki, periferik qonda tashqi genital endometriozi bo'lgan ayollarda CD3 + va CD4 + limfotsitlar soni sezilarli darajada kamaygan va CD 16 + hujayralarining tarkibi sog'lom ayollarning shu kabi ma'lumotlariga nisbatan keskin oshgan ($P < 0,01$). Adenomioz bilan periferik limfotsitlarning fenotipik profilidagi o'zgarishlar boshqacha yo'nalishga ega edi (1-jadval). Ushbu ayollar guruhida biz CD8 + hujayralari sonining sezilarli pasayishi va CD 16 + limfotsitlar sonining ko'payishini kuzatuv guruhiga nisbatan kuzatdik ($P < 0,05$).

1-jadval

Endometriozi bilan kasallangan ayollarda periferik qon limfotsitlari populyatsiyasi tarkibining xususiyatlari, (M ± m).

Ko'rsatgichlar, %	Nazorat guruhi, n=14	TGE, n=27	Adenomioz, n=31
CD3+	55,8±1,9	50,7 ±1,4*	48,4 ±1,7*
CD4+	35,6± 1,4	31,3± 1,1	28,6± 1,2*
CD8+	21,8±1,0	20,8±0,8	17,3±0,6*
CD16+	13,6 ± 1,1	8,7 ±0,5*	21,9 ± 1,3*
CD20+	15,7±0,9	16,3±0,7	13,7±0,8
CD45RA+	54,3 ±1,4	48,8 ±1,2*	38,3 ±1,5*
CD25+	18,3 ±1,4	10,3 ±1,4*	15,3 ±1,4
CD95+	26,8±1,6	19,8±1,6*	23,8±1,6

Izoh: * qiymat nazorat guruhiga nisbatan ishonchli ($r < 0,05$ dan $0,001$ gacha)

Shuningdek, tashqi va ichki endometriozi ayollarda zardobdagi sitokinlar sintezini o'rganib chiqdik. Olingan natijalar shuni ko'rsatdiki, adenomioz bilan kasallangan ayollar guruhida IL-1β darajasi nazorat qiymatlaridan 3,2

baravar yuqori ($P < 0,01$). Shu bilan birga, IL-2 darajasi faqat pasayish tendentsiyasiga ega edi. Yallig'lanishga qarshi sitokin - IL-4 darajasi nazorat guruhi qiymatlaridan 2,2 baravar past ($P < 0,01$).

2-jadval

Endometriozi ayollarda periferik qon zardobida sitokinlar sintezining xususiyatlari, (M ± m)

Sitokinlar, pg/ml	Nazorat guruhi, n=14	TGE, n=31	Adenomioz, n=27
IL-1β	21,5 ± 2,2	73,4 ± 2,7*	69,7 ± 2,4*
IL-2	8,95 ± 1,7	5,6 ±1,5*	7,3 ±1,8
IL-4	20,9 ± 2,4	15,8 ± 1,6*	9,4 ± 1,3*
IL-6	27,9 ± 2,5	19,8 ± 1,4*	17,4 ± 1,0*
IL-8	16,3 ± 1,9	29,7 ± 2,3*	25,3 ± 2,0*
IFNγ	18,7 ±2,7	9,7 ±0,9*	15,6± 1,0

Izoh: * qiymat nazorat guruhiga nisbatan ishonchli ($p < 0,05-0,001$).

IL-6 va IFNγ darajalari ham nazorat guruhiga nisbatan kamaygan ($R < 0,05$). Tashqi endometriozi bilan kasallangan ayollarning tahlili shuni ko'rsatdiki, Yallig'lanish sitokinlar -IL-1 va IL-8 darajasi keskin ko'tarilgan ($p < 0,05$), IL-2, IL-4, IL-6 va IFNγ darajasi nazorat guruhiga qaraganda past ($p < 0,05$).

Periferik qonning fenotipik, sitokin profili bo'yicha biz olgan ma'lumotlarni umumlashtirib, shuni ta'kidlash kerakki, o'rganilgan parametrlarda aniqlangan o'zgarishlar endometriozi turli shakllari uchun odatiy bo'lgan.

Ko'rinib turibdiki, endometriozdagi tizimli immunitet buzilishlari endometriozi ma'lum bir shakli uchun farq qiladigan va kamroq darajada ektopik endometriy o'choqlari rivojlanishining umumiy mexanizmlarini aks ettiruvchi klinik simptomlar bilan ko'proq bog'liqdir.

ADABIYOTLAR

1. Solodovnikova N.G., Niauri D.A. Tashqi genital endometriozi patogenezi immunitet tizimining omillarining roli // J. Yurak, qon va endokrinologiya fed-

- eral markazining byulleteni. V.A. Almazova.-№.6.-2011.- Izd: Yuqori tibbiy texnologiyalar fondi ISSN: 2311-4495.- B.23-28
2. Shishkov D.N. Tashqi genital endometriozning kichik shakllari holatida bepustlik rivojlanishida immunitet buzilishlarining roli // muallifning avtoreferatikand. diss. 2007 yil, Ivanovo.
 3. Selkov S.A., Yarmolinskaya M.I., Pavlov O.V. va boshqalar. Tashqi genital endometriozli bemorlarda immunopatogenetik jarayonlarni tartibga solishning tizimli va mahalliy darajalari // J. Akusherlik va ayollar kasalliklari.-2005.-T.LIV, №. 1.-S.20-28.
 4. Burney, R.O. Endometriozning genetikasi va biokimyosi / R.O. Burney // Curr. Opin. Obstet. Jinekolog. - 2013. - jild 25. - P. 280-286.
 5. Endometrioz: TG2 immunitetga javob komponenti bo'lgan yallig'lanish kasalligi / S. Podgaec [va boshq.] // Inson ko'payishi. - 2007. - jild 22, №5. - P. 1373-1379.
 6. Endometrioz markerlari: endometrioz uchun diagnostik ko'rsatkich sifatida immunologik o'zgarishlar / H.C. Bohler [va boshq.] // Reproktiv fanlar. - 2007. - jild 14, № 6. - S. 595-604.

СИМПТОМЛИ ЛЕЙОМИОМАДА ИММУН ТИЗИМИНИНГ БАЪЗИ ПАРАМЕТРЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ихтиярова Г.А., Нарзуллоева Н.С., Ҳамидова Ш.Ш.
Бухоро давлат тиббиёт институти

РЕЗЮМЕ

В статье представлены особенности некоторых параметров иммунной системы при симптомной лейомиоме.

Цель. Изучить особенности некоторых параметров иммунной системы при симптомной лейомиоме.

Материалы и методы. В нашем исследовании 58 женщин были разделены на 2 группы: 1 группа - 38 женщин с лейомиомой матки малой формы и 2 группа - 20 женщин с лейомиомой большой формы. Исследовалась периферическая кровь для иммунологических, биохимических и гормональных исследований. Использовались общеклинические, инструментальные, лабораторные, иммунологические и статистические методы исследований.

Результаты. По результатам теста была определена высокая концентрация CD25, CD71, CD95, уровни лактоферрина, уровни циркулирующих иммунных комплексов. Полученные данные показали важность иммунных реакций и активности вредных процессов в патогенетике развития заболеваний.

Ключевые слова: миома матки, гуморальный иммунный ответ.

КИРИШ

Бачадон лейомиомаси – полиэтиологик касалликдир. Адабиётларда ўсма пайдо бўлишининг кўплаб назариялари, шунингдек эндоген ва ташқи сабаблар туфайли касалликнинг ривожланишини чақирадиган кўплаб хавф омиллари тасвирланган.

Шу билан бирга, ҳозирги кунга қадар миометрийдаги яхши ўсма жараёнларининг механизмлари ҳақида ҳеч қандай фикрлар йўқ [1, 2]. Маълумки, яхши ва ёмон сифатли ўсимталарнинг шаклланиши

SUMMARY

The article presents the features of some parameters of the immune system in symptomatic leiomyoma.

The aim of the study To study the features of some parameters of the immune system in symptomatic leiomyoma.

Materials and methods. In our study, 58 women were divided into 2 groups: group 1-38 women with small - form uterine leukemia and group 2-20 women with large-form leiomyoma. Peripheral blood is examined for immunological, biochemical and hormonal studies. Methods of general clinical, instrumental, laboratory, immunological and statistical studies were used.

The results. According to the test results, a high concentration of CD25, CD71, CD95, lactoferrin levels, levels of circulating immunoenzymes were determined. The obtained data showed the importance of immune reactions and the activity of harmful processes in the pathogenesis of the development of diseases.

Key words: uterine fibroids, humoral immune response.

иммунитетни химоя қилишнинг заифлашуви билан бирга келади [6]. Бошқа муаллифларнинг тадқиқотлари бачадон лейомиомаси бўлган беморларда НК (натурал киллерлар) ҳужайраларининг тизимли даражасини оширишни кўрсатди [3,4]. Бундан ташқари, бир қатор асарларда иммунитетнинг периферик В-боғланишининг фаоллашуви мавжуд бўлиб, у CD25+ ва CD71+ фаоллаштирувчи маркерларнинг бачадон лейомиомаси периферик лимфоцитлар юзасида ифодасини топди. 1 ва 2 турдаги периферик

T-хелперлар, лимфоцитлар ва CD4+ регулятор T-хужайралар бачадон лейомиомаси бўлган аёлларнинг қонида ўсиш кўрсаткичлари мавжуд [5, 7].

ТАДҚИҚОТ МАҚСАДИ

Симптомли бачадон лейомиомасида иммун тизимнинг баъзи параметрларини хусусиятларини ўрганиш.

ТАДҚИҚОТ ПРЕДМЕТИ ВА УСУЛЛАРИ

Тадқиқот 2019 йилдан 2020 йилгача Бухоро тиббиёт институти акушерлик ва гинекология кафедраси базаси бўлган Бухоро вилоят туғруқхонасининг гинекология бўлимида ўтказилди. Биз текширган 58 нафар аёл 2 та гурухни ташкил этди: 1-чи гуруҳ - 38 нафар майда шакли бачадон лейомиомали аёллар ва 2-чи гуруҳ – 20 нафар катта шакли бачадон лейоми-

омаси бор аёллар эди. Иммунологик, биокимёвий ва гормонал тадқиқотлар периферик қонда ўтказилди. Умумий клиник, инструментал, лаборатор, иммунологик ва статистик тадқиқотлар усуллари ишлатилган.

ТАҲЛИЛЛАР

Турли ўсиш суръатларига эга бачадон лейомиомали аёлларнинг периферик қонида лимфоцитларнинг фаоллашув даражасини тавсифловчи маълумотларолинди, улардан кўриниб турибдики, муаллақ майда ўлчовли бачадон лейомиомаси беморларда CD25 лимфоцитлар сатҳида фаоллашув маркёри, хужайранинг эрта фаоллашув босқичлари, назоратдагиларга нисбатан сезиларли юқори туради ($P<0,05$) (1).

Жадвал 1

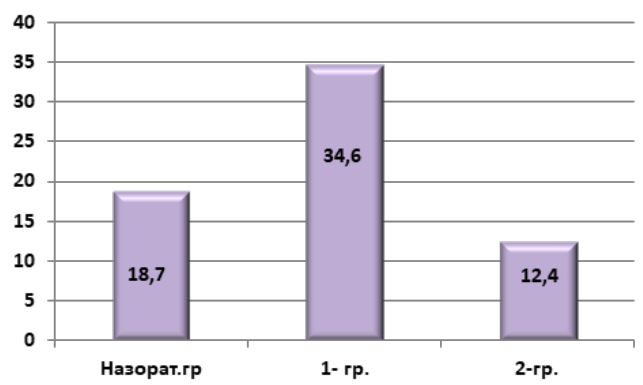
Симптомсиз бачадон лейомиомасида периферик қон лимфоцитлари фенотипининг хусусиятлари билан маркёрлар фаоллиги, ($M\pm m$)

Кўрсаткичлар	Назорат. гр. n=30	Симптомсиз бачадон лейомиомали аёллар	
		1-чи гуруҳ, n=38	2-чи гуруҳ, n=20
CD25+,%	21,6 ± 0,9	25,8 ± 1,0*	29,7 ± 1,2*
CD71+,%	18,7 ± 0,8	34,6 ± 1,2*	12,4 ± 0,6*
CD95+,%	24,5 ± 1,0	22,3 ± 0,9	18,6 ± 0,9*
Лактоферрин, нг/мл	1125 ± 21,6	857 ± 12,3*	2780 ± 22,1*

Эслатма: * назорат гуруҳига муносабатларнинг сезиларли аҳамияти ($P<0,05 - 0,001$)

Тез ўсаётган бачадон лейомиомали аёллар гуруҳида бу кўрсаткич ўртача 29,7 ± 1,2%, ($P<0,05$) ташкил этди. CD71 молекуласи трансферрин учун рецептор бўлиб, хужайра циклининг дастлабки босқичларига кирган пролиферацион лимфоцитларга ифодалади. Бизнинг текширишимизда бачадон миомаси тез ўсаётганда CD71 молекулалари ифода-

си бир вақтнинг ўзида камайиши ва муаллақ майда ўлчовли бачадон миомали аёллар гуруҳида ўхшаш параметрлар билан солиштириганда лимфоцитлар юзасида CD25 молекулалари ошганлиги қайд этилиб, CD25-ижобий хужайраларни юқори сақлашда етилмаган лимфоцитлар даражаси ошганини кўрсатади. (расм 1).



Расм 1. Текширилган аёлларда CD71+-хужайра сақланиши, %.

Кўринишидан, етилмаган лимфоцитлар ҳовуз тизими айланишининг кўриниши иммун тизимида хужайраларининг таққосланиши ва етилиш жараёни бузилишига олиб келиши мумкин, ўз навбатида ўсманнинг тез ривожланиб ўсиши ва иммун назоратнинг йўқолишига олиб келиши мумкин.

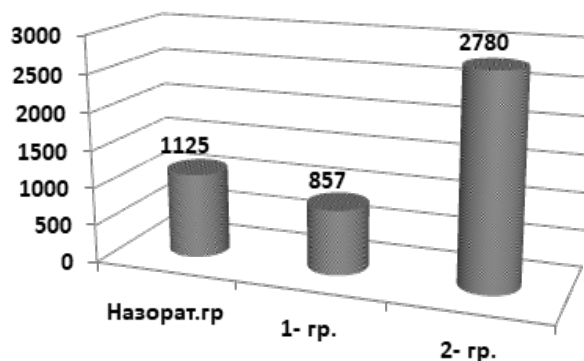
Иммун тизими хужайраларининг функционал ҳолатини ўрганиш уларнинг апоптози хусусиятлари ҳақида муҳим маълумотлар беради. Жадвалда кўрса-

тилган маълумотлардан кўриниб турибдики, 4.3 жадвал ва 5.0 расмда бачадон миомали аёлларда апоптозга лимфоцитлар рецептори камайган, аммо фақат бачадон миомаси тез ўсувчи аёллар гуруҳида ишончли камайгани кузатилди. Шундай қилиб CD95+-хужайра даражаси у женин 1-чи гуруҳ аёлларда ўртача 22,3 ± 0,9%, а 2-чи гуруҳ аёлларда – 18,6 ± 0,9% ($P<0,05$) ташкил қилди.

Бачадон лейомиомаси муаллақ кичик шаклли аёлларда фаол маълумоти юкори мазмуни аниқланган беморларнинг клиник хусусиятлари (анамнезида бой юқумли табиати, кичик чаноқ аъзолари яллиғла-

ниш касалликлари ва бактериал протозой инфекци-ялар тарқалиши юкори частотаси) томонидан тасдиқланган юқумли агентли хужайра рағбатлантириш туфайли булиши мумкин.

Лактоферрин



Расм 2. Текширилган аёлларда лактоферрин даражаси, нг/мл.

Турли хил ўсиши бўлган аёлларда лактоферрин даражаси назорат гуруҳидаги аёлларга нисбатан таққослаганда 2-чи гуруҳ аёлларда тугун шакллари сезиларли даражада 2 марта ошган ($P < 0,01$) ва 1-чи гуруҳ аёлларига нисбатан таққослаганда 3 мартадан кўп ошган ($P < 0,0001$).

Симптомсиз бачадон лейомиомасида зардобда цитокинлар даражасини ўрганиш шуни кўрсатдики, муаллақ кичик ўлчамдаги бачадон миомасида ИЛ-6 даражаси назорат гуруҳи кўрсаткичларидан фарқи йўқ.

Жадвал 2

Симптомсиз лейомиомада цитокинларни ўрганиш даражаси, (M±m)

Цитокинлар, пг/мл	Назорат. гр. n=30	Симптомсиз бачадон лейомиомали аёллар	
		1-чм гуруҳ, n=38	2-чи гуруҳ, n=20
IL-6	20,8 ± 1,3	23,7 ± 1,1	78,5 ± 4,2*
IL-8	28,7 ± 1,4	35,4 ± 1,5*	85,8 ± 5,6*
IL-18	68,6 ± 4,7	70,3 ± 3,9	104,5 ± 4,9*
IL-10	14,9 ± 1,2	18,7 ± 1,4*	28,2 ± 1,5*
TNFα	34,1 ± 1,8	79,3 ± 3,8*	127,8 ± 5,7*

Эслатма: * назорат гуруҳига муносабатларнинг сезиларли аҳамияти ($P < 0,05 - 0,001$)

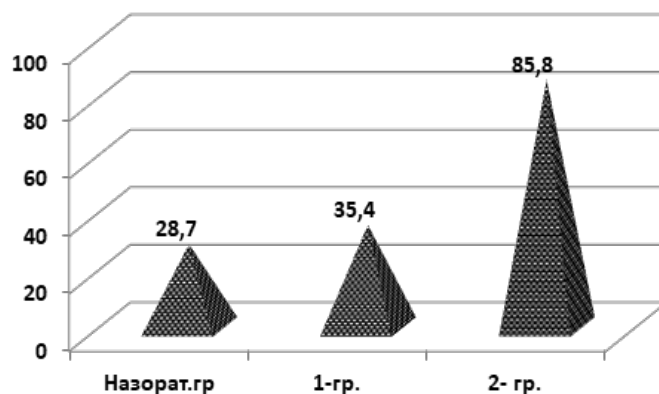
Тез ўсаётган бачадон лейомиомасида ИЛ-6 даражаси сезиларли даражаси ошди ва ўртача - 78,5 ± 4,2 пг/мл ($P < 0,001$).

Маълумки, хемокин ИЛ-8 нафақат танадаги яллиғланишнинг асосий воситачиларидан бири, балки хавфсиз ва хавфли ўсиш жараёнида неангиогенез жараёнини кучайтириш қобилиятига эга (Кетлинский С.А., Симбирцев А.С., 2008). И.С. Сидорованинг муаллифи билан олиб борган тадқиқотларида (2004) бачадон миомасининг морфогенези неаногенез билан узвий боғлиқлигини кўрсатади. Шунинг учун ИЛ-8 тизими ишлаб чиқаришининг ўсиши, тез ўсувчи бачадон лейомиомасида муҳим омил бўлиши мумкин. 5.2 Расмда кўрсатилганидек, 2-чи гуруҳ аёлларда ИЛ-8 даражаси деярли 3 марта ошди ва ўртача 85,8 ± 5,6 пг/мл, ($P < 0,001$) ташкил қилди.

Шуни ҳам таъкидлаш керакки, ИЛ-8 даражасининг ошиши билан лактоферрин даражасининг ошиши кузатилади, бу эса ушбу цитокиннинг синтезини

индукциялашда унинг ролини тасдиқлайди [7,13,14]. Бизнинг тадқиқот натижаларни ИЛ-6 ва ИЛ-8 зардобда концентрацияси ошиши ҳақида А.В. Ефремова (2005) и А. Ciavattini (2013) нуқтаи назаридан тасдиқлайди, аммо фақат катта ўлчамли бачадон лейомиомаси [8,9,12] ва кичик ўлчамли бачадон лейомиомасида цитокинлар маълумотларининг ўзгариш йўқлиги аниқланди, (3).

Интерлейкин-18 (ИЛ-18) – яллиғланиш олди цитокин булиб, интерферон-гамма-индуктор омилдир. Бизнинг тадқиқотларда интерлейкин-18 192та аминокислоталардан ташкил топган олдинги протеин сифатида, алмаштирувчи интерлейкин-1 таъсири остида синтезланади, 157 аминокислоталарнинг етилган оксилга айланади. ИЛ-18 хужайра ишлаб чиқарувчисидан секрециядан кейин ИЛ-18-боғловчи оксил билан боғланади, бу уни инактивация қилади ёки ИЛ-18-рецепторлар комплекси билан боғланади. Охиргисига ИЛ-18 (ИЛ-1R5) бир оилага кирувчи ИЛ-1/

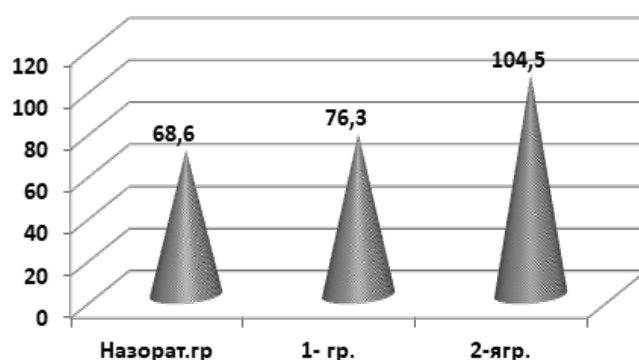


Расм 3. Текширилган аёлларда IL-8 даражаси, нг/мл.

толл-ўхшаш рецепторлари ва IL-18-гўлдирувчи оксилнинг (IL-1R7) қўшилган. Лиганд рецепторлари комплекси ҳосил бўлганидан сўнг, MyD88 ва киназа IRAK1, транскрипции NF-κB яллиғланиш омилни фаоллаштирадиган сигнал йўлини ишга туширади. IL-18 етук фаоллиги IL-1 фаоллиги билан чамбарчас боғлиқ. IL-18 ген ифодаси ва ўсма некроз омили

(TNF), IL-1, Fas-лиганд, ва турли хемокин синтезини келтириб чиқаради. IL-18 ўсма, юқумли, аутоиммун ва яллиғланиш касалликларида модулятор ролини ўйнайди. Зардобда IL-18 нинг даражасининг ошиши онкогематологик касалликлар ва сепсис билан кузатилади [10,11].

IL-18



Расм 4. Текширилган аёлларда IL-18 даражаси, нг/мл.

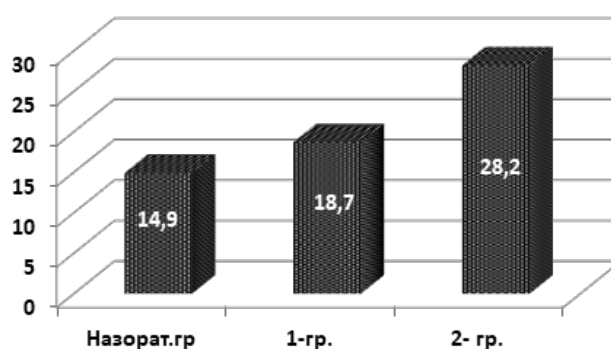
Бизнинг текширган оддий шаклли бачадон лейомиомасида IL-18 даражаси назоратдаги гуруҳ аёлларига нисбатан юқори эди $70,3 \pm 4,2$ пг/мл ($P < 0,05$) (расм.5.3). бачадон лейомиомаси тез ўсувчи аёлларда $104,5 \pm 4,9$ пг/мл ($P < 0,05$) ташкил қилди.

Маълумки, TNF-α хужайра апоптозига олиб келадиган цитокинлар оиласига тегишли [2]. Шу билан бирга у организмни патогенлардан ҳимоя қилишда муҳим рол ўйнайди. TNF-α турли хил хужайралардаги пролиферация, дифференциация ва ўлими, яллиғланиш реакциялари, туғма ва орттирилган иммунитет, шунингдек турли органлар ва тўқималарнинг тузилиши, шу жумладан иккиламчи лемфоидли органларга киради [1-6,8]. Бироқ ҳимоя яллиғланиш жавобини назорат қилувчи механизмларнинг бузилиши, сурункали касалликларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

IL-10 хужайралари томонидан цитокин синтезини бостиради, макрофагларнинг фаоллигини пасайтиради, яллиғланиш цитокинларини ишлаб чиқаришни камайтиради. Унинг таъсири асосий цитокинлар таъсирига қарама-қарши. У интерферон, ўсма некроз омили ва IL-6, IL-1 ҳосил бўлишини камайтиради. Ўсмалари бўлган беморларнинг қонида IL-10 концентрациясининг ортиши салбий белги бўлиб, ўсманинг тез ўсиши учун тарифланади. Қон қуйилгандан кейин қонда IL-10 миқдори ортади. Ортикча тана вазнли аёлларда IL-10 даражасининг пасайиши метаболик синдромни кўрсатади.

Бизнинг тадқиқотда бачадон лейомиомаси тез ўсувчи аёлларда IL-10 даражаси ошган, ўртача $18,7 \pm 1,4$ пг/мл, ($P < 0,05$) ташкил қилади. 2-чи гуруҳ аёлларда бу кўрсаткич 2 марта соғлом аёл гуруҳига нисбатан юқори, ўртача $28,2 \pm 1,5$ пг/мл, ($P < 0,01$), (расм. 5.4) ташкил этади.

IL-10



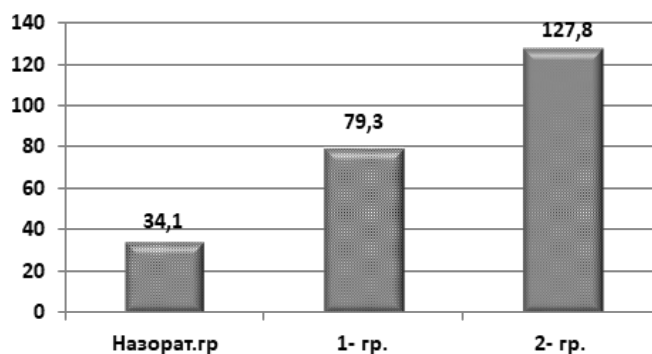
Расм 5. Текширилган аёлларда IL-10 даражаси , нг/мл.

TNF α -абири тизимли яллиғланишда иштирок этадиган ва ўткир босқичли реакция учун масъул бўлган оксил бўлиб, шунингдек TNF α хужайра циклига, ўсишига, фарқланишига ва апоптозга ҳам таъсир қилади [3,15]. TNF α ўсмага қарши ва антиангиоген таъсирга эга ва оксилларни ифодалашни бошқариш қобилиятига эга. Бирок бу цитокин юқори концентрацияси ҳар доим ғайритабиий хужайраларни йўқ қилиш мумкин эмас ва ҳатто аксинча янги ўсма симптоми ҳосил бўлишида намоён бўлади [4,5,16].

TNF α нинг асосий ишлаб чиқарувчилари макрофаглар, лимфоцитлар ва нейтрофиллардир. 1-чи тур рецепторлари (кўпчилик тўқималар) ёки 2-чи тур (иммун тизим хужайралари) билан боғланиб, цито-

кин 3та йўлдан бирини фаоллаштиради: 1) пролиферация ва яллиғланиш жавоби; 2) хужайра фарқланиши ва пролиферацияси; 3) ўлим сигналини узатиш индукцияси. Кўпинча рецепторлари 2-чи тури билан ўзаро йўллар томонидан амалга оширилади ва қарма-қарши таъсирга эга. Баъзи ҳолларда антиапопстик оксилларни транскрипцияси кучаяди, бошқа вариантлар ингибитор оксилларига ижобий таъсир кўрсатади ва ўлим сигналларининг узатилишига тўсқинлик қилади. Юқоридаги таъсирларнинг мувозанати хужайра турига, цитокинлар ва фаол кислород турлари комбинациясига қараб бир томонга ёки бошқасига ўтиши мумкин.

TNF α



Расм 6. Текширилган аёлларда TNF α даражаси, нг/мл.

6 расмда кўрсатилганидек барқарор кичик ҳажмли бачадон лейомиомасида TNF α даражаси ошган, ўртача $79,3 \pm 3,8$ пг/мл ташкил этади, бу эса 2 марта назорат гуруҳи аёлларидан юқори ($P < 0,01$) ва 2-чи гуруҳ аёлларига нисбатан – $127,8 \pm 5,7$ пг/мл, ($P < 0,001$) эди.

Кузатишлар TNF α нинг этиопатогенезида ва бачадон лейомиомасининг клиник кўринишида жуда муҳим цитокин эканлигини кўрсатади. Ушбу патологиянинг ривожланишини, шунингдек унинг аломатларини амалга ошириш бачадон лейомиомасига қарши курашда потенциал мақсадлар бўлган гормонлар ва цитокинлар билан ўзаро боғлиқлик орқали амалга

оширилади. TNF α – бачадон лейомиомаси носпециффик маркёр бўлиб, бошқа манфаатдор омиллар, хусусан прогестерон ва активин А билан биргаликда кўриб чиқилиши мумкин бўлади.

Ҳозирги вақтда иммунитет танқислиги ҳолатлари ривожланишининг асосий сабаблари аниқ. Бунинг сабабларидан бири, Th1- ва Th2- хелперлар ёрдамида амалга ошириладиган турли иммунорегуляцион жараёнларининг таъсири остида танадаги бузилишдир. Маълумки, хужайра иммунитетини рағбатлантирадиган биринчи цитокинлар синтезланади (IL-1, IL-2, IL-6, IL-8, IL-12, IFN, TNF ва бошқ.), иккинчиси гуморал иммунитетни рағбатлантирадиган цитокинларни

синтез қилади (IL-4, IL-5, IL-10, TGFβ ва бошқ.). одатда нормал ишлайдиган Th-1 ва Th-2-хелперлари организмда ўртасидаги ўзаро таъсирнинг муайян мувозанати мавжуд. Аммо ҳар қандай таъсирнинг таъсири остида уларнинг фаолиятидаги кучли ўзгариш умуман иммун тизимининг ишлашида жиддий салбий оқибатларга олиб келиши мумкин.

Пролифератив жараён Th1-хелпер ёрдамчиларининг фаоллашувига ва хужайра иммунитетига салбий таъсир кўрсатадиган цитокинларнинг синтезига сабаб бўлади.

ХУЛОСА

Шундай қилиб, олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, бачадон лейомиомаси билан иммун тизимининг ҳолатида ўзгаришлар кузатилади, бу эса иккинчи даражали иммунитет танқислиги ҳисобланади. Маълумки иммунитет танқислиги иммун тизимининг бир ёки бир нечта таркибий қисмларининг ёқолиши ёки ўзига хос бўлмаган (носпецифик) омиллар билан чамбарчас боғлиқ бўлган иммунологик реактивликнинг бузилиши ҳисобланади.

Тадқиқот натижаларида бачадон лейомиомаси турли хил биологик фаол моддалар томонидан рағбатлантирилади. Жинсий гормонлар, ўсиш омиллари, митогенлар, цитокинларнинг биргаликдаги таъсири патогенезининг мураккаб ва ўзаро боғлиқ реакцияларининг каскадини келтириб чиқаради, бу лейомиома хужайраларини, атрофдаги миометрияни эндометриозни ва бутун организмни таъсир қилади, бундай муҳим ўзгаришлар аёлнинг репродуктив функциясига кўп омилли таъсир кўрсатмайди. Бачадон лейомиомаси турли патогенетик механизмлар орқали амалга ошириладиган аёлларнинг репродуктив тизимининг полиэтиологик касаллик бўлиб, унинг олдини олиш ва даволаш учун патологияни даволашнинг диагностика ва даволаш усуллари ишлаб чиқишда комплекс инновацион ёндашувни ишлаб чиқиш зарур. Бачадон лейомиомаси аёлларни комплекс даволашда бир қатор таққосий иммунотерапияни таклиф этади ўсимта ўсишига қарши жавоб ва ривожлантиришда иштирок этадиган иммун механизмлари иммунологияда долзарб вазифа ҳисобланади.

АДАБИЁТЛАР.

1. Адамян, Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных / Л. В. Адамян. - М.: - 2014. - 101 с.
2. Алтухова О.Б., Аристова И.К., Орлова В.С. Ассоциация генетических полиморфизмов цитокинов с размерами миоматозных узлов // Цитокины и воспаление. 2013. Т. 12, № 3. С. 74-78.
3. Ихтиярова Г.А., Хамидова Ш.Ш., Нарзуллоева Н.С. Этиопатогенетическое основы развития миомы матки // Тиббиётда янги кун. № 3 (31) 2020. Узбекистан С-60-64.
4. Кузнецова А.В. Иммуноморфология хронического эндометрита. Дисс.на соискание уч.степени

кандидата мед. наук. Москва, 2001. - 119 с.

5. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К. Кольпоскопия как диагностический метод для раннего выявления заболеваний шейки матки// Проблемы биологии и медицины 2020. № 1.1 (117). С. 313-314.
6. Наврузова Н.О., Ихтиярова Г.А., Каримова Г.К., Наврузова У.О., Шукуров И.Б., Аманова Х.И. Современные диагностические методы для раннего выявления заболеваний шейки матки// Доктор ахборотномаси. 2019. №4. С. 77-82.
7. Нарзуллоева Н.С., Магзумова Н.М., Абдурахманов М.М. Features of cytokine expression in serum of peripheral blood in women with uterine myoma // Attended The 7 th Federation of Immunological Societies of Asia-Oceania Congress(Fimsa 2018) Mandarin Hotel, Bangkok, Thailand 10-13 November 2018. Abstract book P-122.
8. Нарзуллоева Н.С., Олимов Ж.Н. Патогенетическое обоснование дифференцированной иммунокоррекции бесплодие у женщин с миомой матки// Тиббиётда янги кун. № 1 (29) 2020. Узбекистан С-298-303.
9. Негматуллаева М.Н., Хамдамова М.Т., Хотамова М.Т., Нарзуллоева Н.С. Консервативная миомэктомия у женщин репродуктивного возраста // Биология тиббиёт муаммолари 2019. №4 (113). С. 81-83.
10. Наврузова Н., Ихтиярова Г., Наврузова Ў. Бачадон бўйни фон ва рак олди касалликларининг гинекологик ва соматик анамнезининг ретроспектив таҳлили // «SCIENTIFIC PROGRESS» Scientific Journal ISSN: 2181-1601 / Volume: 1, ISSUE: 2.
11. Раковская И.В. Микоплазмы человека и микоплазменные инфекции (Лекция Часть 1)// Клиническая лабораторная диагностика. - 2005. - № 2. - С. 25-32.
12. Тихомиров А.Л. Роль воспаления в пусковых механизмах формирования лейомиомы матки // Охрана здоровья матери и ребенка. Сб. тезисов, М., 2000. – С. 306-307.
13. Ikhtiyarova G.A., Tosheva I.I., Narzulloeva N.S. Causes of fetal loss syndrome at different gestation times. Asian J Res. 2017;3(3):13–31.
14. Ikhtiyarova, G.A. Causes of fetal loss syndrome at different gestation times / Ikhtiyarova G.A., Iroda Tosheva, Nargiza Nasrullayeva // Asian Journal of Research. - 2017. - № 3 (3). - P.32-41.
15. Mavlyanova N.N. The State of the Cytokine Status in Pregnant Women with Fetal Growth Retardation / Mavlyanova N.N., Ixtiyarova G.I., Tosheva I.I., Aslonova M.Zh., Narzullaeva N.S. // Journal of Medical - Clinical Research & Reviews-2020.-№4 (6).-ISSN 2639-944X.-P.18.
16. Navruzova N.O., Ikhtiyarova G.A., Karimova G.K. Colposcopia as a diagnostic method for early detection of cervical diseases // Problems of Biology and Medicine 2020. N. 1.1 (117). P. 313-314.

ЭФФЕКТИВНЫЙ ЭКСПРЕСС МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Ихтиярова Г.А., Орипова Ф.Ш., Абдиева Н.У.

Бухарский государственный медицинский институт

XULOSA

O'zbekiston hududida IPV ning 16 –chi turi etakchi o'rinni egallaydi, boshqa mintaqalarda esa boshqa turdagi tarqalish chastotasi o'zgaruvchan. Avvalroq, 18-45 yoshli ayollar orasida bachadon bo'yni eroziyasi bilan kasallanishning eng yuqori darajasini topilgan edi [4].

Tadqiqot maqsadi. *Vaginal va bachadon bo'ynidan ajralmalarini mustaqil ravishda surtma olib yuqori kancerogen xavfli inson papillomavirusi (HPV-HR) tashxislashda yangi innovatsion tekshiruv usulining samaradorligini baholash.*

Tadqiqot materiallari va uslublar. *Tadqiqot 25 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan reproduktiv yoshdagi 150 jinsiy faol olib boradigan ayol ishtirokida tashxislash olib borilgan. Kolposkopiya, muntazam va suyuqlik sitologiyasi, HPV testi (Qvin-tip o'z-o'zini tanlab olish tizimi yordamida) kabi beshta tadqiqot usuli ishlatilgan.*

Tadqiqot natijalari. *Sitologik adqiqotla natijalari juda past sezuvchanlikni ko'rsatdi, bu 36,6%ni tashkil etdi. Kolposkopiya - 63,5%, HPV testi - 84,7%. Sitologiya HPV testi bilan birgalikda, sezuvchanlik 83% ni tashkil qiladi, Qvin-tip o'z-o'zini qabul qilish tizimining kolposkopiya bilan kombinatsiyasi, sezuvchanlik ayollarining 100% ni tashkil qiladi.*

Kalit so'zlar: *bachadon bo'yni, qin patologiyasi, HPV-VR Qvin-tipli test.*

Фоновые заболевание шейки матки, особенно эрозия, относится к заболеваниям с доказанной вирусной, бактериальной этиологией чаще как осложнения эндоцервицита и в то же время являются неуклонно растущими показателями заболеваемости. По данным ВОЗ, ежегодно у 617-629 женщин диагностируется эрозия шейки матки (ЭШМ). ЭШМ у женщин 20-44 лет занимает 2-е место после рака молочных желез [5].

В последние годы отмечается развитие неоплазии шейки матки в молодом возрасте, которая развивается на фоне эрозии шейки матки и занимает первое место в структуре онкологических заболеваний у женщин до 40 лет и почти в 2 раза чаще регистрируется в возрастной группе 20-39 лет [1]. В связи с тем, что злокачественная трансформация цервикального эпителия является непрерывным процессом, развивающимся на протяжении десятков лет, своевременное выявление и лечение фоновых состояний могут предотвратить дальнейшее развитие РШМ.

SUMMARY

On the territory of Uzbekistan, the 16th type of HPV occupies a leading position, while the frequency of the prevalence of other types in different regions is variable. Earlier, we found the highest incidence of cervical erosion among women 18–45 years old [4].

The aim of the study *Evaluation of the effectiveness of a new innovative method of examination for high carcinogenic risk human papillomavirus (HPV-HR) during self-sampling of the vaginal and cervical discharge.*

Materials and methods. *The study was diagnosed with the participation of 150 sexually active women of reproductive age from 25 to 45 years. Five research methods were used, such as colposcopy, routine and fluid cytology, HPV testing (using the Qvintip self-sampling system).*

Research results. *In cytological studies, the results showed a very low sensitivity, which was 36.6%. Colposcopy - 63.5%, HPV testing - 84.7%. If cytology is combined with HPV testing, the sensitivity is 83%, the combination of the Qvin-tip self-intake system with colposcopy, the sensitivity is 100% of women.*

Key words: *pathologies of the cervix, vagina, HPV-VR Qvin-tip test.*

В мире наиболее распространенными типами ВПЧ (вируса папилломы человека) высокого канцерогенного риска (ВПЧ-ВР) являются 16, 18, 32, 34-й. Из них с наибольшей частотой встречаются 5 типов ВПЧ: 16-й (3,2%), 18 (1,4%), 52 (0,9%), 31 (0,8%) и 58-й (0,7%) [1].

На территории Узбекистана лидирующую позицию также занимает 16-й тип ВПЧ, при этом частота распространенности остальных типов в разных регионах вариабельна. Ранее эрозии шейки матки чаще встречалась среди женщин 18-45 лет [4]. На основании полученных сведений об этиологической роли ВПЧ в развитии цервикальной неоплазии, а также исследований, показавших высокую эффективность ВПЧ-тестирования, во многих странах тестирование на ДНК ВПЧ-ВР внедрено в национальные программы первичного скрининга РШМ в качестве как тест с цитологией, так и самостоятельного скринингового теста [3].

Согласно результатам многочисленных исследований, одним из препятствий для реализации про-

грамм цервикального скрининга является нежелание пациенток посещать гинеколога по многим субъективным причинам. С целью увеличения охвата женщин, отказывающихся посещать врача, были разработаны устройства для самостоятельного забора вагинального отделяемого и дана оценка их экономической эффективности, прогностической ценности [2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка результативности нового инновационного метода обследования на вирус папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ-ВР) при самостоятельном заборе отделяемого влагалища и шейки матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением были 150 женщин репродуктивного возраста с активной половой жизнью от 25 до 45 лет, обратившихся с целью гинекологического осмотра. Было использовано 5 методик, такие как кольпоскопия, рутинная и жидкостная цитология, тестирование на HPV (при помощи системы самозабора Qvintip). При выявлении любой аномалии слизистой шейки матки пациентке рекомендовалась биопсия. Исследование утверждено Этическим комитетом Бухарского государственного медицинского института и согласовано с Минздравом Узбекистана. Все женщины были проинформированы о целях исследования, ознакомлены с инструкцией по применению устройства «Qvin-tip» и противопоказаниями. Противопоказаниями к использованию этого метода являются беременность и кровянистые выделения из половых путей.

В состав теста Qvintip входят пластиковая палочка, пластиковая пробирка, конверт для обратного ответа и инструкция. При помощи палочки женщина производит забор влагалищного отделяемого, помещает в пробирку и отдает врачу либо самостоятельно отправляет в лабораторию, где проводится анализ на наличие штаммов HPV, имеющих высокий онкогенный риск. Материал для исследования на ВПЧ ВР был получен при помощи устройства «Qvin-tip» (согласно инструкции) из цервикального канала с универсальным урогенитальным зондом. Полученные материалы помещали в сухую пробирку без среды (согласно инструкции). Образцы биологических материалов маркировались по порядковым номерам забора. Все образцы исследовались в одинаковых условиях, в лаборатории клиники «Premium» г. Бухары. Выявление и дифференциацию 12 наиболее распространенных генотипов ВПЧВР (16, 18, 32, 34) проводили методом ПЦР в режиме реального времени.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

LSIL (низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения) была выявлена в 14 случаях, HSIL – в 12, цервикальный рак – в 2. У 9 женщин с HSIL показанием к биопсии был толь-

ко положительный HPV-тест, ни при кольпоскопии, ни при цитологии никаких аномалий не обнаружено. Цитологическое исследование показало очень низкую чувствительность – 36,6%, кольпоскопия – 63,5%, HPV-тестирование – 84,7%. Чувствительность сочетания цитологии с тестированием на HPV составляет 83%, системы самозабора Qvin-tip с кольпоскопией – 100%.

Таким образом, при оценке удобства и приемлемости двух сравниваемых методов взятия материала для ВПЧ-теста по 5-уровневой шкале Likert все женщины отметили, что метод самостоятельного забора с помощью устройства Qvintip более комфортный, безболезненный, конфиденциальный, не вызывал смущения (чувства стыда или неловкости). Инновационный метод тест Qvin-tip для самостоятельного забора образца отделяемого влагалища и шейки матки в домашних условиях показал достоверное выявление различных типов ДНК HPV высокого риска, что было доказано в последующем методом цитологии.

Использование тест-Qvintip повышает шанс выявления ВПЧ-ВР в 5 раз по сравнению с другими методами диагностики. Самотестирование на HPV имеет сходную прогностическую ценность с анализом и может быть альтернативным тестом в программах профилактики цервикального рака.

Этот метод является клинически простым и эффективным способом выявления ДНК HPV высокого риска развития предраковых заболеваний и рака шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году // Протокол. – 2017. – С. 236.
2. Орипова Ф.Ш., Ихтиярова Г.А. Морфологическая картина эффективности новых средств лечения неспецифического вагинита // Тиббиётда янги кун. – 2020. – №2 (301). – С. 215-219.
3. Орипова Ф.Ш., Ихтиярова Г.А. Саидов С.А. Разработка новых средств лечение неспецифического вагинита с учетом патогенетических механизма развития // Тиббиётда янги кун. – 2020. – №2.30 (2). – С. 220-225.
4. Стратегия действий Республики Узбекистан: Указ Президента Республики Узбекистан УП-4947 от 2017. – С. 9-21.
5. Туранова О.В., Белокриницкая Т.Е. Особенности ВПЧ-инфекции у женщин репродуктивного возраста и эффективные методы диагностики ВПЧ-ассоциированной патологии шейки матки // Фарматека Бионика медиа. – 2019. – Т. 26, №6. – С. 53-56.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ МИОМОЙ МАТКИ

Ихтиярова Г.А., Нарзуллоева Н.С., Хамидова Ш.Ш.
Бухарский государственный медицинский институт

ХУЛОСА

Мақолада симптомсиз бачадон миомаси бўлган аёлларда иммун терапиянинг самарадорлигини баҳо-ланган.

Тадиқотнинг мақсади. Симптомсиз бачадон миомали аёлларда иммуномодулятор даволаш самарадорлигини ўрганиш ва аниқлаш.

Материал ва усуллар. Ушбу мақолада, 67 нафар симптомсиз бачадон миомали аёллар ўрганилди. Барча беморлар ёши бир хил еди, ўртача ёш 29.6 ± 1.2 йил бўлди. ИФА усулида қон зардобиди лимфоцитлар, фаоллашиш маркёрлари CD25, CD71, CD95, лактоферрин, яллиғланиш активаторлари ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-18, ИЛ-10, TNF ўрганилди.

Натижалар. Симптомсиз бачадон миомасида иммуномодулятор Ликопид қўллаб комплекс даволаш бепуштлиқ билан келган аёлларга ижобий ўзгариш кузатилди. Шундай қилиб, фаоллашиш маркерига эга бўлган лимфоцитлар таркиби меъёрлашган, лактоферрин даражаси меъёрлашган

Қалим сўзлар: миома, лимфоцитлар, фаоллашиш маркёрлари CD25, CD71, CD95, лактоферрин, яллиғланиш активаторлари, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-18, ИЛ-10, TNF, иммуномодулятор Ликопид.

Поиск патофизиологических механизмов развития миомы матки и разработка эффективных методов лечения опухолевого процесса в миометрии обусловлены двумя обстоятельствами: широкой распространенностью заболевания и высокой частотой оперативных вмешательств при этой доброкачественной опухоли [1,6].

Охрана репродуктивного здоровья женского населения остается одним из приоритетных направлений современного здравоохранения. Миомой матки страдают 25-30% женщин старше 35 лет, а в последние годы заболевание все чаще обнаруживается в более молодом возрасте [3,11]. Причины возникновения миомы матки окончательно не установлены. Миома матки является наиболее частой причиной аномальных маточных кровотечений, бесплодия, привычной потери беременности, нарушения функции тазовых органов [10]. Эти симптомы значительно ухудшают качество жизни женщины [2,4,13].

SUMMARY

The article presents the evaluation of the effectiveness of immunomodulatory therapy in women with asymptomatic uterine myoma

The aim of the study To study and determine the evaluation of the effectiveness of immunomodulatory therapy in women with asymptomatic uterine myoma

Materials and methods In this article, we studied 67 women who were treated with asymptomatic uterine myoma. We studied 67 women who were treated with asymptomatic uterine myoma. By age, all patients were identical, the average age was 29.6 ± 1.2 years. As the main method of investigation, ELISA was used, diagnostic test systems were used to determine serum lymphocytes with an activation marker in women with asymptomatic uterine fibroids CD25, CD71, CD95, lactoferrin, proinflammatory cytokines IL-6, IL-8, IL-18, IL-10, TNF.

The results Immunological studies conducted in women with asymptomatic uterine fibroids and complaints of infertility in the dynamics of complex treatment with the inclusion of the immunomodulator Lycopid showed that the immune system showed a positive dynamics of the studied parameters. Thus, the content of proteflazides with the activation marker was normalized, the level of lactoferrin was normalized, as well as the synthesis of the studied cytokines.

Key words: uterine fibroids, lymphocytes with activation marker in CD25, CD71, CD95, lactoferrin, proinflammatory cytokines IL-6, IL-8, IL-18, IL-10, TNF immunomodulatory therapy, likopid

Миомы матки – это доброкачественные (нераковые) новообразования, которые развиваются на поверхности или внутри мышечной ткани матки. У многих женщин миома матки протекает абсолютно бессимптомно. У других расположение и размеры этих доброкачественных опухолей могут значительно ухудшать качество жизни [12]. Механизмы развития и роста этой доброкачественной опухоли окончательно не установлены и продолжают вызывать споры. В настоящее время обсуждается роль в патогенезе миомы иммунных нарушений. Доказано, что рост миомы сопровождается ослаблением иммунной защиты на фоне повышения уровня провоспалительных цитокинов, которые являются регуляторами процессов пролиферации и апоптоза, медиаторами действия половых стероидов.

Особую роль в развитии и регуляции иммунных реакций играют факторы роста и цитокины [5,7]. Известно, что они непосредственно контролируют

процессы клеточной пролиферации [8,13]. Более 100 цитокинов объединены в группы, основными из которых являются интерлейкины, интерфероны, колониестимулирующие факторы, факторы роста, хемокины и др. [4,14]. Цитокины можно определить как белковые или полипептидные факторы, лишенные специфичности в отношении антигенов, продуцируемые преимущественно активированными клетками кроветворной и иммунной системы и опосредующие межклеточные взаимодействия при кроветворении, воспалении, иммунных процессах и межсистемных коммуникациях [9,17].

Известно, что пролиферирующая лейомиома имеет менее благоприятное течение. У пациенток с данным типом роста опухоли часто возникает ее озлокачествление и рецидив. Женщин с пролиферирующим типом роста миомы относят к группе риска по развитию гиперпластических процессов в эндометрии и в молочных железах, а также кистозных доброкачественных и злокачественных образований в яичниках [16,18].

Таким образом, определение типа роста опухоли является важным моментом при разработке оптимальной тактики ведения пациенток, что будет способствовать сохранению их репродуктивной функции. Полученные к настоящему времени данные свидетельствуют о непосредственном вовлечении реакций иммунной системы в механизмы, определяющие развитие и рост миомы матки, однако до сих пор роль клеток с цитотоксической активностью в патогенезе данного заболевания не изучена. Установление взаимосвязи особенностей продукции цитокинов и факторов роста иммунокомпетентными клетками с темпом и морфологическими типами роста миомы матки позволит нам выявить новые аспекты патогенеза развития этой опухоли и разработать новые подходы к ее консервативному лечению.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности иммуномодулирующей терапии у женщин с бессимптомной миомой матки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 67 женщин с бессимптомной миомой матки. Средний возраст составлял 29,6±1,2 года. В качестве основного метода исследования до и по-

сле операции бессимптомной миомы матки применяли УЗ-картирование, которое позволяет выявить определенную зависимость изменений после иммуномодулирующей терапии. Всем пациенткам исследования проводились перед лечением, т.е. перед операцией иммуномодулирующей терапии. Современные тенденции в лечении миомы матки ориентируются на представления о механизмах роста миоматозного узла.

Несмотря на достаточно большой клинический опыт терапии миомы матки, эффект от лечения часто оказывается неполным, заболевание прогрессирует, что требует радикального хирургического вмешательства.

Целью медикаментозного лечения миомы матки является облегчение или ликвидация симптомов и по возможности регресс миоматозных узлов. При выборе варианта медикаментозной терапии следует оценивать не только его эффективность, но и безопасность, переносимость, а также принимать во внимание его рентабельность.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

67 женщин были разделены на 2 группы: 1-я группа – 38 женщин, которым проводили базисную терапию с включением улипристала ацетата в течение 8 месяцев (3 месяца ежедневно по 5 мг, перерыв 2 месяца и затем еще 3 месяца по 5 мг ежедневно), 2-я группа – 29 женщин, которые после базисной терапии дополнительно получали иммунокорректор Ликопид (10 мг, по 1 таб., сублингвально ежедневно).

Ликопид – высокотехнологичный полусинтетический препарат нового поколения мурамилдипептидов, активным действующим началом которого является глюкозасминилмурамилпептид (ГМДП) – синтетический аналог универсального фрагмента – пептидогликана – клеточной стенки всех известных бактерий, включая микроорганизмы нормальной микрофлоры слизистых оболочек макроорганизма [15,16]. В результате специфического взаимодействия ГИДП с внутриклеточно расположенными NOD2-рецепторами происходит активация фагоцита с последующим балансом синтеза цитокинов [16,19].

Иммунологические исследования проводили через 2 недели после лечения.

Таблица 1

Динамика лимфоцитов с маркером активации у женщин с бессимптомной ММ, М±m

Показатель	Контр. группа	Экспериментальная группа		+ликопид
		до лечения	после лечения	
CD25+, %	21,6±0,9	25,8±1,0 ^а	26,8±1,1 ^а	21,8±1,3 ^{бв}
CD71+, %	18,7±0,8	34,6±1,2 ^а	32,7±1,2 ^а	18,8±1,0 ^{бв}
CD95+, %	24,5±1,0	22,3±0,9	19,8±1,1 ^а	24,6±1,2 ^б

Примечание. p<0,05-0,001: а – по сравнению с контролем; б – по сравнению с исходными данными; в – по отношению с данными женщин с гормонотерапией.

Анализ полученных результатов показал, что на фоне гормонотерапии миомы матки активируются латентные формы урогенитальных инфекций, в

результате потенцирующего иммуносупрессивного действия гормональных препаратов, способствующих нарушениям иммунного статуса, редукции

функций Th1- и Th2-лимфоцитов, а также значительному угнетению апоптоза.

Как видно из таблицы, содержание активированных лимфоцитов после гормонотерапии изменилось, но не достоверно, т.е. наблюдалась только тенденция к изменению. Включение иммунокорректора ликопида в комплексную терапию женщин с бессимптомной миомой матки способствовало положительной динамике содержания лимфоцитов с активационными маркерами. Так, уровень CD25⁺- и CD71⁺-клеток достоверно снизился, в среднем составив соответственно 21,8±1,3% (p<0,05) и 11,8±1,0% (p<0,01). Уровень

CD95⁺-лимфоцитов после комплексной терапии в среднем был равен 24,6±1,2% (p<0,05).

Уровень белка острой фазы лактоферрина у женщин с бессимптомной миомой матки, сниженный до лечения, после гормонотерапии достоверно повысился в среднем до 914±14,6 нг/мл (p<0,05), а после включения ликопида достиг контрольных значений – 1098±23,8 нг/мл (p<0,001).

Содержание ИЛ-6, несколько повышенное до лечения, после гормонотерапии стало достоверно выше, чем у женщин контрольной группы, составив в среднем 25,5±1,3 пг/мл (p<0,05).

Таблица 2

Уровни провоспалительных цитокинов в динамике лечения у женщин с бессимптомной ММ, М±m

Показатель	Контр. группа, n=30	Исходные данные, n=38	Гормонотерапия, n=18	+ликопид, n=20
ИЛ-6	20,8±1,3	23,7±1,1	25,5±1,3 ^a	22,6±1,2 ^a
ИЛ-8	28,7±1,4	35,4±1,5 ^a	34,6±1,6 ^a	29,6±1,3 ^{бв}
ИЛ-18	68,6±4,7	70,3±3,9	78,7±4,1 ^a	70,4±3,7 ^{бв}
ИЛ-10	14,9±1,2	18,7±1,4 ^a	17,5±1,0 ^a	15,1±0,8 ^a
ФНО	34,1±1,8	79,3±3,8 ^a	76,3±3,4 ^a	36,8±1,3 ^{бв}

Примечание. p<0,05-0,001: а – по сравнению с контролем; б – по сравнению с исходными данными; в – по отношению с данными женщин с гормонотерапией.

Включение ликопида в комплексное лечение способствовало снижению уровня ИЛ-6 до значений контрольной группы – 22,6±1,2 пг/мл. Как видно из таблицы 2, уровень ИЛ-8, достоверно повышенный до лечения, после гормонотерапии обнаруживал тенденцию к снижению. Достоверное снижение наблюдалось после иммунокорригирующего препарата ликопид до 29,6±1,3 пг/мл (p<0,05).

Содержание ИЛ-18 у женщин с бессимптомной миомой матки исходно достоверно не отличался от контроля. Однако после гормонотерапии уровень данного гормона достоверно повысился, составив в среднем 78,7±4,1 пг/мл (p<0,05). Включение иммуномодулятора в комплексную терапию способствовало достоверному снижению уровня данного цитокина до 70,4±3,7 пг/мл (p<0,01).

В наших исследованиях уровень ИЛ-10 у женщин с бессимптомной миомой матки был повышен в 1,25 раза (p<0,05). После проведенной гормонотерапии уровень данного цитокина не изменился, составив в среднем 17,5±1,0 пг/мл. При подключении препарата ликопид уровень данного цитокина в среднем составил 15,1±0,8 пг/мл (p<0,05).

Анализ полученных результатов показал, что уровень TNF-α у женщин с бессимптомной миомой матки был повышен в 2,3 раза – до 79,3±3,8 пг/мл (p<0,01). После проведенной гормонотерапии уровень TNF-α не изменился, составив в среднем 76,8±3,4 пг/мл, что в 2,2 раза выше контроля (p<0,05). А в группе женщин, которым в комплексную терапию добавили иммуномодулирующий препарат ликопид, уровень TNF-α снизился до контрольных значений и в среднем составил 36,8±1,3 пг/мл (p<0,01). Это значение было ниже не только по сравнению с исход-

ными данными, но и с показателем женщин, которые получали гормонотерапию.

Иммунологические исследования у женщин с бессимптомной миомой матки и жалобами на бесплодие с включением в комплексное лечение иммуномодулятора ликопид показали, что в иммунной системе наблюдалась положительная динамика изучаемых параметров. Так, нормализовалось содержание лимфоцитов с маркером активации, нормализовался уровень лактоферрина, а также синтез изученных цитокинов.

ВЫВОДЫ

1. Проведенное лечение с применением гормонотерапии способствовало положительной динамике клинических параметров, однако не повлияло на показатели иммунной системы. Подключение в комплексную терапию иммуномодулирующего препарата ликопид способствовало восстановлению измененных параметров иммунной системы, что, в свою очередь, позволило оптимизировать репродуктивное здоровье.

2. Из числа женщин с бессимптомно протекавшей миомой матки после проведенного комплексного лечения 60,0% забеременели и родили здоровых детей.

3. Следовательно, включение в комплексное лечение препаратов с иммуномодулирующим действием свидетельствует о возможности их использования в качестве одного из элементов патогенетической терапии данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

- Нарзуллаева Н.С., Абдурахманов М.М., Ихтиярова Г.А. Эффективность иммунокорри-

- гирующей терапии у женщин с миомой матки: Метод. рекомендации. – Ташкент, 2019. – 25 с.
2. Нарзуллаева Н.С., Абдурахманов М.М., Магзумова Н.М. Параметры гуморального звена иммунной системы у пациенток с миомой матки // Назарий ва клиник тиббиёт. – 2018. – №4. – С. 91-93.
 3. Нарзуллаева Н.С., Абдурахманов М.М., Орипова Ф.Ш. Клинические иммунологические аспекты миомы матки в сочетании с хроническим эндометритом // Тиббиётда янги кун. – 2018. – №4 (24). – С. 20-22.
 4. Нарзуллоева Н.С., Азамов Б. Effects of the cytokines in the development of myoma of the uterus in reproductive age of females // Сборник материалов 1-й Бухарской международной конференции студентов-медиков и молодежи. – Бухара, 2019. – №1. – С. 604-605.
 5. Негматуллаева М.Н., Хамдамова М.Т., Хотамова М.Т., Нарзуллоева Н.С. Консервативная миомэктомия у женщин репродуктивного возраста // Биология тиббиёт муаммолари. – 2019. – №4 (113). – С. 81-83.
 6. Уханова Ю.Ю., Дикарева Л.В., Шварев Е.Г., Аюпова А.К. Инновационный подход к диагностике быстрорастущей миомы матки // Астраханский мед. журн. – 2015. – Т. 10, №3. – С. 106-114.
 7. Фаткуллин И.Ф., Баканова А.Р., Илизарова Н.А., Галеев А.А. Новые возможности лечения миомы матки у женщин при нарушении репродуктивной функции // Доктор. Ру. – 2016. – № 8-9 (125-126). – С. 32-37.
 8. Фисюк В.А., Долока Д.С. Органосохраняющее лечение миомы матки // Здоровоохр. Дальнего Востока. – 2017. – №3 (73). – С. 39-43.
 9. Шамугия Н.М., Адамян Л.В., Сонова М.М. и др. Новое в лечении больных с миомой матки // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2015. – Т. 15, №3. – С. 76-80.
 10. Шикеева А.А. Анализ молекулярно-генетических изменений для дифференциальной диагностики лейомиосарком и пролиферирующих лейомиом матки // Мол. мед. – 2011. – №6. – С. 38-43.
 11. Шикеева А.А. Анализ потери гетерозиготности и микросателлитной нестабильности в дифференциальной диагностике лейомиосарком и пролиферирующих лейомиом матки // Арх. пат. – 2011. – Т. 73, №4. – С. 47-50.
 12. Щербакова Л.А. Клинико-морфологические аспекты субмукозной миомы матки у женщин репродуктивного возраста // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2012. – Т. 12, №1. – С. 24-28.
 13. Aarts J.W., Nieboer T.E., Johnson N. et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease // Cochrane Datab. Syst Rev. – 2015. – №8.
 14. Carranza-Mamane B., Havelock J., Hemmings R. et al. The management of uterine fibroids in women with otherwise unexplained infertility // J. Obstet. Gynaecol. Canad. – 2015. – Vol. 37, №3. – P. 277-288.
 15. Chegini N. Proinflammatory and profibrotic mediators: principal effectors of leiomyoma development as a fibrotic disorder // Semin. Reprod. Med. – 2010. – Vol. 28, №3. – P. 180-203.
 16. Ikhtiyarova G.A., Tosheva I.I., Narzulloeva N.S. Causes of fetal loss syndrome at different gestation times // Asian J. Res. – 2017. – Vol. 3, №3. – P. 13-31.
 17. Narzullaeva N., Makzumova N., Abdurakhmanov M. Features of cytokine expression in serum of peripheral blood in women with uterine myoma // Crosstalk between Innate and Adaptive Immunity in Health and Disease. – Bangkok, 2018.
 18. Narzullaeva N.S. Gynecological and somatic history of women with uterine myoma according to retrospective analysis // Журн. акуш., гинекол. и перинатол. – 2021. – №2 (86). – С. 38-42.
 19. Narzullaeva N.S., Musakhodzhaeva D.A., Abdurakhmanov M.M., Ikhtiyarova G.A. Dynamics of cytokines as a result of exposure to phytoflavonoids in women with uterine myoma // Russian Immunol. J. – 2019. – Vol. 13 (22), №2.
-

APPLICATION OF THE NEW PREPARATION “KURKUVIR” IN THE TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE FEMALE GENITAL ORGANS

Ikhtiyarova G.A., Oripova F.Sh., Abdiyeva N.U.
Bukhara State Medical Institute

XULOSA

Ayol jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari - yuqumli kasalliklar guruhiga mansub bo'lib, ginekologik kasalliklar tarkibiga kiradi va 60-65% ayollarda uchraydi.

Maqsad. Kimyoviy modda bilan keltirib chiqaradigan eksperimental vaginit modelida yangi “Kurkuvir” vaginal shamchalarining yallig'lanishga qarshi va reparativ faolligini aniqlashni baholash.

Tadqiqot materiallari. Og'irligi 2800-3000 g bo'lgan quyonlarda eksperimental tadqiqotlar o'tkazildi, quyidagi tadqiqotlar baholandi: qinning ph-metriyasi, qin shilliq qavatining jarohat maydonini ball orqali baholash, zamonaviy tezkor test Femoflor-16 yordamida qin mikrobiotsinozini baholash., sitologik va morfologik tadqiqotlar o'tkazildi.

Natijalar. Kurkuvir yordamida vaginitni eksperimental davolashning farmakoterapiyasi qinda 2,34 marta, bachadon bo'yni - 2,23 marta va uretrada - 1,91 marta sezilarli darajada kamayganligini ko'rsatdi.

Xulosa. Vaginit va servisitlarni davolash uchun yangi Kurkuvir vaginal shamchalar tavsiya etiladi.

Kalit so'zlar: ayol jinsiy a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, kurkuvir.

After bacterial vaginosis, vulvovaginal mycosis and trichomoniasis, vaginitis, cervicitis stably ranks 4th in the structure of all infectious and inflammatory diseases of the lower part of the female genital organs. Inflammatory diseases of female genital organs - a group of infectious diseases, which make up 60 - 65% in the structure of women's visits to gynecologists.

THE AIM OF THE STUDY

Evaluation of the determination of anti-inflammatory and reparative activity of new vaginal suppositories “Curcuvir” on the model of experimental vaginitis caused by a chemical agent.

MATERIALS AND METHODS

Experimental studies were carried out on female rabbits weighing 2800–3000 g. Care for them (including euthanasia) during the experiment was carried out according to the available documents, which regulate the organization of work with the use of experimental animals. The principles of the “European Convention for the Protection of Vertebrate Animals used for Experimental

РЕЗЮМЕ

Воспалительные заболевания женских половых органов - группа инфекционных заболеваний, которые составляют 60-65% у женщин в структуре гинекологии.

Цель. Оценка определения противовоспалительной и репаративной активности новых вагинальных суппозиторий «Kurkuvir» на модели экспериментального вагинита, вызванного химическим агентом.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования проведены на кроликах-самках массой 2800–3000 г. Оценивались следующие показатели: рН-метрия влагалища, полуколичественная оценка площади поражения слизистой оболочки влагалища в баллах, оценка микробиоциноза с помощью современного экспресс-теста Фемофлор-16, цитологические и морфологические данные.

Результаты. Фармакотерапия экспериментального лечения вагинита с помощью Куркувир показал достоверное снижение в 2,34 раза во влагалище, в 2,23 раза в шейке матки и в 1,91 раза в Uretra.

Выводы. Новые вагинальные свечи Куркувир могут быть рекомендованы для изучения в качестве препарата для лечения вагинита и цервицитов.

Ключевые слова: воспалительные заболевания женских половых органов, куркувир.

and Other Scientific Purposes” (Strasbourg, 1985), adopted by the 1st National Congress on Bioethics (Kiev, 2000), which is consistent with the provisions of the European Convention for the Protection of Vertebrate Animals used for experimental and other scientific purposes. The object of the study were vaginal suppositories “Curcuvir” based on turmeric oil in a copper chelate complex, developed by the staff of the drug technology laboratory “Med Standard LLC” under the guidance of Professor A. N. Yunuskhodzhaev. Suppositories “Pavisin” (“Mu Lin Sen”, Kyrgyzstan) were chosen as comparison drugs. The pathology was reproduced by introducing a tampon with a 10% solution of silver nitrate into the vagina of an experimental animal and its exposure for 5 min. From the next day after modeling the pathology, treatment was started with the investigated suppositories “Curcuvir”, comparison drugs, and placebo once a day. The duration of this model is 7 days. After the modulation of the pathology, the animals were divided into 2 groups: the 1st main group with nonspecific vag-

initis, treated with the drug “Curcuvir”; Group 2, compared with HB, treated with the drug “Pavisin” (turmeric oil and borneol) by candlelight a day for 7 days.

In order to determine in more detail the severity of the inflammatory process, as well as the therapeutic effect of the reference drug and the test agent, on the 1st and 7th days of the experiment, the following indicators were assessed: ph-metrics of the vagina, semi-quantitative assessment of the area of the lesion of the vaginal mucosa in points, assessment of microbiocinosis using the modern express test Femoflor -16, cytological and morphological data.

RESULTS

The suppression of the local inflammatory process under the influence of vaginal suppositories “Curcuvir” and reference drugs is also reflected in a significant decrease in the intensity of edema, hyperemia and the amount of hemorrhage in relation to the control pathology group, an integral indicator of the state of the vaginal mucosa - the sum of points. Vaginal suppositories “Kurkuvir” reduced this indicator by 2.2 times, and suppositories “Pavisin” - by 2.2 and 1.56 times, respectively. The analysis of the dynamics of changes in the pH of the hut of experimental animals showed that in the 1st group this indicator statistically significantly decreases, making $0.05 \pm 0.05 \pm 0.05$ on the 7th day of the experiment. In rabbits of the 2nd, a change in the pH of the humid was revealed; by the end of the experiment, this indicator was 6.12 ± 0.05 and 6.12 ± 0.06 on the 7th day of the experiment. Pharmacotherapy with a drug developed by us led to a decrease in the high values of leukocytes in the oils taken from Vagina, at 2.4 times over a period of about 7 days. In Cervix, this reduction was 2.31 times, in Uretra - 1.78 times. Pharmacotherapy of experimental NV treatment with Pavisin showed a significant decrease of 2.34 times in Vagina, 2.23 times in Cervix and 1.91 times in Uretra.

FINDINGS

Thus, vaginal suppositories “Curcuvir” at a dose of 50 mg have anti-inflammatory and reparative effects on OTS in a model of experimental vaginitis caused by a chemical agent, which is confirmed by indicators of the

state of OTS, vaginal ph-metry and cylogical indicators. In comparison with reference drugs, suppositories “Kurkuvir” had a significant advantage in comparison with suppositories “Pavisin” and were not inferior in effect to it. The new Kurkuvir vaginal suppositories may be recommended for study as a drug for the treatment of nonspecific vaginitis.

LITERATURE

1. Ихтиярова Г.А., Орипова Ф.Ш., Хамдамова М.Т., Кодиров Ш.Ш. Новые методы коррекции воспалительных заболеваний гениталий (клинико-экспериментальное исследование) // Биомедицина и практика. – 2021. №3. – С. 65–72.
2. Ихтиярова Г.А., Орипова Ф.Ш. Патоморфологическая характеристика слизистой стенки влагалища при экспериментальном неспецифическом вагините и различных методиках лечения // Доктор ахборотномаси. – 2020. - №1. – С. 76-80.
3. Орипова Ф.Ш., Ихтиярова Г.А. Прогностические маркеры выявления дисбиоза влагалища и её своевременная коррекция // Проблемы биологии и медицины. – 2021. - № 1.1 (126). – С. 179-184.
4. Орипова Ф.Ш., Ихтиярова Г.А. Оценка эффективности новых методов лечения на модели травматического неспецифического вагинита (клинико-экспериментальное исследование) // Проблемы биологии и медицины. – 2020. - № 1.1 (117). – С. 321–326.
5. Oripova F.Sh., Ikhtiyarova, G.A., Davlatov, S.S. Path morphological characteristics of the vaginal mucosa in experimental notspecific vaginitis and various methods of treatment // (Scopus). International Journal of Pharmaceutical Research. – 2021. №13. – P. 761-765.
6. Oripova F.Sh., Ikhtiyarova, G.A., Khamdamova M.T., Shukurlaev Sh. New methods of correction of inflammatory diseases of the genitalia (clinical and experimental study) // (Scopus.) Annals of romanian society for cell biology Journal of Biochemistry, Genetics and Biology. – 2021. №4. – P. 1865-1872.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ

Камилова И.А., Пахомова Ж.Е., Джураева Г.Т.
Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

CIN прогнозилаш, таъхислаш ва даволашда молекуляр-генетик таҳлиллар муҳим роль ўйнайди, унинг ўзгариши патологияни шаклланишида мойилликни аниқлайди. Биз турли даражадаги таъхисланган *CIN* билан 132 беморни текширдик. *CIN* патогенезида номзод-генлар муҳим роль ўйнайди.

Калим сўзлар: липидлар алмашинуви, полиморфизм, баъадон бўйни интраэпителиал неоплазияси (*CIN*), эстроген алмашинуви, номзод-генлар.

При лечении мультифакториальной патологии в настоящее время и широко применяется новое направление предиктивной и персонифицированной терапии, предполагающей, помимо анализа этиологии и патогенеза заболевания, изучение генетических полиморфизмов, детерминирующих ключевые механизмы патогенеза [1-3,6-8].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая оценка новых подходов к терапии цервикальной интраэпителиальной неоплазии на основе комплексного клинико-генетического анализа заболевания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 132 пациентки, находившихся на амбулаторном лечении в Центре женского здоровья Ташкентской медицинской академии по поводу цервикальной интраэпителиальной неоплазии (*CIN*). Возраст наблюдаемых пациенток – от 18 до 45 лет (средний возраст $36,9 \pm 1,1$ года). Все обследованные были узбечками, родившимися и проживающими в городе Ташкенте (Узбекистан). Диагноз *CIN* устанавливали на основании данных кольпоскопического и цитологического исследования. Материалом для молекулярно-генетического анализа служили образцы крови из локтевой вены, забираемой согласно инструкции производителя. Для анализа полиморфизмов генов использовали метод аллель-специфической полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени. Исследование генетических маркеров *CIN* осуществлено на генах-кандидатах, имеющих отношение к генетически детерминированной полиморбидной патологии, в том числе и к гинекологической (эндометриозу, раку матки и яичников), затрагивающих процессы липидного обмена и окислительного стресса, функционирования межклеточ-

SUMMARY

In the prediction, diagnosis and treatment of CIN, molecular genetic analysis takes place, changes in which determine a greater or lesser predisposition to the formation of pathology, which manifests itself under the influence of provoking factors. We studied 132 patients with a confirmed diagnosis of CIN, of varying severity. Candidate genes have a significant role in the pathogenesis of CIN.

Key words: lipid metabolism, polymorphism, cervical intraepithelial neoplasia (*CIN*), estrogen metabolism, candidate genes.

ного цитолулярного матрикса и белков-супрессоров опухолевого роста.

Пациентки 2-х групп были сопоставимы по частоте генетических полиморфизмов и данным клинического обследования.

1-ю группу, которая была основной, составили 67 пациенток, которые получали традиционное лечение, включающее местные аппликации 5,0 мл геля дефлагин афлюцин R согласно схеме использования препарата. Одновременно для повышения цитопротективного эффекта, предупреждения и снижения вирусной инвазии, подавления активности и репликации ВПЧ инфекции, стимулирования неспецифического иммунитета назначали инъекции панавир по схеме. Одновременно с традиционной терапией больным проводили патогенетически ориентированное лечение гормональными, энзимными и антиоксидантными препаратами по согласованию с врачами-интернистами. В контрольную группу были включены 65 пациенток, которые получали местное традиционное лечение гелем дефлагин и инъекции панавира.

Назначение персонифицированной терапии цервикальной интраэпителиальной неоплазии осуществлялось на основе генетического тестирования (табл. 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты оценки клинической эффективности лечения представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, в основной группе «отличный результат» был получен у 41 (61,20% пациентки), что достоверно более чем в 2,2 раза больше, чем в контрольной группе – 18 (27,69%) больных ($\chi^2 = 15,682$; $p \leq 0,001$).

При этом удельный вес пациенток с более низкими результатами лечения в основной группе был

достоверно ниже. Так, удельный вес «хороший результат» лечения в 1-й основной группе был равен 31,34% (21 пациентка) против 50,77% (33 пациентки) в контрольной группе ($\chi^2 = 5,150$; $p \leq 0,05$); соответствующие соотношения результатов лечения, оцени-

ваемые как «удовлетворительный результат», составили 7,46% (5 пациенток) против 20,00% (13 пациенток) ($\chi^2 = 4,403$; $p \leq 0,05$) и как «неудовлетворительный результат» лечения были равны 0,0 против 1,53% (1 пациентка) ($\chi^2 = 1,039$; $P \geq 0,05$) (табл. 2).

Таблица 1

Распределение наблюдаемых больных в соответствии с патогенетически ориентированным лечением, разработанным с учётом результатов молекулярно-генетического исследования

Генетический маркер или комбинация	Основная группа n=67	Число пациенток	Терапия
Гены метаболизма эстрогенов CIP1A2 C-734A; SULT1A1 G-638A		11	Традиционное + Цитохром С
Гены белков онкосупрессоров TP53 C/T rs 17884159; TP53 Arg72Pro		14	Традиционное + Цитохром С
Ген ММТ-1 (ММР-1607)		18	Традиционное + Энзимные препараты
Комбинации генов метаболизма эстрогенов и генов белков онкосупрессоров		12	Традиционное + Цитохром С
Комбинации генов метаболизма эстрогенов или генов белков онкосупрессоров с геном металлопротеиназ		8	Традиционное + Цитохром С + Энзимные препараты
Контрольная группа, n=65 – Традиционное лечение			

Таблица 2

Сравнительная оценка клинической эффективности терапии

Группа	Эффективность лечения			
	отличный результат	хороший результат	удовлетворительный результат	неудовлетворительный результат
1-я основная, n=67	41/ 61,20±9,74	21/31,34	5/7,46	-
2-я контрольная, n=65	18/27,69±5,55	33/50,77	13/20,0	1/1,53
χ^2	15,682	5,150	4,403	1,039
p	<0,001	<0,05	<0,05	>0,05

Увеличение эффективности патогенетически обоснованной терапии (1-я основная группа) относительно традиционной (контрольная группа) по кли-

ническим показателям проведён по формуле Байеса – $(P_1 - P_2)/(P_1 + P_2) \times 100\%$, где: P_1 и P_2 – $\Delta\%$ эффективность лечения в сравниваемых группах (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительная оценка клинической эффективности патогенетически обоснованной терапии у пациенток 1-й (числитель) и 2-й (знаменатель) групп

Оценочные критерии лечения	Эффективность лечения, %	Эффективность по сравнению с контрольной группой, %
Отличный результат	61,20/27,69	$\geq 37,70$
Хороший результат	31,34/50,77	$\geq 23,66$
Удовлетворительный результат	7,46/20,00	$\geq 45,67$
Неудовлетворительный результат	-1,53	$\geq 100,00$
Сумма, Σ		207,03
Средняя суммарная эффективность		$\geq 51,76$

Как видно из таблицы 3, средняя суммарная эффективность патогенетически обоснованной терапии превосходит базовую более чем на 51,768%.

Перспективные исследования в течение 12 месяцев после лечения также продемонстрировали более

высокую эффективность патогенетически обоснованной терапии. При этом срок лечения сократился более чем на 37,39% ($p \leq 0,05$); частота рецидивов в течение 12 месяцев – на 60,00% ($p \leq 0,01$); а срок лечения рецидива – на 35,40% ($p \leq 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Молекулярно-генетическое исследование даёт наиболее значимую информацию об индивидуальных особенностях патогенеза, что в конечном итоге определяет характер течения CIN у каждой пациентки [1,3-6,9,10].

Информация о наличии генетических полиморфизмов, приводящих к снижению концентрации белков онкосупрессоров, увеличению концентрации токсической фракции эстрогенов и нарушению межклеточных взаимодействий интрацеллюлярного матрикса, является материальной базой патогенетически обоснованной терапии с использованием препаратов, модулирующих метаболические сдвиги, в частности, нарастание процессов липопероксидации и деструкции интрацеллюлярного матрикса.

Результаты генетического тестирования вместе с фенотипическими проявлениями заболевания необходимы для персонализированной терапии и прогноза течения патологии.

При этом в первую очередь необходимо учитывать метаболические процессы, детерминированные изучаемым геном. Комплексный анализ различных по направленности генетических полиморфизмов позволяет установить важнейшие патогенетические механизмы мультифакториальных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артымук Н.В., Гуляева Л.Ф., Зотова О.А., Хвостова Е.П. Полиморфизм генов метаболизма эстрогенов у женщин с аденомиозом // Журн. акуш. и жен. бол. – 2012. – Т. LXI, вып. 6. – С. 18-26.
2. Богомазова Т.В., Чимитдоржиева Т.Н., Молчанова Е.А., Ковалик Т.А. Доброкачественная и предраковая патология шейки матки. Особенности анамнеза и клинической картины // Леч. врач. – 2019. – №3. – С. 65-67.
3. Гарелик Т.М., Лисок Е.С., Наумов И.А. Медико-социальные факторы риска рака шейки матки у женщин репродуктивного возраста // Актуальш проблема сучасной медицина. – 2019. – Вип. 3. – С. 28-35.
4. Друх В.М. Способы коррекции ранних механизмов канцерогенеза в органах репродуктивной системы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2017. – 52 с.
5. Нажмутдинова Д.К., Юлдашева Д.Ю. Изучение частоты аллельных вариантов и генотипов полиморфизма RS 1042522 гена TP53 у больных с интраэпителиальными неоплазиями шейки матки // Новости дерматовенерол. и репрод. здоровья. – 2015. – №2. – С. 98-99.
6. Носкова И.Н., Артымук Н.В., Гуляева Л.Ф. Полиморфизм генов CYP1A1, CYP1A2, CYP19 и SULT1A1 у женщин с невынашиванием беременности в ранние сроки // Фундамент. и клин. медицина. – 2019. – Т. 4, №4. – С. 47-57.
7. Чагай Н.Б., Мкртумян А.М. Метилирование эстрогенов, ожирение и рак молочной железы // Пробл. эндокринологии. – 2018. – Т. 64, №4. – С. 244-251.
8. Ghebre R.G., Grover S., Xu M.J. Cervical cancer control in HIV-infected women: past, present and future // Gynecol. Oncol. Rep. – 2017. – Vol. 21. – P. 101-108.
9. Letra A., Silva R.M., Garlet G.P. MMP1-1607 polymorphism increases the risk for periapical lesion development through the upregulation MMP-1 expression in association with pro-inflammatory milieu elements // J. Appl. Oral Sci. – 2016. – Vol. 24, №4. – P. 366-375.
10. Moyer A.M., de Andrade M., Weinshilboum R.M. et al. Influence of SULT1A1 genetic variation on age at menopause, estrogen levels, and response to hormone therapy in recently postmenopausal white women // Menopause. – 2016. – Vol. 23 (Is. 8). – P. 863-869.

УДК: 618.39-085.2/3-039.76

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Каримова Д.Ф., Абдураззакова Г.А.
Городской родильный комплекс №6 г. Ташкента

XULOSA

Sun'iy abort qilishning ko'plab uzoq muddatli asoratlari ayollarning reproduktiv tizimi a'zolariga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Tadqiqotning maqsadi reproduktiv salomatlikni saqlashga qaratilgan bo'lib, abortdan keyin davolash-profilaktik, rehabilitatsiya choralarini optimallashtirishdan iborat.

Tadqiqot usullari. Biz 120 reproduktiv yoshdagi ayollarni 2 guruhga bo'lib o'rgandik: Birinchi guruhga manual vacuum-aspiratsiya usuli bilan abort qilingan 70 ayol kirdi. Ikkinchi guruhga tibbiy (medikamentoz) abortdan o'tgan 50 ayol kirgan (Mifepriston, Misoprostol).

Natijalar: Birinchi guruhda 5 haftagacha ayollarda va 47,1% hollarda, 9-12 xafta 24,3% da bajarilgan. Ikkinchi guruh esa 5 haftagacha homiladorlik yoshiga ega bo'lgan ayollardan iborat edi. 66,1 ± 2,9%da. 6-8 haftalik davr bilan. - 24,0 ± 2,9%. Birlamchi homilador ayollar 60,0 ± 6,5%ni tashkil qiladi. Homiladorlikning kechishi, asosan, ikkinchi guruh ayollarda engil va o'rtacha og'irlikdagi qusish 30,0 ± 6,5% va ko'ngil aynish 44,0 ± 7,0% bilan kuzatildi.

Xulosa: ishlab chiqilgan profilaktik rehabilitatsiya choralarini medikamentoz abortdan so'ng yallig'lanish asoratlarini kamaytirishga qaratilgan.

Kalit so'zlar: abort, vakuum aspiratsiyasi, homiladorlik.

По данным ВОЗ (2016), аборт является одним из способов регулирования рождаемости. В мире аборты ежедневно делают примерно 42-50 млн женщин, из них 75 тыс. умирают от ближайших осложнений, десятки тысяч страдают от отдаленных последствий для здоровья [3,6].

Большое количество отдаленных осложнений искусственного аборта свидетельствует об отрицательном влиянии его на органы репродуктивной системы женщины. После искусственного аборта возникает риск развития септической инфекции, осложнением которой являются сальпингоофориты, метроэндометриты, параметриты, тазовые перитониты, тромбофлебиты вен матки [4].

До недавнего времени для прерывания беременности применялся хирургический кюретаж, успех которого во многом зависел от опыта и искусства хирурга, который основывался в основном на субъективных тактильных ощущениях. Кроме того, эта операция, будучи высокотравматичной, увеличивает риск возникновения ближайших осложнений [5].

SUMMARY

A large number of long-term complications of an artificial abortion testifies to its negative effect on the organs of a woman's reproductive system.

The aim of the study was to optimize treatment and prophylactic, rehabilitation measures after an abortion, aimed at maintaining reproductive health.

Research methods: We examined 120 women who were divided into two groups: The first group consisted of 70 women who underwent abortion by the method of manual vacuum aspiration. The second group included 50 women who underwent medical abortion (Mifepristone, Misoprostol).

Results: In the first group in women, vacuum abortion was performed for up to 5 weeks in women and in 47.1% of cases, with a period of 9-12 weeks in 24.3%. Basically, the second group consisted of women with gestational age up to 5 weeks. in 66.1 ± 2.9%. With a period of 6-8 weeks. - 24.0 ± 2.9%. Primary pregnant women accounted for 60.0 ± 6.5%. The course of pregnancy was mainly complicated by vomiting of mild and moderate severity in 30.0 ± 6.5% and nausea in 44.0 ± 7.0% in women in the second group.

Conclusions: The developed complex of preventive rehabilitation measures is aimed at reducing inflammatory complications after medical abortion.

Key words: abortion, vacuum aspiration, pregnancy.

В связи с этим очевидно, что поиск и скорейшее внедрение безопасных методов прерывания нежелательной беременности, а также реабилитация женщин после перенесенного аборта является важнейшей задачей гинекологии [1,2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оптимизация лечебно-профилактических, реабилитационных мероприятий после проведенного аборта, направленных на сохранение репродуктивного здоровья.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 120 женщин, которых разделили на две группы. 1-ю группу составили 70 женщин, которым аборт выполнен методом мануальной вакуум-аспирации. Во 2-ю группу вошли 50 женщин, которым проведен медикаментозный аборт (мифепристон, мизопростол).

Группы были сформированы методом произвольной выборки: женщина сама выбирала метод аборта. После проведенного консультирования врач акушер-гинеколог проводил беседу и получал пись-

менное согласие.

Обследование пациенток проводилось согласно установленным требованиям и включало общий и гинекологический осмотр, клинико-лабораторные методы, микроскопическое исследование мазка из влагалища для выявления степени чистоты влагалища, УЗИ органов малого таза. Определяли также уровень цитокинов ИЛ-4, ИЛ-6 и TNF в крови.

Для изучения психоэмоционального состояния использовали тест Спилберга в модификации Ханина. Шкала самооценки состоит из двух частей, раздельно оценивающих реактивную (высказывание 1-20) и личностную (РТ и ЛТ) тревожность (высказывание 21-40).

В соответствии с разработанными в литературе параметрами показатель тревожности, не превышающий 30 баллов, расценивается как низкий, от 30 до 45 баллов – как средний, 46 баллов и более – как высокий уровень тревожности.

Оценку психоэмоционального статуса проводили при помощи шкалы Спилберга – Ханина до проведения аборта и на 21-й день после аборта. У женщин с гиперпролактинемией оценку повторяли на 21-й день 2-го менструального цикла после профилактического лечения.

Возраст обследованных женщин варьировал от 19 до 39 лет, средний возраст женщин 1-й группы составил $29,7 \pm 1,6$ года, 2-й – $26,5 \pm 1,8$ года. Прерывание беременности производилось в сроках 4-12 недель гестации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мануальная вакуум-аспирация производилась в соответствии с установленными требованиями с применением пластикового аспиратора (шприца) объемом 60,0 мл с различными пластиковыми одноразовыми канюлями: от 4 до 12 мм. Операцию выполняли под местной анестезией: парацервикально

вводили 2% раствор лидокаина 5,0 мл. Местно в виде инстилляций использовали гель катеджель (Montavit, Австрия), содержащий 2% лидокаина гидрохлорида и 0,5% хлоргексидина дигидрохлорида.

Медикаментозный аборт проводили методиками, рекомендуемыми ВОЗ.

Следует отметить, что методика МА только с применением мизопростола была разработана нами с учетом рекомендаций ВОЗ.

У 47,1% пациенток 1-й группы МВА производился в сроке до 5 недель, у 24,3% 9-12 недель. Во 2-ю группу в основном были женщины ($66,1 \pm 2,9\%$) со сроком гестации до 5 недель, с сроком 6-8 недель было $24,0 \pm 2,9\%$. Перворекомендательные составляли $60,0 \pm 6,5\%$.

Течение беременности у $30,0 \pm 6,5\%$ пациенток 2-й группы было осложнено рвотой легкой и средней степени тяжести, у $44,0 \pm 7,0\%$ тошнотой.

Среди заболеваний в основном наблюдался хронический аднексит – у $28,0 \pm 5,4\%$ у женщин 1-й и у $14,5 \pm 4,4\%$ 2-й группы. Осложненное течение беременности в анамнезе имели соответственно $64,5 \pm 6,2$ и $47,0 \pm 4,2\%$ обследованных.

При проведении медикаментозного аборта пациентки чаще жаловались на боли в животе ($10,0 \pm 4,2\%$), на головные боли ($26,0 \pm 6,2\%$), головокружение ($20,0 \pm 4,2\%$), диарею ($24,0 \pm 6,0\%$) и озноб ($32,0 \pm 6,6\%$).

Кровотечение отмечалось у 5 больных 1-й и у 2 – 2-й группы (табл. 1). Соответственно в 12,7 и 3,3% отмечалась также гематометра. Нарушение менструального цикла после аборта в 1-й группе имело место у 13 пациенток, по 2-й – у 7. Помимо этого, соответственно у 9 и 3 больных отмечалось вторичное бесплодие. Также у 6 женщин 2-й группы отмечалось мастопатия.

Таблица 1

Частота осложнений у женщин после проведенного аборта, абс. (%)

Осложнение	1-я группа, n=70	2-я группа, n=50
Кровотечение	5 ($7,1 \pm 1,0$)	2 ($4,0 \pm 0,5$)
Плацентарный полип	10 ($14,2 \pm 1,3$)	3 ($6,0 \pm 0,9$)
Гематометра	9 ($12,7 \pm 1,2$)	3 ($6,0 \pm 1,0$)
Обострение хронического аднексита	11 ($15,7 \pm 1,0$)	4 ($8,0 \pm 0,9$)
Послеабортный эндометрит	8 ($11,4 \pm 1,0$)	5 ($10,0 \pm 0,8$)
НМЦ	13 ($18,5 \pm 1,2$)	5 ($10,0 \pm 0,9$)
Мастопатия	6 ($8,57 \pm 0,5$)	2 ($4,0 \pm 0,7$)
Бесплодие вторичное	9 ($12,7 \pm 0,9$)	3 ($6,0 \pm 0,7$)

Для профилактики инфекционных осложнений всем женщинам назначали нимесил по 1 пор. 2 раза в день с первого дня послеабортного периода в течение 5 дней. Эффективность применения нимесила оценивали на основании результатов клинических наблюдений, бактериологического исследования содержимого цервикального канала и уровня в крови

противовоспалительных и провоспалительных цитокинов, которые действуют на циклооксигенную систему, инициирующую синтез цитокинов.

Обследование в динамике лечения или наблюдения проводили на 7-й и 14-й дни после аборта. Содержание противовоспалительных цитокинов ИЛ-4, ИЛ-6 и TNF у больных, принимавших нимесил,

снижалось до 15,1%. Кроме того, пациентки в послеабортном периоде не предъявляли жалобы на болевой синдром и болезненные сокращения. Влияние нимесила на характер кровянистых выделений не установлено.

Комплекс профилактических мероприятий с включением нестероидного противовоспалительного препарата нимесил и фитопрепарата мастодинон способствовал профилактике и инфекционных

осложнений органов малого таза, частота которых уменьшилась в 5 раз, и гормональных нарушений, связанных с функциональной гиперпролактинемией, – в 2 раза. В послеабортном периоде необходимо проводить исследование молочных желез (пальпация и ультразвуковое исследование) и контроль пролактина в течение 2-х месяцев после аборта, что позволяет определить длительность назначения мастодиона и способствует профилактике мастопатии.

Таблица 2

Оценка тревожности по шкале Спилберга – Ханина у женщин 1-й (числитель) и 2-й (знаменатель) групп в динамике аборта, абс. (%)

Показатель	Срок наблюдения		
	до операции	14-й день	45-й день
Личностная тревожность	47 (68,5±4,4) 28 (56,7±6,2)	41 (58,4±4,8) 19 (38,3±8,8)	6 (8,5±2,5) 3 (6,3± 6,2)
Реактивная тревожность	32 (45,7±4,8) 20 (40,3±8,1)	27 (38,5±4,1) 12 (24,0±8,9)	4 (5,6±1,8) 1 (2,0±2,1)

При оценке психоэмоционального статуса (табл. 2), проведенной до операции, повышение личностной тревожности в 1-й группе выявлено у 68,5% женщин, реактивная тревожность – у 49,1%, во 2-й группе – соответственно у 56,7 и 40,3%. Наиболее выраженные изменения личностной тревожности регистрировались у больных 1-й группы. В динамике послеабортного периода на фоне проводимого лечения изменения психоэмоционального статуса отмечались только у 8,5 и 6,3% пациенток, что в основном было связано с мыслями о последующей беременности.

ВЫВОДЫ

1. Разработанный комплекс профилактических реабилитационных мероприятий направлен на снижение воспалительных осложнений после проведенного медикаментозного аборта путем применения препарата нимесил, что способствует уменьшению частоты воспалительных послеабортных осложнений в 5 раз.

2. Для снижения психоэмоциональной тревожности мы применяли препарат магнецин В₆ в сочетании с ново-Пасситом. С целью восстановления менструальной функции и контрацепции мы рекомендуем однофазные оральные контрацептивы на срок от 3-х до 6 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галущенко Е.М., Петров Ю.А., Арндт И.Г. Медикаментозный аборт и контрацепция после него // Междунар. журн. прикл. и фундамент. иссл. – 2019. – №4. – С. 204-208.
2. Кузмин А.А., Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт в ранние сроки беременности // Medica mente. Лечим с умом. – 2016. – №2. – С. 42-49.
3. Тусупкалиев А.Б., Абдрахманова А.А., Байтова А.Т. Медикаментозный аборт // Акад. Журн. Западной Сибири. – 2016. – Т. 12, №1. – С. 72-72.
4. Aiken A.R.A. et al. Barriers to accessing abortion services and perspectives on using mifepristone and misoprostol at home in Great Britain // Contraception. – 2018. – Vol. 97, №2. – P. 177-183.
5. Chu J.J. et al. Mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for the management of missed miscarriage (MifeMiso): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial // Lancet. – 2020. – Vol. 396, №10253. – P. 770-778.
6. Murtagh C. et al. Exploring the feasibility of obtaining mifepristone and misoprostol from the internet // Contraception. – 2018. – Vol. 97, №4. – P. 287-291.

ИННОВАЦИИ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Каюмова Д.Т.¹, Нажмутдинова Д.К.¹, Бабаев А.Т.², Юлдашева Д.Ю.¹

¹Ташкентская медицинская академия,

²Республиканский специализированный научно-практический центр гематологии

ХУЛОСА

Клиник, морфологик, гистокимёвий, молекуляр ва генетик хусусиятларни ўрганиши, патогенетик алоқаларни ривожланиши хавф омилларини аниқлаш учун, 45-55 ёшдаги 120 беморларда бачадондан аномал қон кетиши ривожланиши ва такрорланиши ва нафақат шахсий, балки ушбу патологиянинг олдини олиши ва даволашга мослаштирилган персонал ёндашувни танлашга ёрдам берди. Клиник-анемнестик, гистологик, таҳлиллар ва генетик мойилликнинг натижаларини ҳисобга олган ҳолда перименопаузада эндометрий гиперплазияли аёлларни бошқариш учун таклиф қилинган алгоритм даволашнинг юқори самарадорлигига (95%) еришиши имконини берди.

Калит сўзлар: перименопауза даври, эндометрий гиперплазияси, бачадондан аномал қон кетиши, эндометрийнинг гистологик тадқиқотлар, молекуляр генетик ўрганиши, TNF- α , Tr53, ER ва PR генлар.

В связи с увеличением продолжительности жизни Всемирная организация здравоохранения определила новый приоритет в работе национальных систем обеспечения медицинской помощи «здоровое старение» [5]. Развитие аномальных маточных кровотечений (АМК) на фоне нарастающего прогестерон-, а затем эстрогендефицита у женщин в перименопаузе сопровождается разнообразной гистологической картиной эндометрия, чаще – его гиперплазией. Признанные патогенетические подходы к лечению АМК в перименопаузе не всегда дают положительный эффект. Так, решение вопроса в сторону необоснованной гистерэктомии (нередко с придатками) приводит к преждевременной инвалидизации женщин, с другой стороны, – длительные, нередко рецидивирующие АМК на фоне гормональной терапии, у некоторых женщин не дающей ожидаемого терапевтического эффекта, приводят к анемизации, малигнизации, нередко – к смене врача и даже потери доверия к врачу [4].

К сожалению, в реальной клинической практике у ряда женщин выбор терапии нередко разрабатывается путем проб и ошибок, несмотря на многочисленные международные рекомендации и протоколы ведения [1,8,11,12,14]. В результате этого в настоящее время проводится поиск определяющих факторов, научно обоснованных методов лечения АМК, в перименопаузе чаще сопровождающихся гиперпласти-

SUMMARY

The study of clinical, morphological, histological, molecular-genetic characteristics helped to identify pathogenetic links, risk factors for the development, progression and recurrence of abnormal uterine bleeding in 120 patients aged 45-55 years and to justify not only an individual, but also a personalized approach to the prevention and treatment of this pathology. The proposed algorithm for the management of women with endometrial hyperplasia in perimenopause, taking into account the anamnesis, the results of histological, histochemical analyses and genetic predisposition, made it possible to achieve high efficiency (95%) of treatment.

Key words: perimenopause, endometrial hyperplasia, abnormal uterine bleeding, endometrial histological studies, molecular-genetic study, TNF- α , Tr53, ER, PR genes.

ческими и атрофическими процессами эндометрия, нередко в сочетании с другой органической причиной (миома, эдometriоз) [2,6]. Поиск генетических детерминант, который ранее предпринимался рядом российских и зарубежных ученых [3,7,15], наравне с клинико-гистологическими критериями определит правильный выбор терапии АМК в перименопаузе.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение клинико-гистологических и генетических критериев для выбора эффективной тактики лечения женщин с АМК в перименопаузе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено клинико-лабораторное обследование 225 пациенток в перименопаузе, средний возраст которых составил $46,9 \pm 0,2$ лет. С целью оценки эффективности лечения женщины были разделены на 2 группы. Основную группу составили 120 женщин с АМК, которые в зависимости от наличия ожирения – главного фактора развития АМК в перименопаузе [10,13], были разделены на 2 подгруппы – 71 с ожирением и 49 без ожирения. Контрольной группой служили 105 женщины в перименопаузе без АМК.

Для определения природы АМК проводили морфологическое и гистологическое исследование эндометрия. Из биоптатов, полученных путем аспирации/выскабливания полости матки, готовили серийные срезы, которые окрашивали гематоксилином и эозином. Препараты визуализировали под све-

тооптическим микроскопом МБИ-6 (Россия), Leica (Германия), окуляр микрометр-15 (ОМ).

Для определения специфичности генетических изменений и разработки персонализированной тактики ведения женщин с АМК проводили молекулярно-генетическое исследование. Из образцов крови выделяли геномную ДНК из лимфоцитов периферической крови (Sambrook J. et al., 1989) с использованием набора реагентов Рибо-преп ООО ИнтерЛабСервис (Россия, Москва), качество образцов ДНК проверялось на спектрофотометре NanoDrop 2000 Thermo Scientific (USA). Генотипирование полиморфизмов, локализованных в промоторных регионах, 4х генов: rs1800629I TNF- α в позициях, G-308A, гена, Arg72Прогена TP53, а также G/A (rs2228480) гена ER и G/T (rs1042838) гена PR проводили набором фирмы ООО НПФ Литех и НПО Синтол (Москва). Детекцию и амплификацию изученных локусов проводили с помощью термоциклеров GeneAmp PCR-system 2720 (Applied Biosystems, США) и CG1-96 (Corbett Research QUAGEN Германия) методом аллель специфической ПЦР и ПЦР в режиме реального времени. В качестве маркера длин фрагментов ДНК использовали плазмиду pUC19, расщепленную рестриктазой MspI (СибЭнзим, Новосибирск). Специфичность амплификации и количество полученного амплификата разделяли и проверяли методом горизонтального электрофореза, результаты интерпретировали с использованием УФ-трансиллюминатора с встроенной фотокамерой.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с использованием пакета прикладных программ OpenEpi 2009, Version 2.3. Оценка отклонения распределений генотипов изученных локусов ДНК (rs1800629I TNF- α в позициях G-308A гена, Arg72Прогена TP53, а также G/A (rs2228480) гена ER и G/T (rs1042838) гена PR) от канонического распределения Харди – Вайнберга (ПХВ) проводилась с помощью программы GenePop. Прогностическая ценность каждого генетического маркера определялась с помощью программы (<http://vigg.ru/fileadmin/user-upload/Rubanovich/>). Степень ассоциаций оценивали в значениях показателя отношения шансов odds ratio (OR) и риска развития relative risk (RR), связи признаков рассчитывались с использованием коэффициента корреляции Спирмена (r).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Выявлен высокий риск развития ГПЭ у женщин с метаболическими нарушениями в перименопаузе: при ожирении (OR=3,3), сахарном диабете 2-го типа (OR=3,6), гипертонической болезни (OR=1,3), а также акушерскими кровотечениями в анамнезе (OR=17,3), эндометриозом (OR=31,1), миомой матки (OR=3,2), ВЗОМТ (OR=5,2), бесплодием (OR=3,5), привычными и самопроизвольными потерями беременности (OR=1,9), а также хроническим гепатохолециститом (OR=3,0). Последний способствует снижению выведения холестерина и развитию гиперхолестемии,

а также снижению выработки глобулина, связывающего половые стероиды, что создает условия для циркуляции в сыворотке крови свободных фракций эстрогенов и андрогенов, усугубляет ГПЭ и метаболические расстройства в перименопаузе.

26 (21,7%) из 120 пациенток с ГПЭ имели рецидивирующий характер АМК, из них 13 (50%) не получали реабилитационный курс гормональной и противовоспалительной терапии. При этом 73,1% из них имели избыточную массу тела и гистологически подтвержденный хронический эндометрит. Наиболее частой причиной АМК в перименопаузе являлась ГПЭ (73,3%), практически у каждой третьей пациентки ГПЭ сопровождалась миомой матки (33,3%), а также эндометритом (27,5%). Аденокарцинома была выявлена у 2 пациенток, рак эндометрия – у 1, все 3 пациентки имелиотягощенный семейный анамнез рака и 2 из них – сформированный метаболический синдром.

Патоморфологические изменения, выявленные как в железисто-эпителиальном, так и в стромально-сосудистом компонентах, характеризовались дисциркуляторными, в ряде случаев воспалительными, дисрегенераторными процессами эндометрия. В случаях развития ГПЭ на фоне ожирения сосудистые патоморфологические изменения были более выраженными и распространялись во все отделы артериальных сосудов. При этом мелкие артерии и артериолы за счёт значительного утолщения стенки были стенозированы, некоторые даже были обтурированы.

Исследование молекулярных механизмов ГПЭ и поиск их фармакологической коррекции – одно из самых динамично развивающихся областей современной молекулярной медицины. Как показали исследования, в группе женщин с АМК генотип G/G полиморфизма (rs2228480/594) гена ER не является генетическими детерминантами развития ГПЭ. Кроме того, его выявление играет протекторную роль в развитии ГПЭ на фоне ожирения ($\chi^2=5,7$; P=0,02; RR=0,8; OR=0,3). Это лишний раз свидетельствует об эстрогензависимости ГПЭ и предопределяет его адекватный ответ на эстрогенотерапию.

Метаболическая дисфункция при ожирении сопровождается хроническим воспалением, что ведет к повреждению ДНК, чем можно объяснить снижение протекторной роли полиморфизмов генов (в частности часто встречающегося генотипа G/G полиморфизма (rs2228480/594) гена ER) в развитии ГПЭ, особенно на фоне ожирения и рецидива на фоне менопаузальной гормональной терапии (МГТ). Доминирование редкого гомозиготного варианта полиморфизма T/T (s1042838) гена PR у женщин с рецидивирующими АМК на фоне ожирения ($\chi^2=6,2$; P=0,01; RR=8,9; OR=9,6) может достоверно свидетельствовать об отсутствии ответа на традиционную прогестероновую антирецидивную терапию при АМК.

Определена фенотипическая связь между наличием ожирения и ГПЭ в пери- и постменопаузе, а также подтверждена эффективность полиморфизма G/T (rs1042838) гена PR у женщин с АМК и ожирением, (OR=2,1; P=0,02) и полиморфизм данного гена можно считать геном-кандидатом на развитие ГПЭ в перименопаузе.

У женщин с АМК как с ожирением, так и без такового отмечается статистически значимое преобладание как аллеля А ($\chi^2=4,2$; P=0,06; RR=1,7; OR=1,8), так и генотипа G/Ars1800629 гена TNF- α ($\chi^2=4,3$; P=0,04; RR=1,7; OR=1,9) над группой контроля. Нами выявлена прогностическая эффективность маркера полиморфизма Arg72Pro в гена TP53 у женщин с АМК и ожирением (OR=2,2; P<0.05). Arg/Arg можно считать относительно надежным протектором развития АМК на фоне ожирения, а Pro/Rго – его предиктором.

Коррекция метаболических нарушений является этиопатогенетически обоснованной и должна обязательно входить в комплекс терапии больных с ГПЭ и ожирением [10,13]. Кроме того, выяснение анамнеза послужило предпосылкой к изучению генетического полиморфизма у женщин с АМК, особенно у женщин с отягощенным семейным онкоанамнезом, так как результаты только морфологических исследований не могут дать прогноз риска прогрессирования ГПЭ до малигнизации. В связи с этим исследование полиморфизма генов провоспалительного маркера (TNF- α), маркера ангио- и неогенеза Trp-53, а также генов рецепторов половых стероидов – ER1 и PR могут дать возможность ранней доклинической диагностики и поиска оптимального лечения гиперпластических процессов, конечным этапом которых может явиться злокачественный процесс. Так, у 3 женщин с отягощенным семейным и личным онкоанамнезом было выявлено гомозиготное носительство редкого «мутантного» Pro/Pro гена Trp53.

Выявленные нами генетические детерминанты патологии эндометрия на фоне гормонального дисбаланса, проявляющегося АМК, позволили провести дифференцированное, персонально ориентированное, включающее в себя антирецидивное реабилитационное лечение у 120 женщин с АМК в перименопаузе. Так, 52 женщинам с АМК, обусловленным ГПЭ (исключая женщин с генотипом T/T (s1042838) гена PR у женщин с рецидивирующими АМК на фоне ожирения) назначали перорально прогестины – норэтистерон 10-20 мг/сут в циклическом и непрерывном длительном режимах. У 48 (92.3%) пациенток терапия была эффективной. Принадлежность к генотипу G/G полиморфизма (rs2228480/594) гена ER2 и (протекторного к онкогенезу) полиморфизма Arg/ArgArg72Pro гена TP53, у 32 женщин с АМК с ожирением и без ожирения позволили назначить комбинированную МГТ (1 мг 17 β -эстрадиола и 10 мг дигидростерона), эффективность составила 93,8%. Женщинам с АМК с гистологическим подтверж-

денным эндометритом на фоне дистрофических изменений и как наличием аллеля А, так и генотипа G/Ars1800629 гена TNF- α совместно с выбранной консервативной гормональной была проведена противовоспалительная терапия. Пациенткам с АМК, сложной атипической ГПЭ, РЭ и отягощенным семейным онкоанамнезом, а также наличием генотипов T/T (s1042838) гена PR и Pro/ProArg72Pro в гена TP53 была выбрана оперативная тактика лечения. Персонализированный метод выбора терапии показал свою высокую (95%) эффективность.

Таким образом, инновационный подход к определению тактики ведения женщин с АМК в перименопаузе, заключающийся в определении факторов риска не только развития ГПЭ, но и рецидива, путем проведения комплексного клинико-анамнестического, гистологического, молекулярно-генетического исследования, позволил достичь высокой эффективности лечения (95%), что определило перспективность применения его на практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габидулина Р.И., Смирнова Г.А., Нухбала Ф.Р. и др. Гиперпластические процессы эндометрия: современная тактика ведения пациенток // Consilium Medicum. – 2019. – №6. – С. 53-58.2
2. Григоренко А.Н., Гордийчук А.Б. Гиперплазия эндометрия: вопросов больше, чем ответов // Репродукт. эндокринол. – 2017. – №3 (35). – С. 31-43. 3
3. Демакова Н.А., Алтухова О.Б., Пахомов С.Л., Орлова В.С. Молекулярно-генетические механизмы развития гиперпластических процессов эндометрия // Науч. ведомости. Сер. Медицина. Фармация. – 2014. – №4 (175), вып. 25. – С. 177-182.4
4. Думановская М.Р. Клиническое значение экспрессии молекулярно-генетических маркеров опухолевого роста при гиперплазии эндометрия и оптимизации гормонотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2015. – 18 с.5
5. Здоровое старение должно стать глобальным приоритетом. Выпуск новостей // ВОЗ. 06.11.2014.1
6. Кудрина Е.А., Жолобова М. Н., Масякина А.В. Современные аспекты патогенеза и лечения гиперплазии эндометрия, миомы матки и аденомиоза // Арх. акуш. и гинекол. им. В.Ф. Снегирева. – 2016. – №3 (3). – С. 130-135.
7. Ордиянц И.М., Араkelов С.Э., Павлова Е.А. и др. Генетический риск развития гиперпластического процесса в эндометрии и в молочных железах, ассоциированный полиморфизмом генов-кандидатов // Мать и дитя в Кузбассе. – 2014. – №4 (59). – С. 62-65.
8. Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Исаева Л.В. Обоснование дифференцированного подхода к лечению больных с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия в пери-

- менопаузе // Вестн. ВолгГМУ. – 2016. – Вып. 4 (60). – С. 103-109.
9. Чехоева А.Н., Габараев Г.М., Бароева М.Д. Клинико-диагностические аспекты и лечебная тактика гиперпластических процессов эндометрия с современных позиций // Вестн. новых мед. технологий. Электронное издание. – 2019. – №4. – С. 41-49.
10. Шакирова Е.А., Артымук Н.В. Факторы риска неэффективности лечения и рецидивирующего течения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста с ожирением // Фундамент. и клин. медицина. – 2016. – Т. 1, №1. – С. 20-25.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of acute abnormal uterine bleeding in non-pregnant women. Committee Opinion №557 // Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 121. – P. 891-896.
12. Gallos I.D., Alazzam M., Clark T. et al. RCOG Green-top Guideline: Management of endometrial hyperplasia. 2016. :https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top_guidelines/gtg_67_endometrial_hyperplasia.pdf.
13. Wise M.R., Jordan V., Lagas A. et al. Obesity and endometrial hyperplasia and cancer in premenopausal women: A systematic review // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2016. – Vol. 214, №6. – P. 689-697.
14. Wouk N., Helton M. Abnormal Uterine Bleeding in Premenopausal Women // Amer. Fam. Physician. – 2019. – Vol. 99, №7. – P. 435-443.
15. Yoneda T., Kuboyama A., Kato K. et al. Association of MDM2 SNP309 and TP53 Arg72Pro polymorphisms with risk of endometrial cancer // Oncol. Rep. – 2013. – Vol. 30. – P. 25-34.

ОПТИМИЗАЦИЯ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ У КЛОМИФЕН ЦИТРАТ РЕЗИСТЕНТНЫХ ЖЕНЩИН С СПКЯ

Курбаниязова М. З., Бекбаулиева Г. Н.
Ташкентская медицинская академия

XULOSA

Annotatsiya. Tuxumdon polikistozi bilan ayollarning 20-25% klomifen tsitrat preparatiga chidamli. Ilmiy ishimizning

Maqsadi: Klomifen tsitratga chidamli bo'lgan ayollarda ovulyatsiya sodir bo'lishini kam harajat bilan taminlash.

Material va metodlar: o'z izlanishimizda 40 ta Klomifen tsitratga chidamli bo'lgan tuxumdon polikistozi bo'lgan ayollar ishtirok etishdi. I guruhdagi ayollarga tuxumdon stimulyatsiyasi uchun Klomifen tsitrat (KTs) 100mg+ rFSG 37,5ME/kuniga qo'llanildi. II guruhdagi ayollarga faqat rFSG kam dozani oshirib borish protokoli qo'llanildi. Bu prokolni qo'llash bizga tuxumdonlarda bitta follikul yetilishi, bu o'z navbatida ko'p homilali homiladorlikni oldini oladi. Bunday xtiyotkorona tuxumdon stimulyatsiyasi tuxumdonlar giperstimulyatsiyasi profilaktikasidir.

Izlanishimiz natijalari shuni ko'rsatdiki: I guruhdagi ayollarda ovulyatsiya ko'rsatkichi 60%, II guruhda 35%ni tashkil qildi.

Xulosa qilib shuni aytish kerakki Klomifen tsitrat (KTs) + rFSG ni qo'llash, faqat rFSG dan ko'ra yuqori ovulyator natijani beradi va II guruhga nisbatan ancha kam mablag' talab etadi.

Kalit so'zlar: Klomifen tsitrat (KTs), recombinant follikul stimullovchi gormon (rFSG), ovulyatsiya stimulyatsiyasi.

SUMMARY

Annotation. Up to 20-25% of women with PCOS are resistant to clomiphene citrate.

The aim of the study is to optimize the baseline ovarian response in clomiphene-resistant women to ovulation induction with minimal drug costs.

Materials and methods of research: the study included 40 clomiphene-resistant women with PCOS. For women in group I, we used clomiphene citrate 100mg + recombinant follicle-stimulating hormone p FSH 37.5 IU / day. Group II received only p FSH 37.5 using a low dose escalating protocol. The use of this protocol enables monofollicular growth and a decrease in the risk of multiple pregnancies and, in turn, is the prevention of ovarian hyperstimulation.

The results of the study showed that in group I compared with group II, the frequency of ovulation was significantly higher (60% versus 35%).

Conclusions. The combined administration of CC + rFSH in clomiphene-resistant women with PCOS compared to the use of rFSH alone, gives higher ovulation rates and lower financial costs.

Key words: clomiphene citrate (CC), recombinant follicle-stimulating hormone (rFSH), ovulation stimulation.

Доказано что индукция овуляции является основным методом лечения у инфертильных женщин с СПКЯ [4,5,7,8]. По данным ВОЗ от 10 до 15% супружеских пар страдают бесплодием. В условиях Средней Азии, где распространены многодетные семьи и это традиционно поощряется, бездетность считается большим несчастьем и зачастую приводит к распаду семьи [1,6,8]. До 20-25% женщин с СПКЯ являются устойчивыми к кломифен цитрату[2,3,9].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наше рандомизированные исследования проводилось в центральной поликлинике г. Ургенча с 2018 по 2020 гг. В него вошли 40 кломифен резистентных женщин с СПКЯ. I группе (n=20) женщинам мы использовали препараты кломифен цитрат 100мг + рекомбинантный фолликулостимулирующий гормон р ФСГ 37,5 МЕ/день. II группе (n=20), вводили только р ФСГ 37,5 с использованием протокола повышающие низкие дозы. Информированное письменное согласие было получено от всех пациентов. Женщины считались кломифен резистентными если овуляция не наступала при приёме КЦ в дозе 150мг/сут. Диагнос СПКЯ ставился на основе критериях Роттердама, при котором были соблюдены, по крайней мере, 2 из следующих трех критериев: 1) олигоменорея (цикл продолжающийся 35 и более дней) и/или аменорея (отсутствие менструации 6 и более месяцев); 2) гиперандрогения (определяется как показатель Ферримана –Галливи более 8) который клинически проявляется угри/гирсутизмом и/или биохимическим – определением в сыворотке крови тестостерона более 0,7нг/мг; 3) сонографические проявления поликистоза яичников: если яичник содержит 12 и более фолликулов диаметром от 2 до 9мм и/или объём яичников более 10 мл.

Критериями включения являются, кломифен цитрат устойчивые женщины с СПКЯ в возрасте от 20 до 38 лет, ИМТ, без предшествующей индукции овуляции, партнеры с нормальными показателями спермы в соответствии со стандартами ВОЗ, открытие маточных труб (подтвержденной гистеросальпингографией в предшествующих 6 месяцев), без наличия операций на половых органов. Критериями исключения является наличие любых факторов бесплодия, кроме КЦ резистентные женщины с СПКЯ. Также исследование включило измерение артериального давления, окружности живота, гормональное исследование сыворотки пациенток таких как, базальный ФСГ, отношение ЛГ/ФСГ, свободный тестостерон (Т), инсулин, прогестерон, АМГ на 3 день менструального цикла. ЛПВП-липопротеины высокой плотности, в день введения триггера овуляции в сыворотке определяли эстрадиол Е2. Определение инсулино резистентности (НОМА-IR) проводилось следующим образом: $НОМА-IR = \text{инсулин натошак (МЕ/мл)} \times \text{глюкоза натошак (моль/л)} / 22,5$. УЗИ яичников трансвагинальным датчиком на 2-й - 3-й день менструального цикла для оценки количество антральных фолликулов диаметром 2 до 9 мм (в количестве 12 и более считается поликистозом) и оценка объема яичника, который определяется измерением трех перпендикулярно направленных диаметров яичника и применения формулы: $D1 \times D2 \times D3 \times 0,5236$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В таблице 1 приведены результаты клинко-лабораторных исследований обеих групп., в котором отражены, средний возраст женщины, тип бесплодия, ИМТ, окружность живота, объём яичника, тип нарушения менструации, гормональные и биохимические исследования (таблица 1).

Таблица 1

Результаты клинко-лабораторных исследований

	I группа (КЦ+рФСГ)	II группа (рФСГ)
Количество женщин	20	20
Средний возраст	21-22	23-24
Тип бесплодия:		
первичное	12	15
вторичное	8	5
Продолжительность бесплодия (в годах)	3-4	3-4
Нарушение менструации:		
-Аменорея	1	3
-Олигоменорея	19	17
Гиперандрогенизм	12	11
ИМТ	31,3±5,4	33,2±5,7
Объём яичников (см3)	13,7±6	14,2±5
ФСГ	5,4±1,75	5,4±1,72
ЛГ	5,58±4,2	6,53±3,7
ЛГ/ФСГ	1,02±0,57	1,02±0,72
Свободный тестерон	1,6±2,6	2,2±3,2
Инсулин натошак	11,5±12,2	14,4±12,6
Глюкоза натошак	99,9±15,6	100,6±21,4
НОМА-IR	2,8±2,6	3,4±3,4
ЛПВП	40,7±16,7	38,8±14,6
Триглицериды	138±68,3	132,8±75,0

Как показало наше исследование I группа (КЦ+рФСГ) получала более низкую дозу рФСГ (532,5±315) и продолжительность дней стимуляции (12,34±4,5) было меньше чем во II группе (18,42±6,2

дней стимуляции). Количество роста среднего и доминантного фолликула, толщина эндометрия, количество овуляций и частота наступления беременности приведены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели цикла индукции с результатами.

	I группа (КЦ+рФСГ) (n=20)	II группа (рФСГ) (n=20)
Общая доза рФСГ (МЕ)	532,5±315	1057,5±585
Продолжительность дней стимуляции	12,34±4,5	18,42±6,2
Количества большого фолликула (≥16мм)	1,6±0,3	1,5±1,5
Средний размер фолликула (12-15мм)	1,1±0,98	1,8±2,03
Количества ФСГ в день введения чХГ	4,79±1,88	5,5±1,65
Эстрадиол в день введения ч ХГ	465,49±377,95	296,88±255,45
Толщина эндометрия (мм)	10,6±2,5	11,1±1,8
Частота овуляции	16	8
Количества беременностей	8 (1-неразвивающаяся беременность, 7-живорожденные)	7 (все живорожденные)

В исследовании было показано, что дозу препаратов гонадотропинов для получения овуляции можно снизить одновременным введением КЦ+рФСГ.

ВЫВОДЫ.

Комбинированное введение КЦ+рФСГ у кломифен резистентных женщин с СПКЯ по сравнению с использованием только рФСГ, даёт более высокие показатели овуляции и меньше финансовых затрат. Использование данного протокола даёт возможность монофолликулярный рост и снижение риска многоплодной беременности и в свою очередь является профилактикой гиперстимуляции яичников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Amsterdam ESHRE / ASRM - Спонсированная 3-я Консensusная рабочая группа PCOS. Консensus по аспектам женского здоровья при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ). Гул Репрод. 2012; 27: 14-24.
2. Бален А. Стратегии индукции овуляции при лечении синдрома ановуляторного поликистозного яичника. В: Azziz R, редактор. Синдром поликистозных яичников: современные представления о патогенезе и клинической помощи. Springer Science, Бизнес Медиа, ООО; 2007. с. 99-112.
3. Балаш Дж., Фабрегес Ф., Креус М., Касамитяна Р., Пуэрто Б., Ванрелл А. Рекомбинантный фолликулостимулирующий гормон человека для индукции овуляции при синдроме поликистозных яичников: проспективное рандомизированное исследование двух начальных доз при хроническом повышении дозы протокол. J Assist Reprod Genet. 2000; 17: 561-566.

но снизить одновременным введением КЦ+рФСГ.

4. Dobrokhotova Yu.E., Matrizayeva G.D., Kurbaniyazova M.Z., et al. Various methods of ovarian stimulation as a solution to the problem of endocrine infertility. Евразийский вестник педиатрии 2020. 2 (5) апрель-июнь. С.43-49.
5. Kurbaniyazova M.Z, Matrizayeva G.D, et al. Ovarian hyperstimulation syndrome as a complication of ovulation induction. Central Asian Journal of Pediatrics. Vol 2. Iss 2. , Article 23. С. 123-128.
6. Курбаниязова М.З., Сапарбаева Н.Р. Оптимизация индукции овуляции у инфертильных женщин с эндокринным бесплодием. Проблема биологии и медицины. 2018. №4 (104). С.68-70.
7. Орвиет Р., Хомбург Р. Хроническая сверхнизкая доза фолликулостимулирующего гормонального режима для пациентов с синдромом поликистозных яичников: один клик, один фолликул, одна беременность. Fertil Steril. 2009; S1: 1533-1539.
8. Паломба С., Фалло А., Зулло Ф. Стратегии управления индукцией овуляции у женщин с СПКЯ и известной устойчивостью к кломифенцитрату. Курр Опин Обстет Гинекол. 2009; 21: 465-473.
9. Роттердамская консensusная рабочая группа СПКН при поддержке ESHRE / ASRM. Пересмотренный в 2003 году консensus по диагностическим критериям и долгосрочным рискам для здоровья, связанным с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ). Гул Репрод. 2004; 19: 41-47.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Курбанов Д.Д.¹, Маликова Д.Б.², Курбанова М.Т.³, Тиллашайхова М.Х.¹

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт,

²Андижанский государственный медицинский институт,

³Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

ХУЛОСА

Мазкур мақолада кичик чаноқ аъзоларининг яллигланиши касалликлари фонида 107 нафар бепушт бемор аёллардаги табиий киллер ҳужайраларнинг миқдори (CD16+), нейтрофилларнинг фагоцитар фаоллиги, С3 комплементнинг концентрацияси, СРБ ва IFN γ даражаси ўрганилди. Тадқиқот маълумотларига кўра кичик чаноқ аъзоларининг яллигланиши касалликлари фонидаги бепуштликда тузма иммунитет тизимидаги ҳам кучайиши, ҳам танқислик каби ўзгаришлар иккиламчи иммунологик танқислик сифатида таснифланади.

Калит сўзлар: бепуштлик, иммунитет, ҳужайра.

Согласно результатам многих исследований, хроническое воспаление всегда свидетельствует о несостоятельности иммунного ответа как на локальном, так и на системном уровнях [4,5]. Обострения хронических инфекционно-воспалительных заболеваний характеризуются развитием воспалительных и деструктивных процессов на фоне постоянной активации иммунной системы, не приводящей к санации организма [3,7].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для оценки состояния врожденного иммунитета у женщин с бесплодием на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) мы определяли количественное содержание натуральных киллерных клеток (CD16+), фагоцитарную активность

SUMMARY

In this article, we studied the quantitative content of natural killer cells (CD16 +), phagocytic activity of neutrophils, the concentration of C3 complement, the level of CRP and IFN γ in 107 patients with infertility on the background of PID. According to the study, changes in the innate immunity system, both enhancement and insufficiency in infertility against the background of PID, qualify as secondary immunological insufficiency.

Key words: Infertility, immunity, cell

нейтрофилов, концентрацию комплемента С3, уровень СРБ и IFN- γ .

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Как видно из таблицы, относительный уровень CD16+-клеток у женщин основной группы был достоверно выше контроля – 23,9 \pm 1,2% (14,7 \pm 1,0%; $p < 0,01$). Такая же динамика наблюдалась и в отношении абсолютных значений CD16+-клеток ($p < 0,05$). Как известно, CD16+-клетки или НК-клетки – натуральные, или естественные, киллеры (natural killer cells) – представляют собой гетерогенную популяцию лимфоцитов системы врожденного иммунитета. Они обладают естественной цитолитической активностью, способны продуцировать цитокины и хемокины и участвуют в противовирусном и противоопухолевом контроле организма [5].

Показатели врожденного иммунитета у женщин с бесплодием на фоне ВЗОМТ

Показатель	Контрольная группа, n=30	ВЗОМТ, n=107
CD16+, %	14,7 \pm 1,0	23,9 \pm 1,2*
CD16+, абс.	331 \pm 21	528 \pm 23*
ФАН, %	54,5 \pm 1,3	45,6 \pm 1,5*
С3 комплемент, нг/мл	34,8 \pm 1,2	63,4 \pm 1,6*
СРБ, нг/мл	4,8 \pm 0,5	19,3 \pm 1,0*
IFN- γ , пг/мл	24,3 \pm 1,4	16,2 \pm 1,0*

Примечание. * – $p < 0,05-0,001$ по сравнению с контрольной группой.

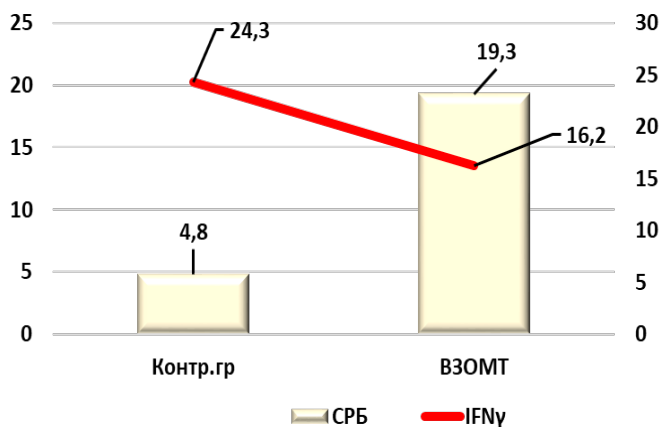
Повышенный уровень NK-клеток свидетельствует о наличии активного воспалительного процесса, связанного с избытком инфекционного патогена.

У женщин с бесплодием на фоне ВЗОМТ уровень фагоцитарной активности был сниженным. Так, фагоцитарная активность нейтрофилов в среднем была равна $45,6 \pm 1,5\%$ (в контроле $54,5 \pm 1,3\%$; $p < 0,01$). Отмечено, что больные с нарушениями фагоцитарной активности нейтрофилов страдают рецидивирующими инфекциями [4,7]. Таким образом, при ВЗОМТ наблюдается подавление ФАН с параллельным увеличением количества натуральных киллеров. Полученные данные могут свидетельствовать о срыве их генерации в зрелые формы клеток и дисбалансе их киллерной активности, что, наряду со срывом Т-клеточной иммунорегуляции, содействует развитию хронической формы воспаления органов гениталий.

В результате активации системы комплемента происходит расщепление С3 компонента и изменение его уровня, что вызывает агрегацию тромбоцитов и нейтрофилов [1,6].

Уровень С3 компонента комплемента у женщин с ВЗОМТ достоверно возрастает в среднем до $63,7 \pm 1,6$ нг/мл, что в 1,8 раза превышало контрольные значения ($p < 0,01$). Повышенный уровень С3-компонента комплемента обладает способностью вызывать миграцию нейтрофилов из костного мозга, и в таком случае быть причиной лейкоцитоза, что и констатировано нами [6].

Прогрессивное увеличение содержания С-реактивного белка (СРБ) связано с активностью воспалительного процесса и степенью повреждения тканей. Как видно из рисунка, уровень СРБ у пациенток в среднем составлял $19,3 \pm 1,0$ нг/мл, что в 3,8 раза выше контроля ($p < 0,001$).



Уровень СРБ и IFN- γ у обследованных женщин.

Такой уровень СРБ отмечается при хронических воспалительных процессах, что, по-видимому, отражает его генерализованный характер и в определенной мере некоторую недостаточность иммунной защиты. При хроническом характере патогенной инфекции организм уже не способен адекватно защитить себя, несмотря на то, что работают все механизмы саморегуляции на всех уровнях [2,5].

Определение уровня IFN- γ у обследованных женщин показало, что среднее значение в контрольной группе составляет $24,3 \pm 1,4$ пг/мл. У пациенток с ВЗОМТ этот показатель был в 1,5 раза ниже контрольных значений ($p < 0,01$) (рисунок). Нарушение продукции ИФН- γ , играющего важную роль в поддержании гомеостаза на уровне нейроиммуноэндокринных взаимодействий, является характерным для хронических воспалительных заболеваний органов малого таза.

Таким образом, изучение параметров врожденного иммунитета при хроническом заболевании органов малого таза у женщин с бесплодием показало, что уровень натуральных киллерных клеток сопровождается повышенной активностью, что необходимо для уничтожения патогена. Поскольку ведущим

звеном иммунной защиты является фагоцитарное звено, ему принадлежит значительная роль в обеспечении реакций при воспалительных процессах. Недостаточная активность фагоцитоза оказалась характерной для обследованных пациенток, у которых снижение киллерной активности сочеталось со снижением интенсивности фагоцитоза. При этом гуморальные факторы врожденного иммунитета, С3-компонент комплемента, а также уровень IFN- γ , показали свою несостоятельность при длительном течении заболевания. Примечательно, что уровень СРБ не зависел от длительности течения заболевания и был достоверно повышенным.

Следовательно, изменения в системе врожденного иммунитета, как усиление, так и недостаточность при бесплодии на фоне ВЗОМТ, квалифицируется как вторичная иммунологическая недостаточность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агнаева А.О., Беспалова О.Н., Соколов Д.И. и др. Роль естественных киллеров (NK-клеток) в репродуктивных потерях // Журн. акуш. и жен. бол. – 2017. – Т. 66, №3. – С. 143-156.
2. Магзумова Н.М. Бесплодный брак: дифференци-

- роанный подход к лечению. – Ташкент, 2020. – 173 с.
3. Herath S., Lilly S.T., Santos N.R. et al. Expression of genes associated with immunity in the endometrium of cattle with disparate postpartum uterine disease and fertility // *Reprod. Biol. Endocrinol.* – 2009. – Vol. 29, №7. – P. 55.
 4. Iborra A., Mayorga M., Llobet N., Martínez P. Expression of complement regulatory proteins [membrane cofactor protein (CD46), decay accelerating factor (CD55), and protectin (CD59)] in endometrial stressed cells // *Cell. Immunol.* – 2003. – Vol. 223, №1. – P. 46-51.
 5. Kizilay G., Cakmak H., Yen C.F. et al. Expression and regulation of c-Jun N-terminal kinase (JNK) in endometrial cells in vivo and in vitro // *Histochem. Cell. Biol.* – 2008. – Vol. 130, №4. – P. 761-71.
 6. Luk J., Seval Y., Kayisli U.A. et al. Regulation of interleukin-8 expression in human endometrial endothelial cells: a potential mechanism for the pathogenesis of endometriosis // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2005. – Vol. 90, №3. – P. 1805-1811.
 7. Shakiba K., Falcone T. Tumour necrosis factor-alpha blockers: potential limitations in the management of advanced endometriosis? A case report // *Hum. Reprod.* – 2006. – Vol. 21, №9. – P. 2417-2420.

УДК:618.222.1

ТУРЛИ ШАКЛДАГИ ТУХУМДОН ПОЛИКИСТОЗ СИНДРОМИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАШХИС ВА ПРОФИЛАКТИКА УСУЛЛАРИ

Курбанова З.Ш.,¹Ихтиярова Г.А.¹
¹Бухоро давлат тиббиёт институти

РЕЗЮМЕ

Учитывая биохимические показатели женщин с синдромом поликистоза яичников, следует отметить, что их выявление имеет особое значение при выборе терапии заболевания и продолжительности подготовки к следующей беременности.

Цель исследования: изучить особенности биохимических и гормональных показателей у женщин с различными формами ТПС.

Материал и методы: для проведения сравнительного биохимического и гормонального анализа женщин с ТПС мы разделили женщин на 2 группы - основную группу составили 78 пациенток с ТПС и нарушениями обмена веществ, группу сравнения составили 67 пациенток без нарушений обмена веществ.

Заключение: умеренная гиперандрогения может наблюдаться у женщин с ТПС без нарушений обмена веществ. По системе гипофиза обе группы отличались более выраженным соотношением LG / FSG у женщин с нарушениями обмена веществ.

Ключевые слова: инсулинорезистентность, гиперплактинемия, гиперандрогения, соматомедин-С, ТПС, биохимические показатели.

ДОЛЗАРБЛИГИ

Тухумдон поликистоз синдроми (ТПС) - бу ўзгарувчан клиник кўринишга эга бўлган полиморф касаллик бўлиб, ўз вақтида ташхислашни мураккаблаштиради. ТПС нинг клиник кўринишларини ҳисобга олиб, биз қуйидаги вариантларга эътибор қаратдик: инсулин резистентлиги бўлган ТПС ва инсулин резистентликсиз ТПС [1,3].

SUMMARY

Taking into account the biochemical parameters of women with polycystic ovarian syndrome, it should be noted that their detection is of particular importance when choosing the treatment of the disease and the duration of preparation for the next pregnancy

The aim of the study: to study the features of biochemical and hormonal parameters in women with various forms of TPS

Material and methods: to conduct a comparative biochemical and hormonal analysis of women with TPS, we divided the women into 2 groups - the main group consisted of 78 patients with TPS and metabolic disorders, the comparison group consisted of 67 patients without metabolic disorders.

Conclusion: moderate hyperandrogenism can be observed in women with TPS without metabolic disorders. According to the pituitary system, both groups differed in a more pronounced LG / FSG ratio in women with metabolic disorders

Key words: insulin resistance, hyperplactinemia, hyperandrogenism, somatomedin-C, PCOS, biochemical parameters.

Биринчи вариантда, инсулин резистентлиги фонида, организмда инсулиннинг компенсацион гиперпродукцияси (гиперинсулинемия) ҳосил бўлади. Ўз навбатида, инсулин микдори ортиши нормал тухумдонларда ановуляция ривожланишига, гранулёз хужайралари томонидан андроген ва эстроген секрециясининг ошишига, олиб келади [2,4]. Иккинчи вариантда қондаги инсулин даражаси нормал бўлиб,

аммо ановуляция, гиперандрогенизм ва гиперэстрогенияга олиб келадиган инсулин учун тухумдон рецепторларининг бузилиши мавжуд [5].

2003 йилгача инсулин резистентлиги, семириб кетиш ва шунга ўхшаш биокимёвий ўзгаришлар билан боғлиқ ўзгаришлар «метаболик синдром» деб номланди, аммо 2003 йил апрел ойида Америка Клиник эндокринологлар Ассоциацияси мутахассислари гормонал параметрларни эмас, балки биокимёвий ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда «инсулин резистентлик синдроми» деб номлашди [3,5].

Инсулин резистентлигини аниқлашнинг энг муҳим биокимёвий мезонларида рациондаги зардоб глюкозасининг 6.1-6.9 ммол/л оралиғида кўпайиши ва зўриқишда 7.8–11.1 ммол/л гача кўтарилиши кўриб чиқилиши тавсия қилинди. Бундан ташқари, классик гиперинсулинемик эугликемик клэмп усулида инсулин резистентлигини баҳолашга имкон берадиган НОМА индексини ҳисоблашимиз мумкин. НОМА индекси куйидаги формула бўйича ҳисобланади: (очлик гликемияси (ммоль/л) х очликдаги инсулин (мкЕД/л)/22,5) [6].

ТАДҚИҚОТ МАҚСАДИ

ТПСнинг турли шакллари бўлган аёлларда биокимёвий ва гормонал кўрсаткичларнинг хусусиятларини ўрганиш.

МАТЕРИАЛ ВА УСУЛЛАР

ТПС билан оғриган аёлларнинг қиёсий биокимёвий ва гормонал таҳлилини ўтказиш учун биз аёлларни 2 гуруҳга ажратдик: асосий гуруҳга ТПС ва

метаболик касалликлар билан оғриган 78 бемор, метаболик касалликлари бўлмаган 67 бемордан иборат таққослаш гуруҳи киритилган. Асосий гуруҳда ТМИ ўртача (кг / м²) 31,2 ± 0,4 кг / м², таққослаш гуруҳида 24,7 ± 0,2 кг / м² (P < 0.001). Барча аёлларнинг репродуктив ёши 20 дан 32 ёшгача, гуруҳлардаги ўртача ёши 27,4 ± 1,8 ёшни ташкил этди. Беморларнинг барчасида тухумдонлар гиперандрогенияси фонида бирламчи бепуштлиқ кузатилган. Барча кўриклар ихтиёрий розилик асосида ўтказилди.

Сўров Бухоро шаҳридаги «Репродуктив марказ», шаҳар туғруқ комплекси “Гинекология” бўлими ва Жондор туман “ Гинекология” бўлимларида 2018 йилдан 2020 йилгача ўтказилган.

НАТИЖА ВА ТАҲЛИЛЛАР

ТПС билан оғриган аёлларнинг биокимёвий параметрларини ҳисобга олсак, уларнинг аниқлаши касаллик учун терапияни танлашда ва келгуси ҳомиладорликка тайёргарлик давомийлигида алоҳида аҳамиятга эга эканлигини таъкидлаш керак. Бепуштлиқни даволашдан олдин, барча аёллар метаболик касалликлар ва улар билан боғлиқ соматик касалликларни тузатишда тажрибага эга бўлишган. Ҳомиладорликни режалаштиришдан олдин бир неча йил давомида асосий гуруҳнинг деярли барча аёллари 2-тоифа диабет билан даволаниб, қон босимини нормаллаштирадиган дориларни қабул қилишди. Таққосланган гуруҳлардаги аёлларнинг биокимёвий қон кўрсаткичлари натижалари 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

ЭКУ протоколини танлашни бошлашдан олдин таққосланган гуруҳлардаги аёлларнинг биокимёвий кўрсаткичлари (M ± m)

№	Кўрсаткичлар	Фарқлар чегараси	I-гуруҳ (n= 78)	II-гуруҳ (n = 67)	P
1.	Умумий протеин	65-85	62,8 ± 1,4	66,4 ± 1,3	> 0,05
2.	Креатинин	27-71	49,5 ± 2,4	52,6 ± 2.1	> 0.05
3.	мочевина	8,6-20	5 19,8 ± 1,3	14,5 ± 1,5	<0,05
4.	Умумий билирубин	8,6-20	5 19,8 ± 1,3	14,5 ± 1,5	<0,05
5.	АСТ	0,1-0,45	0,39 ± 0,03	0,22 ± 0,01	<0,001
6.	АЛТ	0.1-0.68	0.65 ± 0,04	0.46 ± 0.02	<0.001
7.	Холестерин	3,6-5,2	8,6 ± 0,03	4,4 ± 0,03	<0,001
8.	ЮЗЛП	0,86-2.28	1,47 ± 0.04	1,42 ± 0,01	<0,001
9.	ПЗЛП	1,95-4,51	3,8 ± 0.03	2,8 ± 0,01	<0,001

Изоҳ: p- таққосланган гуруҳлардаги аёллар ўртасидаги маълумотлар фарқининг ишончилиги

Таққосланган гуруҳлардаги аёллардаги биокимёвий тадқиқотлар натижаларини таҳлил қилиб, шуни таъкидлаймизки, гуруҳлардаги биокимёвий кўрсаткичлардаги сезиларли фарқлар холестерин миқдори каби параметрлар бўйича олинган - асосий гуруҳда у 8,6 ± 0,03 ммоль/л, таққослаш гуруҳида 4,4 ± 0,03 ммоль / л (P < 0,001), ЮЗЛП- 1,57 ± 0,04 ммоль / л ва 1,42 ± 0,01 мкмол / л мос равишда ПЗЛП 4,2 ± 0.03 мкмоль / л ва 3,2 ± 0,01 мкмоль / л (P < 0,001). Эркин ёғ кислоталарига нисбатан сезиларли равишда 2,1 ±

0,4 моль / л ва 1,23 ± 0,1 ммоль / л (P < 0,05) қайд этилди. Ўртача, асосий гуруҳдаги атерогенлик коэффициенти 3,9 ± 0,02, (P < 0,001).

Қолган биокимёвий кўрсаткичлар нормал чегаралардан чиқмади, асосий ва таққосланган гуруҳлардаги фарқлари ндвидуал кўрсаткичларнинг кенг тарқалиши туфайли аниқланди.

Шундан келиб чиқиб, органлар ва тизимларнинг ҳолатини бузилишининг клиник ва инструментал кўрсаткичлари ҳар доим ҳам ТПС билан аёлларнинг

биокимёвий натижаларига тўғри келмайди. Шундай қилиб, таққослаш гуруҳидаги 42 (53,8%) аёлларда ва таққослаш гуруҳидаги 8 (11,9%) аёлларда ташхис қўйилган НАДЖБ билан боғлиқ ҳолда, нормал биокимёвий натижалардан оғишлар аниқланди. Асосий гуруҳдаги 22 (28,2 ± 5,1%) аёлларда ва фақат 4 (6,0 ± 2,9%) таққослаш гуруҳларида олинган ($p < 0.001$). Иккала гуруҳдаги қолган аёлларда ҳам НАДЖБ ультратовуш ёрдамида ташхис қўйилган. Бу факт ТПС

клиник вариантыни ва бундай аёллар учун терапияни танлашда индивидуал ёндашув зарурлигини кўрсатади.

ТПС касаллиги бўлган аёлларда инсулин резистентлигини ўрганиш алоҳида эътиборга лойиқдир, чунки бу ҳолатнинг ривожланиши синдромнинг пайдо бўлишининг бевосита сабаби бўлган гиперандрогенемия билан чамбарчас боғлиқ.

2-жадвал

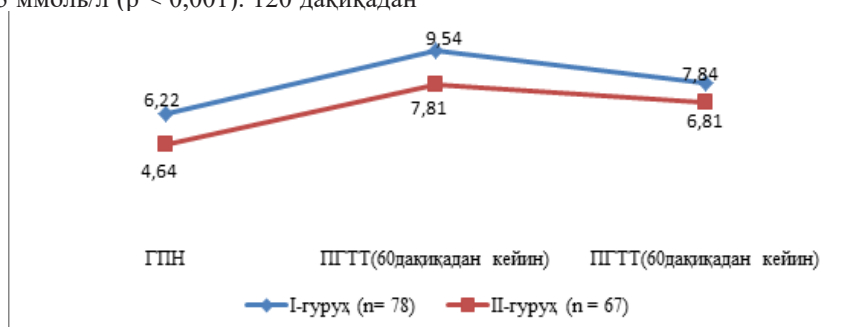
Таққосланган гуруҳ аёлларидаги ПГТТ кўрсаткичлари ($M \pm m$)

№	Кўрсаткичлар	I-гуруҳ (n= 78)	II-гуруҳ (n = 67)	P
1.	ОҚҚГ	6,22 ± 0,2	4,64 ± 0,2	<0,001
2.	ПГТТ (60 дақиқадан кейин)	9,54 ± 0,3	7,81 ± 0,3	<0,001
3.	ПГТТ (120 дақиқадан кейин)	7,84 ± 0,2	6,81 ± 0,2	<0,01

Изоҳ: p- таққосланган гуруҳлардаги аёллар ўртасидаги маълумотлар фарқининг ишончлилиги.

Глюкоза даражасини ўрганиш шуни кўрсатдики, асосий гуруҳдаги деярли барча аёлларда ПГТТ олди-дан кон таркиби ортган ва ўртача 6,22 ± 0,2 ммоль/л, аммо таққослаш гуруҳида деярли барча аёлларда очликдаги глюкоза нормал эди ва ўртача 4,64 ± 0,2 ($p < 0,001$). ПГТТ дан сўнг, умумий ҳолат ўзгармади ва асосий гуруҳда зўриқиш бошланганидан 60 минут ўтгач, таққослаш гуруҳида глюкоза ўртача миқдори 9,54 ± 0,3 ммоль/л ни ташкил этди (таққослаш гуруҳида 7,81 ± 0,3 ммоль/л ($p < 0,001$)). 120 дақиқадан

сўнг асосий гуруҳда гипергликемия 7,84 ± 0,2 даражасида сақланиб қолди, таққослаш гуруҳида ўртача қиймат нормал бўлиб кўринди ва 6,81 ± 0,2 ммоль/л ни ташкил этди ($p < 0,01$). Аммо, индивидуал қийматларни ҳисобга олганда, таққослаш гуруҳидаги 16 (23,9±5,3%) аёлларда ПГТТ ўтказилгандан кейин гипергликемия 6,8-7,8 ммоль/л оралиғида аниқланган. Ушбу беморларда қолган биокимёвий кўрсаткичлар нормал чегараларда эди.



Қондаги глюкозанинг ўзгариши динамикаси.

ТПС билан оғриган аёлларнинг гормонал кўрсаткичлари натижаларини баҳолаб, шуни таъкидлаш керакки, иккала гуруҳдаги гормонал фонда ўзгаришлар метаболик касалликлар мавжудлигидан қатъий назар, бир томонлама эди. Бундан ташқари, гуруҳларда пролактин бундан мустасно, сезиларли фарқлар аниқланмади. Иккала гуруҳда ҳам циклниги ушбу кунни учун ЛГ миқдори бироз ошди - асосий гуруҳда кўрсаткич 16,4 ± 1,3 мЕД/Л, таққослаш гуруҳида 15,7 ± 1,2 мЕД / Л, ФСГ эса ҳайз даврининг шунга ўхшаш даври мос равишда 6,7 ± 0,6 мЕ / Л ва 8,8 ± 1,1 мЕ / Л ни ташкил этди. Аммо асосий гуруҳдаги ЛГ / ФСГ даражаси ўртача 3,4 ± 0,2, таққослаш гуруҳида - 2, ± 0,1 ($p < 0,01$). ЛГ/ФСГ нисбатларидаги бундай фарқ метаболик синдромли аёлларда гипоталамо-гипофизар тизимининг чуқур бузилишини кўрсатиши мумкин. Проллактин индекси ҳам эътиборга лойиқ, бу бир томондан нормал кўрсаткичларга мос келади, аммо

асосий гуруҳдаги унинг кўрсаткичлари таққослаш гуруҳига қараганда анча юқори эди - 479,6 ± 22,1 мЕД/л ва 321,2 ± 26,4 мЕД /л ($p < 0,001$). Гуруҳлардаги ПРЛнинг индивидуал кўрсаткичларини ҳисобга олсак, шуни таъкидлаш керакки, асосий гуруҳдаги 14 (17,9%) аёлларда ПРЛ қийматлари 550 дан 625 мЕД /Л гача бўлган, биз буни ўртача гиперпролактинемия деб билардик. Таққослаш гуруҳида гиперпролактинемия бўлган аёллар аниқланмади. Андрогенга бўлиқ ТПС маркерларига келсак, асосий гуруҳда тестостероннинг ўртача миқдори 3,8 ± 0,6 нмол/л, таққослаш гуруҳида эса 3,9 ± 0,8 нмол/л ни ташкил этди. ДГЭА-С шунингдек нормал кўрсаткичлардан бироз ошиб кетди ва асосий гуруҳда 15,22 ± 1,7 ммол/л, таққослаш гуруҳида - 16,03 ± 1,4 ммол/л ни ташкил этди. Шундай қилиб, иккала гуруҳдаги аёлларнинг кўпчилигида гиперандрогенизмни ўртача деб ҳисоблаш мумкин.

ХУЛОСА

Шундай қилиб, касалликнинг клиник шаклига қараб, ТПС бўлган аёлларда гормонал секреция ва биохимёвий параметрларнинг хусусиятларини ажратиш кўрсатиш мумкин. Липидлар ва жигар функцияларининг ўзгариши фонида метаболит касалликлар билан оғриган беморларда ўртача гиперпролактинемия, қондаги нормал инсулин даражаси билан инсулин резистентлиги фонида соматомедин-С даражаси пасайган. Шу билан бирга, метаболит касалликларсиз ТПС бўлган аёлларда мўтадил гиперандрогенизмни кузатиш мумкин. Гипофиз тизими томонидан иккала гуруҳ ҳам метаболит касалликларга чалинган аёлларда кўпроқ аниқланган ЛГ / ФСГ нисбати билан ажралиб турди.

АДАБИЁТЛАР

1. Балтер Р.Б. и др. Бесплодный брак : учебное пособие для студентов педиатрического и медико-профилактического факультетов. - Самара, 2015.
2. Васюхина А.А., Целкович Л.С. Иммуногистохими-

ческие особенности эндометрия женщин с трубно-перитонеальным бесплодием // Аспирантский вестник Поволжья. - 2016. - № 1- 2. - С. 13-16.

3. Дейнека Н.В., Целкович Л.С., Иванова Т.В. и др. Психологическая реабилитация женщин, страдающих бесплодием // Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и крепкой семье.
4. Ихтиярова Г.А., Матризаева Г.Ж., Исмадова М.М. “Гинекологияда ҳамширалик иши” 2018
5. Ихтиярова Г.А., Аслонова М.Ж., Курбанова З.Ш., Калиматова Д.М. Перспективы диагностики эндометриоза с учетом роли генетических факторов в патогенезе заболевания. РМЖ. Мать и дитя. 2021;1:12-16. DOI: 10.32364/2618-8430-2021-4-1-12-16.
6. Takhmina K. Zavkibekova et al/ Differential markers for the diagnosis of recurrent benign ovarian tumors in women of reproductive and premenopausal age// International Journal of Pharmaceutical Research | Jan - Mar 2021 | Vol 13 | Issue 1.

УДК: 618.39.-079.6

УПРАВЛЯЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ В СУПРУЖЕСКИХ ПАРАХ

Лебедева Е.И.¹, Яворская С.Д.¹, Момот А.П.²

¹Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Российская Федерация

²Национальный медицинский исследовательский центр гематологии, Барнаул, Российская Федерация

ХУЛОСА

Анамнезида ҳомила йўқотиши ходисаси бўлган эр-хотин жуфтлигини янғитдан фарзанд кўришига (прегравидар) тайёрлаш индивидуал хавф омилларини бартараф этиши ҳисобига натижа яхши бўлишини оширади. Бу борада энг кам ўрганилган омиллардан маҳаллий даражада фибринолитик реакциялар (эндометрий)ни босим этиши сезиларли ролни ўйнайди, ва ўз ўрнида бу бластоцистларни имплантациясини бузилишига олиб келади. Мақолада ҳомилани бузилишини эр-хотин жуфтлигини бошқарувчи хавф омилларини инobatга олган ҳолда башоратлаш модели келтирилган ва башоротловчи лаёқати 84,1% (AUC=0,82, CI 0,74-0,88; p=0,0034) га тенг.

Калим сўзлар: репродуктив йўқотишлар, гипофибринолиз, эркак омили, прегравидар тайёрлаш.

В настоящее время в России каждая пятая желанная беременность заканчивается самопроизвольным абортom, причем каждая новая потеря значительно снижает шанс благополучного исхода следующей беременности [3]. Современная репродуктивная ситуация

SUMMARY

Pre-conceptional care in married couples with a history of reproductive losses significantly increases the chances of a successful outcome of the next pregnancy by eliminating individual risk factors. One of the controlled factors, less studied in this aspect but played a significant role, is the inhibition of fibrinolytic reactions at the local level (endometrium), which can lead to a violation of blastocyst implantation. This study presents a prognostic model of recurrent miscarriage taking into account controlled risk factors in both of partners in the couple with a predictive ability of 84.1% (AUC=0.82, CI 0.74-0.88; p=0.0034).

Key words: reproductive losses, hypofibrinolysis, male factor, preconception care

такова, что более половины современных женщин планируют первую беременность в возрасте старше 30 лет, когда уже имеется сочетанная соматическая патология, негативно влияющая на полноценную реализацию репродуктивной функции [1,3]. Однако не

только материнские факторы риска играют роль при невынашивания беременности. Следует учитывать, что дефекты отцовского генома также могут быть ассоциированы со случаями спорадического и привычного выкидыша [2,4].

По некоторым данным, совместная персонифицированная прегравидарная подготовка потенциальных родителей с учетом индивидуальных факторов риска значительно повышает шанс благополучного вынашивания беременности, позволяет улучшить перинатальные исходы, снизить заболеваемость детей [2,3].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение в супружеских парах потенциальных факторов риска повторной ранней потери беременности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С целью выявления предикторов повторной потери беременности проведен ретроспективный сравнительный анализ клинико-анамнестических и лабораторных данных 312 супружеских пар, из них 212 супружеских пар (основная группа), у которых первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в I триместре беременности (5,5-9 нед.; Me=7,4;). Контрольную группу составили 100 супружеских пар, первая беременность у которых завершилась рождением здорового доношенного ребенка. Все супружеские пары основной группы в зависимости от исходов второй беременности были разделены на две группы сравнения. В 1-ю группу вошли 117 супружеских пар, имевшие в течение последующих двух лет повторные потери беременности, во 2-ю – 95 пар, у которых повторная беременность закончилась срочными родами.

Обследование супружеских пар включало анкетирование, лабораторные исследования (диагностика генитальной инфекции бактериологическим методом и ПЦР, спермограмма, выявление фрагментации ДНК сперматозоидов методом Halo), ультразвуковую диагностику (аппарат экспертного класса Accuvix V10 компании Samsung Medison (Япония) на 21-23 день менструального цикла). Исследование фибринолитических реакций (определение времени ХПа-зависимого фибринолиза) и выявление протромбогенных мутаций и полиморфизмов генов системы гемостаза проводилось на базе Алтайского филиала ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр гематологии МЗ РФ.

Статистический анализ проведен с помощью критерия χ^2 с поправкой Йейтса, U-критерия Манна – Уитни, отношения шансов (OR) и 95% доверительного интервала (95%CI). Моделирование вероятности развития неблагоприятного исхода (репродуктивная потеря) осуществлялось методом пошаговой логистической регрессии с вычислением площади под ROC-кривой – AUC (Area Under Curve). Критический уровень значимости различий (p) определен как $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациентки групп сравнения были молоды и проживали в городе. Медиана возраста в группах сравнения значимо не различалась и составила 25,5 года в основной и 26,4 года в контрольной группе ($p=0,263$); внутри основной группы – 27,2 и 26,3 года ($p=0,541$).

Чаще семейный анамнез по АГ и тромботическим событиям (до 50 лет) был отягощен у пациенток основной группы, имеющих впоследствии повторные выкидыши (43,6 и 25,2%, $p=0,006$; 28,2 и 16,8%, $p=0,032$). Пациентки с повторными репродуктивными потерями (РП) значимо чаще, чем пациентки группы сравнения (успешная вторая беременность) и пациентки контрольной группы (успешная реализация первой беременности) имели варикозное расширение вен нижних конечностей (10,0 и 3,1%; $p=0,002$), нарушения со стороны эндокринной системы в виде гипотиреоза на фоне аутоиммунного поражения щитовидной железы (15,4 и 6,0%, $p=0,028$).

При оценке гинекологического анамнеза значимых различий не установлено. Опорожнение матки после прерывания первой беременности у пациенток основной группы наиболее часто было проведено методом вакуум-аспирации (81,2 и 76,6%; $p=0,648$), но в группе пациенток с повторными РП значимо чаще имели место повторные вмешательства на матке (15,4 и 3,1%; $p=0,002$), что могло привести к более глубоким нарушениям морфофункционального потенциала эндометрия после потери первой беременности.

При первичном обследовании пациенток основной группы установлена более высокая частота морфологически подтвержденного диагноза «хронический эндометрит» (30,8 и 14,7%, $p=0,007$), а также дисфункции яичников в виде недостаточности лютеиновой фазы и ассоциированная с ней олигоменорея (34,2 и 15,8%; $p=0,003$), чаще встречающаяся в группе пациенток с повторными РП. У женщин этой же группы воспалительные изменения влагалища и эндоцервикса выявлялись чаще, чем во 2-й группе (35,0 и 18,9%, $p=0,012$) при микст-инфекции (40,2 и 17,9%, $p=0,001$) или хламидийной инфекции (17,1 и 5,3%; $p=0,014$).

Учитывая высокую семейную отягощенность наших пациенток по тромботическим событиям, мы провели оценку системы гемостаза. Группы не различались по частоте гомо- и гетерозиготных мутаций генов FII, FV, а также полиморфизма PAI-1. Гомозиготный полиморфизм в гене MTHFR, а также сочетание трех патологических аллелей значимо чаще отмечались в группе пациенток с повторными РП. В этой же группе значимо чаще, у пациенток, вторая беременность которых закончилась родами, зафиксированы угнетение ХПа-зависимого фибринолиза (83,8 и 63,2%, $p=0,0002$), гиперагрегационный синдром (23,1 и 13,6%, $p=0,019$) и гипергомоцистеинемия (20,5 и 9,5%, $p=0,006$).

При обследовании супругов пациенток основной и контрольной групп, установлено, что, несмотря на сопоставимость их по возрасту (Me1 31,5 года и Me2 32,5 года; $p=0,367$), частота соматической патологии была выше у супругов пациенток с повторными репродуктивными потерями (46,3 и 21%; $p=0,003$), как правило в виде профицита массы тела (23,1 и 9,5%, $p=0,010$) и заболеваний дыхательной системы (14,5 и 2,1%, $p=0,008$), что, возможно, ассоциировано с более высокой частотой табакокурения (39,3 и 21,0%, $p=0,006$). При оценке андрологического здоровья установлено, что заболевания мужской половой сферы в анамнезе пациентов основной группы имели место в 2,0 раза чаще, чем в контрольной группе (85,7 и 42,0%; $p<0,0001$), преимущественно в виде хронического уретрита (44,4 и 23,2%, $p=0,002$) и простатита (32,5 и 16,0%, $p=0,003$), что указывает на наличие инфекционного фактора. Действительно, при оценке отделяемого из уrogenитального тракта значимо чаще и в более высокой концентрации (105-6 копий) имели место *E. coli* и *Ureaplasma spp.* (28,2 и 15,8%,

$p=0,009$; 17,2 и 6,6%, $p=0,022$) у супругов пациенток с неблагоприятным исходом повторной беременности.

При оценке спермограмм мужчин в супружеских парах с первичными репродуктивными потерями патоспермия имела место в 100% случаев, причем олигозооспермия с повышением pH эякулята до 8,0 и усилением агглютинации сперматозоидов наблюдалась более чем в 50% случаев, что также подтверждает инфекционный характер патологии. При исследовании эякулята на ДНК-фрагментацию патология значимо чаще зафиксирована у супругов пациенток с повторными репродуктивными потерями (73,7 и 20,6%, $p<0,0001$) с более высоким индексом фрагментации, чем в супружеских парах с благополучным завершением беременности (23,5 и 11,7%, $p<0,001$).

Для выявления наиболее значимых факторов риска первичной и повторной потери беременности нами был проведен пошаговый логистический регрессионный анализ с включением всех потенциальных факторов риска, определяющих неблагоприятный исход беременности (табл.).

Результаты регрессионного анализа значимости предикторов в реализации повторных репродуктивных потерь в супружеских парах

Фактор риска	Коэффициент (β)	Стандартная ошибка	p	Скорректированное OR	95% CI
Хронический эндометрит	1,374	0,381	0,001	2,8	3,05-9,24
Угнетение XHa-зависимого фибринолиза (более 12 мин)	1,264	0,307	0,009	2,5	1,26-3,6
Хламидийная инфекция	1,121	0,324	0,002	2,3	1,2-2,8
Гипергомоцистеинемия (более 12 мкмоль/л)	0,987	0,277	0,014	2,1	1,3-2,9
Повторные вмешательства на матке	0,868	0,277	0,019	1,9	1,1-3,2
Гипотиреоз на фоне АИТ	0,732	0,263	0,023	1,8	1,1-3,2
Фрагментация ДНК сперматозоидов	1,12	0,31	0,001	3,1	1,52-6,81
Хронические заболевания нижних отделов мочеполовой системы супругов, ассоциированные с патоспермией	0,642	0,304	0,026	1,7	1,2-2,9
Процент конкордации 84,1%					
Chi-squared – 26,22; p=0,0034					
AUC = 0,82; 95%CI 0,74-0,88					

При данном наборе предикторов риск развития повторных репродуктивных потерь в супружеских парах с невынашиванием беременности в анамнезе определен как высокий (AUC=0,82; 95%CI 0,74-0,88) с предсказательной способностью модели 84,1%.

Одним из наименее изученных выявленных нами предикторов ранних репродуктивных потерь является гипофибринолиз, который, по нашим данным, при повторной потере беременности имеет место в 83,8% случаев [1,5]. В свою очередь, вопросы, касающиеся коррекции гипофибринолиза при планировании и во время беременности, оценки эффективности применяемых методов в акушерско-гинекологической практике, на сегодняшний день, остаются малоизученными [5].

На наш взгляд, прегравидарное обследование двух супругов с целью выявления и последующей коррекции значимых управляемых факторов риска ранних репродуктивных потерь, включая сниженную фибринолитическую активность сосудистой стенки, может значимо повысить шансы на благополучный исход новой беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лычагин А.С., Малинина О.Ю. Невынашивание беременности: вклад мужского фактора и возможности его преодоления // Пробл. репрод. – 2017. – Т. 3, №5. – С. 106-114.
2. Момот А.П., Тараненко И.А., Цыпкина Л.П. и др. Фибринолитическая активность крови на разных сроках физиологически протекающей беремен-

- ности // Лаб. служба. – 2015. – №2. – С. 3-11.
3. Прегравидарная подготовка: Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). – Версия 2.0. – М.: Status Praesens, 2020. – 128 с.
 4. Федорова Е.П., Зароченцева Н.В., Полеско И.В., Малиновская В.В. Этиопатогенез самопроизвольного прерывания беременности: современные концепции // Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. – 2015. – Т. 14, №2. – С. 53-58.
 5. Ye Y., Vattai A., Zhang X. et al. Role of Plasminogen Activator Inhibitor Type 1 in Pathologies of Female Reproductive Diseases // Int. J. Mol. Sci. – 2017. – Vol. 18, №8. – P. 1651.

УДК: 618.17-008.9:616.153.1-09

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕВОЧЕК

Мавлонова Г.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт

XULOSA

Maqolada bachadondan anomal qon ketayotgan o'smir qizlarning nazorat guruhi bilan (normal hayz davridagi qizlar) solishtirganda mikroelementlar balansining bahosi, shuningdek, rux, temir, yod va misning klinikaga ta'siri dinamik baholandi. Ginekologik kasalliklarga bachadondan anomal qon ketishlarni roli, mikroelementlar etishmasligi natijasida namoyon bo'lishi o'rganildi.

Kalit so'zlar: bachadondan yuvenal qon ketishi, ultratovush tekshiruvi, o'smir qizlar.

Подростковый возраст чрезвычайно важен, так как он определяет физическое и нравственное состояние человека в будущем. Распространенность патологии репродуктивной системы у девочек составляет более 30%. За последние годы резко возросло частота нарушенной менструальной функции у девочек. По данным литературы, одной из самых распространенных форм гинекологической патологии у девочек являются ювенильные маточные кровотечения (ЮМК), которые составляют 20-30% в структуре гинекологических заболеваний [1,4,6].

Многие болезни связаны с недостаточностью поступления и содержания в организме определенных макро- и микроэлементов (МЭ). Например, обнаружена связь между железодефицитным состоянием организма и возникновением анемии. Так, недостаток йода может вызвать развитие зоба, а низкое содержание фтора – кариес, облысение, гастриты, энтериты. С тех пор объем информации о роли дефицита или избытка определенных МЭ в формировании болезней возрастает [2,3].

Несмотря на длительную историю изучения, маточные кровотечения у девочек по-прежнему остаются актуальной проблемой. Частота выявления ЮМК, по данным профилактических осмотров, колеблется от 16,62 до 48,06% [5].

SUMMARY

The article presents an assessment of the trace element balance in adolescent girls with uterine bleeding compared with the control group (girls with a normal menstrual cycle), as well as a dynamic assessment of the effect of zinc, iron, iodine and honey on the clinic of gynecological diseases, the clinic of manifestations of trace element deficiency.

Key words: juvenile uterine bleeding, ultrasound examination, girls.

Высокая частота маточных кровотечений обусловлена сложностью патогенеза и разнообразием причин, приводящих к подобному ответу формирующейся репродуктивной системы у девочек. Среди значимых факторов патогенеза ЮМК особое место занимает железодефицитная анемия. С одной стороны, рецидивирующие и обильные кровотечения обуславливают ускоренную потерю железа, а с другой, – сформировавшийся в современном обществе макро- и микроэлементоз, в том числе дефицит железа, вызывают обменно-эндокринные изменения, одним из клинических проявлений которых у менструирующих девочек оказывается маточное кровотечение. Дефицит железа относится к наиболее распространенным в мире патологическим состояниям [2,4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительная оценка микроэлементного баланса у девочек-подростков с ювенильным маточным кровотечением сравнению и девушек с нормальным менструальным циклом, а также изучение влияния цинка, железа, йода и меди на клинику гинекологических заболеваний, проявлений микроэлементной недостаточности и на уровень концентрации микроэлементов крови у обследуемых.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

35 девочек с ЮМК, получали традиционное лечение (контрольная группа), 50 девочек основной

группы в комплексном лечении, помимо гормональной и симптоматической консервативной терапии, принимали необходимые эссенциальные микроэлементы (контрольная группа). Эффективность лечения оценивали с помощью динамического контроля МЭ статуса в крови, гормональных кривых, УЗИ, клинических признаков и др.

Лечение ювенильных маточных кровотечений проводилось в зависимости от степени тяжести клинически и лабораторных данных индивидуально в течение 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности МЭ содержащих препаратов девочек с ЮМК, что выражалось в увеличении антропометрических размеров яичника и матки, значительном улучшении эхокартины эндометрия и наступлении овуляции.

Наблюдаются высокие корреляционные взаимосвязи уровня эссенциальных МЭ с клиническими и лабораторными показателями ЮМК у девочек. Так, увеличение уровня железа в крови имеет высокую прямую взаимосвязь с содержанием гемоглобином, количеством эритроцитов и концентрацией йода. Повышение уровня цинка прямо коррелировало с наступлением овуляции через 6 месяцев лечения. Более того, концентрация меди, цинка, железа, йода и селена имеет прямые взаимосвязи с такими клиническими показателями, как увеличение размеров яичника и матки, улучшение самочувствия девочек и др.

После комплексного лечения ювенильных маточных кровотечений значительно улучшилось и общее состояние девочек: исчезли общая слабость, головокружение, улучшилась интеллектуальная память и др. Эти данные высоко и прямо коррелировали с положительной динамикой уменьшения или прекращения кровотечений и показателями красной картины крови.

Таким образом, исследования показали высокую клиническую эффективность лечения ювенильных кровотечений у девочек, которая выражается в нор-

мализации клинико-лабораторных показателей крови, прекращении кровотечений в кратчайшие сроки, улучшении самочувствия девочек и др. Наилучшие результаты были получены у девочек, которые, наряду с традиционной терапией, получали все необходимые эссенциальные микроэлементы. Наличие высоких параллелей нивелирования микроэлементоза организма с положительной динамикой гормонального статуса, антропометрическими данными гениталий, а также с клиническими признаками ювенильных маточных кровотечений диктует необходимость проведения лечения, направленного на нормализацию микроэлементного баланса организме в целом. Такая тактика, на наш взгляд, более целесообразна и оправдана при ведении больных девочек, так как даже у практически здоровых девочек наблюдается так называемый условно физиологический микроэлементоз организма на фоне бурно развивающегося организма в возрасте 12-16 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аюпова Ф.М. Состояние репродуктивного здоровья девушек в Узбекистане: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2017. – 42 с.
2. Аюпова Ф.М., Матризаева Г.Д. Диагностическое значение энзимотерапии в оценке функции почек у девушек с хроническим пиелонефритом и нарушением менструальной функции // Патология. – 2018. – №2. – С. 45-47.2
3. Ахмедов Ф.Қ., Негматуллаева М.Н., Особенности состояния центральной гемодинамики и гемостаза у беременных с преэклампсии различной степени и тяжести // Новый день медицины. – 2020. – №1 (29). – С. 147-150.
4. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. – СПб, 2000. – 560 с.
5. Коколина В.Ф. Ювенильные маточные кровотечения и их лечение // Вопр. охр. мат. – 2018. – №8. – С. 52-57.
6. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста. – М.: Медпрактика, 2013. – 268 с.

BEPUSHTLIKNI ASOSIY OMILLARINING TAVSIFI

Magzumova N.M. , Gadoyeva D.A.
Toshkent tibbiyot akademiyasi

РЕЗЮМЕ

В этой статье обсуждаются истоки бесплодия, одной из самых распространенных проблем в репродуктивной медицине, и их своевременная диагностика, предотвращающая не только развитие бесплодия, но и выкидыш, внематочную беременность, гипоксию плода, внутриутробное развитие путем адекватного лечения этих проблемных пар.

Ключевые слова: бесплодие, гинекологические заболевания, гормональные нарушения, невынашивание, причины бесплодия.

AKTUALLIK

Adabiyotlarga ko'ra, so'nggi yillarda nikohda bepusthtlikning tarqalishi sezilarli darajada ortgan - 8 dan 17,8% gacha va undan ko'p [1]. Tug'ilishning buzilishini rivojlanishida yallig'lanish kasalliklari etakchi rollardan birini egallaydi va ularning chastotasi o'sishda davom etmoqda [2].

MAQSAD

Ushbu maqola eng ko'p uchraydiganlardan reproduktiv tibbiyotdagi muhim muammolardan biri hisoblangan bepusthtlik kelib chiqishiga va ularga o'z vaqtida tashxis qo'yish, ushbu muammoli juftliklarni etarli darajada davolash orqali bepusthtlikning nafaqat rivojlanishining oldini olish balki homila tushishi, ektopik homiladorlik, homila gipoksiya, homila-platsenta disfunktsiyasi singari asoratlarni oldini olishga bag'ishlangan.

MATERIAL VA METODLAR

800 er-xotinning bepusthtlik sabablari klinik va statistik tahlil orqali o'rganganda bepustht nikohlar rivojlanishida, tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari (40,3%) va endokrin kasalliklar (44,8%) teng chastotada kuzatilgan. Biroq, batafsilroq tahlil shuni ko'rsatdiki, agar ikkilamchi bepusthtligi bor ayollarda jinsiy a'zolarining yallig'lanish jarayoni ustun kelgan bepusthtlik -52,3% bo'lsa, keyin birlamchi bepusthtlik bilan og'rigan bemorlarda endokrin kasalliklar ko'proq uchrashi aniqlandi - 49,4%. 300 er-xotin nazorat ostida bo'lib, ular chuqur tekshiruvdan o'tdilar va ularda jinsiy a'zolar yallig'lanishini chaqirgan infeksiyalar uchun tekshiruvlar amalga oshirildi.

NATIJALAR

Bepusthtlikning tuzilishini aniqlash uchun 800 bepustht er-xotinning ma'lumotlari olindi va tahlil qilindi, shundan 496 (62%) birlamchi bepusthtlik bilan, 304 (38%) ikkilamchi bepusthtlik bilan og'riganligi aniqlandi, ya'ni tug'ilishning birlamchi buzilishi bo'lgan er-xotinlar ikkinchi darajali bepusthtlikdan 1,6 barobar yuqori bo'lgan. Tekshirilgan bemorlarning

SUMMARY

This article discusses the origins of infertility, one of the most common problems in reproductive medicine, and their timely diagnosis, not only preventing the development of infertility but also miscarriage, ectopic pregnancy, fetal hypoxia, fetal by adequately treating these problematic couples. Dedicated to the prevention of complications such as placental dysfunction

Key words: infertility, gynecological diseases, hormonal disorders, miscarriage, causes of infertility.

40,2%ida tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, 44,8%da – endokrin kasalliklar birlamchi va ikkilamchi bepusthtlikning rivojlanishida sababchi bo'lgan.

XULOSA

Keng qamrovli va chuqurlashtirilgan tekshiruv natijasida bepustht nikohda erkaklar omili ayol omilidan ustun turishi va 78,6%ni tashkil qilishi aniqlandi. Hamda ma'lum bo'ldiki ayollarning bepusthtlik sabablari orasida genital organlarning yallig'lanish kasalliklari 40,3%ni, gipofiz-tuxumdon tizimining endokrin kasalliklari - 44,8%ni tashkil etdi.

KIRISH

Fertillik buzilishi reproduktivologiyadagi eng muhim muammolardan hisoblanadi. Bepusthtlikdan aziyat chekuvchi juftliklarda zamonaviy diagnostika va adekvat terapiyani qo'llash nafaqat homila o'z o'zidan tushishi, bachadondan tashqari homiladorlik, bachadon ichi zararlanishi, homila gipoksiyasi, feto-plasentar qon aylanishni buzilishi singari asoratlarni oldini oladi, balki reproduktiv yo'qotishni kamaytirish va sog'lom avlod tug'ilishini taminlashda ham muhim ahamiyatga ega [5]. Adabiyotlardagi malumotlarga qaraganda so'ngi yillarda bepustht nikohlar soni 8% dan 17,8%ni tashkil qilmoqda. Shuni aytib o'tish kerakki, bepusthtlik muammosi: uning chastotasi va yuzaga kelish sabablari ustida O'zbekiston hududida olib borilgan ishlar juda kam [6]. Populyatsiya oraisda bunday izlanishlar olib borilmagan, bundan tashqari murojaatlar soniga nisbatan oladigan bo'lsak so'ngi yillarda bepustht nikohlar soni ortib bormoqda. Ayniqsa bu holat mamlakatning ko'p bolalikka moyil bo'lgan hududlarida og'ir psixologik zo'riqish sifatida kechmoqda.

Fertillik buzilishida eng muhim rollardan birini, uchrash chastotasi kundan kunga ortib borayotgan, jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklari o'ynaydi. Shu bilan birga har 4- juftlik partologik holatga olib keluvchi erkak va ayol bepusthtlik faktorlariga ega hisoblanishadi. Asosan bu faktorlarga jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklar kiradi va og'ir asoratlarga sabab bo'ladi [3].

Zamonaviy etapda ushbu infeksiyalar diagnostika va terapiyasi qiyinchilik tug'diradi. Qo'zg'atuvchilar soni ko'pligi sababli ularning strukturasi, urogenital kasallik keltirib chiqarishdagi roli, ularning shartli patogen flora, saprofitlar bilan aloqadorligi, hamda infeksiya turiga qarab bepustlikdan aziyat chekuvchi juftliklarda davo taktikasini ishlab chiqish biroz qiyinchilik tug'diradi. Urogenital infeksiyani roli reproduktiv salomatlik buzilishida asoslangan, ammo er-xotindagi birgalikda kelgan, tug'ridan – tug'ri bepustlikka olib keluvchi infeksiyalarni davolash muolajalari kelgusidagi rejalashtirilgan taktikalarni talab qiladi.[4]

TEKSHIRUV MATERIAL VA METODLARI

Fertillik buzilishi kuzatilayotgan 800 juftlikda sabablarini analizi bo'yicha klinik-statistik tekshiruv o'tqazildi. Bepusht nikohdagi 800 bemorni ginekologik statusini o'rganish davomida kichik chanoq yallig'lanish kasalliklari 40.3%da uchrashi aniqlandi. Analizlar ikkilamchi bepustligi bor ayollarning 52.3%ida genitalliy sohasi yallig'lanish kasalliklari borligini ko'rsatdi. Nazorat ostida 300 ta juftliklar bo'lib, ularda urogenital infeksiyalar chuqurlashtirilgan kompleks tekshiruvlari va davosi olib borildi. Barcha fertilligi buzilgan yallig'lanish kasalligi bor juftliklarda urogenital infeksiyalarni bakteriologik tekshiruv va surtma mikroskopik tekshiruv amalga oshirildi (Gardnerella vaginalis, Trichomonas vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis, Herpes simplex, Cytomegalovirus). Fertilligi buzilgan jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalligi bor juftliklarni mono- yoki mikst-infeksiya turiga ko'ra guruhlarga bo'lindi. Jinsiy a'zolar infeksiyasi yo'q ayollarda gisterosalpingografiya amaliyoti o'tqazildi. Klinik tekshiruvlar ro'yhatiga ayollar kichik chanoq a'zolarini UZD vaginal datchigi yordamida ko'rish kiritilgan.

TEKSHIRUV NATIJALARI VA ULARNING MUHOKAMASI

Bepushtlik tuzilishini aniqlash uchun 800 fertillik buzilgan juftliklar analiz qilindi, ulardan 496 tasida (62%) birlamchi bepustlik, 304 tasida (38%) ikkilamchi bepustlik aniqlandi, yani birlamchi bepustlik bilan murojaat qilganlar ikkilamchi bepustlik beilan shikoyat qiluvchilarga nisbatan 1.6 barobar ko'p bo'ldi. Tekshiruv o'tqazilgan bemorlarning 40.2%ida kichik chanoqa'zolari yallig'lanish kasalliklari aniqlandi, 44.8% ida endokrin buzilish kuzatildi. Birlamchi va ikkilamchi bepustlik yuzaga kelishida erkak omili mos ravishda 37.6 va 19.5% ni tashkil qildi. 17.2% holatlarda fertillik buzilish holatlari juftliklarning ikkalasida ham aniqlandi. Birlamchi bepustlik asosan 21-25 yosh oralig'ida kuzatilgan bo'lsa (48,2±2,2%), 30 yoshdan oshgan bemorlarda kam foizni tashkil qildi. Ikkilamchi bepustlik asosan 26-30 yosh oralig'idagi ayollarda kuzatildi (43,1±2,8%), kam foizni esa 31 yoshdan katta ayollar tashkil qildi.

Ma'lumki, bachadon ortiqlarining yallig'lanish kasalliklari, qoida tariqasida, aralash polimikrobiyal infeksiyalardan kelib chiqadi, eng muhim qo'zg'atuvchilar

bo'lib esa anaerob-aerob mikroorganizmlar (25-60%), gonoreya (25-50%), xlamidiya (25-30%), mikoplazma (15% gacha) hizmat qiladi. Xlamidiya bepustlik bilan og'rigan ayollarning 70 foizida tashxis qo'yilgan, ulardan faqat uchdan bir qismi monoinfeksiya deb topilgan.

Biz tomonimizdan agar xlamidiya va ureaplasma birlamchi bepustlik bilan kasallangan ayollarda ko'proq uchragan bo'lsa, unda ikkilamchi buzilishi bo'lgan bemorlarda gardnerella va herpes ustunigi aniqlandi. Aralash infeksiya ayollarning 35,3 foizida aniqlangan. Infeksiyalar bilan kasallanish holatini batafsil tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, fertilligi past bo'lgan bemorlarda dominant infeksiya xlamidiya - 50,6%, gardnerella - 32,3%, ureaplasma - 28,6% va herpes - 23,3% ni tashkil qiladi. Shu bilan birga, xlamidiya birlamchi darajali bepustlik bilan kasallanganlarning 42,4 foizida va ikkinchi darajali bepustlik bilan kasallanganlarning bemorlarning 56,4 foizida aniqlandi va tug'ruqning ham birlamchi, ham ikkilamchi buzilishi bo'lgan ayollarda gardnerella, ureaplasma va herpes teng darajada topildi. Birlamchi bepustlik bilan kasallangan ayollarda eng ko'p uchraydigan kombinatsiya xlamidiya bilan ureaplasma (6,6%) va xlamidiya hamda mikoplazma (5%) bo'lgan. Mikst infeksiyasi 53%, monoinfeksiya esa - bepustlik bilan kasallangan ayollarning 47 foizida aniqlandi. Shuni ta'kidlash kerakki, tug'ilishning birlamchi va ikkilamchi buzilishi bo'lgan ayollarda (51,4 va 55,4%) infeksiyaning kombinatsiyasi bir xil edi.

Erkaklarni tekshirishda ularning 48 foizida buir yoki miks-infeksiya aniqlandi, ulardan 49,3 foizida birlamchi bepustlik, 50,6 foizida ikkilamchi bepustlik aniqlangan. Fertillikning ikkilamchi buzilishi bo'lgan erkaklarda urogenital infeksiyalar (60,3%), birlamchi bepustlik (39,6%) bo'lgan bemorlarga qaraganda tez-tez aniqlandi. Birlamchi va ikkilamchi bepustlik bilan kasallangan erkaklarda monoinfeksiya darajasi mos ravishda 45,1 va 41,1% ni, aralash infeksiyalar esa 54,9 va 58,9% ni tashkil etdi, fertillikning buzilishlarida xlamidiya (50%), herpes (41,3%), ureaplasma (28,3%), sitomegalovirus (20,3%) va mikoplazma ustunlik qildi. Bundan tashqari, agar xlamidiya va herpes ikkinchi darajali bepustlik bo'lgan erkaklarda (55,1 va 44,9%) topilgan bo'lsa, u holda birlamchi bepustlik bo'lgan juftliklarda ureaplasma (32,6%), mikoplazma (21,3%) va sitomegalovirus (24,7%) aniqlandi. Xlamidiya va ureaplasma (11,8%), xlamidiya va herpes (10,5%), xlamidiya va sitomegalovirus (3,9%) eng ko'p uchraydigan kombinatsiyadir. Shu bilan birga, 21 (15,4%) erkakda urogenital infeksiyaning ikki turidan ko'proq kombinatsiyasi aniqlandi.

XULOSA

Keng qamrovli chuqur tekshiruv bepustlik nikohda erkak omil ayol omilidan ustunligini va 78,6 foizni tashkil etishini aniqladi. Ayollarning bepustlik saba blariorasidajinsiya'zolarining yallig'lanish kasalliklari 40,3% ni tashkil qildi. Bepustlik bilan turmush qurgan juftliklarda aniqlangan urogenital infeksiyalarning 7 turini qo'zg'atuvchi vositalarini bakteriologik o'rganish,

shuningdek ularni opportunistik mikroorganizmlar va saprofitlar bilan taqqoslash shuni ko'rsatdiki, bepustlik bilan kasallangan ayollarning 65,2%i mono- yoki aralash infektsiyalarga ega. Ulardan 60,3% ayollarda birlamchi va 76,7% ikkilamchi bepustlik bo'lgan. Erkaklar orasida ushbu ko'rsatkichlar mos ravishda 39,6% va 60,3% ni tashkil etdi.

ADABIYOTLAR:

1. Aitken, R. J., Baker, M. A., & Sawyer, D. (2003). Oxidative stress in the male germ line and its role in the aetiology of male infertility and genetic disease. *Reproductive biomedicine online*, 7(1), 65-70. [https://doi.org/10.1016/S1472-6483\(10\)61730-0](https://doi.org/10.1016/S1472-6483(10)61730-0)
2. Arnold, A. P., & Chen, X. (2009). What does the "four core genotypes" mouse model tell us about sex differences in the brain and other tissues?. *Frontiers in neuroendocrinology*, 30(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2008.11.001>
3. Frobenius, W., & Bogdan, C. (2015). Diagnostic value of vaginal discharge, wet mount and vaginal pH—an update on the basics of gynecologic infectiology. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 75(4), 355. [10.1055/s-0035-1545909](https://doi.org/10.1055/s-0035-1545909)
4. Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med*, 9(12), e1001356. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356>
5. Meehl, P. E. (1954). Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence. <https://doi.org/10.1037/11281-000>
6. Rusz, A., Pilatz, A., Wagenlehner, F., Linn, T., Diemer, T., Schuppe, H. C., ... & Weidner, W. (2012). Influence of urogenital infections and inflammation on semen quality and male fertility. *World journal of urology*, 30(1), 23-30. <https://doi.org/10.1007/s00345-011-0726-8>

УДК: 618.177-002.157:612.017-07

АДАПТИВНЫЙ ИММУНИТЕТ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Маликова Д.Б.¹, Курбанов Д.Д.², Курбанова М.Т.³, Жалолов Р.К.²

¹Андижанский государственный медицинский институт,

²Ташкентский педиатрический медицинский институт,

³Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

ХУЛОСА

Мазкур мақолада кичик чаноқ аъзоларининг яллигланиши касалликлари фонида бепуст аёллардаги адаптив иммунитет ҳолати тадқиқ этилган. Кичик чаноқ аъзоларининг яллигланиши касалликлари фонида бепустликка учраган 107 нафар бемор аёллардаги ҳужайравий ва гуморал омилларнинг миқдори ўрганилди. Текширувдан ўтказилган кичик чаноқ аъзоларининг яллигланиши касалликлари фонида бепустликка учраган бемор аёлларда иккиламчи иммун танқислиги сифатида таснифланган иммун тизими ҳолатидаги ўзгаришлар кузатилди.

Калит сўзлар: бепустлик, кичик чаноқ аъзоларининг яллигланиши касалликлари, иммунитет.

Адаптивный иммунитет неотделим от врожденного. Система врожденного иммунитета формирует сигналы, определяющие форму адаптивного иммунитета. Основной сигнал исходит от фагоцитов и антигенпредставляющих клеток (АПК), которые в ответ на распознавание РАМП с помощью TLR (Toll-

SUMMARY

In this article, a study was conducted on the state of adaptive immunity in women with infertility on the background of PID. A study of the quantitative content of cellular and humoral factors was carried out in 107 patients with infertility on the background of PID. In the examined female patients with infertility on the background of PID, changes in the state of the immune system were observed, qualified as secondary immune deficiency (SIN).

Key words: Infertility, PID, immunity

лайк рецептор) одновременно представляют антиген и секретируют различные цитокины. Используя эффекторные механизмы врожденного иммунитета, адаптивный придает им высокую избирательность и значительно повышает эффективность [2,4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение состояния адаптивного иммунитета у женщин на фоне воспалительных заболеваний малого таза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для определения состояния адаптивного иммунитета у женщин с бесплодием на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) мы изучали количественное содержание клеточных и гуморальных факторов. К клеточным относятся Т-лимфоцит и его субпопуляционный состав – Т-хелперы и Т-супрессоры.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ результатов изучения абсолютных значений клеточного иммунитета у женщин с бесплодием на фоне ВЗОМТ показал, что для пациенток характерен лейкоцитоз (табл. 1). Уровень лимфоцитов был повышенным. Уровень общего пула Т-лимфоцитов и его субпопуляций – Т-хелперов и Т-супрессоров у женщин с ВЗОМТ был также повышенным ($p < 0,05$). Как известно, абсолютные значения весьма лабильны, их количество зависит от количества лейкоцитов и лимфоцитов.

Таблица 1

Показатели абсолютных значений Т-клеточного звена иммунитета у обследованных женщин, Мм

Показатель	Контрольная группа, n=30	ВЗОМТ, n=107
Лейкоциты	7800±125,6	9900±187,3*
Лимфоциты, абс.	2254±81,3	3643±63,8
CD3+, абс.	1258±58,5	1658±46,4*
CD4+, абс.	814±47,8	990,1±36,9*
CD8+, абс.	534±36,7	706±46,2*

Примечание. * – $p < 0,05-0,001$ по сравнению с контрольной группой.

Примечательно, что изменения относительных значений показателей Т-клеточного звена иммуните-

та несколько иной направленности, чем абсолютные показатели (рис. 1).

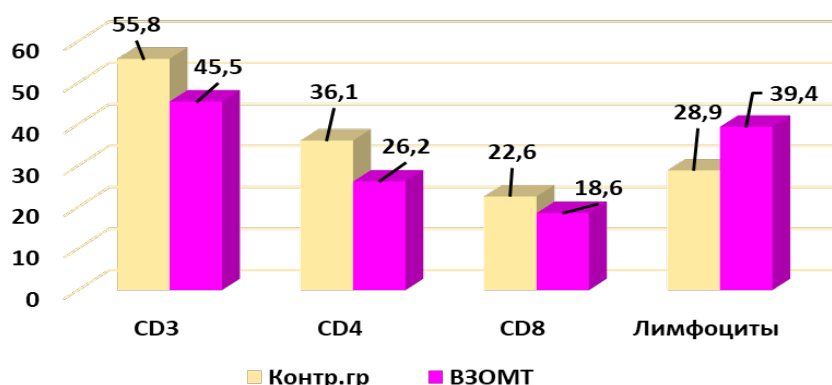


Рис. 1. Показатели Т-звена иммунитета у обследованных женщин, %.

Так, у пациенток количество лимфоцитов было больше, чем в контрольной группе – $39,2 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$). Субпопуляционный анализ лимфоцитов показал, что общий пула Т-лимфоцитов и Т-хелперов у женщин с ВЗОМТ ниже контрольных значений. Количество CD3+-клеток у пациенток было достоверно меньше, чем в контроле ($45,5 \pm 1,3$ и $55,8 \pm 1,6\%$, $p < 0,05$). У всех пациенток с бесплодием на фоне ВЗОМТ достоверно уменьшалось количество субпопуляций Т-лимфоцитов с маркером дифференциации CD4+ и CD8+. Уровень CD4+ в среднем составил $27,2 \pm 1,3\%$ против $36,5 \pm 1,4\%$ в контроле ($p < 0,01$), CD8+ – в среднем $19,4 \pm 1,0\%$ против $22,6 \pm 1,1\%$ в контроле ($p < 0,05$).

Изменения субпопуляционного состава Т-лимфоцитов отразились и на иммунорегуляторном индексе (ИРИ). В контрольной группе ИРИ составил в среднем $1,61 \pm 0,03$, у пациенток с ВЗОМТ – $1,4 \pm 0,06$

($p < 0,05$).

Гуморальный иммунитет представлен общим пулом В-лимфоцитов (CD20+), концентрацией иммуноглобулинов основных классов (G, A, M) и уровнем циркулирующих комплексов.

Наряду с дисрегуляцией Т-системы отмечалось повышение и общего пула В-лимфоцитов (CD20+), которые являются ключевыми рецепторами модуляции прохождения сигнала при антигенной стимуляции.

Частое обострение хронического процесса сопровождается увеличением количества CD20+-лимфоцитов. Уровень В-лимфоцитов был достоверно повышенным у пациенток с бесплодием на фоне ВЗОМТ ($34,5 \pm 1,2\%$ против $25,4 \pm 1,3\%$ в контроле, $p < 0,01$). Направленность уровня В-лимфоцитов была аналогичной ($659 \pm 31,3$ в 1 мкл против $572 \pm 39,3$ в 1 мкл в контроле; $p < 0,01$).

Показатели значений гуморального звена иммунитета у обследованных женщин, М±m

Показатель	Контрольная группа, n=28	ВЗОМТ, n=65
CD20+, %	25,4±1,3	34,5±1,2*
CD20+, абс.	572±32	659±29,9*
IgG, мг%	1100±13,1	798±11*
IgA, мг%	158±9,6	106,7±8,2*
IgM, мг%	125±8,5	95,1±7,3*
ЦИК, усл. ед.	36,5±1,6	71,3±2,1*

Примечание. * – $p < 0,05-0,001$ по сравнению с контрольной группой.

В момент получения головным мозгом сигнала о попадании какого-либо антигена в организм запускается процесс трансформации В-лимфоцитов в плазматические клетки, которые приступают к синтезу антител.

Было выявлено, что IgG у женщин контрольной группы синтезируется от 850 до 1420 мг% со средним содержанием 1100±13,1 мг% (рис. 2). У женщин

с бесплодием концентрация IgG была достоверно снижена (798±11,0 мг%; $p < 0,05$). У женщин контрольной группы уровень IgA в сыворотке крови составил от 100 до 180 мг%, в среднем – 158±9,6 мг%. В сыворотке периферической крови пациенток концентрация IgA достоверно уменьшалась до 106,7±8,2 мг% ($p < 0,01$).

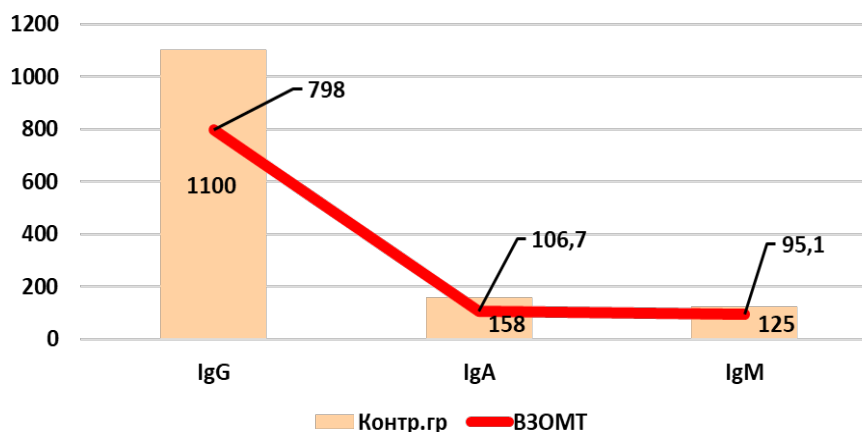


Рис. 2. Уровень иммуноглобулинов G, A и M у обследованных пациенток, мг%.

Содержание IgM в группе пациенток с ВЗОМТ достоверно снижалось (95,1±7,3 мг% против 125±8,5 мг%; $p < 0,05$).

По мнению ряда авторов, основную роль в развитии воспалительного процесса при ВЗОМТ играет не только фактор инфицирования, но и неспособность иммунной системы женщины к локализации очага возможной инфекционной агрессии и элиминации патогена [1,3,7]. Следовательно, устойчивость организма к инфекциям в значительной мере будет обусловлена функциональным состоянием В-лимфоцитов. Выраженные нарушения со стороны В-клеточного иммунитета связаны с большей площадью локализации инфекционно-воспалительного процесса (задействована не только слизистая матки, но и придатков) и клиническим проявлением заболевания.

В момент получения головным мозгом сигнала о попадании какого-либо антигена в организм, запускается процесс трансформации В-лимфоцитов в плазматические клетки, которые приступают к син-

тезу антител, действие которых направлено, прежде всего, против внеклеточно-расположенных возбудителей [5,6].

Уровень ЦИК у женщин контрольной группы составил в среднем 36,5±1,6 усл. ед. Воспалительные процессы способствуют накоплению циркулирующих иммунных комплексов, что в свою очередь, усугубляет воспалительный процесс. Так, у женщин с бесплодием на фоне выявленных ВЗОМТ уровень ЦИК составил в среднем 68,3±2,3 усл. ед., что почти в 2 раза выше, чем в контрольной группе ($p < 0,001$). Эти показатели указывают на неполноценность фагоцитирующих клеток на фоне длительной персистенции антигена в организме, что подтверждается высоким бактериальным обсеменением влагалища.

Соответственно не вызывает сомнений тот факт, что угнетение фагоцитарного звена и дисбаланс уровня иммуноглобулинов в сыворотке влияют на характер выявленных нарушений системы компонента, но решающее значение оказывает активация

антителообразования, в частности иммуноглобулины класса G. Способность В-лимфоцитов к переключению синтеза классов антител обусловлена межклеточным взаимодействием с участием ряда цитокинов. Цитотоксическое действие патогенов на лимфоциты, приводящее к их повышению, может свидетельствовать об отклонении и функциональной неполноценности клеточного иммунного ответа в целом.

Таким образом, у обследованных женщин наблюдались изменения в состоянии иммунной системы, квалифицированные как вторичная иммунная недостаточность. Степень изменения показателей врожденного и адаптивного иммунитета зависит от длительности течения воспалительного процесса. При вторичной иммунной недостаточности выявляются полигенные дефекты: повышение уровня В-лимфоцитов, сниженная Т-супрессорная активность, недостаточность функции Т-хелперов, нарушение Т-В-клеточного взаимодействия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агнаева А.О., Беспалова О.Н., Соколов Д.И. и др. Роль естественных киллеров (НК-клеток) в репродуктивных потерях // Журн. акуш. и жен. бол. – 2017. – Т. 66, №3. – С. 143-156.
2. Магзумова Н.М. Бесплодный брак: дифференцированный подход к лечению. – Ташкент, 2020. – 173 с.
3. Herath S., Lilly S.T., Santos N.R. et al. Expression of genes associated with immunity in the endometrium of cattle with disparate postpartum uterine disease and fertility // *Reprod. Biol. Endocrinol.* – 2009. – Vol. 29, №7. – P. 55.
4. Iborra A., Mayorga M., Llobet N., Martínez P. Expression of complement regulatory proteins [membrane cofactor protein (CD46), decay accelerating factor (CD55), and protectin (CD59)] in endometrial stressed cells // *Cell. Immunol.* – 2003. – Vol. 223, №1. – P. 46-51.
5. Kizilay G., Cakmak H., Yen C.F. et al. Expression and regulation of c-Jun N-terminal kinase (JNK) in endometrial cells in vivo and in vitro // *Histochem. Cell. Biol.* – 2008. – Vol. 130, №4. – P. 761-71.
6. Luk J., Seval Y., Kayisli U.A. et al. Regulation of interleukin-8 expression in human endometrial endothelial cells: a potential mechanism for the pathogenesis of endometriosis // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2005. – Vol. 90, №3. – P. 1805-1811.
7. Shakiba K., Falcone T. Tumour necrosis factor-alpha blockers: potential limitations in the management of advanced endometriosis? A case report // *Hum. Reprod.* – 2006. – Vol. 21, №9. – P. 2417-2420.

УДК: 618.14

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ CIN-DIAG В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Мамадалиева Г.И.¹, Рузиева Н.Х.², Абдуразакова Г.А.³

¹Частные клиники New Medical Servis, IHLOS med,

²Ташкентский педиатрический медицинский институт,

³Городской родильный комплекс №6 г. Ташкента

XULOSA

Dolzarblik. Bachadon bo'yni (BB) patologiyasi tez-tez uchraydi (reproduktiv yoshdagi ayollarning 20%-da) va o'sish tendentsiyasi kuzatilmoqda va ektopiya - 20,5%, atipiyasiz leykoplakiya - 8,5%da, gipertrofiya va BB deformatsiyasida aniqlanadi - 7,7%, BB endometrioz - 1,2% va 16,8% BB ko'rinadigan kasalliklarga ega emas edi va bu faqat skrining tadqiqotlari paytida.

Maqsad. bachadon bo'yni kasalliklarini aniqlashning standart usullari bilan qiyosiy aspektda o'rganish va CIN-DIAGning sezuvchanligi va o'ziga xosligini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari. 25-44 yoshdagi 90 ayol tekshirildi, ulardan 60 nafari asosiy guruh, 30 - nazorat guruhi. To'liq tekshiruvga anamnezni o'rganish, ko'zgularda tekshirish, bachadon bo'yni shilliq qavati-

SUMMARY

Relevance. Cervical abnormalities are fairly common (20% of women of reproductive age) and tend to increase, with ectopias detected in 20.5%, leukoplakia without atypia in 8.5%, cervical hypertrophy and deformities in 7.7%, endometriosis of the cervix in 1.2%, and 16.8% had no visible disease in the cervix and this only at screenings.

Objective. to examine in a comparative aspect with standard methods of diagnosing benign cervical diseases and to evaluate the sensitivity and specificity of CIN-DIAG.

Material and methods. 90 women aged 25-44 years were examined, 60 of them were a study group and 30 a control one. Comprehensive examination included medical history, mirror examination, bacterioscopy of cervi-

ning bakterioskopiyasi, sitologik usul, kengaytirilgan kolposkopiya va biopsiya, ekspress test CIN-DIAG kiradi.

Natijalar va xulosa. CIN-DIAGning o'ziga xosligi 96,67%, CIN I uchun sezuvchanlik - 94,87%, CIN II uchun - 95,24% va o'rtacha - 95%ni tashkil etdi.

Kalit so'zlar. bachadon bo'yni kasalliklari, CIN-DIAG testi.

В исследовании М.А. Юсуповой и соавт. при скрининговом обследовании 6 тыс. здоровых женщин фертильного возраста констатированы доброкачественные заболевания шейки матки (ДЗШМ): эктопии – в 20,5%, простая лейкоплакия без атипии – в 8,5%, гипертрофии и деформации шейки матки (ШМ) в сочетании с эктропионом и наботовыми кистами – в 7,7%, эндометриоз шейки матки с наботовыми кистами – в 1,2%, а у 16,8% на шейке матки видимые заболевания не обнаружены [4].

Патология ШМ играет серьезную роль в практической гинекологии и в общественном здравоохранении. Они встречаются достаточно часто и проявляют тенденцию к росту, констатируются у 15-20% женщин репродуктивного и у 5-9% в менопаузе [2,7].

Одним из факторов выявления ДЗШМ является скрининговые обследования женщин. Так, в рамках проекта «Совершенствование системы здравоохранения (Здоровье-3)» обследуемые женщины информировали о том, проходили ли они скрининг РШМ одним из методов: визуальной пробой ШМ уксусной кислотой, мазок по Папаниколау (РАР-тест) на атипичные клетки или тест на вирус папилломы человека (ВПЧ) [1]. Констатировано, что 12,3% женщин 18-64 лет и 14,0% женщин 30-49 лет обследовались на РШМ, т.е. лишь 1 из 8 женщин 18-64 лет (12,3%) и 1 из 7 женщин 30-49 лет (14,0%) [1].

Цервикальные интраэпителиальные неоплазии (Cervical Intraepithelial Neoplasia, CIN) трех степеней запускаются персистирующей инфекцией при поддержании прогресса повреждений до инвазии. CIN I с высокой вероятностью перехода в CIN II-III – истинные предраковые поражения. Однако CIN следует выявлять и санировать до развития рака, ведь любой рак ШМ – следствие упущенных возможностей диагностики и лечения CIN [5].

Необходимо учитывать, что CIN – морфологическое состояние с необязательной клиникой [3,6]. CIN характеризуется отклонением стратификации эпителия с гиперплазией базальных и парабазальных клеток (дискариоз во многих клетках базального и парабазального слоев, изменение ядерно-цитоплазматического соотношения в пользу ядра, полиморфизм ядер, множественные делящиеся клетки в средней зоне эпителиального пласта) [7]. Нарушается весь эпителий в целом с малодифференцированными клеточными элементами с атипией [8].

Таким образом, огромное значение приобретают скрининговые обследования женщин для выявления ДЗШМ на начальных стадиях их развития, обеспечи-

cal mucus, cytology, dilated colposcopy and biopsy, CIN-DIAG express test.

Results and conclusion. the specificity of CIN-DIAG was 96.67%, the sensitivity for CIN I was 94.87%, for CIN II was 95.24%, the mean was 95%.

Key words: benign cervical diseases, CIN-DIAG test system.

вая возможность своевременного их лечения, а значит, отчасти, профилактику РШМ.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительная оценка различных методов диагностики доброкачественных заболеваний шейки матки и чувствительности и специфичности CIN-DIAG.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 60 женщин, которые находились на амбулаторном лечении ДЗШМ в 2019-2021 гг. в родильном комплексе №6 г. Ташкента, в частных клиниках New Medical Service и IHLOS med. В качестве контрольной группы (КГ) для сравнительного анализа чувствительности и специфичности проводимых исследований были обследованы 30 условно здоровых женщин, соответствующих возрастным критериям основной группы. Возраст женщин в основной группе – от 25 до 44 лет, средний возраст – 36,1±1,42 года, в КГ возраст женщин колебался от 25 до 43 лет, средний возраст – 35,8±1,37 года. В обеих группах комплексное обследование женщин включало изучение анамнеза, осмотр в зеркалах, бактериоскопическое изучение слизи из цервикального канала и влагиалища, традиционный цитологический метод, жидкостную цитологию, расширенную кольпоскопию, экспресс-тест CIN-DIAG и биопсию для гистологического подтверждения диагноза (по показаниям, как окончательную диагностику CIN I и II у женщин старше 30 лет).

Все женщины обследовались в первую и вторую фазы МЦ (не ранее чем на 5-й день менструального цикла и не позднее, чем за 5 дней до прогнозируемого начала менструации). Отсутствие ИППП (Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis) на момент при обследовании методом ПЦР в качественном исполнении было констатировано у всех пациенток. При проведении оценки чувствительности и специфичности теста CIN-DIAG мы опирались на уже известные и широко применяемые тесты, на «золотые стандарты» диагностики ДЗШМ и РШМ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для всех пациенток КГ обеих возрастных подгрупп было характерно:

- отсутствие каких-либо гинекологических жалоб на момент исследования, гинекологический анамнез не отягощен; отсутствие каких-либо визуальных изменений ШМ при осмотре в зеркалах и при бимануальном исследовании;
- при бактериоскопическом исследовании отде-

ляемого из влагалища выявлялось до 10-15 лейкоцитов в поле зрения, палочковая флора, единичные кокки – II степень чистоты влагалищной флоры (норма);

- при бактериологическом исследовании отделяемого из цервикального канала и влагалища не выявляла какая-либо этиологически значимая флора или скудный рост – до 10 колоний микроорганизмов, что говорит о контаминации материала нормальной микрофлорой; при этом у 16,67% молодых женщин и у 11,11% женщин старше 30 лет была нарушена микробиота влагалища;

- цитологическое исследование констатировало негативность мазков с ШМ по признакам интраэпителиального поражения и злокачественности; отсутствовали изменения при расширенной кольпоскопии;

- бежевый, светло-коричневый или коричневый цвет, т.е. отсутствие изменения начального цвета раствора на окончании тампона CIN-DIAG и лишь у 1 (3,33%) пациентки мы констатировали зеленовато-коричневый оттенок окончания тампона CIN-DIAG, однако все другие методы исследования исключили воспаление или CIN какой-либо степени.

Нами рассчитана специфичность CIN-DIAG, или доля здоровых, которым верно диагностировано отсутствие болезни – 96,67% (29 пациенток). Основная группа на этом этапе исследования разделена нами на 1-ю и 2-ю группы. 1-я группа – 39 (65%) пациенток с подтвержденным CIN I в возрасте от 25 до 43 лет, средний возраст – 35,3±1,35 года, 2-я группа – 21 (35%) пациентка с подтвержденным CIN II в возрасте от 27 до 44 лет, средний возраст – 37,2±1,42 года. Для всех пациенток 1-й группы обеих возрастных подгрупп было характерно:

- отсутствие специфических жалоб, визуальных изменений ШМ при осмотре в зеркалах у 6 (15,4%) пациенток, у 33 (94,6%) констатированы ДЗШМ; при бимануальном исследовании патология отсутствовала;

- бактериоскопическое исследование отделяемого из влагалища констатировало II степень чистоты; бактериологическое исследование выделений из цервикального канала и влагалища не выявляло какую-либо этиологически значимую флору или скудный рост;

- цитологическое исследование констатировало CIN I у 87,18% пациенток;

- кольпоскопия констатировала CIN I у 97,44%;

- прицельная биопсия радиоволновой хирургией констатировала CIN I и койлоцитоз у больных старше 30 лет. Она подтверждала диагноз у 100% пациенток;

- насыщенный темно-зеленый цвет раствора на окончании тампона CIN-DIAG – CIN I констатирован у 37 (94,87%) пациенток.

Мы рассчитали чувствительность CIN-DIAG, или долю больных, которым верно поставлена стадия заболевания CIN I – 94,87%. Таким образом чувствительность CIN-DIAG для CIN I составляет 94,87%.

Для всех пациенток 2-й группы обеих возрастных подгрупп было характерно:

- отсутствие специфических жалоб, визуальных изменений ШМ при осмотре в зеркалах у 2 (9,5%) пациенток, у 19 (90,5%) констатированы ДЗШМ; при бимануальном исследовании патология отсутствовала;

- бактериоскопическое исследование отделяемого из влагалища констатировало II степень чистоты; бактериологическое исследование выделений из цервикального канала и влагалища не выявляло какую-либо этиологически значимую флору или скудный рост;

- цитологическое исследование констатировало CIN II у 19 (90,48%) больных;

- кольпоскопия констатировала CIN II у 20 (95,24%) больных;

- прицельная биопсия или эксцизия ШМ при неадекватной кольпоскопии констатировала CIN II у всех больных старше 30 лет. При обнаружении стадии CIN I без CIN I в этом исследовании пациенток переводили в 1-ю группу;

- сине-зеленый или темно-изумрудный цвет раствора на окончании тампона CIN-DIAG – CIN II – констатирован у 20 (95,24%) пациенток.

Мы рассчитали чувствительность CIN-DIAG или долю больных, которым верно поставлена стадия заболевания CIN II – 95,24%. Таким образом, чувствительность CIN-DIAG для CIN II составляет 95,24%.

ВЫВОД

1. CIN-DIAG имеет специфичность 96,67%, чувствительность для CIN I составляет 94,87%, для CIN II – 95,24%. Поскольку в нашем исследовании исключались воспалительные заболевания влагалища и ШМ, а также не исследовали CIN3, то средняя чувствительность для CIN I и II составляет 95,06%, а медиана – 94,99% с учетом частоты встречаемости CIN I и II в нашем исследовании.

2. Чувствительность CIN-DIAG мы оценили в 95%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Проект «Совершенствование системы здравоохранения (Здоровье-3)» Министерства здравоохранения и Всемирного банка, Всемирная организация здравоохранения, 2015г. «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан» (STEPS ВОЗ, 2014.). – Отчет. Ташкент, 2014. – С 34-35.
2. Савельева Г.М. Акушерство: Нац. руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1080 с.
3. Электронная версия (Сайт) «МКБ 10» на основе международной конференции по Десятому пересмотру Международной классификации болезней проведена Всемирной организацией здравоохранения в Женеве 25 сентября–2 октября 1989 г. <https://mkb-10.com/index.php?pid=9094>.

4. Юсупова М.А., Бекметова Ш.К., Хайтбоев Ж.А. Распространенность заболеваний шейки матки у беременных женщин в Узбекистане // *Universum: Медицина и фармакология: электрон. научн. журн.* – 2017. – №3 (37).
5. Darragh T.M., Jeronimo J. et al. Secondary prevention of cervical cancer: ASCO resource-stratified clinical practice guideline // *J. Glob. Oncol.* – 2017. – №3 (5). – P. 635-657.
6. Ebina Y., Mikami M., Nagase S. et al. Japan Society of Gynecologic Oncology guidelines 2017 for the treatment of uterine cervical cancer // *Int. J. Clin. Oncol.* – 2019. – Vol. 24, №1. – P.1-19.
7. Mark K., Frost A., Hussey H. et al. Rates of regression of cervical dysplasia between initial biopsy and excisional procedure in routine clinical practice // *Arch. Gynecol. Obstet.* – 2019. – Vol. 299, №3. – P.841-846
8. Reich O., Braune G., Eppel W. et al. Joint Guideline of the OEGGG, AGO, AGK and ÖGZ on the Diagnosis and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia and Appropriate Procedures When Cytological Specimens Are Unsatisfactory // *Geburtshilfe Frauenheilkd.* – 2018. – Bd. 78, №1. – S. 1232-1244.

UDC 618.3-06-008.6:616-06-037

EARLY DIAGNOSIS OF PREECLAMPSIA BASED ON CLINICO-GENETIC AND ENDOTHELIAL PREDICTORS

Makhmudova S.E.¹, Agababyan L.R.¹

¹Samarkand State Medical Institute

ХУЛОСА

ЖССТ маълумотларига кўра, ҳомиладорлик пайтида гипертензия барча оналар ўлимининг 9-25 % ташиқил қилади, аммо аниқ маълумотни аниқлаш қийин. ПЕ оналар ва перинатал ўлимининг асосий сабабларидан бири бўлишидан ташқари, бу касаллик ва унинг асоратлари бир қатор ҳал қилинмаган муаммоларни келтириб чиқаради.

Мақсад. Клиник, эндотелиал ва генетик предикторларга асосланган преэклампсияни башорат қилиш ва эрта ташиқиллашни такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқот материали. Самарканд шаҳар 2 ва 3 сон туғруқхонага мурोजаат қилган 160 та 18 ёшдан 40 ёшгача бўлган ҳомиладор аёллар текширилди. (11-40 ҳафтагача)

Олинган натижалар. Шундай қилиб, ушбу тадқиқот асосида PIGF, sFlt-1 концентрацияси ва уларнинг нисбати преэклампсиянинг юқори диагностика кўрсаткичи эканлиги аниқланди ва PIGF, sFlt-1 концентрацияси ва уларнинг нисбати преэклампсияни башорат қилиш ва эрта ташиқил қўйиш учун «стандарт» сифатида ишлатилиши мумкин.

Хулоса. Ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместрларида преэклампсиянинг маркерларини аниқлаш, преэклампсия бўйича якуний ташиқил қўйиш ва ҳомиладорликни узайтириш тактикасини ишлаб чиқиш учун асос бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Калит сўзлар: Преэклампсия, йўлдош ўсиш омили, ҳомиладорлик, протеинурия, прогноз, клиник ва генетик омиллар, полиморфизм.

РЕЗЮМЕ

Согласно сведениям Всемирной организации здравоохранения, гипертензия во время беременности является предпосылкой от 9 до 25 процентов всех случаев материнской смертности, но верные сведения найти трудно. Кроме того, что ПЭ является одной из ведущих обстоятельств материнской и перинатальной смертности, это заболевание и его осложнения вызывают целый ряд нерешенных проблем.

Цель. Улучшить прогноз и раннюю диагностику преэклампсии на основе клинико-генетических и эндотелиальных предикторов с целью рационального ведения пациенток с преэклампсией, снижения материнской и перинатальной смертности.

Материал исследования. Обследовано 160 беременных женщин в возрасте от 18 до 40 лет с физиологическим течением беременности, наблюдавшихся в 2,3 - родильных комплексах г. Самарканда (11-40 недель).

Результаты. В итоге, на основании проведенного анализа получены сведения, что сосредоточения PIGF, sFlt-1 и их соотношения являются высокоинформативными показателями преэклампсии, а референсные интервалы концентраций PIGF, sFlt-1 могут быть применены в качестве «стандартов» прогнозирования и диагностики преэклампсии.

Заключение. Определение маркеров преэклампсии в конце второго и третьем триместре беременности может служить основой для окончательной диагностики преэклампсии и разработки тактики пролонгирования беременности.

Ключевые слова: Преэклампсия, плацентарный фактор роста, беременность, протеинурия, прогноз, клинико-генетические предикторы, полиморфизм.

Medians and reference intervals (5th and 95th percentiles) of PIGF and sFlt-1 concentrations and their correlation values in the dynamics of physiological pregnancy

Gestational age, weeks	PIGF, ng/ml	sFlt-1, ng/ml	sFlt-1/PIGF
11–14 (32)	43 (26-84)	1569 (844-2672)	34 (19-71)
15–19 (41)	158 (98-424)	1774 (750-3480)	11,1 (2,6-22,3)
20–23 (12)	334 (155-650)	1357 (600-2560)	4,2 (1,8-6,6)
24–28 (10)	451 (235-1440)	1800 (950-4130)	3,6 (1,6-6,1)
29–33 (14)	649 (260-1250)	1657 (980-3753)	2,6 (1,1-6,6)
34–36 (28)	377 (155-1750)	2639 (1400-5930)	6,2 (1,5-23,0)
37–40 (23)	219 (103-665)	4095 (2310-7260)	18,3 (4,4-49,2)

The obtained results allow us to form reference intervals of PIGF and sFlt-1 concentrations and their ratio values in the dynamics of physiological pregnancy from the 11th to the 40th week. Table 1 shows the medians and reference intervals as the 5th and 95th percentiles. It should be noted that these intervals were developed using the Elecsys PIGF and Elecsys sFlt-1 diagnostic test systems (Hoffmann-La Roche, Switzerland) and the Core

diagnostic platform (Hitachi, Japan).

In patients with preeclampsia, the concentration of PIGF, sFlt-1 and their ratio values significantly differed from those in patients with the physiological course of pregnancy, and the dependence of the detected changes on the severity of preeclampsia was also observed (table 2)

Table 2

The concentration of PIGF, sFlt-1 and the value of their ratio at 37-40 weeks of physiological pregnancy and in pregnancy complicated by PE

Group	PIGF, ng/ml	sFlt-1, ng/ml	sFlt-1/PIGF
Healthy pregnant (n=23)	269±14	4240±41	21,3±3,6
Pregnant with PE (n=14)	126,2±12,7	2730±50	27,1±4,7

It was interesting to study indicators in the group of pregnant women with arterial hypertension (n=14) at 37-40 weeks of pregnancy (table 2). Analysis of table 2 shows that concentration of both factors in patients with PE is about 2 times lower than in healthy pregnant women, while the ratio value is within the obtained reference interval.

It was found that in ladies with preeclampsia, the recurrence of lowfunctional variations within the qualities related with the improvement of blood vessel hypertension (sort 1 and 2 receptor qualities for angiotensin II and nitric oxide synthase) was factually essentially higher than in ladies with a physiological course of pregnancy (table 3)

Angiotensin II is a hormone that produces vasoconstriction and is the major regulator of the aldosterone mixture. The end result of this activity is an increase in the volume of circulating blood, which leads to an increase in systemic blood pressure. In person, two types 1 and 2 angiotensin cell receptors identified by AGTR1 and AGTR2 merits interatomic by angiotensin II. Adenine (A) is replaced by cytosine (C) at a specific site 1166 in the organizational district of 2 the AGTR1 excellence leads to an addition in its manifestation. The enhancement instrument is caused by the taking following performance. Among mixture of the receptor protein by non-coding

districts of mRNA, interpreted from the AGTR1 1166A allele concurring to the complementarity guideline, associated with microRNA miR155, and the interpretation prepare is repressed, that leads to a diminish in protein blend. MicroRNAs cannot tie to the AGTR1 1166C polymorphic allele, which increments the blend of protein item and changes the useful action of the receptors [10]. As of now, 3 allelic variations of endothelial NO synthetase (NOS3) quality are most effectively considered: 4a/4b in n intron 5, vital replacement 894G>T inside exon 7, and polymorphism of the supporter district of quality – 786T>C. These polymorphisms are low-functional, it implies to in case they are show in the genotype, the expression of the NOS3 feature reduces. Diminished production of endothelial NO synthetase causes a detract from in the concentration of nitric oxide within the circulation system, coming about in diminished vasodilation, which may be an vital component for the advancement of blood vessel hypertension. There's information in writing approximately affiliation of low-functional variations of the endothelial NO-synthetase quality with different obstetric pathologies based on changes in vascular tone (PE, placental lacking, fetal development limitation disorder) [3, 6]. Agreeing to the comes about of this ponder, ladies with preeclampsia have an expanded recurrence of allele-786C in NOS3 quality (see table 3).

Table 3

In women with preeclampsia and in women without preeclampsia, the polymorphisms AGTR1 A1166C, AGTR2 G1675A, and NOS3-786T/C had different genetic and genotypic frequencies

Allele/Genotype	Control group			Women with preeclampsia			p
	n	N	%	n	N	%	
AGTR1 A1166C							
A	50	56	89,29	35	54	64,81	0,003
C	6	56	10,71	19	54	35,19	0,003
AA	22	28	78,57	10	27	37,04	0,003
AC	6	28	21,43	15	27	55,56	0,009
CC	0	28	0,00	2	27	7,41	-
AGTR2 G1675A							
G	35	52	67,31	15	58	25,86	0,001
A	17	52	32,69	43	58	74,14	0,001
GG	14	26	53,85	2	29	6,90	0,001
GA	7	26	26,92	11	29	37,93	-
AA	5	26	19,23	16	29	55,17	0,006
NOS3-786T/C							
T	70	98	71,43	59	100	59,00	-
C	28	98	28,57	41	100	41,00	-
TT	27	49	55,10	16	50	32,00	0,02
TC	16	49	32,65	27	50	54,00	0,032
CC	6	49	12,24	7	50	14,00	-

DISCUSSION

Analysis of the obtained data indicates significant differences in the dynamics of PIGF and sFlt-1 concentrations and their ratio during physiological pregnancy and pregnancy complicated by preeclampsia. The most pronounced changes are in the values of the sFlt-1/PIGF ratio, in addition, the degree of deviation of the listed parameters correlates with the severity of preeclampsia. Apparently, this indicator is the most informative in the early diagnosis of preeclampsia. The results obtained are fully consistent with the published data that the development of preeclampsia is closely associated with an imbalance in synthesis of angiogenic and antiangiogenic factors [5,7,9]. It is known that the process of placenta formation begins with the implantation of cells of fetal origin (cytotrophoblast) into decidual tissue (modified endometrial layer of the pregnant uterus). The cytotrophoblast is not only embedded into endometrium layer (interstitial invasion) and spiral arteries (endovascular invasion), but also reaches the inner third of endometrium. As a result, at the end of the first trimester, several dozen wide, gaping arteries are formed in the utero-placental region and the utero-placental blood flow begins to function actively. Prior to its formation, the function of a powerful stimulus of the first wave of cytotrophoblastic invasion (CTI) is carried out by local tissue hypoxia, which is characteristic of the embryo microenvironment up to 8-10 weeks of development. Hypoxic stimulus increases the expression of specific cell adhesion molecules, stimulates the synthesis of cytokines and vascular growth factors [1].

The nearness of polymorphisms of qualities that control vascular tone (renin-angiotensin framework and endothelial nitric oxide synthetase) that incline to hypertension complications altogether increments the hazard of preeclampsia creating. The affiliations recognized in this think about can be utilized as hereditary markers of inclination to the arrangement of preeclampsia, which is able permit convenient arrangement of a hazard gather and redress of restorative and preventive measures.

A. Wang et al. [8] also associate preeclampsia with a violation of the cytotrophoblast invasion process at this stage. The next stage of cytotrophoblast invasion (CTI) deep into the myometrium (the second wave of invasion) occurs at the 16th-18th week of pregnancy. Cytotrophoblast transforms the larger arteries of the lower third of the myometrium, turning them into wide cavities. As a result, the volume of maternal blood entering placenta increases [1]. The separation of two waves of CTI is conditional, since it is an ongoing process, which in its significance is a key mechanism for the development of normal pregnancy or the occurrence of preeclampsia. The statement that preeclampsia begins at the 20th week of pregnancy corresponds only to the time of occurrence of well-known symptoms, while the initial mechanisms are laid and implemented much earlier in the form of defects in the luteal phase of the cycle, violations of implantation and placentation, as well as background diseases of mother. These and other factors are the cause of CTI insufficiency [3]. Endothelial dysfunction plays a central role in the pathogenesis of preeclampsia. Increased synthesis of vasoactive mediators leads to a predominance

of vasoconstriction and, as a result, insufficient blood circulation in the placental vessels. Before the appearance of clinical symptoms, the utero-placental blood flow usually decreases and the resistance of the uterine vessels increases, placental ischemia develops [7]. Apparently, in patients predisposed to the development of preeclampsia, decrease in concentration of PIGF and increase in concentration of sFlt-1 indicate abnormal placental development. The reasons of patient's predisposition to the development of preeclampsia are still not fully established, but it is noted that one of the possible causes is a genetic factor. It has been shown that the development of preeclampsia in mother increases the risk of this pathology in her daughter. It is also believed that the etiology and pathogenesis of preeclampsia are due to the presence of immunopathological mechanisms and a number of environmental factors. Prevention and treatment of preeclampsia is quite a complex task. In this regard, early diagnosis of preeclampsia before its clinical manifestations is one of the tasks in obstetrics, the solution of which will allow to assess the risk and feasibility of preserving the pregnancy [4, 9]. The accessibility of reference intervals of PIGF, sFlt-1 concentrations and their proportion are as of now the foremost enlightening for the conclusion of preeclampsia, which permit to assess idiosyncrasies of these particles emission since the conclusion of the primary trimester of pregnancy. Already, it was appeared that as of now within the to begin with trimester of pregnancy it is conceivable to analyze an lopsidedness in amalgamation of PIGF and sFlt-1, as a result of which the proportion of these markers increments. An increment in sFlt-1 concentration appears to disturb the intracellular component of PIGF union direction, which subsequently leads to the advancement of systemic endothelial inadequate and the movement of clinical signs of preeclampsia (hypertension and proteinuria), as well as to a delay in fetal improvement [3, 9, 11]. The assurance of preeclampsia markers at the conclusion of the moment and third trimester of pregnancy can serve as a premise for the ultimate determination of preeclampsia and the advancement of strategies for dragging out pregnancy.

REFERENCES:

1. Иванец Т.Ю., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Беззубенко Ю.В., Ибрагимов Р.Р. Акушерство и гинекология. 2018. № 3. С. 37-42.
2. Carty DM, Delles C, Dominiczak AF. Preeclampsia and future maternal health. *J Hypertens* 2010; 28: 1349–1355.
3. Foidart YM, Schaaps YP, Chantraine F. et al. Dysregulation of anti-angiogenic agents (sFlt-1, PIGF and sendoglin) in preeclampsia – a step forward but not the definitive answer. *J Reprod Immunol.* 2009;82:106-111.
4. Hammerova L, Chabada J, Drobný J, Batorova A. Longitudinal evaluation of markers of hemostasis in pregnancy. *Bratisl Lek Listy* 2014; 115 (3): 140–144.
5. McElrath T, Lim K-H, Pare E, Rich-Edwards J. et al. Longitudinal evaluation of predictive value for preeclampsia of circulating angiogenic factors through pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 111;407:e1-e7.
6. Verlohren S, Herraiz Y, Lapaire O. et al. The sFlt-1/PIGF ratio in different types of hypertensive pregnancy disorders and its prognostic potential in preeclamptic patients. *Am J of Obstet Gynecol.* 2012;1:58:e1-e8.
7. Lam C, Lim K-H, Karumanchi SA. Circulating angiogenic factors in the pathogenesis and prediction of preeclampsia. *Hypertension Res.* 2005;46:1077-1085.
8. Maynard S, Min J, Merchan J, Lim K. Excess placental soluble fms-like tyrosinekinase-1 (sFlt-1) may contribute to endometrial dysfunction, hypertension and proteinuria in preeclampsia. *J Clin Invest.* 2003;111:649-658.
9. Roberts JM, Bell MJ. If we know so much about preeclampsia, why haven't we cured the disease? *J Reprod Immunol* 2013; 99: 1–9.
10. Shibata E, Rajakumar A, Roberts RW. et al. Soluble fms-like tyrosine kinase 1 is increased in preeclampsia but not in normotensive pregnancies with small-for-gestational-age neonates: relationship to circulating placental growth factor. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005;90:4895-4903.
11. Wang A, Rana S, Karumanchi SA. Preeclampsia: the role of angiogenic factors in its pathogenesis. *Physiology.* 2009;24:147-158.
12. Yelliffe-Pawlowsky L, Shaw G, Currier R. et al. Association of early preterm birth with abnormal levels of routinely collected first and second-trimester biomarkers. *Am J Obstet and Gynecol.* 2013;208:128-140.

УДК: 618.14-006.55-08-055.23/.25

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Муратова Н.Д., Ходжаева З.А., Абдурахманова С.И., Сулаймонова Н.Ж.
Ташкентский государственный стоматологический институт

ХУЛОСА

Репродуктив ёшидаги аёллар орасида энг кенг тарқалган касалликларга миома, аденомиоз ва тухумдон эндометриоид кисталари киради.

Тадқиқот мақсади - эрта репродуктив ёшидаги аёлларда аденомиоз ва тухумдон эндометриоид кисталарни даволашда диеногест ва микродозаланган орал контрацептивларнинг самарадорлигини аниқлаш. Репродуктив ёшидаги 80 нафар аёлларни текширувдан ўтказдик. Текширилаётган беморларнинг ўртача ёши $25,4 \pm 0,14$ йилни ташкил этди. Барча беморларга гормонал, ультратовуш ва доплерометрик текширувлар ўтказилди.

Тадқиқот натижаларига кўра беморларнинг 70% турли интенсивлигда жинсий йўлларида қон кетиши, ва 30% ҳомиладорлик йўқлигига шикоят қилишган. Гормонал ҳолатнинг ўзгариши ҳам аниқланди, бунда тестостерон даражаси 3,5 марта ошиши, 17-Он прогестерон ўртача 5 марта ва пролактин даражаси 35% беморларда 1,7 мартага кўтариллиши аниқланди. Допплерометрик текширувида эндометрий гиперплазияси аниқланган, аденоматоз ўчоқлар эса ноаниқ қиррали анэхоген киритмал сифатида кўринган, аденоматоз ўчоқлар атрофида капсула йўқлиги, ва ички қон оқимининг йўқлиги ҳам аниқланган. Даволаш натижасида фертиллик биринчи йил давомида 1-гурух аёлларида - 27,2%, 2-гурух аёлларида эса 60% ҳолларда тикланди.

Калим сўзлар: эрта репродуктив ёшидаги аёллар, аденомиоз, тухумдон эндометриоид кисталари, бепуитлик, диеногест, микродозаланган орал контрацептивлар.

Несмотря на многочисленные исследования, вопросы регуляции репродуктивной системы и патогенеза гормонозависимых патологий до настоящего времени до конца не изучены [1]. В гинекологической практике к числу самых распространенных заболеваний среди женщин репродуктивного возраста относятся миома, аденомиоз и эндометриоидные кисты яичников, т.к. именно эти заболевания часто являются причиной радикальных операций.

Эндометриоз – процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию, характеризующееся рецидивирующим течением [1,2,4]. Частота эндометриоза, по разным данным, варьирует от 7 до 50%. Самой распространенной формой эндометриоза является аденомиоз – одна из главных проблем совре-

SUMMARY

The most common diseases among women of reproductive age include fibroids, adenomyosis and endometrioid ovarian cysts.

The aim of the study was to determine the effectiveness of dienogest and micro-dosed OK in the treatment of women of early reproductive age with adenomyosis and endometrioid ovarian cysts. We examined 80 women of reproductive age with adenomyosis and endometriosis of the ovaries. The average age of the examined patients was 25.4 ± 0.14 years. All patients underwent hormonal, ultrasound and Doppler methods of examination.

The results of the studies showed that 70% of the examined patients reported bleeding from the genital tract of varying intensity, and 30% complained of the absence of pregnancy. A change in the hormonal status was revealed, so the level of testosterone was increased by 3.5 times, 17-Oh progesterone was increased by an average of 5 times, the level of prolactin was increased in 35% of patients by 1.7 times. Dopplerometry revealed endometrial hyperplasia, adenomatous foci were visualized as anechoic inclusions with fuzzy edges, and the absence of a capsule around the adenomatous focus, the presence of single color signals along the periphery and the absence of blood flow inside. As a result of the treatment, fertility was restored in 27.2% of group 1 women, and in 60% of cases in group 2 women during the first year.

Key words: women of early reproductive age, adenomyosis, endometrioid ovarian cysts, infertility, dienogest, microdosed oral contraceptives.

менной гинекологии. Частота аденомиоза у женщин репродуктивного возраста варьирует от 12 до 40%. В последние годы наблюдается частое сочетание аденомиоза матки и эндометриоза яичников [5].

Клинические проявления заболеваний чрезвычайно вариabельны и зависят от возраста, длительности заболевания, локализации процесса, площади поражения. Большую роль играет наличие и выраженность болевого симптома, длительность менструации, её периодичность, цикличность [3]. Широкое применение УЗИ в качестве скринингового метода диагностики аденомиоза, особенно в сочетании с доплерометрией, позволит провести дифференциальную диагностику между различными гинекологическими заболеваниями [4].

Трудности ведения больных эндометриозом связаны с чрезвычайно вариabельной клинической кар-

тиной и тяжестью течения заболевания, тактика зависит от возраста пациентки, формы/стадии заболевания, характера симптомов, репродуктивных задач, а также от рисков, побочных эффектов и экономической рентабельности лечения. Несмотря на большое число исследований, посвященных различным аспектам эндометриоза, до сих пор остаются невыясненными многие вопросы этиологии и патогенеза, особенностей клинической картины в зависимости от локализации процесса и тяжести течения заболевания, отсутствуют данные о сравнительной информативности отдельных методов диагностики и выявления рецидивов, эффективности различных методов лечения и реабилитации больных. Медикаментозное (гормональное) лечение позволяет сохранить овариальный и фолликулярный резервы и, как следствие, фертильность женщины.

Лечение женщин с аденомиозом и эндометриоидными кистами значительно сложнее, чем каждое заболевание в отдельности. Частой причиной обращения этих пациенток является бесплодие, поэтому у женщин репродуктивного возраста конечной целью терапии сочетанной патологии является восстановление овуляторных циклов и детородной функции [3,6]. Все выше изложенное свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения особенностей заболевания и выбора метода его лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности диеногеста и микродозированных ОК в лечении женщин раннего репродуктивного возраста с аденомиозом и эндометриоидными кистами яичника.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 80 женщин репродуктивного возраста с установленным диагнозом аденомиоза и эндометриоза яичников, обратившиеся за консультацией в частную клинику «NikaMed» г. Ташкента. Возраст обследованных колебался от 18 до 30 лет (средний возраст $25,4 \pm 0,14$ года). Изучен анамнез обследованных женщин, проведен общий и гинекологический осмотр. Всем пациенткам были проведены ультразвуковые и доплерометрические исследования на аппарате Esaote My Lab Seven, трансвагинальным датчиком AC 2541 с частотой 3-3,5 мГц. Проведено гормональное исследование крови на следующие показатели: ТТГ, 17-Он прогестерон, тестостерон, пролактин. Все женщины были разделены на 2 группы: 1-я группа – 44 пациенток с аденомиозом, принимавших диеногест 2 мг в течение 6 месяцев, 2-я группа – 36 пациенток с аденомиозом и эндометриоидными кистами яичников, принимавших ОК в течение 3-х или 6 месяцев. Для консервативного лечения пациенткам назначены низкодозированные препараты ОК (линдинет 20 по 1 таб. в течение 63 или 126 дней в непрерывном режиме), диеногест 2 мг в течение 6 месяцев непрерывно.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Впервые диагноз аденомиоз и/или эндометриоз

яичников установлен во время обследования по поводу повторного маточного кровотечения у 70% больных, из них 25% – женщины после перенесенного COVID-19, у остальных 30% – по поводу бесплодия. Выскабливание полости матки произведено по поводу маточного кровотечения, обусловленного железистой гиперплазией эндометрия у 28 женщин, вследствие аборта – у 30%, по поводу неразвивающейся беременности – у 12. Клиника заболевания была представлена нарушениями менструального цикла у 60 (75%), бесплодием – у 32 (40%), диспареунией – у 36 (45%), болями перед и во время менструаций различной интенсивности – у 48 (60%). Бесплодие, во всех случаях вторичное, имело место у 24 (30%) пациенток.

Изучение гормонального статуса показало, что уровень тестостерона был повышен в среднем в 3,5 раза у 80% (64 пациентки: 40 1-й и 24 2-й группы), уровень 17-Он прогестерона был повышен в среднем в 5 раз у 70 пациенток, а у 10 женщин повышение было незначительным. Уровень пролактина возрастал у 35% пациенток в среднем в 1,7 раза. Содержание ТТГ было повышено в 1,85 раза у 16 (20%) женщин.

Ультразвуковые исследования проводились во II фазу и сразу после менструального цикла. Определяли наличие, топографию и количество аденомиозных очагов и эндометриоидных кист яичников. На УЗИ аденоматозные очаги визуализировались как анэхогенные образования с нечеткими и деформированными контурами и мелкодисперсным содержимым.

Эндометриоидные кисты характеризовались утолщенными стенками округлой формы с неоднородным дисперсным содержимым «шоколадная киста» или многокамерная киста в виде пчелиных сот. Допплерометрия выявила гиперплазию эндометрия, а аденоматозные очаги визуализировались как анэхогенные включения с нечеткими краями и отсутствием капсулы вокруг аденоматозного очага, наличием единичных цветковых сигналов по периферии и отсутствием кровотока внутри.

Лечение проводили в зависимости от выявленной патологии: при аденомиозе – диеногест 2 мг в течение 6 месяцев непрерывно, а при эндометриоидных кистах линдинет 20 в течение 63 или 126 дней в непрерывном режиме. Длительность консервативной терапии зависела от репродуктивных планов женщины, отсутствия симптоматики и УЗ-картины. Через 6 месяцев у 36 (81,8%) женщин 1-й группы с аденомиозом цикл нормализовался, боли исчезли. У четверти больных после окончания лечения наступила беременность. У пациенток 2-й группы, эндометриоидные кисты размеры которых не превышали 2-3 см в диаметре, ОК назначались в течение 3 месяцев без перерыва. 16 (44,4%) женщинам с эндометриоидными кистами 4-6 см и более в диаметре проводилась лапароскопическая кистэктомия, с дальнейшим приемом ОК препаратов в течение 6 месяцев с целью

профилактики рецидивов. Прием ОК способствовал уменьшению болевого синдрома в 70% случаев, ликвидации мелких эндометриозидных очагов в 35,2%.

Мониторинг эффективности консервативного лечения проводился путем УЗ-контроля. Динамическое УЗ-наблюдение показало, что у 70% пациенток 1-й группы эхоструктура миометрия стала однородной, фертильность восстановлена у 27,2%, рецидивы возникли у 9,1%. Во 2-й группе фертильность восстановлена в 55,5% случаев, рецидив наблюдался у 8 (22,2%) женщин. Эти пациентки пожелали продолжить лечение по той же схеме, т.е. 126 дней без перерыва, затем перерыв на менструацию.

Следует отметить, что у женщин, принимавших препараты ОК в течение 3-х месяцев, симптомы заболевания возобновлялись через 8 месяцев после последней таблетки. В целом репродуктивная функция восстановлена у 55,5% женщин, принимавших линдинет 20 в течение 6 месяцев.

Таким образом, эффективность комплексного своевременного лечения аденомиоза заключается в улучшении клинического течения заболевания, и восстановлении фертильности в 27,2% случаев в течение первого года. Микродозированные препараты ОК позволяют восстановить репродуктивную функцию в 60% случаев. Схема лечения ОК 126/7 является более эффективной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов А.И., Пашков В.М., Шахламова М.Н. Аденомиоз: новый взгляд на старую проблему // Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. – 2016. – Т. 5, №2. – С. 59-66.
2. Маржевская В.В., Присяжная Т.С., Жамойдик В.И. и др. Молекулярно-генетические основы эндометриоза: диагностический потенциал наследуемых и экспрессируемых факторов // Журн. акуш. и жен. бол. – 2018. – Т. 67, №3. – С. 64-73.
3. Олина А.А., Метелева Т.А. Опыт длительного применения диеногеста в терапии эндометриоза // Акуш и гин. – 2018. – №7. – С.97-102.
4. Унанян А.Л., Сидирова И.С., Коган Е.А. и др. Эндометриоз, аденомиоз, хронический эндометрит: клиничко-патогенетические взаимоотношения и репродуктивные неудачи // Акуш. и гин. – 2018. – №10. – С. 136-140.
5. Brosens I., Benagiano G. Endometriosis, a modern syndrome // Indian J. Med. Res. – 2011. – Vol. 133. – P. 581-593.
6. Katz T.A., Yang Q., Trevino L.S. et al. Endocrine disrupting chemicals and uterine fibroids // Fertil. Steril. – 2016. – Vol. 106, №4. – P. 967-977.

УДК: 618.146-006.6

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РШМ: ОБЗОР ПО РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН (2000-2018 гг.)

Наврузова В.С.¹, Полатова Д.Ш.², Юлдашева Н.Ш.¹, Наврузова Р.С.³

¹Хирургическая клиника «Янги Хаёт»,

²Ташкентский государственный стоматологический институт,

³Ташкентский педиатрический медицинский институт

Несмотря на успехи в ранней диагностике и лечении, злокачественные новообразования (ЗН) остаются одной из наиболее важных проблем клинической медицины. Согласно статистике ЗН, лидирующее место в патологии женской репродуктивной системы после рака молочной железы занимает рак шейки матки (РШМ), который является наиболее распространенным среди онкогинекологических заболеваний [5-8].

Недостаточность методов ранней диагностики, а также скрининговых исследований приводит к тому, что более 51,4% женщин умирают от РШМ в течение первого года с момента установления диагноза заболевания [3,9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение онкоэпидемиологической ситуа-

ции РШМ в мире и динамики заболеваемости в Республике Узбекистан.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Материалом для изучения и анализа послужили статистические данные мировой статистики по Globocan. Изучены и проанализированы статистические показатели заболеваемости и смертности РШМ в республике по учётно-отчётной форме МЗ РУз (7-SSV). По общепринятой методике, применяемой в современной санитарной статистике, рассчитаны грубые и стандартизированные показатели заболеваемости. Полученные данные обработаны в программе Microsoft Office Excel с применением линейного регрессионного анализа, определением возрастных трендов заболеваемости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ заболеваемости и смертности от РШМ в мире по данным *Globocan*. Подробное изучение данных мировой статистики РШМ показало, что эта

патология в структуре заболеваемости всех ЗН в мире находится на 7-м месте по показателю смертности (рис. 1).

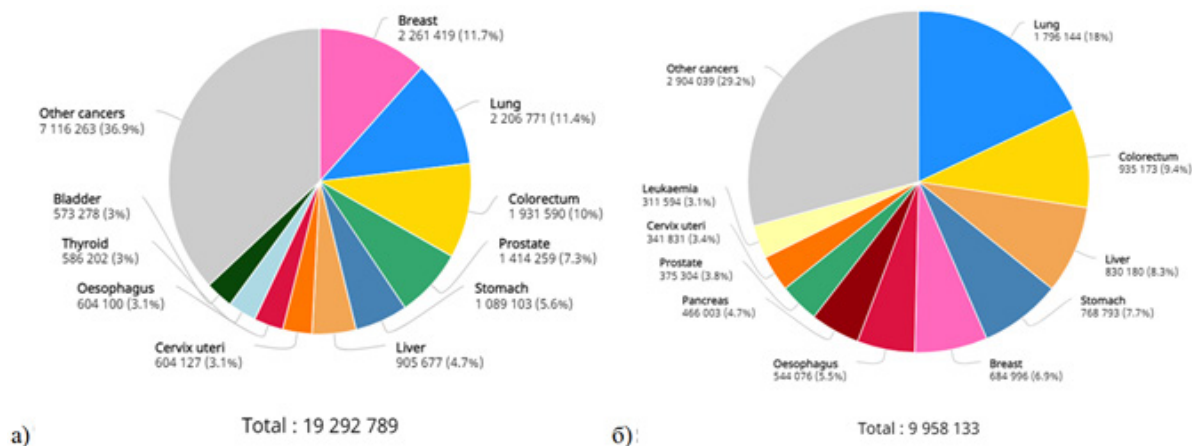


Рис. 1. Структура заболеваемости (а) и смертности (б) от злокачественных новообразований в мире (Globocan, 2020).

Как показывают последние данные статистики, заболеваемость и смертность от РШМ в мире имеют значительные различия (рис. 2), что связано, прежде всего, с уровнем экономического развития страны, демографическими особенностями и др. Так, показатели заболеваемости в неразвитых и развивающихся странах превышают таковые в развитых странах [6].

Анализ заболеваемости и смертности от РШМ в Республике Узбекистан. Изучение «грубого» показателя заболеваемости РШМ по республике показал, что в среднем он не превышал $9,0 \pm 0,1\%$ на 100 тыс. женского населения с тенденцией к убыли

$T_{y6} = -0,13\%$, что указывает на стабильность общего показателя [2].

Как известно, грубые показатели не дают возможности проводить сравнительную оценку состояния онкологической помощи и уровня ее эффективности. В связи с этим необходимо проводить перерасчет показателей на стандартизованные, т.е. на мировой стандарт. Проведенная «стандартизация» заболеваемости РШМ показала, что она несколько выше по отношению к «грубому» показателю и составляет $10,5 \pm 0,12\%$, т.е. уровень заболеваемости достаточно высокий (рис. 2).

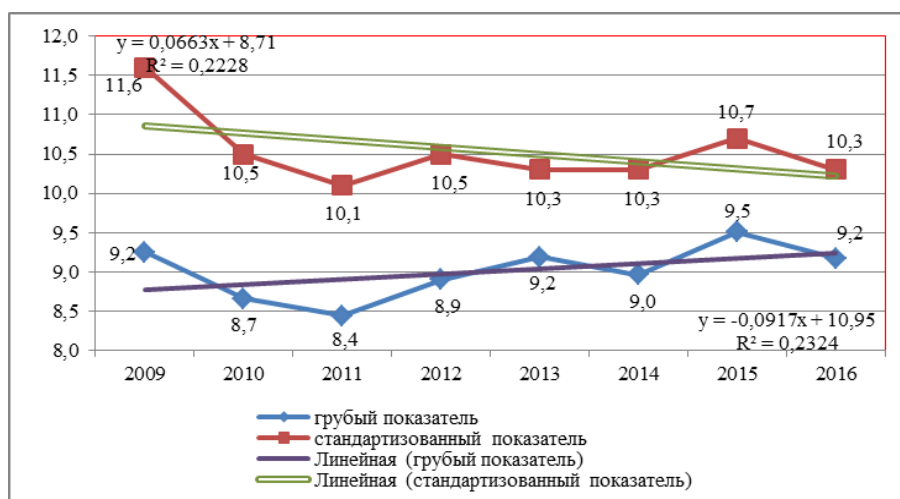


Рис. 2. Динамика и тренды (линейный) грубого и стандартизованного показателя заболеваемости РШМ по РУз за 2009-2016 гг.

Учитывая тот факт, что заболеваемость ЗН имеет свои особенности, одной из отличительных является возрастной аспект. В связи с этим нами изучено возникновение РШМ в различные возрастные периоды (табл.).

Как видно из таблицы, за проанализированный период наибольший показатель заболеваемости отмечался в возрастной группе 65 лет и старше – $23,5 \pm 1,0\%$.

Среднегодовые возрастные показатели заболеваемости больных РШМ

Возраст, лет	M (медиана)	m (средняя ошибка)	95% ДИ (95% доверительный интервал)	
До 15	0,003 ↓	0,002	0,00	0,01
15-44	5,0	0,1	4,8	5,3
45-64	31,9 ↑	0,4	31,1	32,8
65 и старше	23,5	1,0	21,5	25,5
Всего	9,0	0,1	8,8	9,2

Показатель смертности по республике «грубый» – $4,9 \pm 0,1\%$ на 100 тыс. женского населения, при этом в динамике определяется его рост с 2012 г. до 5,3%.

«Стандартизованный» показатель смертности составил $6,1 \pm 0,11\%$, с темпом прироста 1,6%, т.е. имеется динамичный рост этого показателя (рис. 3).

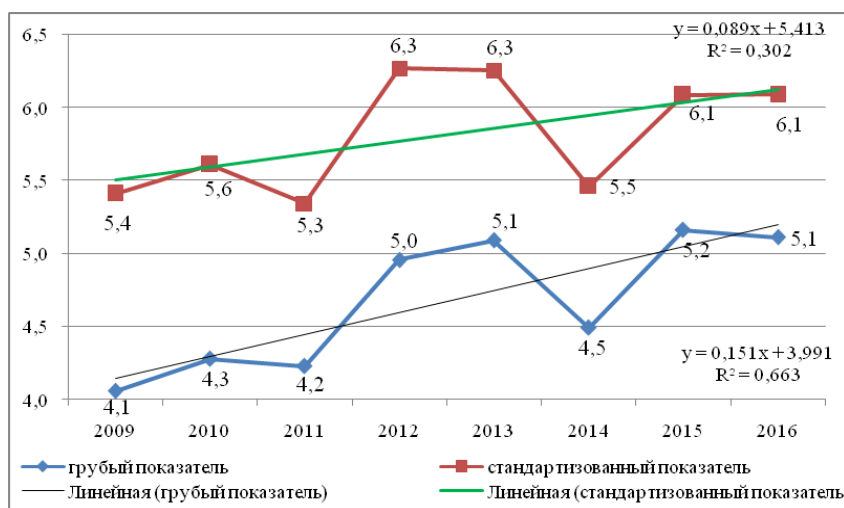


Рис. 3. Динамика и тренд «грубых» и «стандартизованных» показателей смертности от РШМ в РУз за 2009-2016 гг.

Изучение онкоэпидемиологической ситуации РШМ в Республике Узбекистан показывает динамическую тенденцию к росту, что определяет необходимость выявления факторов риска развития данной патологии [1,2].

Так, в Республике Узбекистан после принятия Постановления Кабинета Министров №91 по улучшению оказания помощи и повышению эффективности лечения онкологических больных [4] был решен вопрос о проведении скрининговых обследований и осмотров специалистами онкологами (маммологи, гинекологи) женщин с целью выявления и ранней диагностики опухолевых и предопухолевых заболеваний органов репродукции. Как показали результаты, женщины были разделены на четыре группы: 1-я группа – практически здоровые (18,9%), 2-я – с хроническими заболеваниями воспалительного характера (72,6%), 3-я – с интраэпителиальными неоплазиями (CIN) (7,4%), 4-я – с подозрением или выявленным РШМ (1,1%).

Эти исследования показывают востребованность и необходимость их проведения, даже если частота выявления больных со ЗН не столь высока (1,1%). Если смотреть на эту проблему с точки зрения сохранения здоровья женщины, а следовательно, и нации, а также учитывая экономическую эффективность проведенных исследований, можно добиться сохранения качества жизни, её продолжительности, а также возможности ранней диагностики и своевременного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдухакимов А.Н., Ниязметов Б.Б., Мадаминава А.Ю. и др. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и экологическая ситуация в некоторых регионах республики Узбекистан // Экол. человека. – 2012. – №2. – С. 32-39.
2. Алмухамедова Б.Г. Эпидемиологические особенности РШМ в регионах высокого риска в Республике Узбекистан и разработка комплекс-

- ных мер профилактики: Дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2019. – С. 43-61.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2016. – 235 с.
 4. О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию онкологической помощи населению республики Узбекистан на 2017-21 гг.: Постановление Президента Узбекистан № ПП-2866 п. 4 от 04.04.2017 г.
 5. Юлдашева Н.Ш., Наврузова В.С., Махмудова З.Ш. Бачадон буйни саратони скрининг текширувлари: Метод. кулланма. – Тошкент, 2013. С. 5-14.
 6. IARC (2020). GLOBOCAN – Cancer incidence and Mortality Worldwide in 2020. – IARC Cancer Base No. 10. Available from. - <http://globocan.iarc.fr>
 7. Ferlay J., Parkin D.M., Curado M.P. et al. Cancer Incidence in Five Continents // IARC Cancer Base. – 2010. – Vol. I. to IX: [Internet]. Lyon: IARC. Available at <http://ci5.iarc.fr>.
 8. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M. et al. GLOBOCAN // IARC Cancer Base. – 2012. – Vol. 1. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: Cancer Base No. 11 [Internet]. Available at <http://globocan.iarc.fr>.
 9. Jemal D., Siegel M., Ward D. et al. Cancer Statistics, 2006 // C. A. Cancer J. Clin. – 2006. – Vol. 56. – P. 106-130.

УДК: 616.137.73-005.7:616-005.1-08:618.14-006.36

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭХО-ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ЖЕНЩИН МИОМОЙ МАТКИ И ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ В АНАМНЕЗЕ

Нажмутдинова Д.К., Садуллаева У.А., Каримов А.Х., Чориева Г.З., Каюмова Д.Т.
Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

Бачадон миомаси билан 65 аёлларни текшириши жигар трансаминазалари, асетилгидропероксид даражалари ва қизил қон ҳужайралари сорбцион қуввати, юқори юқумли индекс (64,6% гача) гепатобилиар тизими касалликлари юқори даражада учраиши (21,5-50,8%) намоён бўлди, ва субмукоз тугунлар бўлган барча аёлларда анемия аниқланди. Миоманинг ультратовуш мезонлари сезувчанлик юқори даражада (99%) ва ўзига хослиги (77%) билан аниқланди, ва бачадон-тухумдон қон оқимининг доплерометрик параметрлари хусусиятлари клиник кечиши ва бачадон миомаси асоратларига боғлиқ ҳолда тахлил қилинган.

Калим сўзлар: бачадон миомаси, гепатобилиар касалликлар, рангли доплер хариталаши, ультратовуш текшируви, пулсация индекси, қаршилик индекси, систолик-диастолик муносабати.

Согласно данным литературы, что наиболее информативным методом в диагностике миомы матки является ультразвуковое сканирование [1,4,5]. Необходимым условием выбора тактики ведения женщин с миомой, метода и объема хирургического лечения является четкое представление о локализации, размерах, особенностях структуры миоматозных узлов и их кровоснабжения.

Благодаря стремительному развитию компьютерных технологий ультразвуковая диагностика позволяет получить и проанализировать большой объем

SUMMARY

The examination of 65 women with uterine fibroids determined a high frequency (up to 64.6%) of diseases of the hepatobiliary system (confirmed by an increased level of hepatic transaminases, levels of acetylhydroperoxides and the sorption capacity of red blood cells), a high infectious index (21.5-50.8%) and anemia in all women with a submucous form. Ultrasound criteria of fibroids were determined with a high degree of sensitivity (99%) and specificity (77%), and features of Doppler parameters in the utero-ovarian blood flow were revealed, depending on the clinical course and complications of uterine fibroids.

Key words: uterine fibroids, hepatobiliary diseases, color Doppler mapping, ultrasound examination, pulsation index, resistance index, systolic-diastolic ratio.

информации. Внедрение современных ультразвуковых диагностических технологий позволяет оценить величину, структурные особенности, топографию миоматозного узла, а также определить характер его васкуляризации и объемного кровотока [7,8,10]. Цветовое доплеровское картирование (ЦДК) и доплерография помогает обнаружить сосуды, питающие миому и формирующие область ангиогенеза, в виде правильного кольца по периферии опухоли и центральные внутриопухолевые сосуды, развивающиеся в ответ на ангиогенную активность опухоли.

левых клеток [6,7,9]. Проведенный рядом авторов анализ кривых скоростей кровотока позволил установить, что у больных миомой матки, в отличие от здоровых женщин, снижены показатели сосудистой резистентности в маточных артериях [5].

Ведущая роль в развитии миомы матки принадлежит гиперэстрогении вследствие изменения метаболизма стероидных гормонов в печени. Дисгормональная природа опухоли обуславливает наличие ряда метаболических нарушений, в том числе и функциональную недостаточность печени. Как известно, в формировании гормональных нарушений, являющихся одними из главных звеньев патогенеза миомы матки, непосредственное участие принимает печень, активно участвующая в метаболизме эстрогенов. Из многочисленных метаболических функций печени при миоме матки наиболее часто изменяются ферментативная инактивация и конъюгация стероидных гормонов с глюкуроновой и серной кислотами [2,3,9]. Это обстоятельство в определенной степени объясняется тем, что у больных миомой матки часто обнаруживаются различные заболевания печени и желчевыводящих путей, способствующие нарушению метаболизма эстрогенов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение эхо-доплерометрических показателей сосудов матки и функционального состояния печени у женщин с миомой матки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 95 женщин в возрасте от 30 до 45 лет. Основную группу составили 65 женщин с миомой матки, которым проводились эхо-, доплерографические исследования. Контрольной группой были 30 здоровых женщин. При исследовании применялась ультразвуковая технология визуализации кровотока – ЦДК, основанное на регистрации скоростей движения крови, кодировании их разными цветами и наложении полученной картины на черно-белое изображение, что значительно упрощает обнаружение сосудов.

При спектральной (импульсно-волновой) доплерометрии получали характерную для каждого сосуда кривую скорости кровотока (КСК) с целью цифровой оценки фаз систолы и диастолы. При определении линейных скоростей кровотока крупных сосудов использовали относительные показатели: индекс резистентности (ИР) и пульсационный индекс (ПИ), систоло-диастолическое отношение (СДО). Оценку кровотока матки и придатков проводили, используя трансвагинальную эхографию (ТВЭ). Применяли датчик с частотой 6,5 мГц. Исследования проводились в маточных, аркуатных, яичниковых артериях, а также изучался кровоток в миоматозном узле.

Нами также исследовано функциональное состояние печени у больных миомой. Проводили биохимические исследования крови (определение уровня билирубина, белка и белковых фракций, ас-

парат- и аланинаминотрансфераз). Антипириновая проба выполнялась по обычной методике (в крови). Определялись промежуточные и конечные продукты окисления липидов, сорбционная способность эритроцитов (ССЭ).

В зависимости от результатов ультразвукового исследования пациентки основной группы были разделены на 3 подгруппы: 1-я – 20 с субсерозной формой миоматозного узла, 2-я – 20 с субмукозным расположением узла, 3-я – 25 с интерстициальной формой миоматозного узла.

Проведенный клиничко-лабораторный анализ показал высокую частоту экстрагенитальных заболеваний у пациенток с миомой матки. Так, хронический холецистит и хронический гепатит в основной группе встречался соответственно у 64,6 и 18,6% обследованных, в контрольной группе – у 26,7 и 6,7%. У пациенток основной группы выявлена постгеморрагическая анемия различной степени тяжести. У всех 20 (100%) пациенток с субмукозной миомой матки содержание гемоглобина снижалось до 80 г/л, количество эритроцитов – до $2,5 \times 10^{12}$. У 60% больных с другими формами расположения опухоли эти показатели составили соответственно 102 г/л и $3,3 \times 10^{12}$. У больных основной группы наблюдался высокий процент инфекционно-воспалительных заболеваний (в пределах 21,5-50,8%) на фоне анемии и заболеваний желудочно-кишечного тракта. Следовательно, миома матки развивалась у женщин со сниженной иммунологической реакцией организма.

При сравнении функциональных показателей гепатобилиарной системы существенных различий у больных не обнаружено. Но по сравнению с контрольной группой отмечалось повышение активности аспаратаминотрансферазы ($0,65 \pm 0,02$ и $0,69 \pm 0,5$ мкмоль/л) и аланинаминотрансферазы ($0,75 \pm 0,07$ и $0,85 \pm 0,08$ мкмоль/л), которые являются индикаторами – ферментами, выполняющими внутриклеточные функции и активизирующимися при повреждении гепатоцитов различными факторами. В показателях общего белка и альбуминов различий не выявлено. У больных 1-й, 2-й и 3-й групп уровень α -1 глобулинов ($4,57 \pm 0,2$ и $4,5 \pm 0,15$) и α -2 глобулинов ($11,7 \pm 0,46$ и $9,7 \pm 0,63$) был выше, чем в контрольной группе. Пигментообразовательная система печени была достоверно снижена: уровень общего билирубина у пациенток 1-й группы составлял $14,1 \pm 0,6$ мкмоль/л, 2-й – $13,2 \pm 0,9$ мкмоль/л, 3-й – $12,7 \pm 0,8$ мкмоль/л, у здоровых – $16,8 \pm 1,0$ мкмоль/л.

У обследованных больных установлено удлинение периода полураспределения (T1/2) антипирина 37-68%, кажущийся объем распределений был в 1,5-2 раза больше, чем у здоровых. Так, уровень ацетилгидроперекисей превышал показатели здоровых женщин в 3,4 и 3,92 раза. Содержание малонового диальдегида изменялось менее выражено.

Анализ полученных результатов свидетельствует об взаимно-обусловленном повышенном содер-

жании АГП и ССЭ, что является одним из механизмов развития синдрома эндогенной интоксикации у женщин с миомой матки. Степень выраженности этих изменений была значительной у пациенток с постгеморрагической анемией, чаще обусловленной субмукозным расположением опухоли. Таким образом, у больных миомой матки выявлены нарушения антитоксической функции печени в зависимости от расположения узла и характера нарушений менструальной функции, что диктует необходимость проведения целенаправленной коррекции функции печени назначением гепатопротекторов. Больных миомой матки следует выделять в группу риска по патологии гепатобилиарной системы. Лечение и наблюдение этих больных должно проводиться совместно с гинекологом и терапевтом.

При проведении ультразвукового исследования нами установлены следующие эхографические признаки миомы матки: увеличение размеров матки, деформация ее контуров, округлая и овоидная форма патологического образования миометрия, однородная структура узлов, четкие и ровные контуры узла, по мере роста опухоли гипо-, изо-, гиперэхогенные участки различной формы и размеров.

Необходимо отметить, что увеличение размеров матки происходит не только за счет наличия миомы, но и за счет гипертрофии неизмененного миометрия. Правильная, округло-овальная форма характерна для небольших узлов. Эхогенность во многом зависела от гистологического строения: чем более выражен фиброзный (соединительнотканый) компонент, тем выше эхогенность узла.

Как известно, развитие узла всегда начинается межмышечно (интерстициально). По нашим данным, в 62% случаев опухоль оставалась интерстициальной (интрамуральной). При небольших размерах миомы, ведущим признаком явилось увеличение переднезаднего размера матки. По мере роста начиналась деформация наружного контура матки (тенденция к субсерозному росту). Субсерозно расположенные узлы встречались в 26% случаев. При трансабдоминальном исследовании опухолей больших размеров из-за повышенной эхогенности и «слоистой» структуры снижается звукопроводимость, создается акустическая тень, что ведет к недостаточной визуализации расположенных дистальнее по отношению к датчику участков как самого узла, так и миометрия. Однако это можно компенсировать применением трансвагинального сканирования, при котором также дистальные отделы будут хуже определяться, но ультразвуковой луч проходит в направлении от миометрии к узлу и серозной оболочке матки. Следовательно, при совмещении двух доступов (абдоминальной и вагинальной) информация о состоянии опухоли и миометрия с эндометрием будет более полной.

При формировании миомы в миометрии на границе с серозной оболочкой образуется основание узла, которое бывает довольно узким (так называемая

«ножка»). Во время ультразвукового исследования создается впечатление отсутствия общей связи его с маткой. Тщательный поиск основания узла даже при трансвагинальном доступе не всегда дает положительный результат. Применение ЦДК облегчает эту задачу, когда в большинстве случаев удается визуализировать сосуды, проходящие в ножке. Субсерозные узлы, особенно больших размеров, могут приводить к стойкому синдрому тазовых болей за счет растяжения и раздражения брюшины. Кроме того, они могут нарушать функцию рядом расположенных органов (мочевой пузырь, кишечник). Поэтому при обнаружении опухолей больших размеров, особенно расположенных по боковым стенкам матки, необходимо обследовать почки с целью выявления нарушения уродинамики.

Субмукозное расположение узла наблюдалось в 12,0% случаев. В этом случае происходит деформация срединного комплекса, лучше выявляемая в секреторную фазу цикла эндометрия повышенной эхогенности. Если миома интерстициальная с центрипетальным ростом, то часть ее остается погруженной в миометрий, а внутрипросветная часть покрыта эндометрием. Данная дифференциальная диагностика необходима для выработки дальнейшей тактики ведения больной и определения метода лечения и хирургического доступа.

Необходимо отметить, что даже небольшая по размерам субмукозная миома матки приводит к выраженным клиническим проявлениям в виде гиперполименореи, бесплодию и невынашиванию беременности. В наших исследованиях преобладала субмукозная форма миомы матки, сопровождающаяся обильным кровотечением и осложнившаяся анемией. В связи с этим объем операции увеличивался до тотальной и субтотальной гистерэктомии.

Для диагностики роста опухоли мы измеряли объем опухоли в динамике каждые две недели. Диагностическими критериями «быстрого роста» миоматозного узла является увеличение его объема на 10 см³ и более при повторной эхографии через месяц.

Сочетание абдоминального и вагинального доступа ультразвукового исследования, по нашим данным, способствовало повышению точности диагностики миомы матки до 98,8%.

По полученным данным, эхографическими диагностическими признаками миомы матки являются:

- увеличение размеров матки,
- деформация контуров матки,
- округлой и овоидной формы патологические образования (узлы) миометрия,
- однородная структура узлов.
- четкие и ровные контуры узла.
- по мере роста опухоли определение гипо-, изо-, гиперэхогенных участков различной формы и размеров.

Эхографическими диагностическими признаками осложнений миомы матки являются:

1. При «быстром росте» миомы (пролиферирующая):

а) выраженная неоднородность узла за счет чередующихся участков гипо- и гиперэхогенности зон,

б) выраженная деформация наружного контура,

в) увеличение объема миоматозного узла на 10 см³ и более при повторной эхографии через месяц;

2. При «отеке узла»:

а) гипозоногенное образование,

б) симптом «усиления отражения» от задней стенки узла,

в) в динамике значительное увеличение размеров узла вследствие отека;

3. При нарушении питания узла и некрозе:

а) анэхогенные полости различной формы и размеров,

б) полная кистозная дегенерация миомы,

в) утолщение периферической зоны опухоли,

г) выраженная неоднородность узла: гиперэхогенные участки, в которых встречаются анэхогенные полости.

Комбинирование абдоминального и вагинального доступа ультразвукового исследования способствуют повышению информативности и точности диагностики миомы матки и ее осложнений до 98%.

Изучение скорости кровотока у пациенток контрольной (здоровой) группы показало, что достоверной разницы в маточных, аркуатных и яичниковых артериях справа и слева нет. Так, ИР в маточных артериях с обеих сторон составил $0,83 \pm 0,06$ и $0,84 \pm 0,04$, в аркуатных артериях – $0,82 \pm 0,01$ и $0,82 \pm 0,01$, в яичниковых артериях – $0,80 \pm 0,06$ и $0,81 \pm 0,07$. Показатели ПИ в исследуемых сосудах справа и слева также достоверно не отличались. Следовательно, скорость кровотока в матке у здоровых женщин как справа, так и слева одинаковая.

Сравнение показателей индексов сосудистых сопротивлений у женщин с миомой матки (основная группа) и здоровых женщин (контрольная группа) также установило отсутствие достоверной разницы в скорости кровотока. Так, ИР у женщин с миомой матки без осложнений был равен справа и слева в маточных артериях $0,82 \pm 0,01$ и $0,80 \pm 0,01$, аркуатных артериях – $0,82 \pm 0,03$, яичниковых артериях – $0,81 \pm 0,08$ и $0,80 \pm 0,08$, соответственно и достоверных отличий данных показателей от показателей контроля не наблюдалось. Показатели ПИ в исследуемых сосудах у женщин с миомой матки без осложнений также достоверно не отличались от контроля.

Таким образом, скорость кровотока в исследуемых сосудах у женщин с миомой матки без осложнений была такая же, как и у здоровых женщин репродуктивного возраста.

По результатам наших исследований, в зависимости от ведущего осложнения основную группу

разделили на подгруппы: 1-я подгруппа – женщины с бессимптомной миомой, 2-я подгруппа – 18 женщин с «гиперполименореей», 3-я подгруппа – 12 пациенток с «быстрым ростом», 4-я подгруппа – 5 больных с «отеком узла».

При сравнении показателей СДО исследуемых сосудов у женщин 1-й подгруппы установлено достоверное снижение его в сосудах матки $-1,75 \pm 0,31$ ($p < 0,01$). Так, у пациенток с «гиперполименореей» этот показатель в маточных артериях в среднем составил $3,27 \pm 0,13$ ($p < 0,01$); в аркуатных артериях – $2,39 \pm 0,05$ ($p < 0,001$); $3,14 \pm 0,81$ – в яичниковом кровотоке.

При «быстром росте» (3-я подгруппа) СДО составил справа $2,20 \pm 0,04$ ($p < 0,01$) в маточных артериях, $2,07 \pm 0,10$ в аркуатных артериях. При «быстром росте» СДО в маточных артериях при первом исследовании был равен $3,4 \pm 0,1$ справа, $3,7 \pm 0,2$ слева, при повторном исследовании через месяц – $2,2 \pm 0,01$ справа, $2,4 \pm 0,1$ слева, т.е. достоверно ниже ($p < 0,05$).

ИР исходно в маточных артериях был равен $0,7 \pm 0,01$ справа, $0,7 \pm 0,02$ слева. При втором исследовании этот показатель был равен соответственно $0,6 \pm 0,009$ и $0,6 \pm 0,01$, т.е. по сравнению с первым исследованием достоверно снижался ($p < 0,05$). В остальных сосудах достоверных изменений не наблюдалось. Следовательно, при «быстром росте» кровотоков резко увеличивается только в маточных артериях.

В случаях «отека узла» (4-я подгруппа) показатели СДО достоверно снизились, составив в маточных артериях справа – $2,48 \pm 0,13$ ($p < 0,001$), слева – $2,60 \pm 0,01$ ($p < 0,01$), в яичниковых артериях справа – $3,54 \pm 0,06$ ($p < 0,001$), слева – $3,54 \pm 0,06$ ($p < 0,05$).

ИР в исследуемых сосудах у женщин с осложнениями миомы матки были равны: с «гиперполименореей» (2-я подгруппа) в маточных артериях $0,68 \pm 0,01$ справа, $0,66 \pm 0,01$ слева; в аркуатных артериях $0,58 \pm 0,08$ справа, $0,60 \pm 0,05$ слева; в яичниковых артериях – $0,48 \pm 0,12$ справа, $0,50 \pm 0,12$ слева.

При «быстром росте» (3-я подгруппа) ИР в маточных артериях составил $0,58 \pm 0,09$ справа, $0,59 \pm 0,01$ слева; в аркуатных артериях $0,52 \pm 0,01$ ($p < 0,05$) слева, $0,55 \pm 0,09$ справа; в яичниковых артериях $0,78 \pm 0,09$ справа, $0,80 \pm 0,11$ слева.

В случаях «отека узла» (4-я подгруппа) ИР в маточных артериях был равен $0,58 \pm 0,02$ справа, $0,60 \pm 0,02$ слева; в аркуатных артериях справа и слева – $0,73 \pm 0,19$, в яичниковых артериях $0,74 \pm 0,01$ ($p < 0,05$) справа, $0,76 \pm 0,02$ слева.

ПИ исследуемых сосудов у женщин с осложнениями миомы матки составил: с «гиперполименореей» (2-я подгруппа) в маточных артериях $1,02 \pm 0,02$ ($p < 0,01$) справа, $0,97 \pm 0,02$ слева; в аркуатных артериях $0,82 \pm 0,01$ справа, $0,84 \pm 0,01$ слева; в яичниковых артериях $0,80 \pm 0,20$ справа, $0,82 \pm 0,20$ слева. Внутриопухольевой кровотоков определялся и ПИ был равен $0,62 \pm 0,11$.

В 3-й подгруппе (с «быстрым ростом») этот показатель был равен в маточных артериях $0,80 \pm 0,01$ ($p < 0,01$) справа, $0,82 \pm 0,02$ слева; в аркуатных артериях $0,72 \pm 0,02$ справа, $0,78 \pm 0,02$ ($p < 0,01$) слева; в яичниковых артериях $1,27 \pm 0,04$ справа, $1,36 \pm 0,04$ слева. Внутриопухолевой кровотоков определялся, ПИ был равен $0,71 \pm 0,01$.

У женщин с миомой матки, осложнившейся «отеком узла» (4-я подгруппа) ПИ в маточных артериях был равен $0,82 \pm 0,04$ справа, $0,88 \pm 0,08$ слева; в аркуатных артериях – $0,72 \pm 0,02$, в яичниковых артериях – $1,08 \pm 0,02$ справа, $1,18 \pm 0,04$ слева. Достоверное снижение этого показателя отмечалось в аркуатных артериях слева ($p < 0,001$), в яичниковых артериях справа ($p < 0,01$). Определялся внутриопухолевой кровотоков, и ПИ в этой подгруппе был равен $0,62 \pm 0,02$.

Проведенные ЦДК и доплерометрические исследования показали, что при осложнении миомы матки «гиперполименореей» отмечается усиление кровотока в маточных и аркуатных артериях в среднем на 30% и более, а в яичниковых скорость крови остается без достоверных изменений. При «быстром росте» скорость кровотока в маточных и аркуатных артериях повышается в среднем на 50% и более по сравнению с миомой матки без осложнений.

В случае «отека узла» отмечается увеличение кровотока в аркуатных артериях в среднем на 40%, а в маточных – в среднем на 25%. В яичниковых артериях достоверного изменения кровотока не установлено.

Таким образом, диагностическим критериями осложнений миомы матки при ЦДК и доплерометрии являются:

1. Чем меньше узел, тем реже в нем определяются сосуды.

2. Минимальная васкуляризация отмечается в простой миоме, более выраженная – в пролиферативной.

3. Аваскуляризация кистозных полостей.

4. При «гиперполименорее» и «быстром росте» усиление кровотока в маточных и аркуатных артериях на 30-50%.

5. При «отеке узла» – усиление кровотока в аркуатных артериях в среднем на 40%, в маточных артериях – в среднем на 25%.

6. При ЦДК определяются: выраженная васкуляризация узла и внутриопухолевой кровотоков.

Проведение комплексного УЗИ (абдоминальная и трансвагинальная эхографии, ЦДК и доплерометрия) способствовало повышению точности диагностики миомы матки и ее осложнений с воспроизводимостью – 96%, чувствительностью – 99%, специфичностью – 88%. Таким образом, скорость кровотока, ПИ и ИР в маточных артериях зависит от степени пролиферативного процесса миоматозного узла, что также дает возможность прогнозировать интенсивность роста опухоли и выбора дальнейшей тактики ведения этих женщин [10].

ВЫВОДЫ

1. Больных с миомой матки следует выделять в группу риска по патологии гепатобилиарной системы, что подтверждается нарушением антитоксической функции печени, причем в зависимости от расположения узла и характера нарушений менструальной функции.

2. Необходимо проведения целенаправленной коррекции функции печени совместно с гинекологом и терапевтом. Кроме того, для дифференцированного лечебного подхода к ведению больных миомой матки рекомендуется сочетание абдоминального и вагинального доступа ультразвукового исследования, что способствует повышению точности диагностики миомы до 98,8%, а проведение ЦДК с определением индексов кровотока способствует своевременной и точной диагностике осложнений в виде быстрого роста и отека, нарушения питания и некроза миоматозного узла.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкина А.В., Крутова В.А., Наумова Н.В. Алгоритм дифференциальной диагностики простой и пролиферирующей миомы матки на основании данных ультразвукового исследования // *Фундамент. иссл.* – 2013. – №11-1. – С. 17-21.
2. Борисова Ю.Ф. О некоторых функциях печени при различных нарушениях менструального цикла // *Акуш. и гин.* – 1982. – №4. – С.33-37.
3. Борисова Ю.Ф., Маусымбаева Н.Б., Неверов И.В. Клинико-патогенетические варианты миомы матки и липидный спектр крови // *Вопросы реабилитации при миоме матки.* – М., 1978. – С. 50-53.
4. Буянова С.Н., Титченко Л.И., Титченко И.П. и др. Возможности современных УЗ-технологий в определении клинико-патогенетического варианта миомы // *Рос. вестн. акуш.-гин.* – 2007. – Т. 7, №5. – С. 36-38.
5. Каримов А.Х., Ахмедова Г.А. Цветное доплеровское картирование в оценке осложнений миомы матки // *Ультразвуковая и функциональная диагностика: Сб. тез. 5-го Съезда ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. Тема 1. Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и перинатологии.* – М., 2007. – №4. С. 60-61.
6. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. – СПб: ЭЛБИ, 2000. – С. 18-52.
7. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Лебедев В.А. и др. Миома матки: патогенез, диагностика, лечение // *Вопр. акуш., гинекол. и перинатол.* – 2008. – №4. – С. 7-18.
8. Irnazarova D.Kh., Yuldasheva D.Yu., Najmutdinova D.K. et al. Vitamin D status in women with uterine fibroids of the Uzbek population // *J. Crit. Rev.* – 2020. – Vol. 7, Is. 17. – P. 2240-2250.
9. Irnazarova D.Kh., Yuldasheva D.Yu., Najmutdinova

D.K. et al. Effect of Excess Body Weight and Deficiency of Vitamin A D on the Clinical Course of Uterine Myoma // Europ. J. Mol. Clin. Med. – 2020. – Vol. 7, Is. 3. – P. 3317-3329.

10. Irnazarova D.Kh., Yuldasheva D.Yu., Najmutdinova

D.K. et al. Duplex scanning of uterine arteries in diagnosis of uterine fibrous // international forum: problems and scientific solutions. Proceedings of the 5th International Scientific and Practical Conference. – Melbourne (Australia), 2020. – P. 76-83.

УДК 618.14-007.42-007.44: 616-089.

O'RTA-OGIR DARAJALI GENITAL PROLAPSI JARROHLIK OPERATSIYALARINING NATIJALARINI TAKOMILLASHTIRISH

Nazarov B. B.,¹ Sapayeva G. F.,² Niyazmetov R. E.³

¹ Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti,

² Xorazm viloyati Urganch tumani tug'ruq kompleksi akusher-ginekologiyasi,

³ Akusherlik ginekologiya kafedrası

РЕЗЮМЕ

Нами проведен сравнительный анализ результатов лечения 102 больных пролапсом гениталий III и IV степени. Применение метостыля способствовало повышению скорости регенерации ткани и улучшило показатели эффективности хирургического лечения больных пролапсом внутренних половых органов. Использование метостыля позволило сократить сроки лечения в среднем на $1,6 \pm 0,3$ суток.

Ключевые слова: Проллапс гениталий, метостыл, пластические хирургические операции.

ALOQADORLIK

Jinsiy organlarning prolapsi – nafaqat menopauzadagi ayollarda, balki ko'pincha yosh ayollarda ham jiddiy muammo hisoblanadi. So'nggi o'n yilliklarda, ayollarning genital prolapsasi muammosi, ayniqsa, tarqalishi va hayot sifatiga o'ta salbiy ta'sir ko'rsatishi tufayli keskinlashdi [5,6]. Genital prolapsning jarrohlik davolash muammosi akusherlik va ginekologik kongresslar va konferentsiyalarda muntazam muhokama qilinadigan mavzu [2; 4].

Genital prolapsni tos bo'shlig'i grijasi deb hisoblash kerak. Ko'pincha, ayollarda boshqa lokalizatsiya grijasi tarixi bor [3]. Agar ilgari bu patologiyaning asosiy sababi biriktiruvchi to'qima displaziya ekanligi haqida fikr ustun kelgan bo'lsa, keyingi yillarda kasallik sabablari orasida perineal travma pariteti yuqori, bachadonning ligamentli apparati zaifligi va qon ta'minoti buzilgan tos organlarida tobora ko'proq uchraydi [4,7].

Yuqorida aytilganlarning barchasi trofik regenerative jarayonlar intensivligining pasayishi uchun birqa tor tabiiy shart – sharoitlarni yaratadi, bu esa asoratlarni, nuqsonli epitelizatsiya va kasallikning qaytalanish xavfini tug'diradi. Vaginada operatsiyadan keyingi tikuvlarni qayta ishlashning an'anaviy usullari faqat antiseptik ta'sir ko'rsatishga qaratilgan [1].

SUMMARY

We conducted a comparative analysis of the results of treatment of 102 patients with genital prolapse of the III and IV degrees. The use of metostyle contributed to an increase in the rate of tissue regeneration and improved the effectiveness of surgical treatment of patients with prolapse of the internal genital organs. The use of metostyle allowed to reduce the duration of treatment by 1.6 ± 0.3 days.

Key words: Genital prolapse, metostyle, plastic surgery.

Biz kombinatsiyalangan dorilarni qo'lladik: vaginal sham shaklida metostil-antibakterial, yallig'lanishga qarshi va antifungal preparat.

Bitta sham quyidagilarni o'z ichiga oladi: 200 mg metronidazol, 160 mg klotrimazol va 8 mg xlorheksidin. Preparat antibakterial ta'sirga ega va shilliq pardalarning yangilanishini kamaytiradi.

TADQIQOTNING MAQSADI

operatsiyadan keying davrda genital prolaps bilan Metostilning samaradorligini o'rganish.

MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARI

Klinik tadqiqotlar Buxoro viloyati perinatal markazida va “Lora-stom” xususiy klinikasida 2017 yildan 2020 yilgacha o'tkazildi. Tadqiqotga ko'ra jinsiy a'zolarining prolapsasi va prolapsi uchun vaginal yo'l bilan plastic jarrohlik amaliyotini o'tkazgan, bularga 39 yoshdan 67 yoshgacha bo'lgan 102 bemor kirdi. Reproktiv davrda 28 (27,4%) ayol, perimenopozal davrda 33 (32,3%) ayol, menopauzadan keying davrda 41 (40,1%) ayol bor edi.

Operatsiyadan oldin barcha bemorlar standart tibbiy ko'rikdan o'tdilar. Kasallikning davomiyligi 3 yoshdan 16 yoshgacha o'zgargan.

TADQIQOT NATIJALARI VA ULARNI MUHOKAMA QILISH

Bemorlarimiz quyidagi holatlarda jarrohlik amaliyo-

tiga yotqizilgan: II bosqich genital prolaps - 24 (23,5%), III bosqich - 45 (44,1%); IV bosqich - 33 (32,3%) bemor. Ichki jinsiy a'zolar prolapsasini miqdoriy baholashning ICS tizimi prolapsning bosqichini aniqladi (POP-Q). Bemorlarning ko'pchiligida jinsiy a'zolar prolapsasi qo'shni organlarning funktsiyalarining buzilishi bilan kechdi: 69 (67,6%) bemorlar siydik disfunktsiyasidan aziyat chekishgan, va tez-tez siyish - 59 (57,8%) ayollar, 10 (9,8%) da siyish qiyinligi.); 38 (37,2%) bemorda ich qotishi aniqlangan. 61 (59,8%) ayolda bir vaqtda patologiya (biriktiruvchi to'qima displaziya belgilari) kuzatilgan; qorin bo'shlig'i bosimining surunkali o'sishiga olib keladigan kasalliklar - 72 (70,5%) bemorda ro'y bergan.

Har bir bemor uchun yoshi, asosiy va kombinatsiyalangan ginekologik va ekstragenital patologiyalarni hisobga olgan holda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik, jarrohlik davolash va operatsiyadan keying davolanishning individual dasturi tuzilgan.

Jarrohlik davolash hajmi: oldingi kolporafiya, perineolevatoroplastika bilan posterior kolporafiya 102 (100,0%) bemorda, 42 (41,1%) bachadon bo'yni amputatsiyasi bilan, 26 (25,4%) ventrofiksiya bilan va 8 - (7, 8%) bachadonning vaginal ekstiratsiyasi bilan. Operatsiyadan keying davrda qo'llaniladigan davolash usullariga qarab, barcha bemorlar shartli ravishda 3 guruhga bo'lingan.

Birinchi guruhga operatsiyadan keying davrda antiseptik eritmalar bilan vaginal choklarni sanitariya qilish uchun ishlatilgan 32 (31,3%) bemorlar kirgan.

Ikkinchi guruhga kuniga bir marta 5 kun davomida metostilli sham qo'ygan 36 (35,2%) ayol kirgan.

Uchinchi guruh 34 (33,3%) bemorni o'z ichiga oladi. Operatsiyadan keying davrda ushbu guruh bemorlari vagina ichiga 7 kun davomida kuniga 1 marta metostilli sham qo'yadilar.

Davolash natijalarini baholash klinik ko'rsatkichlar bo'yicha o'tkazildi: kasalxonada qolish davomiyligi, operatsiyadan keying qinning tiklanish tezligi, sub'ektiv shikoyatlar: qichishish, yonish, og'riq, qon oqishi yoki

yo'qligi. Tekshiruv va paypaslashda: og'riq, giperemiya, shish, xarakterli oqindi, operatsiyadan keying choklar infektsiyasi belgilari.

Davolash natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, operatsiyadan keying choklar sohasidagi og'riqlar shikoyati operatsiyadan keying dastlabki ikki kun ichida barcha guruh bemorlari tomonidan qayd etilgan. Vaginada qichishish va yonish bemorlarni bezovta qilmadi. Ginekologik tekshiruv Metostil va Olazol ishlatilgan bemorlar guruhida yaxshi natijalarni ko'rsatdi.

7 kun davomida metostil ishlatgan bemorlar guruhi-da qindan muko-oqindi $4,12 \pm 0,16$ kunga ($p < 0,05$), ikkinchi guruhda $4,47 \pm 0,65$ kunga ($p < 0,05$) va birinchi guruh $8,34 \pm 0,84$ kunga ($p < 0,05$).

Davolash usullariga qarab, shish, operatsiyadan keying tikuv giperemiyasi kabi mahalliy yallig'lanish belgilarining dinamikasini tahlil qilishda shunga o'xshash o'zgarishlar qayd etilgan. Metostil va Levomikol ishlatilgan bemorlar guruhida yaxshi ta'sir qayd etildi. Antiseptik eritmalar bilan davolangan 9 (28,1%) bemorda og'ir shish, operatsiyadan keying tikuv giperemiyasi $4,58 \pm 0,37$ ($p < 0,05$) kungacha saqlanib qolgan, metostil va levomikol olgan bemorlar guruhida esa bunday asorat kuzatilmagan.

Barcha operatsiya qilingan bemorlarda jarrohatni davolash birlamchi kuchlanish bilan davom etdi. Birinchi guruh bemorlarining kasalxonada qolish muddati $7,21 \pm 0,27$ kun, metostil bilan davolangan bemorlar guruhida - $6,23 \pm 0,18$ kun, levomikol bilan metostil olgan bemorlar guruhida - $5,32 \pm 0,17$ kun $p < 0,05$.

XULOSA

Shunday qilib, olingan natijalar shuni ko'rsatdiki, Metostilni operatsiyadan keying davrda jinsiy a'zolar prolapsasi uchun vaginal jarrohlikdan so'ng foydalanish to'qimalarning yangilanish tezligini oshiradi va ichki genital prolapsasi bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolash samaradorligini oshiradi. Metostilni qo'llash davolanish muddatini $1,6 \pm 0,18$ kunga qisqartirish imkonini beradi ($p < 0,05$).

ADABIYOTLAR

1. Qurbonov B.B., Qurbonov B.B. Genital prolapsni davolash uchun jarrohlik taktikasini takomillashtirish. Avtoreferat. 2019 yil 4-11
2. Gasparyan S.A., Afanasova E.P., Starichenko L.V. Genital prolapsda tos bo'shlig'ini rekonstruksiya qilishda mesh endoprotezlari. // Ambulatoriya amaliyoti – yangi ufqlar. - M., 2018.- S. 75-76.
3. Ilyina I.Yu., Dobroxotova Yu.E., Jdanova M.S. Birlashtiruvchi to'qima displazi bo'lgan ayollarda kollagen hosil bo'lish jarayonlarini takomillashtirishga qaratilgan davolash usullarini optimallashtirish // RUDN xabari. Seriya: "Tibbiyot. Akusherlikvaginekologiya". - 2017. - No 5. - S. 76-81.
4. Manuxin I.B., Visotskiy M.M., Xarlova O.G. va

- boshqalar. Laparoskopik sakrokolpopeksiya genital prolaps uchun tanlov usuli sifatida // Ambulatoriya amaliyoti - yangi ufqlar. - M., 2016.- S. 211-212.
5. Radzinskiy V.E., Petrova V.D., Xamoshina M.B. va boshqa plastik jarrohlikdan so'ng yaralarni davolashni optimallashtirish // Akusherlik va ginekologiya. - 2015. - № 1. - S. 89-94.
6. Niyozmetov R.E. vaboshqalar. "Ginekologik amaliyotda operatsiyadan oldingi tayyorgarlikdagi konjugatsiyalangan estrogenlarning roli // «Grand Mir Hotel» ilmiy-amaliykonferentsiyasi, Toshkent. 2017 yil.
7. «Xalqaro almashinuv va hamkorlikni kuchaytirish va minimal invaziv jarrohlikning innovatsiyalari va rivojlanishiga ko'maklashish» // Xalqaro ilmiy va amaliy. Xitoy, Urumchi. 2013 yil.

УДК: 618.11.006.2-089.87

СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ДО И ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ДЕКОРТИКАЦИЯ ЯИЧНИКОВ

Назарова Г.Д., Шукуров Ф.И.
Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

Кузатув остида 120 нафар аёллар бўлди, улардан 90 нафариди тухумдонлар декортикацияси эндожарроҳлик амалиёти ўтказилган, назорат гуруҳини 30 нафар репродуктив ҳолатини баҳолаш мақсадида муружаат қилган аёллар ташиқил этди. Тухумдонлар захирасини баҳолаш учун унинг эхографик ва биокимёвий маркерлари текширилди. Жарроҳликгача амалиетигача ўтказилган тухумдонлар захираси маркерларини текшируви 90 нафар аёлларда тухумдонлар ҳажми $12,5 \pm 0,5 \text{ см}^3$, антрал фолликулалар сони 14–16, диаметри 6–7 мм ($6,28 \pm 0,23 \text{ мм}$) ташиқил этди ва улар асосан тухумдон оқиш пардасининг тагида жойлашганлиги аниқланди. АМГнинг миқдори $12,5 \text{ нг/мл}$ -ни ташиқил этди. Жарроҳликдан 3 ойдан кейин тухумдонлар захираси маркерларини текшируви тухумдонлар ҳажмининг $8,5 \pm 0,7 \text{ см}^3$ -гача, антрал фолликулалар сонининг 10тагача камайиши ҳамда АМГ миқдорининг $2,5 \text{ нг/мл}$ -гача пасайиши кузатилди. Тухумдонлар декортикацияси қўлланилган аёлларнинг тухумдонлар захирасини маркерларида мазкур жарроҳлик амалиётининг салбий таъсири аниқланмади.

Калит сўзлар: тухумдонлар поликистоз синдроми, фолликулалар, тухумдонлар захираси, антимюллер гормон, лапароскопия.

В структуре бесплодного брака немалую долю занимают нарушения репродуктивной системы, обусловленные синдромом поликистозных яичников (СПЯ) [1-3]. По последним данным, именно СПЯ являются причиной каждого третьего случая женского бесплодия [4,5,7]. К сожалению, несмотря на большое количество работ, посвященных данной проблеме, в нашем регионе до конца не изучены вопросы оценки овариального резерва (ОР) у женщин с СПЯ до и после эндохирургической операции декортикация яичников. В связи с этим дальнейший поиск новых эффективных методов оценке состояния овариального резерва в современной репродуктологии является задачей, решение которой позволит качественно изменить подходы к диагностике, лечения бесплодия у пациенток с синдромом поликистозных яичников [6,8].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение состояния овариального резерва у жен-

SUMMARY

There were 120 women under observation, of whom 90 were women who had undergone endosurgical surgery for ovarian declination, and 30 were women who applied to the control group to assess their reproductive status. An examination of its geographical and biochemical markers was performed to assess ovarian reserve. Examination of preoperative ovarian reserve markers in 90 women showed that the ovarian volume was $12.5 \pm 0.5 \text{ cm}^3$, the number of antral follicles was 14–16, and the diameter of the ovary was 6–7 mm ($6.28 \pm 0.23 \text{ mm}$). was found at the base of the curtain. The amount of AMG was 12.5 ng / ml . Examination of ovarian reserve markers 3 months after surgery showed a decrease in ovarian volume to $8.5 \pm 0.7 \text{ cm}^3$, the number of antral follicles to 10 and a decrease in AMG to 2.5 ng / ml . No adverse effects of the practice of this surgery were identified on the markers of ovarian reserve in women using ovarian decortication.

Key words: polycystic ovaries, follicles, ovarian reserve, anti-Müllerian hormone, laparoscopy.

щин с синдромом поликистозных яичников до и после эндохирургической операции декортикация яичников.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

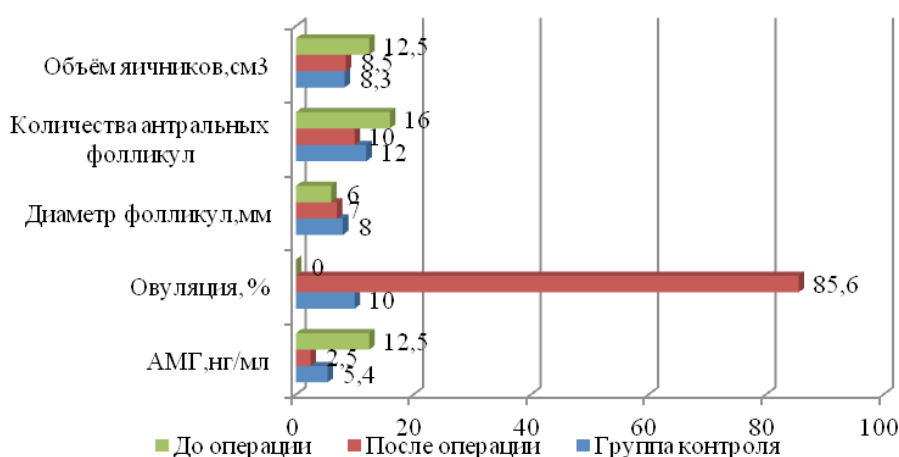
В исследование включены 120 женщин с СПЯ от 18 до 35 лет (средний возраст $28,5 \pm 1,38$ года), заинтересованных в сохранении фертильности, после эндохирургических вмешательств на яичниках. Основную группу составили 90 пациенток с СПЯ с применением декортикация яичников, контрольную группу – 30 здоровых женщин которые обратились для оценки своего репродуктивного потенциала. Диагноз СПЯ был установлен на основании гормональных, ультразвуковых и эндоскопических исследований. Для оценки ОР определяли средний объём яичника и количество антральных фолликулов (КАФ), а также концентрацию АМГ в сыворотке крови. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ

Statistica for Windows v. 7.0. Данные представлены как $M \pm m$. Статистически важным считали различия, удовлетворяющие $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Комплексная ультразвуковая оценка показателей ОР до операции декортикация яичников выявила, что у 90 пациенток объем яичников составил $12,5 \pm 0,5$ см³, антральные фолликулы были в количестве 14-16 с диаметром от 6 до 7 мм ($6,28 \pm 0,23$ мм), располагались по периферии овариальной ткани. Концентрация АМГ до операции декортикация яичников был в 3,5 раза выше и составляла $12,5 \pm 0,6$ нг/

мл. Эхографический мониторинг ОР через 3 месяца после операции декортикация яичников показал уменьшение объема яичников до $8,5 \pm 0,7$ см³, количества антральных фолликулов до 10. Своевременная овуляция в оперированном яичнике наблюдалась у 77 (85,6%) из 90 пациенток. Через 3 месяца у 90 (75,0%) из 120 пациенток с СПЯ концентрация сывороточного АМГ была ниже, чем до операции в 1,4 раза и составляла $2,2 \pm 0,3$ нг/мл. Через 3 месяца после декортикации яичников базальный уровень основного биохимического маркера ОР яичника снизился в 4,8 раза, составив $2,5 \pm 0,3$ нг/мл (рисунок).



Показатели ОР до и после операции декортикации яичников у пациенток с СПЯ.

Таким образом, с точки зрения сохранения овариального резерва оптимальной эндохирургической операцией при СПЯ является декортикация яичников.

ВЫВОДЫ

1. Изучение состояния овариального резерва у наблюдаемых пациенток с СПЯ не выявило отрицательного влияния на эхографические и биохимические маркеры овариального резерва эндохирургической операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Гаспарян С.А. и др. Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению): Клини. рекомендации (протокол лечения) – М., 2015. – 22 с.
2. Ахундова Н.Н. Сочетание эндоскопических методов в диагностике и лечении различных форм бесплодия у женщин // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2017. – №7. – С. 44-48.
3. Гаспаров А.С. Оценка овариального резерва яичников с доброкачественными опухолями после разных видов хирургического лечения // Кремлевская мед. – 2013. – №1. – С. 100-105.
4. Гриценко И.А. Системный подход к восстановлению репродуктивного потенциала у женщин после хирургического снижения овариального резерва // Лечение и профилактика. – 2013. – №2 (6). – С. 18-23.
5. Шукуров Ф.И., Джаббарова Ю.К. Оценка овариального резерва у женщин с бесплодием, обусловленным структурными патологиями яичников, перенесших эндохирургические операции // Вестн. ТМА. – 2016. – №2. – С. 106-108.
6. Deb S. Quantifying effect of combined oral contraceptive pill on functional ovarian reserve as measured by serum antiMullerian hormone and small antral follicle count using threedimensional ultrasound // Ultrasound. Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 39. – P. 574-580.
7. Łebkowska A., Kowalska I. Anti-Müllerian hormone and polycystic ovary syndrome // Endokrynol Pol. – 2017. – Vol. 68, №1. – P. 74-78.
8. Shukurov F.I., Ayupova F.M. The Role of Reproductive Surgery in Diagnostics and Treatment of Combined Pathologies in Women with Infertility Caused by Benign Structural Changes of Ovaries // Amer. J. Med. Med. Sci. – 2019. – Vol. 9, №6. – P. 210-212.

УДК – 618.2:616.94-037-086-095-09

ИММУННАЯ РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА ЖЕНЩИНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НА СОЧЕТАННЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Наркузиева Г.Б., Муминова Н.Х., Арипов О.А., Захидова К.Ш.

Центр развития повышения квалификации медицинских работников,
Джизакский онкологический диспансер

ХУЛОСА

Бугунги кунда иммун тизимнинг ўзгаришида вирусли инфекцияларнинг ўрни, унинг репродуктив ешдаги аёлларнинг организмларида юзага келиши мумкин бўлган ҳолатларда асосий ўринни эгаллайди.

Тадқиқотнинг асосий мақсади вирусли инфекцияси бор репродуктив ешдаги аёлларда иммун тизимнинг бузилишини ўрганишдан иборат.

2 та гуруҳда: соғлом 18 нафар ва вирусли инфекцияли 38 аёлларни иммун тизимни: CD3+, CD4+, CD8+, CD20+ нисбий ва абсолют кўрсаткичлари таҳлил қилинди.

ВПЧ ва бошқа вирусли инфекцияларни ИФА, ПАП-суртма ва кольпоскопия усулларида текширилди.

ВПГ/ВПЧ-инфекцияли аёлларнинг иммун тизимида кўйидаги ўзгаришлар аниқланди: NK-, яъни CD16, 20+ NK хужайраларнинг, CD8+ Т-хужайраларнинг қисман фаоллашиши, HLA-DR пасайиши ва CD4+ Т-хужайраларнинг камайиши кузатилган.

Хулоса шуки иммун тизимдаги бундай ўзгаришлар организмдаги сурункали инфекциянинг борлигининг исботи ва тизимнинг декомпенсацияси юзага келаётгани туфайли инфекцияга қарши кураш бошланганини англатади.

Калим сўзлар: иммун бузилишлар, ҳомиладорлик, вирус инфекциялари, репродуктив ёш, аёллар.

Вирусная инфекция, ее роль в развитии иммунных нарушений различной степени с развитием ряда осложнений в репродуктивной системе как вне беременности, так и при ней остается весьма актуальной проблемой [1,5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка степени иммунных нарушений у женщин репродуктивного возраста с сочетанными вирусными инфекциями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 67 больных репродуктивного возраста 19-37±1,3 года, у которых менструальный цикл был по типу нормопонирующего, в умеренном количестве и с болями различной интенсивности. Все женщины со смешанной вирусной инфекцией и здоровые обследованных были сопоставимы по всем

SUMMARY

Currently, the problem of viral infection, its role in the development of immune disorders of varying degrees with the development of a number of complications in the reproductive system, both outside of pregnancy and during pregnancy, remains a very urgent problem.

The aim of our study was to study the degree of immune disorders in women of reproductive age with combined viral infections.

Were organized 2 groups - 18 healthy without viral lesions and 68 women with HPV / herpesvirus infection, for whom the cellular composition of the immunity CD3 + CD4 +, CD8 +, CD20 + in percentage and absolute values was studied.

The following changes in the immune status are most characteristic: the content of NK cells is significantly increased and their phenotype changes in favor of CD16, 20+ NK cells; the content of CD8 + T cells is moderately increased with a significant increase in their activation state, which is manifested by increased expression of HLA-DR molecules, the relative content of CD4 + T cells is reduced (due to hyperplasia of NK cells) with a shift in favor of CD4 + “memory” cells and regulatory CD4 + cells. , an increase in the indicators of the circulating immune cells.

The data of our research suggests that in case of mixed viral infections, immunocorrective drugs must be included in the treatment.

Key words: immune disorders, pregnancy, viral infections, women of reproductive age.

параметрам. Критерии включения в исследование: информированное согласие на исследование и лечение, подтвержденный анализ ПЦР на ВПЧ и ИФА на ВПГ-2, репродуктивный возраст, условно нормальный менструальный цикл, в анамнезе несколько эпизодов обострения вирусной инфекции и давность предшествующей противовирусной и/или иммуномодулирующей терапии более 4-х месяцев.

В группе женщин со смешанными инфекциями вирус был верифицирован ПАП-мазком после предварительной расширенной кольпоскопии для выявления патологических участков.

Клеточное звено CD3+CD4+, CD8+, CD20+ и ЦИК изучены как в процентном, так и в абсолютном значениях, определяли также количество ЦИК (табл.).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Общий пул Т-лимфоцитов (CD3+) в среднем составил $46,6 \pm 0,9$ в процентном и $737,4 \pm 12,8$ в абсолютных значениях, что было достоверно ($p < 0,001$) ниже, чем у здоровых женщин ($54,5 \pm 0,67$ и $783,5 \pm 58,2$) и отражало понижение реактивности организма в целом. Процентное содержание CD4+Т-хелперов у пациенток с ВПЧ до лечения в среднем составило $27,4 \pm 0,6\%$ и $432,7 \pm 13,4$, тогда как у здоровых было

достоверно ($p < 0,001$) выше – $31,4 \pm 1,7\%$ и $694,1 \pm 28,5$. Содержание CD8+ Т-лимфоцитов у пациенток с ВПЧ было равно $21,9 \pm 0,3\%$ и $341,3 \pm 16,9$, тогда как у здоровых женщин эти показатели составляли соответственно $22,2 \pm 0,3\%$ и $371,6 \pm 18,9$. ИРИ, который характеризует степень угнетения Т-клеточного пула, до лечения был очень низким почти у всех больных – от 0,8 до 1,1, а после курса комплексной терапии повысился до 1,5 (табл.).

Состояние иммунной системы у родильниц с септическими заболеваниями

Показатель	Контрольная группа, n=18	Пациентки с ВПЧ, n=38	p<
Лейкоциты	$6375,9 \pm 200,67$	$9368,4 \pm 167,7$	0,001
Лимфоциты, %	$33,1 \pm 1,1$	$19,9 \pm 0,56$	0,001
Лимфоциты, абс.	$2268,8 \pm 46,2$	$1102,1 \pm 24,5$	0,001
CD3, %	$54,5 \pm 0,67$	$46,5 \pm 0,9$	0,001
CD3, абс.	$783,5 \pm 58,2$	$737,4 \pm 12,8$	
CD4, %	$34,1 \pm 1,7$	$27,4 \pm 0,6$	0,001
CD4, абс.	$694,1 \pm 28,5$	$432,7 \pm 13,4$	0,001
CD8, %	$22,4 \pm 0,3$	$21,9 \pm 0,3$	0,001
CD8, абс.	$371,3 \pm 16,9$	$341,3 \pm 16,9$	0,001
ИРИ	$1,4 \pm 0,07$	$0,9 \pm 0,02$	0,01
CD16,%	$13,4 \pm 0,8$	$22,5 \pm 0,3$	0,001
CD20, %	$20,5 \pm 0,78$	$19,8 \pm 0,3$	
CD20, абс.	$456,3 \pm 43,1$	$320,4,0 \pm 17,4$	0,001
ЦИК, крупные, усл. ед.	$12,5 \pm 1,9$	$29,2 \pm 1,6$	0,001
ЦИК, мелкие, усл. ед.	$19 \pm 3,4$	$45,8 \pm 1,2$	0,001

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

Процентное содержание CD16+ у пациенток с ВПЧ в среднем равнялось $22,5 \pm 0,3$ и $13,4 \pm 0,8$, у здоровых CD20+ $19,8 \pm 0,3$ и $19,8 \pm 0,3\%$, а в абсолютных составляло $320,4,0 \pm 17,4$ и $456,3 \pm 43,1$, что означает у здоровых женщин без вирусных заболеваний было достоверно ($p < 0,001$) выше $31,4 \pm 1,7\%$ и $694,1 \pm 28,5$ в абс.значениях.

Таким образом, снижение количества Т-хелперов, возможно, является одним из проявлений Т-клеточного иммунодефицита, который часто проявляется при инфекционных поражениях, в том числе и при ВПЧ, что и наблюдается в наших анализах [1,5].

Увеличение относительного и абсолютного числа В-лимфоцитов у большинства пациенток, возможно, отражает развитие ответа по гуморальному типу (Th-2 тип), который характерен для на ответа на бактериальную инфекцию. Процентное содержание CD20+ В-лимфоцитов ни во всех пробах было схожим, например, у более 52% пациенток с ВПЧ было очень высоким (от 27 до 33 мг%), у 16% пациенток высоким, а у остальных 32% содержание В-лимфоцитов оставалось в пределах нормы, как и у здоровых женщин без вирусной инфекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что для больных с ВПГ/ВПЧ-инфекцией наиболее характерны следующие изме-

нения иммунного статуса: значительное увеличение содержания НК-клеток и изменение их фенотип ав пользу CD16, 20+NK клеток; умеренное увеличение содержания CD8+Т-клеток с существенным возрастанием их активационного состояния, что проявляется усиленной экспрессией молекул HLA-DR, альфа-цепи рецептора ИЛ-2 (CD25) и появлением клеток, несущих одновременно молекулы CD45RA и CD45RO; снижение относительного содержания CD4+Т-клеток (вследствие гиперплазии NK-клеток) со сдвигом в пользу клеток «памяти» CD4+CD45RA-/RO+ и регуляторных CD4+25+ клеток; умеренный моноцитоз и повышение содержания палочкоядерных нейтрофилов; умеренное повышение уровня IgG и ЦИК, что частично перекликаются с данными ряда исследований [2,4,5].

Таким образом, изменения иммунного статуса свидетельствуют о реакции иммунной системы на хроническую вирусную инфекцию, а также о начавшейся декомпенсации некоторых звеньев противоинфекционной защиты.

Полученные нами результаты указывают на то, что при смешанных вирусных инфекциях для эффективного лечения и эрадикации возбудителей в состав лечения следует включать иммунокорректирующие и противовирусные препараты [2,3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Муминова Н.Х. Коррекция иммунной системы при критических состояниях в акушерстве // Журн. теорет. и клин. мед. – 2011. – №5. – С. 82-84.
2. Муминова Н.Х. Исмаилова А.А. Патологические нарушения в иммунной системе при гнойно-септических состояниях в акушерстве // Журн. теорет. и клин. мед. – 2014. – Т. 1, №3. – С. 1-933.
3. Mery M.L., Piñeros M., Znaor A. et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. – Lyon (France): International Agency for Research on Cancer. Available from. – 2018.
4. Stelzle D., Tanaka L.F., Lee K.K. et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV // New Engl. J. Med. – 2020. – Vol. 383. – P. 1340-1348.
5. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem.

УДК: 613.888-51:616.1

ПРИМЕНЕНИЕ ЧИСТОПРОГЕСТИНОВОЙ ОРАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Насирова З.А., Агабабян Л.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт

ХУЛОСА

Абдоминал тузрукдан кейин аёлларнинг реабилитацияси бугунги кунда энг долзарб муаммолардан бири ҳисобланади.

Мақсад. Кесар кесишдан кейин аёлларда гормонал контрацепция фойдаланиши натижаларини таҳлил қилиши.

Тадқиқот материали. Проспектив таҳлил учун кесар кесиши операциясини ўтказган 73 нафар аёл олинди.

Олинган натижалар. Кузатув динамикасида умумий ҳолат, салбий реакцияларнинг юзага келиши ва гормонал контрацепция самарадорлиги ўрганилди.

Хулоса. Кесар кесишдан сўнг аёлларда соф прогестинли контрацепция (СПК) амалий жиҳатдан қулай, хавфсиз, самарали ва мақбул усул деб ҳисобланди.

Калим сўзлар: кесар кесиши, қайтар контрацепция, соф прогестинли контрацепция, мақбуллик, самарадорлик.

В настоящее время применение и совершенствование современных технологий в области акушерской науки приводит к расширению показаний к операции кесарева сечения. По данным Всемирной организации здравоохранения, на сегодняшний день «...кесарево сечение считается одним из самых распространенных оперативных вмешательств...» [3,7].

В Узбекистане за последние 10-15 лет частота кесарева сечения выросла более чем в два раза, и по данным статотдела РСНПМЦАиГ и РПЦ в 2017 г. составила 18%, достигая в некоторых учреждениях 35-40%.

Использование современной контрацепции обеспечивает охрану здоровья матери и ребенка, приводит к снижению материнской и младенческой

SUMMARY

Optimization of rehabilitation of patients after abdominal delivery continues to be one of the most urgent problems.

The aim. To analyze the use of hormonal contraception in women after abdominal delivery.

The research material. A prospective observation was conducted for 73 women delivered by cesarean section.

Results. In the dynamics of observation, the general condition, the occurrence of adverse reactions, and the effectiveness of hormonal contraception were studied.

Conclusions. Pure progestin contraception (PPK) in women after cesarean section is a practical, convenient, safe, effective and acceptable method of contraception.

Key words: cesarean section, reversible contraception, pure progestin contraception, acceptability, effectiveness.

смертности, т.е. снижает материнскую смертность с 358 тыс. до 105 тыс., неонатальную смертность с 3,2 до 1,5 млн, нежелательную беременность с 75 до 22 млн. В связи с этим использование обратимых методов контрацепции для увеличения интергенетического интервала, а также сохранения репродуктивного здоровья женщин после кесарева сечения остаётся с практической стороны требованием современности [1,5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ приемлемости, побочных эффектов и осложнений обратимого метода контрацепции – чистопрогестиновой оральной контрацепции у женщин после оперативного родоразрешения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Перспективно были обследованы 73 женщины в возрасте от 19 до 39 лет, которые были родоразрешены абдоминальным путем в родильном доме №2 в городе Самарканде. Пациентки были разделены на 2 группы: 1-я (основная) группа – 38 женщин, которые в послеродовом периоде использовали чистопрогестинный контрацептив (ЧПК) дезогестрел 0,075 мг; 2-я (контрольную) группа – 35 женщин, родоразрешенных оперативным путём, но не принимающих гормональные методы контрацепции. Женщины обеих групп достоверно не отличались по возрасту, соматической патологии, паритету. За пациентками наблюдали в течение 12 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

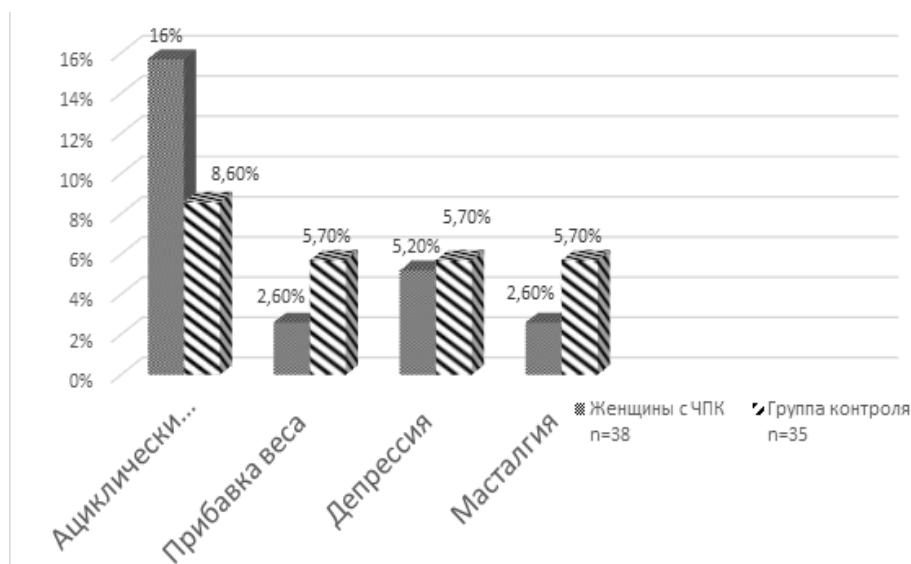
Менструальная функция восстановилась почти полностью на 4-9-й месяц послеоперационного периода: в основной группе – через $5,8 \pm 1,2$ месяца, в

контрольной – через $6,3 \pm 1,3$ месяца.

До 6 месяцев после операции кесарева сечения менструации возобновились у 47,4% женщин, использующих ЧПК. В контрольной группе до этого времени менструации возобновились у 51,4% женщин.

В основной группе 10,5% женщин жаловались на гиперполименорею, 5,2% – на гипоолигоменорею. Длительность грудного вскармливания была разной. Но со временем число лактирующих женщин уменьшалось, и через год послеродового периода кормили грудью только 42,1% женщин.

В основной группе общая частота побочных явлений и осложнений существенно не отличалась от таковых в контрольной группе. Как показали результаты, только у 26,3% женщин основной группы были побочные реакции, из них у 15,8% отмечалось нарушения менструальной функции.



Частота побочных реакций и осложнений у наблюдаемых пациенток, %.

Побочные реакции и осложнения среди пациенток 2-х групп выявлялись почти с одинаковой частотой (соответственно 26,3 и 25,7%). Только у женщин, перенесших кесарево сечение и принимавших ЧПК, ациклические маточные кровотечения встречались почти в два раза чаще, чем у женщин контрольной группы (соответственно 15,7 и 8,6%) ($p < 0,05$). У пациенток основной группы нарушения менструальной функции проявлялись в основном мажущими кровянистыми выделениями, а через 12 месяцев использования контрацептива они исчезали.

У пациенток основной группы грудное вскармливание в среднем продолжалось $7,0 \pm 1,8$ месяца, что достоверно не отличалось от такового в контрольной группе ($7,0 \pm 2,3$ мес.) ($p < 0,05$).

Показатели общего анализа крови при применении чистопрогестинной контрацепции оставались в пределах физиологической нормы ($p < 0,05$).

При анализе гемостазиологических данных достоверных различий между двумя группами не выяв-

лено ($p < 0,05$). Через 12 месяцев уровень фибриногена у пациенток основной и контрольной групп был равен соответственно $3,02 \pm 0,3$ и $3,08 \pm 0,3$ г/л, ПТИ – $83,0 \pm 1,6$ и $82,0 \pm 1,6\%$ ($p < 0,05$).

В процессе применения ЧПК у женщин, перенесших кесарево сечение (87%), достоверных изменений средних показателей массы тела не наблюдалось ($p > 0,05$).

Следует заключить, что у женщин после абдоминального родоразрешения использование чистопрогестинной контрацепции оправдано.

ОБСУЖДЕНИЕ

Применение чистопрогестинной оральной контрацепции у женщин после оперативного родоразрешения сохраняет репродуктивное здоровье женщины, не оказывает отрицательное влияние на систему гемостаза, не влияет на состав грудного молока, что совпадает с данными Н.М. Назаровой и соавт. [3]. По данным А.А. Журиной и соавт. [1], при выборе метода контрацепции в послеоперационном перио-

де необходимо учитывать общее состояние матери, особенности послеоперационного периода, его приемлемость для матери и правильность соблюдения использования контрацептива.

ЧПК в послеоперационном периоде у женщин после абдоминального родоразрешения хорошо регулирует менструальный цикл и удобно в использовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журина А.А. и др. Влияние приема комбинированных оральных контрацептивов на здоровье женщины // *Forcipe*. – 2020. – Т. 3, №5.
2. Захарова И.Н. и др. Кесарево сечение – от античности до нашего времени // *Педиатрия. Прил. к журн Consilium Medicum*. – 2018. – №2. – С. 24-32.
3. Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Некрасова М.Е. Послеродовая контрацепция: эффективность и безопасность // *Гинекология*. – 2018. – Т. 20, №2.
4. Curtis K. M., Peipert J. F. Long-acting reversible contraception // *New England Journal of Medicine*. – 2017. – Т. 376. – №. 5. – С. 461-468.
5. Danis R. B. Contraception for the Postpartum Period // *The Handbook of Contraception*. – Humana, Cham, 2020. – С. 337-344.
6. Roberts T. A., Hansen S. Association of Hormonal Contraception with depression in the postpartum period // *Contraception*. – 2017. – Т. 96. – №. 6. – С. 446-452.
7. Sober S., Schreiber C. A. Postpartum contraception // *Clinical obstetrics and gynecology*. – 2014. – Т. 57. – №. 4. – С. 763-776.

УДК: 618.163

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ 0,1% БЕТАМЕТАЗОНОВОГО КРЕМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНЕХИЙ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ У ДЕВОЧЕК

Негмаджанов Б.Б.¹, Зокиров Ф.И.²

¹Самаркандский государственный медицинский институт

²Городской родильный дом № 2 г. Самарканда

XULOSA

Kichik jinsiy lablar bitishmasi, yoki sinexiyalar – bu kichik jinsiy lablarning fibroz bitishmasi bo'lib, qizlarda qinga kirish qismini qisman yoki butunlay yopilishi, og'ir hollarda esa uretra teshigini ham yopib qo'yadi. Adabiyotlardagi ma'lumotlarga qaraganda 35% hollarda sinexiyalar simptomsiz kechadi va ko'pincha onalar tomonidan qizchalarni yuvintirish vaqtida to'satdan aniqlanadi va oilada psixologik xavotirlikka sabab bo'ladi. Ko'pgina hollarda bunday patologiya bemorlarni keraksiz tekshiruvlardan o'tishiga va shifokorma-shifokor yurishlariga va o'z navbatida oilada psixologik xavotirning yanada kuchayishiga sabab bo'ladi. Mazkur tadqiqotimizning maqsadi 30 nafar kichik jinsiy lablar bitishmasi bor qizchalarda 0,1% betametazon surtmasining samaradorligini aniqlash edi. Buning uchun ginekologik ko'rik o'tkazilib bitishmaning og'irlik darajasi aniqlangandan so'ng kuniga 2 maha 6 haftagacha bo'lgan muddatga 0,1% betametazon surtmasini surish buyurildi. Bizning tadqiqotimiz kichik jinsiy lablar bitishmasida 0,1% betametazon surtmasini qo'llash 100% samaradorlikka ega ekanligini ko'rsatdi. Bunda hech qanday nojuya ta'sirlar yoki qoniqarsiz holatlar kuzatilmadi.

Kalit so'zlar: kichik jinsiy lablar bitishmasi, 0,1% betametazon surtmasi.

SUMMARY

Labial adhesions or the so-called synechiae vulvae is a fusion of the labia minora, which completely or partially closes the vaginal opening, in severe cases, and urethra. According to the recent data, in more than 35% of cases the labial adhesions remain asymptomatic, and the finding of this during hygienic procedures entails enormous psychological discomfort in the family. Usually, such patients undergo unnecessary examinations and wanderings around several physicians, which in turn adds more psychological stress. The aim of the study was to evaluate the effectiveness of 0.1% betamethasone ointment in treatment of 30 girls with labial adhesions. After a gynecological examination and assessment of the severity of adhesions, 0.1% betamethasone ointment was prescribed for treatment for up to 6 weeks. Our study showed that the use of 0.1% betamethasone ointment for labial adhesions in girls is 100% effective. No side effects or adverse outcomes have been observed.

Key words: labial adhesions, 0.1% betamethasone ointment.

Сращения малых половых губ, или так называемые синехии, представляют собой фиброзное сращение малых половых губ, которое полностью или частично закрывает вход во влагалище, а в тяжелых случаях и в уретру [4]. По данным литературы, более чем в 35% случаев синехии остаются бессимптомными [8,10], и находка данной патологии становится случайной во время гигиенических процедур, что влечет за собой огромный психологический дискомфорт в семье. Обычно такие пациентки подвергаются множеству ненужных исследований, что становится дополнительной психологической нагрузкой.

Синехии можно легко диагностировать при обычном осмотре. При осмотре сращения представляют собой тонкую, бледную, полупрозрачную мембрану, которая закрывает вход во влагалище между малыми половыми губами. Обычно сращение начинается с задней спайки и направляется впереди в сторону клитора на некоторое расстояние. В тяжелых случаях синехии полностью перекрывают вход во влагалище и уретру. Поэтому во время осмотра необходимо исключить другие патологии наружных половых органов, такие как сращение больших половых губ, которое наблюдается при НФП, атрезия девственной плевы, киста гартнерова протока, атрезия влагалища, пролапс уретры, уретральный полип, парауретральные кисты и др.

Для диагностики синехий нет необходимости в специальных методах исследования [4]. Когда синехии полностью перекрывают вход во влагалище и иногда уретру моча начинает затекать во влагалище появляются симптомы обструкции мочеиспускания, подтекание мочи после акта мочеиспускания, так называемое постмочеиспускательное подтекание мочи или влагалищное мочеиспускание, в тяжелых случаях вплоть до острой задержки мочи и дизурических симптомов. [10]. У 20-40% пациенток из-за задержки мочи наблюдаются симптомы инфекций мочевого тракта, гематурия, симптомы вульвовагинита [4,8].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности применения 0,1% бетаметазонового крема при лечении синехий малых половых губ у девочек.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под амбулаторным наблюдением находились 30 девочек в возрасте 10-24 месяцев, обратившихся с синехиями малых половых губ в отделение эндокринной гинекологии Самаркандского областного многопрофильного детского медицинского центра в 2010-2020 гг. Всем девочкам проводился гинекологический осмотр в позе лягушки и после подтверждения диагноза оценивали тяжесть спайки путем оценки протяженности закрытия интроитуса и плотности спайки (табл. 1).

Таблица 1

Тяжесть спайки при синехиях малых половых губ

Протяженность закрытия интроитуса оценивали по 5-балльной шкале:		Плотность спайки оценивали по 4-балльной шкале:	
балл	протяженность закрытия	балл	плотность
0	полностью открытый	0	спайки нет
1	закрыт на 25%	1	тонкая спайка
2	закрыт на 50%	2	спайка средней толщины
3	закрыт на 75%	3	плотная спайка
4	полностью закрыт (100%)		

После получения информированного письменного согласия родителей пациентки мы подробно объясняли матерям девочек технику нанесения 0,1% бетаметазонового крема, который наносился 2 раза в день с небольшим давлением до полного разъединения спайки. По телефону поддерживали связь с мате-

рями пациенток на протяжении всего курса лечения. После полного разъединения спаек они приходили на повторный осмотр.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Первичные клинические характеристики исследуемых девочек приведено в таблице 2.

Таблица 2

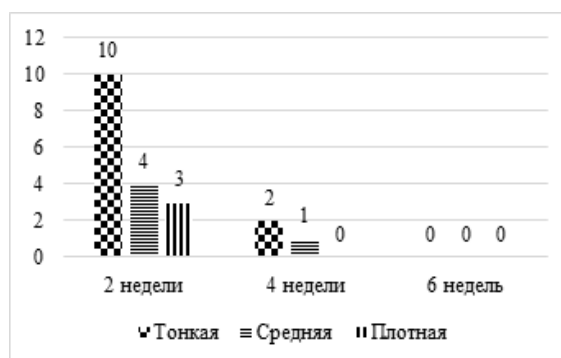
Клинические характеристики больных

Клиническая характеристика	Число больных, абс. (%)
Протяженность закрытия входа во влагалище, %	
25	2 (6,7)
50	9 (30)
75	6 (20)
100	13 (43,3)
Плотность спайки	
Тонкая	7 (23,4)

Средняя	19 (63,4)
Плотная	4 (13,2%)
Инфекции мочевого тракта	-
Признаки вульвовагинита	5 (16,7)
Постмочеиспускательное подтекание мочи	4 (13,4)
Задержка мочи и дизурические явления	-

Протяженность курса лечения мы условно разделили на 3 периода: соответственно 2, 4 и 6 недель. При отсутствии разъединения после 2-недельного курса лечения мы повторно оценивали плотность спайки и при наличии эффекта мы назначали повторный 2-недельный курс (рисунок). На протяжении

всего периода исследования ни у одной из пациенток побочных эффектов использования 0,1% бетаметазонового крема не наблюдалось. Все пациентки переносили лечение хорошо. Неблагоприятных исходов лечения не наблюдалось.



Показатели тяжести спаек в зависимости от продолжительности лечения.

Из рисунка видно, что после лечения спайки становились тоньше, чем при первичном обращении, что указывало на эффективность применения 0,1% бетаметазонового крема. Это и послужило критерием для назначения следующего повторного курса ле-

чения.

Наше исследование показало, что в зависимости от тяжести спаек полный курс лечения не превышал 6 недель. Результаты лечения показаны в таблице 3.

Таблица 3

Исход лечения синехий в зависимости от продолжительности курса лечения

Полное разъединение спаек	2 недели	4 недели	6 недель
Да	13	+14	+3
Нет	17	3	=

В настоящее время точная этиологии возникновения синехий малых половых губ неизвестна, преобладающей гипотезой их возникновения считают гипоэстрогенные состояния, поэтому данная патология после наступления менархе не встречается. Эту гипотезу поддерживает также тот факт, что синехии часто наблюдаются у женщин постменопаузального периода, т.е. после угасания функций яичников. Однако исследование, проведенное М.К. Сағлар и соавт. в 2007 г., показало, что нет статистически значимых отличий в уровне эстрадиола у детей с синехиями и детей контрольной группы [2]. Также, по мнению ряда авторов, в развитии синехий немаловажную роль играют воспалительные процессы, механическое раздражение и травмы тканей [1,4,8,10].

По данным литературы, синехии малых половых губ встречаются у 1,8% девочек, с пиком встречаемости в возрасте 13-23 месяцев [3,4]. Относительно

методов лечения синехий некоторые авторы рекомендуют выжидательную тактику до появления симптомов, тогда как другие считают, что лечение надо начинать немедленно с целью предотвращения появления симптомов [8,10].

На сегодняшний день методом выбора лечения синехий при бессимптомном течении является использование эстрогенсодержащих кремов. К хирургическому – мануальному методу лечения – многие авторы рекомендуют прибегать при неэффективности консервативной терапии и/или при плотных сращениях, при симптоматическом течении синехий, а также при отказе родителей от консервативной терапии [1,8,10].

По разным данным, эффективность местных эстрогенсодержащих составляет 15-100%, а частота рецидивов варьирует в пределах 11-41% [6,8,10]. При мануальном лечении частота рецидива составляет

15%, т.е. рецидивы наблюдаются и при консервативной, и при хирургической тактике. С каждым рецидивом сращения становятся еще более плотными и протяженными [8,10].

Основным недостатком мануального разделения сращений является болезненность процедуры, поэтому ее рекомендуется проводить под общим обезболиванием [8]. Недостатками и побочными эффектами местных эстрогенсодержащих кремов являются местный раздражающий эффект, гиперпигментация вульвы, нагрубание и увеличение молочных желез и нередко кровянистые выделения из половых путей [4,10].

На сегодняшний день проведено много исследований, авторы которых сравнивают результаты местного применения эстрогенсодержащих кремов и мануального разделения. Однако результаты варьируют в широких пределах. Не полностью уточнены показания, продолжительность лечения и их эффективность. Остается открытым вопрос, какой из методов лечения – мануальное разделение или местное применение эстрогенсодержащих кремов – рекомендовать в качестве метода лечения синехий, исходя из их ближайших и долгосрочных результатов, побочных эффектов и с точки зрения беспокойности родителей.

В последнее время в литературе появились сообщения о применении бетаметазонсодержащих кремов в качестве альтернативного метода лечения. Авторы сообщают об отсутствии побочных эффектов, удовлетворительных результатах до 90% и, конечно, о доступности последнего в плане финансовых возможностей пациентов [5,7,9].

Таким образом, наше исследование показало, что применение 0,1% бетаметазонового крема при синехиях малых половых губ у девочек является 100% эффективным. При этом не наблюдается побочных эффектов и неблагоприятных исходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Acer T., Otgun I., Ozturk O. et al. Do hygienic factors affect labial fusion recurrence? A search for possible related etiologic factors // *J. Pediatr. Surg.* – 2012. – Vol. 47. – P. 1913-1918.1
2. Çağlar M.K. Serum estradiol levels in infants with and without labial adhesions: the role of estrogen in the etiology and treatment // *Pediatr. Dermatol.* – 2007. – Vol. 24, №4. – P. 373-375.3
3. Chang C.H., Fan Y.H., Tong-Long Lin A., Chen K.K. Bladder outlet obstruction due to labial agglutination // *J. Chin. Med. Assoc.* – 2012. – Vol. 75, №1. – P. 40-42.2
4. Dowlut-McElroy T., Higgins J., Williams K.B., Strickland J.L. Treatment of Prepubertal Labial Adhesions: A Randomized Controlled Trial. // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* – 2019. – Vol. 32, №3. – P. 259-263. 4
5. Ertürk N. Comparison of estrogen and betamethasone in the topical treatment of labial adhesions in prepubertal girls // *Turk. J. Med. Sci.* – 2014. – Vol. 44, №6. – P. 1103-1107. 5
6. Kumetz L.M., Quint E.H., Fisseha S., Smith Y.R. Estrogen treatment success in recurrent and persistent labial agglutination // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* – 2006. – Vol. 19. – P. 381-384.6
7. Mahato G., Palit P., Hasanuzzaman M. To Compare the Outcome of Estrogen and Betamethasone Cream in the Treatment of Labial Adhesion in Pre-pubertal Girls. // *Bangladesh J. Child Health.* – 2020. – Vol. 43, №3. – P. 161-164.7
8. Mayoglou L., Dulabon L., Martin-Alguacil N. et al. Success of treatment modalities for labial fusion: a retrospective evaluation of topical and surgical treatments // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* – 2009. – Vol. 22, №4. – P. 247-250. 8
9. Myers J.B., Sorensen C.M., Wisner B.P. et al. Betamethasone cream for the treatment of pre-pubertal labial adhesions // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* – 2006. – Vol. 19, №6. – P. 407-411. 9
10. Soyer T. Topical estrogen therapy in labial adhesions in children: therapeutic or prophylactic // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* – 2007. – Vol. 20. – P. 241-244.10

УДК: 618.17-083:616-053.6-08-07

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Нигматова Н.М., Бекбаулиева Г.Н.
Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

Ушбу мақолада 13-17 ёшда бўлган қиз болаларда жинсий ривожланишдан орқада қолиши хавфи кўриб чиқилган. Бунда 45 нафар жисмоний ривожланишдан орқада қолган ўсмир қизлар 2- босқичда ўрганилди. I- босқичда сўровнома шаклда, II- босқичда умумий клиник, лаборатор текширувлар орқали патологиянинг таъхиси ўрганилди. Бу ишда таҳлил ўрганилиб, 1/3 қисмида бу патология борлиги аниқланди. Сўровнома орқали, I ва II даражали жинсий ривожланишдан орқада қолиши аниқланди. Қизларни жинсий ривожланишдан орқада қолиши жинсий безлар дисгенезияси билан боғлиқ эмас, юқумли касалликлардан кейинги аниқланган ва оилавий анамнези патологик ҳолатни англатади ва келгусида бенуштлиқга олиб келувчи нозологик бирлик бўлиши мумкин.

Калим сўзлар: жинсий ривожланишдан орқада қолиши, гипогонадизм, қиз болалар, скрининг таҳлил, генеалогия.

Бесплодие у женщин закладывается в раннем детском и подростковом периоде на фоне задержки полового развития, в виде полового инфантилизма, первичного и вторичного гипогонадизма. К заболеваниям, проявляющимся именно в данный период жизни, относится задержка полового созревания (ЗПС). По разным данным, ЗПС отмечается у 2,5-7% девочек [1-3]. В связи с указанным выявление факторов риска ЗПС у девочек-подростков позволит снизить частоту заболеваемости путем скрининга и диагностики.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение факторов риска задержки полового созревания у девочек-подростков и улучшение методов их диагностики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под наблюдением были 45 девочек-подростков в возрасте от 13 до 17 лет, учащихся специализированных школ и колледжей г. Ташкента. Исследование проводилось в два этапа. Критериями отбора были девочки-подростки с отставанием признаков полового развития на 2 года и более. Диагноз ЗПС установлен у девочек с отсутствием или недоразвитием вторичных половых и первичной аменореей, ЗПС – на фоне клинических признаков полового инфантилизма и вторичных нарушений менструальной функции.

I этап. Для определения частоты и распространенности нарушений полового развития у девочек и девушек проведены скрининговые исследования. Осмотр проводился совместно с подростковом вра-

SUMMARY

This article discusses the risk of puberty delays (PD) in adolescent girls aged 13 to 17 years old, which can serve as predictors to identify the risk group to develop this pathology followed by infertility. The study was conducted among 45 adolescent girls with the PD in two stages. In the first stage screening was performed in the form of a survey; in the second stage the diagnosis of this pathology in the form of general clinical, laboratory surveys. Analysis of this study showed that 1/3 of the studied had this pathology. The puberty delay of I and II degree was revealed, the survey showed the PD in girls not associated with the dysgenesis gonad, but detected after the suffered infectious diseases and an aggravated family history refers to pathological conditions and may be as an independent nosological unit, which later leads to infertility.

Key words: Puberty delay (PD), hypogonadism, infantilism, screening, geneology.

чом-педиатром. Распределение обследованных по возрасту представлено в таблице.

При проведении скрининга использовались следующие методы исследования: оценка физического и полового развития, определение возраста менархе и характера менструальной функции, УЗИ органов малого таза. Родителям девочек предлагалось также заполнить анкету клинико-генеалогического анамнеза по специально разработанному вопроснику (анкета). Во время осмотра особое внимание уделялось выявлению экстрагенитальных заболеваний, а также заболеваниям, по поводу которых девушки уже состояли на учете у соответствующего специалиста.

II этап. Проведен ряд исследований, включающий оценку физического и полового развития, общеклинические методы, УЗИ органов малого таза, рентгенографию черепа и кистей рук (по показаниям – компьютерную томографию). Лабораторные методы представлены в виде результатов гормональных исследований с проведением функциональных проб, а также серией биохимических исследований, проведенных у пациенток с функциональным гипогонадизмом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ результатов проведенного исследования показал, что почти 1/3 обследованных подростков имеют те или иные отклонения в половом созревании. Так, признаки ЗПС I степени (отставание в половом развитии на 2-2,9 года) имели место у 7,6±1,6%

девочек после частых инфекционных заболеваний и у 6,0±0,9% девочек с генеалогическим анамнезом. ЗПР II степени (отставание в половом развитии на 2,9-4 года) определены у 3,04±0,5% у девочек после пере-

несенных инфекционных заболеваний, у 2,2±0,5% девочек с генеалогическим анамнезом. ЗПР III степени (отставание в половом развитии более чем на 4 года) у девочек-подростков не выявлено.

Распределение обследованных девочек по возрасту, абс. (%)

Возраст, лет	Число обследованных
13	12 (26,7)
14	10 (22,2)
15	8 (17,8)
16	7 (15,6)
17	8 (17,8)
Всего	45 (100)

Нарушения полового развития с признаками вирилизации имели переменный характер: наиболее высокий показатель выявлен у девочек-подростков, перенесших частые инфекционные заболевания и с генеалогическим анамнезом: соответственно в 8,3±0,8 и 8,0.

Индекс массы тела (ИМТ) – показатель, наиболее точно указывающий на общий дефицит (избыток) массы. Вычисленный нами средний показатель ИМТ выявил достоверно значимый дефицит массы во всех возрастных группах подростков (за исключением 17-летних девочек с ЗПР II степени) с ЗПР I-II степени. ИМТ у пациенток с ЗПР указывает на меньший щит массы тела: в 14, 16 и 17 лет данный показатель идентичен ИМТ девочек с нормальным половым развитием; в подгруппах же 15- и 16-летних девочек составил 18,48±0,57 против 20,01±0,2 и 19,31±0,54 против 21,55±0,22 $p<0,05$). Так, у девочек с нормальным половым развитием соотношение типов телосложения нормостенический : астенический : инфантильный : интерсексуальный составило 62,9:20,4:2,8:13,9%. У девочек-подростков с ЗПР I ст. данное соотношение составило 45,35:29,4:22,7:5%. У девочек с ЗПР II ст. – 36,6: 15,9:39,0:8,5%.

Как видно из приведенных данных, с увеличением дефицита полового развития меняется соотношение типов телосложения в сторону снижения частоты нормостенического и значительного увеличения инфантильного типа телосложения (43,6% при ЗПР II ст.). Балл полового развития при ЗПР I-II ст. представлен степенью выраженности подмышечного (Ах), лобкового (Р) оволосения, а также степенью

развития молочных желез (Ма). Суммарный балл этих показателей при ЗПР I степени в возрасте от 13 до 16 лет изменяется с 1,89±0,04 до 4,67±0,86, что соответствует отставанию в половом развитии девочек с нормальным половым созреванием на 2-2,9 года. При ЗПР II степени в возрасте от 13 до 17 лет БПР меняется от 0,7±0,13 до 5,25±2,03, что соответствует отставанию в половом развитии на 2,9-4 года и при ЗПР II ст. БПР в возрасте от 14 до 17 лет возрастает с 1,32±0,12 до 3,64±0,61, что указывает на отставание в половом развитии более чем на 4 года.

Таким образом, задержка полового развития у девочек, не связанная с дисгенезией гонад, но выявляемая после перенесенных инфекционных заболеваний и отягощенным генеалогическим анамнезом относится к патологическим состояниям и может являться ксамостоятельной нозологической единицей, которая в последующем приводит к бесплодию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. – СПб: Наука, 2001. – 553 с.
2. Исмаилов С.И., Хайдарова Ф.А., Музаффарова С.Д. Структура нарушений репродуктивной системы среди девушек-подростков // Современные проблемы биохимии и эндокринологии: Материалы науч.-практ. конф. – Ташкент, 2006. – С. 258.
4. Rosenfield R.L. Puberty and its disorders in girls // Clin. Endocrinol. Metab. – 2001. – Vol. 20. – P. 15-42.

УДК: 618.19-006.88-07

СКРИНИНГ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Нишанова Ю.Х.¹, Исмаилова М.Х.¹, Ососков А.В.², Худойбердиев М.Н.¹

¹Ташкентская медицинская академия,

²Республиканский научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

ХУЛОСА

Аёллар онкологик касалликлари орасида сут бези саратони биринчи ўринни эгаллайди. Эрта клиник босқичларда қўйилган таъхис сут бези саратонини эрта даволаш ва рецидивсиз ҳаётни таъминлаб беради. Эрта таъхис қўйиши ва ўсманинг биологик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда даволаш беморларнинг тулиқ ҳаётга қайтиши ва яшаши учун замин ҳисобланади. Ҳозирги вақтда скрининг текшируви сут бези саратонини эрта клиник босқичида аниқлашиши ва иккиламчи профилактикаси деб ҳисобланади.

Калим сўзлар: скрининг текшируви, сут бези саратони, маммография, эрта таъхислаш.

Всемирная организация здравоохранения еще в 1968 г. разработала руководство по принципам скрининга, не утратившим свою актуальность и сегодня [3]. В практику здравоохранения развитых стран вошло понятие «скрининг», под которым подразумевается массовое периодическое обследование здорового населения с целью выявления скрыто протекающего онкологического заболевания, например, рака молочной железы (РМЖ) [17,18,19,22,26].

Скрининг рака молочной железы в зарубежных странах. В западных странах популяционный скрининг рака молочной железы проводится уже достаточно давно. Впервые концепция массового рентгенологического скрининга здоровых женщин с целью обнаружения ранних форм РМЖ была предложена в 1956 г. Исследование калифорнийских ученых 1964-1980 гг. показало эффективность маммографического скрининга у женщин старше 45 лет. Различий в смертности от РМЖ в основной и контрольной группах выявлено не было [37].

В 1986 г. Шведское национальное управление здравоохранения и социального обеспечения выпустило рекомендации для шведских окружных советов о начале программы скрининга. Н. Lind и соавт. [28] указывают в своей работе об организации популяционного скрининга в округе Стокгольм (Швеция), который был начат в 1989 г. Внедрение программы скрининга в Стокгольмском округе снизило смертность от рака молочной железы на 29%, а среди участниц скрининга – на 52%.

Н.Д. Nelson и соавт. [34] предьявляли 8 рандомизированных контролируемых популяционных исследований, которые доказали эффективность популя-

SUMMARY

Breast cancer takes the first place in the structure of oncological morbidity in women. In preclinical stages, diagnosed breast cancer is characterized by a favorable prognosis and high rates of relapse-free and overall survival. Early diagnosis and adequate treatment of breast cancer, taking into account the biological characteristics of the tumor, provide a full-fledged social rehabilitation of patients. Currently, screening is the main method of preclinical diagnosis of cancer and secondary prevention of breast cancer.

Key words: screening, breast cancer, mammography, early diagnosis.

ционного маммографического скрининга. Эти исследования были проведены в США, Великобритании, Швеции и в Канаде. L. Tabar и соавт. [42] отмечают снижение смертности от РМЖ среди тех женщин, которым проводился маммографический скрининг без клинического обследования молочных желез. Это исследование было самым продолжительным, период наблюдения составил 29 лет.

В Канаде скрининг рака молочной железы проводится каждым регионом отдельно. А. Coldman и соавт. [18] в своей работе провели анализ эффективности большинства Канадских региональных программ и признали их высокую эффективность в части увеличения выявляемости и снижения смертности от рака молочной железы.

На территории Великобритании национальная программа скрининга рака молочной железы проводится с 1988 г. В настоящее время к участию в программе приглашаются женщины в возрасте от 50 до 70 лет. Авторы обращают внимание на то, что в Великобритании национальный скрининг привел к снижению заболеваемости РМЖ [45]. Межскрининговый интервал составлял 3 года.

Несмотря на позитивные результаты мирового опыта маммографического скрининга, имеются следующие проблемы: организация активного участия женщин в скрининге; «интервальный» рак молочной железы – 15-25%; рентгенонегативный рак молочной железы – 4-12%; ложноположительные – 5-25% и ложноотрицательные результаты маммографии – 10-25%, более низкая чувствительность скрининговой маммографии у женщин 40-49 лет – 77% по сравнению с 95% у женщин 50 лет и старше Скрининг РМЖ

дает результаты не сразу. Почти во всех испытаниях было доказано, что эффект раннего обнаружения инвазивного рака проявляется через 5-7 лет от начала скрининга. Иными словами, снижение смертности от РМЖ происходит отсрочено даже при хорошо организованном и качественно проведенном скрининге. Позитивный эффект может проявиться и значительно позже, если женщины, участвующие в скрининге, моложе 50 лет [6,15,21,22,28,31,35,47].

В развитых странах, в которых скрининг охватывает более 70% женщин в возрасте от 50 до 69 лет, смертность от РМЖ снизилась на 20-30% [13,16,24,25]. Одним из ключевых факторов увеличения риска возникновения РМЖ является возраст старше 50 лет. Данный фактор является единственным «естественным» фактором риска развития РМЖ. В связи с этим в 20 странах (всего общенациональный маммографический скрининг проводят в 22 странах) 50-летний возраст женщины определен как нижний возрастной начала пика, а 69 лет – как верхний [32]. Наибольшее снижение смертности наблюдается в возрастной категории 50-69 лет: данные мета-анализа семи мировых рандомизированных скрининговых исследований доказали возможность постепенного ее уменьшения до 30-35% [3]. Маммографический скрининг женщин 40-69 лет в Соединенных Штатах Америки позволил в 80% случаев диагностировать опухоли размером не более 1 см. При внедрении маммографического скрининга РМЖ на национальном уровне его первоначальная стоимость составляла примерно 2500 долларов США в пересчете на одну пациентку, но уже через 5-7 лет стоимость скрининга и лечения выявленного РМЖ снизилась в 4 раза [26,27].

По мнению В.Ф. Семиглазова [6-10], при анализе некоторых программ массового скрининга по принципу «стоимость-эффективность» было выявлено, что стоимость одного спасенного года жизни варьирует от 3 до 8 тыс. евро для женщин 50-69 лет, которым он проводится каждые 2 года [6-10].

Авторы отмечают высокий уровень охвата женского населения скринингом – более 70%. Этого удалось достичь благодаря персональному приглашению каждой женщины и последующему их отслеживанию в рамках скрининговой программы. Межскрининговые интервалы составляют 2 года для возрастной группы 50-69 лет и 1,5 года для группы 40-49 лет [38,39,41].

Для качественного проведения маммографического скрининга, по данным ВОЗ, необходимо:

- наличие современного диагностического оборудования: маммографов, в том числе цифровых маммографов, комплексов для стереотаксической биопсии непальпируемых опухолей, ультразвуковых аппаратов с высоким разрешением;
- активное участие в скрининге женского населения (не менее 70% от подлежащих обследованию);
- направление на скрининговое обследование

только здоровых женщин, не предъявляющих жалоб на наличие опухоли в молочной железе;

- возраст обследуемых – 50-69 лет;
- наличие канцер-регистра для точного учета показателей заболеваемости и смертности [9,10,14,30,35].

Однако РМЖ представляет собой гетерогенное многоликое заболевание, что может существенно повлиять на эффективность скрининга. Модели скрининга РМЖ обычно основаны на том, что большинство выявляемых опухолей представляют собой инвазивные раки в ранней стадии прогрессии. Кроме того, необходимо учитывать, что обнаружение рака (или его предшественников) до клинического проявления повышает риск ложноположительной диагностики. Идеология скрининга базируется на том сообщении, что рутинное клиническое обследование и самообследование обычно не обеспечивают выявления излечимых форм рака.

Внедрение самообследования (Breast Self Examination – BSE) молочных желез базируется на мотивации женщин на регулярные самообследования и обучение. К сожалению, регулярные ежемесячные самообследования проводят только 8% женщин, а 36% – нерегулярные [1,2,29].

Самым распространенным является клиническое (пальпаторное) обследование молочных желез (CBE – Clinical Breast Examination) медицинским персоналом. По данным канадских исследователей, метод CBE может иметь высокую специфичность до 95-99% и чувствительность в 47-80%. Некоторые авторы на основании 2740 исследований установили, что чувствительность CBE варьирует в зависимости от стадии заболевания: 48% – рак *in situ*, 70% – I стадия, 90% – II стадия, 89% – III стадия, 93% – IV стадия РМЖ, составляет 77% в возрастной категории 20-29 лет, 58% – 30-39 лет, 75% – 40-49 лет, 84% – 50-59 лет, 90% – 60-69 лет, 94% – старше 69 лет. Чувствительность клинического обследования молочных желез при ранних стадиях и в молодом возрасте снижается [39,42].

С точки зрения Международного агентства по изучению рака (МАИР, Лион), рак молочной железы – «идеальная» опухоль для проведения популяционного скрининга. Из 10 млн новых случаев злокачественных опухолей различных локализаций, выявляемых в мире, 10% приходится на молочную железу. Установление размера первичной опухоли особенно важно при проведении скрининга. Термин «минимальный» РМЖ первоначально был предложен для идентификации форм РМЖ, характеризующихся особенно благоприятным прогнозом. Н.С. Gallagher, J.E. Martin [22] к «минимальным» РМЖ относят все формы рака *in situ* и инвазивные раки не более 5 мм в диаметре. Впоследствии термин был пересмотрен с учетом задач маммографического скрининга и, в частности, Американская коллегия хирургов, а затем и радиологи приняли размер в 10 мм и менее

как стандарт, определяющий «минимальный» РМЖ. Размер опухоли – важный критерий оценки качества скрининга и определения возможностей рентгеномаммографии выявлять непальпируемые опухоли. Поэтому чрезвычайно важно, чтобы патоморфологи измеряли диаметр опухоли как можно более точно. Чем меньше размер первичной опухоли, тем больше вероятность ошибки в определении ее размера.

Поэтому необходимо применение инструментально-диагностических средств, которые обнаруживали бы проявления значительно более ранних форм опухолей, излечимых существующими хирургическими, химиогормональными или лучевыми воздействиями.

Постоянно и тщательно анализируя различные методы и предложения по массовому профилактическому обследованию женщин, Международное агентство по изучению рака (МАИР, Лион) и отдел рака ВОЗ рекомендуют только один тест, доказанный в 7 проспективных исследованиях, – цифровую маммографию у всех (безотносительно групп риска) женщин, входящих в «таргетную» когорту 50-69 лет. Указания МАИР, основанные на 25-летнем опыте скрининга в Европе и Северной Америке, являются простыми и ясными: 1) применяется один тест скрининга – маммография; 2) обследование женщин повторяется каждые 2 года и на протяжении многих лет; 3) обследуются и приглашаются на обследование все женщины 50-69 лет (безотносительно принадлежности к группам риска); 4) все приглашаемые к участию в скрининге женщины должны быть информированы о том, что никакие другие скрининговые тесты кроме маммографии (самообследование, клиническое обследование, ультразвуковое исследование и т.д.) не приводят к снижению смертности от рака молочной железы; 5) в странах, в которых не практикуется общенациональный маммографический скрининг и стандартное лечение, не отмечено снижения смертности от рака молочной железы [12,24].

Маммографический скрининг способствовал увеличению частоты обнаружения внутрипротоковой карциномы *in situ*. В 80% рак *in situ* выявляется только с помощью маммографии. В США в 1991 г. около 12% всех выявленных с помощью маммографии случаев РМЖ составил DCIS. В возрастной группе женщин до 40 лет DCIS диагностировался в 5% случаев РМЖ, в группе женщин от 40 до 49 лет – в 25%, 50–59 лет – в 43% случаев. Трудности диагностики рака *in situ* связаны с разнообразием и нетипичностью его проявлений: в 72% случаев – микрокальцинатами, в 12% – в сочетании с уплотнением структуры, в 10% – только уплотнением, в 6% – бессимптомным течением. По данным Н. Yasunaga и соавт. [46], 75-81% всех диагностированных наблюдений РМЖ были представлены инвазивными опухолями. С увеличением возраста пациенток снижается количество наблюдений с вовлечением в опухолевый процесс регионарных лимфатических узлов, а также

растет частота гормоно-зависимых опухолей, что, в свою очередь, расширяет возможности лечения РМЖ [20,23,36].

Наряду с ростом ожидаемой продолжительности жизни увеличивается количество ложноположительных заключений [32]. Основное преимущество скрининга РМЖ – снижение смертности – не может быть реализовано у пожилых пациенток высокой коморбидностью [33,34]. В исследовании М. Nakama и соавт. [24] указывается, что продолжение скрининга с 72 до 74 лет влечет за собой 96 ложноположительных заключений на 1000 маммографий. При этом для спасения одной жизни в год при продолжении скрининга РМЖ с 72 до 74 лет требуется участие в скрининге от 132 до 174 женщин. При продлении скрининга еще на 2 года – до 76 лет – достижение указанных показателей возможно только при дополнительном включении в скрининг 146–198 женщин.

К настоящему времени BI-RADS используется во многих странах мира [1,2,4,5]. Целью BI-RADS является выделение категорий женщин в зависимости от полученных результатов после первого скринингового раунда для разработки дальнейшей маршрутизации. Во многих странах стандартным считается просмотр скрининговых рентгеновских маммограмм двумя врачами, поскольку доказано, что двойной просмотр улучшает диагностику РМЖ [6,10,40,44,43]. По данным L. Nystrom и соавт. [35], в программе национального скрининга Великобритании используется метод двойного чтения. В случаях, когда мнения двух врачей рентгенологов расходятся, заключение по маммограмме делает третий врач-эксперт. Авторы провели масштабный анализ данного метода и пришли к выводу, что он позволяет увеличить количество выявленных злокачественных новообразований молочной железы и снизить частоту повторных вызовов женщин для дополнительной диагностики. С другой стороны, обнаруженные вторым врачом-рентгенологом опухоли клинически были менее значимыми, и требуется дальнейшее изучение этого вопроса для однозначного решения вопроса об эффективности методики двойного чтения [10,35,45,46].

ОБСУЖДЕНИЕ

РМЖ – гетерогенное заболевание, характеризующееся различной «естественной историей». Весьма распространенное мнение о том, что эпителиальная опухоль молочной железы неизбежно прогрессирует от атипии к карциноме *in situ*, далее к инвазивному раку и последующему метастазированию, поддерживается далеко не всеми исследователями [6,8]. Поскольку скрининговая маммография, в отличие от клинического метода (пальпации), позволяет рано выявить разнообразную патологию молочной железы, особенно важным знать больше о риске прогрессии различных видов и форм идентифицированной патологии. Понимание угрозы и частоты прогрессирования этой патологии важно при проведении программы скрининга, включая выбор адекватного лече-

ния выявленного заболевания.

По мнению ведущих международных организаций, которые занимаются проблемой РМЖ, основными критериями эффективности популяционных скрининговых программ является наличие современных цифровых маммографических систем, высокое качество организации и проведения маммографического исследования, регулярный контроль качества проводимых исследований, высокое качество двойного независимого чтения маммограмм, оперативное дообследование и лечение в случаях выявления признаков РМЖ, непрерывное обучение врачей-рентгенологов и рентгенолаборантов и охват скринингом не менее 70% женского населения в группах риска. Обеспечение равного доступа к скринингу всех слоев населения является очень важным условием снижения заболеваемости и смертности от РМЖ. Большинство стран, которые проводят массовый маммографический скрининг, определили для него возрастной диапазон 40-69 лет и двухлетний период в качестве интервала между исследованиями для женского населения.

Таким образом, высококачественный скрининг и раннее адекватное местное и системное лечение – обязательные условия для снижения смертности от рака молочной железы. Цели маммографического скрининга могут быть достигнуты только при его должной организации, высоком качестве проведения, активном участии в скрининге населения, применении высокоточной техники, точной последующей диагностике выявленных опухолей, проведении современного лечения. Качественно проведенный маммографический скрининг приводит к ранней диагностике новообразований молочной железы, что, в свою очередь, позволяет повысить эффективность лечения и улучшить прогноз заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году. М., МНИОИ им П.А. Герцена-филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. 236 с.
2. Левшин В.Ф., Михайлов Э. А. Самообследование как метод скрининга рака молочной железы // Вопросы онкологии. – 2000 г. – стр. 627–629.
3. Михайлов Э. А. Проведение программы РФ/ВОЗ по обучению женщин самообследованию молочных желез в Москве // Актуальные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний. – 1995
4. Пак Д.Д., Рассказова Е. А., Ермошеникова М. В. Рак молочной железы. – М: Триада-Х, 2010. – стр. 160.
5. Призова Н. С. Методологические аспекты, результаты и перспективы скрининга рака молочной железы в крупном административном регионе // Дис. ... канд. мед. наук. – М.; 2014 г. – стр. 114
6. Семиглазов В.В., Топузов Э.Э. Рак молочной железы / Под ред. Семиглазова В.Ф. – М.: Медпресс-информ. 2009. – 172 с.
7. Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В., Клетсель А.Е. Неoadьювантное и адьювантное лечение рака молочной железы. – М.: Медицинское информационное агенство, 2008. – 287 с.
8. Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В., Клетсель А.Е. Неинвазивные опухоли молочной железы. – СПб, 2006. – 349 с.
9. Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В., Дашян Г.А. Скрининг рака молочной железы. Поволжский онкологический вестник. 2011; (1): 84-85. 30.
10. Семиглазов В.Ф., Дашян Г.А. Скрининг рака молочной железы. Врач. 2010; 11: 60-62
11. Albain U., Paik S., Van't Veer L. Prediction of adjuvant chemotherapy benefit in endocrine responsive early breast cancer using multigene assays. // The Breast. – 2009. – Vol. 18. – P. 141-145.
12. Amin A., Shriver C., Henry L. Breast cancer screening compliance among young women in a free access healthcare system // J. Surg. Oncol. – 2008. – Vol. 97. – P. 20-24.
13. Autier P., Boniol M., Koechlin A., Pizot C. Effectiveness of and overdiagnosis from mammography screening in the Netherlands: population based study. BMJ (Clinical research ed.) 2017; 359: 52-54.
14. Black W. Randomized clinical trials for cancer screening: rationale and design consideration for imaging tests // J. Clin. Oncol. – 2006. – Vol.24. – P. 3252-3260.
15. Boyle P. Breast cancer control: Signs of progress, but more work required // The Breast. - 2005. – Vol. 17 – P. 42-438.
16. Buerger H. Ductal invasive G2 and G3 carcinomas of the breast are the end stages of at least two different lines of genetic evolution // J. Pathol. – 2001. – Vol. 194. – P. 165-170.
17. Burstein H., Winer E. Refining therapy for human epidermal growth factor receptor 2-positive breast cancer: T stands for trastuzumab, tumor size, and treatment strategy // J. Clin. Oncol. – 2009. – Vol. 27 – P. 5671-5679.
18. Coldman A., Phillips N., Wilson Ch., Decker K. Pan Canadian Study of Mammography Screening and Mortality from Breast Cancer. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 2014; 106 (11): 261. <https://doi.org/10.1093/jnci/dju261>
19. Cleator S., Heller W., Coombers R.C. Triple-negative breast cancer: therapeutic options // Lancet Oncol. – 2007. – Vol. 8. – P. 235-244.
20. Curigliano G., Viale G., Bagnardi V. Clinical relevance of HER2 overexpression/amplification in patients with small tumor size and node-negative breast cancer // J. Clin. Oncol. – 2009. – Vol. 27. – P. 5693-5699.
21. Elroy Patrick Weledji, Joshua Tambe. Breast cancer detection and screening // Medical & Clinical Reviews. 2018. - Vol. 4.- on-line

22. Gallagher H.S., Martin J.E. An orientation to the concept of minimal breast cancer // *Cancer*. – 1971. – Vol. 28. – P. 1170- 1178.
23. Gøtzsche P., Jørgensen K. Screening for breast cancer with mammography // *J. Medicine*. -2013. On-line.
24. Hakama M. Implementation of screening as a public health policy // *J. Med. Screen*. – 2005. – Vol. 13. – P. 209-216.
25. Hamashima C., Ohta K. A meta-analysis of mammographic screening with and without clinical breast examination // *J. Medicine*. *Cancer science*. 2015. On-line
26. Hudis C.A. Trastuzumab: mechanism of action and use in clinical practice. // *N. Eng. J. Med*. – 2007. – Vol. 357. – P. 39- 51.
27. Lakhany S. Atypical ductal hyperplasia of the breast: clonal proliferation with loss of the heterozygosity of chromosomes 16q and 17p // *J. Clin. Pathol*. – 1995. – Vol. 48. – P. 611-615.
28. Lind H., Svane G., Levent K., Törnberg S. Breast Cancer Screening Program in Stockholm County, Sweden Aspects of Organization and Quality Assurance. *Breast Care*. 2010; 5 (5): 353-357.
29. Ma I., Dueck A., Gray R. et al. Clinical and self-breast examination remain important in the era of modern screening // *Ann. Surg. Oncol*. – 2012. – Vol. 19.- pp. 1484–1490.
30. Medical Advisory Secretariat. Optical coherence tomography for age-related macular degeneration and diabetic macular edema: an evidence-based analysis. *Medical Advisory Secretariat. Ontario health technology assessment series*. 2009; 9 (13): 1-22.
31. Miller A.B., To T., Baines C.J. et al. The Canadian National Breast Screening Study 1: breast cancer mortality after 11 to 16 years of follow up // *Ann. Intern. Med*. – 2002. – Vol. 137 – P. E305-315.
32. Moss S.M., Cuckle H., Evans A. et al. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years ‘follow up: a randomized controlled trial // *Lancet*. – 2006. – Vol. 368. – P. 2053-2060.
33. National comprehensive cancer network: guidelines for treatment of cancer by site // *Jenkintown PA, NCCN*. – 2008.
34. Nelson H.D., Fu R., Cantor A., Pappas M. Effectiveness of breast cancer screening: Systematic review and meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive services task force recommendation. *Annals of Internal Medicine*. 2016; 164 (4): 244-255
35. Nystrom L., Andersson I., Bjurstam N. Longterm effect of mammography screening; updated overview of the Swedish randomized trials // *Lancet*. – 2002. – Vol. 359. – P. 909-919.
36. Piccart Gebhart M.J., Procter M., LeylandJones B. Trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2-positive breast cancer. // *N. Eng. J. Med*. – 2005. – Vol. 353 – P. 1659-1672.
37. Perry N., Broeders M., de Wolf C. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition. Editors // *International Agency for Research on Cancer*. – Lyon. France, 2006.
38. Rodrigues M.J., Wassermann J., Albiges Sauvin L. Treatment of node\$negative infra\$centimetric HER2+ invasive breast carcinomas: A joint AER10/ REMAGUS study // *J. Clin. Oncol*. – 2009. – Vol. 27. – 10 S. (abstr 517).
39. Rouzier R., Peron C., Symmans W.F. Breast cancer molecular subtypes respond differently to preoperative chemotherapy // *Clin. Cancer. Res*. – 2005. – Vol. 11. – P. 5678-5685.
40. Shapiro S., Venet W., Strax P. Periodic screening for breast cancer // *Baltimor: Johns Hopkins University Press*. – 1988.
41. Sorlie T., Perou C.M., Tibshirani R. Gene expression patterns of breast carcinomas distinguish tumor subclasses with clinical implications // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. – 2001. – Vol. 98. – P. 10869-108874.
42. Tabar L., Vitak B., Chen H.H. The Swedish two-country trial twenty longterm follow up // *Radiol. Clin. North. Am*. – 2000. – Vol. 38. – P. 625-631.
43. Tabar L., Chen T.H.-H., Hsu C.-Y. Evaluation issues in the Swedish Two-County Trial of breast cancer screening: An historical review. *Journal of medical screening*. 2017; 24 (1): 27-33.
44. Taymoori P., Molina Y., Roshani D., Effects of a Randomized Controlled Trial to Increase Repeat Mammography Screening in Iranian Women. *Cancer nursing*. 2015; 38 (4): 288-296
45. Van’t Veer L.S., Dai H., van de Vijver M.S. Gene expression profiling predicts clinical outcome of breast cancer // *Nature*. – 2002. – Vol. 415. – P. 530-536.
46. Yasunaga H., Ide H., Imamura T. Women’s anxieties caused by false positives in mammography screening: a contingent valuation survey // *Breast Cancer Res Treat*. – 2007. – Vol. 8. – P. 235-244.
47. Zackrisson S., Andersson I., Janzon L. Rate of over diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmo mammographic screening trial: follow up study // *BMJ*. – 2006. – Vol. 332. – P. 689-692.

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Раззакова Н.С., Абдуразакова М.Д., Эшмуратова С.
Ташкентская медицинская академия

XULOSA

Bepushtlik jarrohlik uchun asosiy ko'rsatma. Reproktiv yoshdagi 18 nafar bemorlarning salomatligini tiklash bo'yicha operatsiya natijalarini baholash uchun myomektomiya natijalarini klinik va statistic tahlili o'tkazildi. Myomektomiya (laparotomiya/laparoskopiya) usulining reproductiv funksiyasini amalga oshirish uchun bachadon bo'shlig'ini buzmaydigan yagona miyoma tugunlari mavjudligida muhim ahamiyatga ega emasligi aniqlandi. Reproktiv yoshdagi ayollarda reproductiv funksiyani tiklash va amalga oshirish bo'yicha myomektomiyaning samaradorligi tuxumdonni zahirasining holati bilan belgilanadi. Kech reproductiv yoshdagi muvaffaqiyatsizliklar darajasi 28,2% ni tashkil etdi.

Kalit so'zlar: bachadon myomasi, myomaektomiya, kech reproductiv yoshi, ovarial zaxira, unumdorlik.

Исследования, посвященные изучению влияния миомэктомии на функциональное состояние яичников, крайне немногочисленны [11,12]. Сохранение репродуктивной функции у женщин с миомой матки (ММ), в том числе после операции по поводу ее удаления, приобретает все большую социальную значимость. Миомэктомия является методом выбора у женщин репродуктивного возраста. Несмотря на значительное количество исследований, данные литературы противоречивы в отношении показаний и противопоказаний к данной операции, а также оперативного доступа и техники операции [2,7,8]. В то же время эффективность лечения бесплодия во многом зависит от состояния овариального резерва (ОР) в каждом конкретном случае. В последнее десятилетие широко обсуждается понятие «овариальный резерв» и его значение для выбора методов лечения бесплодия [3,6,15].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинико-статистический анализ отдаленных результатов оперативного лечения пациенток позднего репродуктивного возраста, у которых основным показанием к операции миомэктомии явилось бесплодие.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Основную группу составили 28 пациенток с ММ. Возраст обследованных женщин колебался от 35 до 44 лет, средний возраст – $17,4 \pm 2,1$ года ($\sigma \pm 5,3$). Контрольную группу составили 15 женщин с ненарушенной репродуктивной функцией активного репродуктивного возраста 24-29 лет, средний возраст – $16,2 \pm 2,8$ лет.

SUMMARY

Clinical and statistical analysis of the remote results of myomectomy in order to evaluate the operation results in terms of recovery of fertility in the late 68 patients of reproductive age who have infertility was the main indication for surgery. It was revealed that in the presence of a single node fibroids, non-deforming the uterine cavity, for the realization of reproductive function method myomectomy (laparotomy / laparoscopy) is not significant. The efficiency of myomectomy in terms of possible recovery and realization of reproductive function in women of late reproductive age is determined by the state of ovarian reserve. The percentage of failures in the late reproductive years is 88.2%.

Key words: uterine fibroids, myomectomy, late reproductive age, ovarian reserve, fertility.

Среди больных ММ позднего фертильного возраста первичное бесплодие было у 5 (15,6%) женщин, вторичное – у 16 (32,3%).

Показанием к реконструктивно-пластической операции на матке служило наличие единственного интерстициального или интерстициально-субсерозного узла по передней стенке матки диаметром от 2,5 до 5,0 см, недеформирующего полость матки.

Для выполнения поставленных нами задач нами было проведено определение гормонального статуса и функционального состояния ОР яичников до миомэктомии и через 6 и 8 месяцев после операции. Оценивали также течение раннего послеоперационного периода и результаты миомэктомии в плане восстановления фертильности в зависимости от метода оперативного вмешательства (ушивание/коагуляция). Всем женщинам проводили общепринятое клиническое и гинекологическое обследование. С целью определения овариального резерва исследовали следующие показатели: концентрация ФСГ, эстрадиола (Е2) на 2-5-й день менструального цикла (МЦ), 2) ультразвуковые параметры яичников в начале МЦ: объем яичников (ОЯ) и количество антральных фолликулов (АФ) в них.

Все обследованные были разделены на 2 группы в зависимости от доступа и метода миомэктомии: 1-ю группу составили 14 женщин, которым была произведена лапаротомическая миомэктомия (ЛТм) с ушиванием стенки матки двухрядными викриловыми швами; во 2-ю группу включены 11 женщин, которым была произведена лапароскопическая миомэктомия (LSm)

с биполярной коагуляцией ложа узла миомы. У 20 (48,1%) пациенток 1-й группы (ЛТм) диаметр узла составил 6-7 см ($5,02 \pm 1,3$ см). У пациенток 2-й группы (LSm) диаметр узла составлял $4,42 \pm 1,3$ см. Различия в размерах миоматозного узла между группами были статистически незначимы ($p > 0,05$).

В процессе анализа материала были сформированы группы больных в зависимости от исходного функционального состояния репродуктивной системы. Полученные результаты исходного состояния ОР позволили разделить пациенток на 2 подгруппы: 1-я подгруппа ($n=14$): ФСГ < 10 МЕ/л, объем яичников – 6-8 см³, число АФ в каждом яичнике – 4-6 (сниженный ОР); 2-я подгруппа ($n=11$): ФСГ-10-15 МЕ/л, объем яичников – 3-5 см³, число АФ в каждом яичнике – 3-5 (низкий ОР).

Наименьшая длительность операции была у больных 2-й группы с LS миомэктомией с коагуляцией ложа узла – $30 \pm 2,3$ мин.. Это время было достоверно меньше, чем при лапаротомическом удалении узла (1-я гр.) – $18,6 \pm 0,63$ мин ($p < 0,05$).

Объем кровопотери также был достоверно ниже при выполнении LS миомэктомии с коагуляцией ложа узла – $80,0 \pm 20,0$ мл. У женщин с миомэктомией лапаротомным доступом кровопотеря была достоверно выше – $182,8 \pm 8,8$ мл ($p < 0,05$).

Нами был также проведен анализ течения раннего послеоперационного периода после ЛТ и LS миомэктомии, Сравнительный анализ показал, что

субфебрильная температура в течение 5-6 суток наблюдалась у 7 (66,7%) пациенток с LS миомэктомией и коагуляцией ложа узла и у 9 (20,5%) с ЛТ миомэктомией. Продолжительность антибиотикотерапии в среднем составила $2,8 \pm 0,6$ дня в 1-й группе и $3,4 \pm 0,4$ дня – во 2-й ($p < 0,05$). Длительность госпитализации у больных составила соответственно $5,2 \pm 0,2$ и $5,2 \pm 1,1$ койко-дня ($p > 0,05$).

После ЛТ миомэктомии желанная беременность наступила у 4 (11,4%) из 14 женщин, причем самостоятельно после стимуляции овуляции только у 2 (18,8%) из 9 с исходно сниженным ОР. При исходно низком ОР беременность самостоятельно не наступила ни у одной из пациенток. Забеременели у 2 (5,2%) из 18 и только с помощью ВРТ-ЭКО путем забора ооцитов доноров (проведено в Турции).

После проведения миомэктомии LS доступом с биполярной коагуляцией ложа узла желанная беременность наступила только у 2 (10,5%) из 14 пациенток. Как и в группе с ЛТ миомэктомией беременность без применения ВРТ после стимуляции овуляции имела место только в 10% случаев (у 2 из 10) с умеренно сниженным ОР. У пациенток с исходно низким ОР беременность наступила только у 1 (5,2%) из 7 путем ЭКО. Все 2 (100%) пациентки 1-2-й групп, которым после миомэктомии удалось получить беременность, были родоразрешены путем кесарева сечения. Основные показатели миомэктомии представлены в таблице.

Основные показатели миомэктомии у женщин старшего репродуктивного возраста

Показатель	Лапаротомия (ЛТ), n=44		Лапароскопия (LS), n=24	
	абс.	%	абс.	%
Диаметр миом. узлов, см	$5,02 \pm 2,3$		$4,82 \pm 1,3$	
Время операции, мин	$26,6 \pm 0,83$		$34 \pm 2,3^*$	
Объем кровопотери, мл	$120,8 \pm 8,8$		$156,0 \pm 20,0^*$	
Беременность наступила				
Всего, n=8	4	10,4	2	10,4
Стимуляция овуляции	2	4,8	0	5,3
ВРТ – ЭКО (ооциты доноров)	1	2,6	1	4,2

Примечание. * – $p < 0,05$.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Оценивая частоту наступления беременности с учетом состояния ОР у больных ММ позднего репродуктивного возраста, определенным нами как сниженный и низкий, следует сказать, что при сниженном ОР беременность наступила у (14,2%) 3 из 9 пациенток, при низком ОР самостоятельно после стимуляции овуляции беременность не имела место ни у одной больной и только у 3 (5,2%) из 20 больных наступила с помощью ВРТ – ЭКО. Все беременности наступили в сроки от 5 до 12 месяцев после операции, т.е. тогда, когда еще не произошло необратимых изменений на органическом уровне.

Анализ полученных результатов восстановления фертильности показал, что процент наступления бе-

ременности после применения ЛТ и LS миомэктомии у женщин позднего репродуктивного возраста идентичен (9,4 и 10,4%). Таким образом, эффективность миомэктомии в плане возможного восстановления и реализации репродуктивной функции у женщин позднего репродуктивного возраста определяется состоянием овариального резерва. Процент неудач составляет 44,2%.

Полученные нами результаты подтверждают данные литературы. Так, G. Nargund et al. [13], F.R. Nezhat et al. [14] проанализировали овариальный ответ и количество ооцитов в яичниках женщин после реконструктивно-пластических операций, проходивших лечение в программе ЭКО – ПЭ и выявили значительное уменьшение овариального ответа и

частоты наступлений беременности у них. Данные наступления фертильности у больных ММ позднего репродуктивного возраста после проведенного корригирующего лечения согласуются с данными В.И. Кулакова и соавт. [5], которыми выявлено, что репродуктивная функция после оперативного лечения в возрасте старше 35 лет восстанавливается лишь у 6,3% женщин.

Сравнительный анализ LT и LS миомэктомии показал, что лапароскопическая миомэктомия с коагуляцией ложа узла имеет преимущества в плане продолжительности операции ($34 \pm 2,3$ мин и $36,6 \pm 0,83$ мин; $p < 0,05$) и объеме интраоперационной кровопотери ($120,0 \pm 20,0$ мл) в сравнении с LT миомэктомией ($152,8 \pm 8,8$ мл; $p < 0,05$). Полученные нами результаты совпадают с данными литературы, свидетельствующими о преимуществах лапароскопической миомэктомии с применением электрокоагуляционных методов: они упрощают и ускоряют хирургическое вмешательство [1,4,9,10]. Однако наши данные относительно метода миомэктомии привели нас к мнению, что у женщин репродуктивного возраста с единственным узлом миомы, не деформирующим полость матки, желающих реализовать репродуктивную функцию, метод миомэктомии не имеет существенного значения. Значимое влияние на возможность восстановления фертильности и реализации репродуктивной функции у пациенток с ММ старшего репродуктивного возраста оказывает исходное функциональное состояние репродуктивной системы.

Таким образом, при установлении исходно сниженного овариального резерва пациентка должна быть информирована о более выраженном нарушении морфофункционального состояния яичников после миомэктомии и, как следствие, возможной неудачи в реализации репродуктивной функции. При исходно низком овариальном резерве после миомэктомии реализовать репродуктивную функцию возможно только с помощью ЭКО. В случае отсутствия необходимости ее реализации, при желании пациентки, миомэктомию целесообразно проводить только с органосохраняющей целью.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Беженарь В.Ф., Цыпурдеева А.А., Долинский А.К. и др. Опыт применения стандартизированной методики лапароскопической миомэктомии // Журн. акуш. и жен. бол. – 2012. – Т. 61, №4. – С. 23-32.
2. Ботвин М.А. Современные аспекты реконструктивно-пластических операций у больных миомой матки репродуктивного возраста: вопросы патогенеза, техники операции, системы реабилитации, ближайшие и отдаленные результаты: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1999. – С. 275-280.
3. Боярский К.Ю. Клиническое значение тестов определения овариального резерва в лечении бесплодия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000.
4. Буянова С.Н., Шукина Н.А., Чечнева М.А. и др. Современные методы диагностики несостоятельности швов или рубца на матке после кесарева сечения // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2013. – Т. 13, №1. – С. 73-77.
5. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М.: МЕДпрессинформ, 2001. – 344 с.
6. Назаренко Т.А. Овариальный резерв: определение, диагностика и значение при стимуляции функции яичников. Стимуляция функции яичников. – М., 2009. – С. 35-43.
7. Тихомиров А.Л. Миома. Патогенетическое обоснование органосохраняющего лечения. М. 2013; 319 с.
8. Фахрутдинова Э.Х. Репродуктивное здоровье женщин после консервативной миомэктомии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М, 2004. – 24 с.
9. Altgassen C., Kuss S., Berger U., Löning M. et al. Complications in laparoscopic myomectomy // Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 20, №4. – P. 614-618.
10. Cobellis L., Pecori E., Cobellis G. Comparison of intramural myomectomy scar after laparotomy or laparoscopy // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2004. – ol. 84, №1. – P. 87-93.
11. Dubuisson J.B., Chapron C., Fauconnier A. et al. Laparoscopic myomectomy fertility results // Ann. NY Acad. Sci. – 2001. – Vol. 943. – P. 269-275.
12. Fujii S. Uterine leiomyoma: pathogenesis and treatment // Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi. – 1992. – Vol. 44, №8. – P. 994-999.
13. Nargund G. et al. The impact of ovarian cystectomy on ovarian response during IVF cycles // Hum. Reprod. – 1996. – Vol. 11. – P. 81-83.
14. Nezhat F.R., Roemisch M., Nezhat G.H. et al. Recurrence rate after myomectomy // J. Amer. Assoc. Gynecol. Laparosc. – 1998. – Vol. 15. – P. 237-240.
15. Pritts E.A. Fibroids and infertility: a sistematic review of the evidens // Obstet. Gynecol. Surv. – 2001. – Vol. 56, №8. – P. 483-492.

УДК:616.3+615.837.3+616-073.432.19+615.256.3.015

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН, ТУРЛИ КОНТРАЦЕПЦИЯ ВОСИТАЛАРИДАН ФОЙДАЛАНУВЧИ РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ГЕНИТАЛ ЙЎЛЛАР БИОЦЕНОЗИНИ ПОЛИМЕРАЗА ЗАНЖИР РЕАКЦИЯСИ УСУЛИДАГИ ДИАГНОСТИКАСИ

Рахманова Н.Х., Матризаева Г.Д.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

РЕЗЮМЕ

Цель исследования изучение в динамике состояния микробиоценоза генитального тракта здоровых женщин и женщин с заболеваниями щитовидной железы использующих разные виды контрацептивных средств. В норме вагинальный микробиоценоз здоровых женщин значительно чаще встречается, чем у женщин с заболеваниями щитовидной железы. Необходимо учитывать отрицательное влияние использование разных средств контрацепции на микрофлору генитального тракта женщин репродуктивного возраста с заболеваниями щитовидной железы.

Ключевые слова: контрацептивные средства, микробиоценоз урогенитального тракта, дисбиоз, фемафлор 16, ПЦР.

ДОЛЗАРБЛИК

Маълумки, кинда меъёрий микрофлора сут-ачитки лактобактериялар кўринишида бўлиб, улар микдори 10^6 - 10^8 КХҚБ/мл дан кам бўлмаслиги лозим, шундай микдорда бифидобактерияларни учраши меъёрий микрофлоранинг стабиллигини таъминлайди [1,3,6]. Меъёрда лактобактериялар H_2O_2 ажратади, қин рН мухити 3,8-4,5 га тенг бўлади. Турли ички ва ташқи, шунингдек, объектив ва субъектив сабаблар оқибатида лактобактериялар микдори камайиши, қиндаги рН мухитнинг 5-6 гача (ишқорий мухит) кўтарилиши, факультатив микрофлоранинг кўпайиши, патоген штаммлар пайдо бўлиши, бунинг оқибатида эса дисбиоз ривожланади [2,4,5]. Дисбиоз ривожланиш белгиларидан бири факультатив микрофлоранинг (гарднереллалар, кандида, анобиум ва бошқалар) $\times 10^3$ КХҚБдан кўпайишидир. Гарднерелла ва атопобиумлар кўпайганда биоёпқич пайдо бўлади. Биоёпқич бу микроорганизмлар жамоати бўлиб, улар бир бирлари билан генетик даражада ахборот алмашиб, антибиотикларга резистентликни таъминлайдилар [1,3,8]. Ҳозирги кунда аёл урогенитал тракти микрофлорасини баҳолашнинг ноёб технологияси тавсия қилинган бўлиб, у real-time режимида полимераз занжирли реакцияга (ПЗР) асосланган. Ушбу усул анъанавий усулларга нисбатан урогенитал йўл биоценозини аниқлаш жараёнини соддалаштиради ва тезлаштиради [5,7].

Ушбу ташхис усули бугунги кунда энг юқори сезгир ва махсус усулдир. Бу усулларни амалга ошириш

SUMMARY

Aim of research is to follow-up study the state of microbiocenosis of genital system of healthy women and women with thyroid disease that are using different types of contraception. Healthy women have a normal vaginal microbiocenosis than women with thyroid disease. The is a necessity to take into account of negative influence of the different types of contraception on microbiota of genital system of women with thyroid disease in reproductive age.

Key words: contraception, urogenital system, microbiocenosis, state dysbiosis, package of femoflor 16, Polymerase chain reaction analysis.

учун “Фемафлор” тест тўпламлари амалиётга тавсия этилган ва хорижда муваффақият билан қўллаб келинмоқда. “Фемофлор-16” тест тўплами ёрдамида қин шиллигини таҳлил қилиш орқали бактериал вагинознинг ташхисий мезонлари ишлаб чиқилган [5,7]. Муаллифлар лактобактерияларнинг 10%гача пасайиб, факультатив флора вакилларининг кўпайганини кузатганлар. Уларнинг хулоса қилишларича, “Фемофлор-16” тести ёрдамида бактериал вагиноз ташхисини 99% сезгирлик ва 93% махсуслик билан тасдиқлайдиган мезонлар ишлаб чиқилган. Ишлаб чиқилган мезонларга тадқиқотчилар қуйидагиларни киритишган: лактобациллаларнинг 10%дан кам бўлиши, *G.vaginalis/P.bivia/Porphyromonas* spp.нинг 1%дан ошиши, ваёки *Enbacterium* spp.нинг 2%дан ошиши, ваёки *Sheathia/Leptospira/Fusobacterium* ning 0,1%дан, ваёки *A.vaginae*-нинг 0,2%дан кўплиги.

ТЕКШИРУВ МАҚСАДИ

Турли контрацепция воситаларидан фойдаланаётган соғлом ва қалқонсимон без касалликлари бўлган аёллар генитал тракти микробиоценози ҳолатини динамикада ўрганиш.

МАТЕРИАЛ ВА УСУЛЛАР

Текширувимизда Хоразм вилоятида муқим истиқомат қилувчи, репродуктив ёшдаги аёллар бўлди. Уларни 2 гуруҳга соғлом ва қалқонсимон без касалликлари бўлган аёлларга ажратиб, уч турдаги (бачадон ичи воситаси (БИВ), комбинацияланган орал контрацептивлар (КОК), инъекцион контрацепция ва

соф прогестинли контрацепция (ИК, СПК) воситалари қўллаш фониди урогенитал тракт микробиоценози фемафлор 16 тести орқали ПЗР усулида, динамикада бошланғич ва 12 ойдан кейин текширилди.

Олинган натижаларни баҳолашда қуйидаги биоценоз турлари таснифига амал қилдик [Дмитриева Т.Т. ва ҳаммуал., 2016]:

- мутлоқ нормоценоз-нормофлора УБМга нисбатан 80-100%, Ureaplasma spp, Mycoplasma spp-104 гэ/мл дан кам, Candida spp-103 гэ/мл дан кам;

- шартли нормоценоз - нормофлора УБМга нисбатан 80-100%, Ureaplasma spp, Mycoplasma spp-104 гэ/мл дан кўп, Candida spp - 103 гэ/мл дан кўп;

- нисбий нормоценоз - нормофлора УБМга нисбатан 80-100%, Ureaplasma spp, Mycoplasma spp, Candida spp бир бирига нисбатан турли даражада уч-

райди;

- мўътадил дисбаланс (аэроб, анаэроб ёки аралаш дисбиоз)-нормофлора УБМга нисбатан 20-80%, анаэроблар ва/ёки аэроблар микдорининг меъёрга нисбатан ошиши;

- яққол дисбаланс (аэроб, анаэроб ёки аралаш дисбиоз)- нормофлора 20% гача, шартли-патоген микроорганизмлар микдори УБМга нисбатан 80-100% гача.

НАТИЖАЛАР ВА УЛАРНИНГ МУҲОКАМАСИ

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, соғлом аёллар қин микробиоценози даражаларининг учраш фоизлари контрацепция турларига боғлиқ бўлди (1 жадвал).

1 жадвал

Турли контрацепция воситаларидан фойдаланган соғлом аёллар қин микробиоценози ҳолати кўрсаткичлари, %

Микробиоценоз ҳолати даражалари	1а гуруҳча, n=11	1б гуруҳча, n=14	1с гуруҳча, n=9
Мутлоқ нормоценоз	0	21,4±11,0	22,2±13,8
Шартли нормоценоз	9,1±8,7	21,4±11,0	22,2±13,8
Нисбий нормоценоз	45,4±15,0	14,3±9,3*	44,4±16,6
Мўътадил дисбаланс (шартли ва нисбий анаэроб дисбиоз)	9,1±8,7	14,3±9,3	0
Яққол анаэроб дисбиоз	18,2±11,6	14,3±9,3	11,1±10,5
Аралаш дисбиоз	18,2±11,6	14,3±9,3	0

Эслатма: * - 1а гуруҳча кўрсаткичларига нисбатан ишонarli фарк.

Агар БИВдан фойдаланган аёлларда (1а гуруҳча) мутлоқ нормоценоз ҳолати аниқланмаган бўлса, КОК (16 гуруҳча) ва СПК, ИКдан фойдаланган аёлларда (1в гуруҳча) бу кўрсаткичлар бир бирига яқин бўлди ($P>0,05$) - мос равишда 21,4±11,0%га қарши 22,2±13,8%.

Амалий жиҳатдан худди шундай натижалар шартли нормоценоз даражасининг учраш фоизи бўйича ҳам кузатилди ($P>0,05$).

Нисбий нормоценоз даражасининг учраш фоизлари олдинги келтирилган параметрлардан бирмунча фаркли бўлди. Агар 1а гуруҳчада бу кўрсаткич 45,4±15,0% га тенг бўлган бўлса, 1б (14,3±9,3%, $P<0,05$) ва 1с гуруҳчаларда (33,4±15,7%, $P>0,05$) сезиларли тафовут аниқланди.

Таҳлил шуни кўрсатдики, БИВдан фойдаланган аёлларда контрацепция воситасининг генитал йўлда жойлашгани мутлоқ ва шартли нормоценоз даражаси

учрашига тўсқинлик қилади, бунинг исботи сифатида КОКдан ва СПК, ИКдан фойдаланган аёлларда ушбу кўрсаткичларнинг ҳар 4 аёлдан бирида учрашини келтириб ўтамиз.

Шартли, нисбий ва яққол анаэроб дисбиоз, шунингдек, аралаш дисбиоз даражалари учраши бўйича амалий жиҳатдан бир бирига яқин натижалар олинганини алоҳида эътироф этамиз. Барча кўрсаткичлар кам фоизларда учраб, бир биридан айтарли фарк қилмади.

Демак, соғлом аёлларда контрацепция воситалари, қўлланилган туридан қатъий назар, генитал йўл микрофлораси ҳолатига салбий таъсир этмаган. Бу эса қин микрофлорасида дисбиотик аломатлар фоизларининг камлиги билан изоҳланди. Юқоридагига ўхшаш тадқиқотлар қалқонсимон без касалликлари ташхисланган аёлларда ҳам ўтказилди. Олинган натижалар 2 жадвалда келтирилган.

2 жадвал

Турли контрацепция воситаларидан фойдаланган қалқонсимон без касалликлари қузатилган аёллар қин микробиоценози ҳолати

Микробиоценоз ҳолати даражалари	2а гуруҳча, n=8	2б гуруҳча, n=8	2с гуруҳча, n=10
Мутлоқ нормоценоз	0	0	0
Шартли нормоценоз	12,5±11,7	12,5±11,7	10,0±9,5
Нисбий нормоценоз	12,5±11,7	0	30,0±14,5
Мўътадил дисбаланс (шартли ва нисбий анаэроб дисбиоз)	0	37,5±17,1	30,0±14,5
Яққол анаэроб дисбиоз	25,0±15,3	37,5±17,1	20,0±12,6
Аралаш дисбиоз	50,0±17,7	12,5±11,7	10,0±9,5

Олинган натижалар контрацепция туридан қатъий назар, мутлоқ нормоценоз аниқланмаганлигини кўрсатди. Яққол анаэроб ва аралаш дисбиоз даражалари 2а гуруҳчада қолган гуруҳчаларга нисбатан сезиларли кўп учраши билан фарқланди. Аммо, барча гуруҳчаларнинг ҳамма кўрсаткичлари бир-бири билан солиштирилганда турли контрацепция воситаларининг қин микробиоценоз ҳолати билан боғлиқ маълум қонуниятлар учрамади.

ХУЛОСАЛАР

1. Қин микробиоценози меъёрий ҳолати соғлом аёлларда қалқонсимон без касалликлари ташхисланган аёлларга нисбатан сезиларли даражада кўп учраши билан тавсифланган. БИВ қўллаган соғлом аёлларда бу параметр 54,5%ни ташкил этган бўлса, бемор аёлларда 25,0%ни ташкил этди;

2. КОК ва СПК, ИКдан фойдаланган аёлларда қин микробиоценози меъёрий ҳолати мос равишда 57,1% ва 50,0%; 88,8% ва 40,0%ни ташкил этди;

3. Репродуктив ёшдаги аёлларнинг турли контрацепция воситаларидан фойдаланиши баробарида қалқонсимон без касаллигининг ташхисланиши генитал тракт микрофлорасига салбий таъсир қилиши инobatга олиниши лозим, “Фемафлор-16” тўплами ёрдамида қин микробиоценози ҳолатининг аниқланиши эса контрацепция самарадорлиги истиқболлини белгилловчи мезон сифатида тавсия қилинди.

АДАБИЁТЛАР

1. Андросова Л. Д., Конторщикова К. Н. [и др.] Характеристика биоценозов уrogenитального тракта у женщин репродуктивного возраста: научное издание // Клиническая лабораторная диагностика. - М., 2013. - №1. - С. 51-53.
2. Белякина И.В. Влияние различных методов кон-

трацепции на микробиоценоз влагалища и качество жизни женщин. Автореф. дисс... канд.мед.наук. – Москва, 2013. –С.21-24.

3. Болдырева М.Н., Липова Е.А., Алексеев Л.П. Характеристика биоты урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста методом ПЦР в режиме реального времени//Журнал акушерства и женских болезней. - 2009.Т.LVIII. - Выпуск6. - С.36-42.
4. Воронцова А. В., Звычайный М. А. Состояние биоценоза влагалища при применении микро-низированногопрогестерона : научное издание // Акушерство и гинекология . - Москва, 2011. - №7-1. - С. 70-72.
5. Ворошилина Е.С., Тумбинская Л.В., Донников А.Е. Биоценоз влагалища с точки зрения количественной ПЦР: состояние во время беременности//Уральский медицинский журнал. -2010. -№3 (68). - С.103-107.
6. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро: Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции 5-е издание // -Москва, 2015.-С.44-45.
7. Кулакова В.И., Применение метода полимеразной цепной реакции в реальном времени для оценки микробиоценоза урогенитального тракта у женщин (тест Фемофлор) (медицинская технология) // Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.ак. НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта. - Москва, 2011. - 36 с.
8. Мухамедов И.М., Хужаева Ш.А., Ризаев Ж.А., Алматов Б.И., Нуралиев Н.А. Клиник микробиология // Шифокорлар учун қўлланма. Тошкент, “Янги аср авлоди”, 2016. – 632 б.

UDK: 618.146 – 06 – 008.81:618.5 – 071.1

ANAMNEZIDA TUG‘RUQ TRAVMATIZMI MAVJUD BO‘LGAN AYOLLARNI BACHADON BO‘YNI PATOLOGIYASIDA SUYUQLIK SITOLOGIYANING AHAMIYATI.

Ruzmetova F.A.¹ Radjarov A.A.¹ Matyakubova S.A.¹

¹Xorazm viloyat perinatal markazi, Urganch shahri

РЕЗЮМЕ

В данной статье рассматривается сравнение результативности жидкостного и традиционного цитологических методов у женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки при первых родах и приведение статистики по скринингу патологий шейки матки.

Ключевые слова: традиционная цитология, жидкостная цитология, интраэпителиальная неоплазия.

SUMMARY

This article examines a comparison of the effectiveness of liquid and conventional cytological methods in women who have undergone obstetric cervical injuries during the first birth and presents statistics on screening for cervical pathologies.

Key words: traditional cytology, liquid cytology, intraepithelial neoplasia

So'nggi o'n yilliklar ichida yosh ayollarda bachadon bo'yni shikastlanish fonida rivojlangan bachadon bo'yni fon va rak oldi kasalliklarining o'sish tendentsiyasi kuzatilmoqda [3]. Reproduktiv yoshdagi ayollarda uchraydigan ginekologik kasalliklar orasida bachadon bo'yni patologiyasi 10-15% hollarda uchraydi. Bachadon bo'ynining fon va rak oldi kasalliklari farqlanadi [7]. Fon kasalliklariga bachadon bo'yni qin qismidagi o'zgarishlar kiradi, bunda epiteliyning normoplaziyasi saqlanib qoladi va epiteliy hujayralarining to'g'ri mitotik bo'linishi sodir bo'ladi. Ushbu kasalliklarga quyidagilar kiradi: psevdoroziya, ektropion, polip, endometrioz, leykoplakiya, eritroplakiya, papilloma, servitsit, chin eroziya [1,4,5,9].

Bachadon bo'yni rak oldi kasalliklari bo'lib, epiteliy displaziyasi hisoblanadi. Bachadon bo'yni kasalliklarining rivojlanish xavf omillaridan biri: tug'ish yoki abortdan so'ng paydo bo'lgan bachadon bo'yni shikastlanishlari va uning bunda to'qima trofikasi va innervatsiyasi buziladi [4,6,8]. Natijada xavfli o'zgarishlarga olib keladi, ko'pincha bachadon bo'yni shikastlanishi birinchi tug'uvchi ayollarda kuzatiladi, ularning chastotasi, bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, 17-28% ni tashkil qiladi, bu jarayonlarni oldindan aniqlash o'ta ahamiyatga egadir[4,9].

Suyuq sitologiya usuli bachadon bo'ynining o'ziga xos bir sohasini emas, balki uning butun yuzasini bir butun sifatida ko'rib chiqishga imkon beradi [7,9]. Suyuq sitologiya va an'anaviy sitologiyaning farqi shundaki, olingan material maxsus eritmada joylashtiriladi, undan keyin maxsus sentrifugada o'tkazilib sitoprotessor aparati yordamida sitologik mikropreparatlari hosil bo'ladi [2,9]. Ular bir joyda jamlangan va tekis qatlam hosil qiladigan hujayralardan iborat. Bu odatdagi surtmalarga nisbatan sitologning xulosasini ancha ishonchli qiladi. Chunki turli artefaktlardan xoli bo'ladi.

ISHNING MAQSADI

Bachadon bo'yni patologiyasini aniqlashda tug'ruq vaqtida bachadon bo'yni travmasi bo'lgan ayollarda an'anaviy sitologik usul va suyuq sitologiya usulini taqqoslash.

MATERIALLAR VA USLUBLAR

Bachadon bo'yni patologiyasini muntazam tekshirish va sitologik skrining qilish uchun Xorazm viloyat perinatal markazining maslahat poliklinikasiga 2020-2021 yil davomida murojaat qilgan 19 yoshdan 41 yoshgacha bo'lgan 161 ayol tekshirildi. Tekshiruv davomida klinik, laboratoriya va statistik usullardan

foydalanildi. Barcha ayollar bachadon patologiyasini darajasini aniqlash maqsadida sitologik tekshiruvni ikkita usuldan foydalangan holda tekshiruvdan o'tdilar va ikki guruhiga ajratildi: 1chi guruh ayollarda an'anaviy sitologiya tekshiruvlari o'tkazildi (n=62), 2chi guruhiga kirgan ayollarda suyuqlik sitologiyasi tekshiruvni 99 nafar ayolda tekshirildi.

Statistik tadqiqotlar uchun sitologik tadqiqotlar natijalarini Betesda tasnifiga muvofiq baholashga qaror qilindi: NILM – intraepitelial zararlanish va yomon sifatli o'sma yuq, ASC-US – noaniq ahamiyatga ega yassi epiteliyning atipik xujayralari, ASC-H – HSIL ni istisno qilmaydigan yassi epiteliyning atipik xujayralari, LSIL – past darajadagi yassi xujayrali intraepitelial zararlanish, HSIL – yuqori darajadagi yassi xujayrali intraepitelial zararlanish.

TADQIQOT NATIJALARI

Ayollarning o'rtacha yoshi birinchi guruhda 35,2 yoshni, ikkinchi guruhda 36,8 yoshni tashkil etdi. Anamnez yig'ish natijasida shu narsa malum buldiki barcha ayollar birinchi tug'ruq jarayonida bachadon bo'yni I, II va III daraja shikastlanishi kuzatilgan. Birinchi guruhiga kirgan ayollarda bachadon bo'ynini, birinchi daraja yirtilishi 61,3% (38)ni, ikkinchi daraja shikastlanishi 35,5% (22 nafar) va uchinchi daraja 14,2% (9)ni tashkil kilgan. Ikkinchi guruhda esa bachadon bo'ynini I daraja shikastlanishini 53,5% (53), II daraja 31,3% (31) va III daraja shikastlanishi 15,2% (15) ayollarda kuzatilgan.

Bachadon bo'yni patologiyasi aniqlangan holatlar sonini taqqoslash quyidagi jadvalda keltirilgan (1-jadval). Sitologik skrining natijalari an'anaviy sitologik usul bo'yicha tekshirilganda 32 (51,6%) nafar ayolda norma, noaniq ahamiyatga ega ko'p qavatli yassi epiteliyning atipik hujayralari - 6 (9,7%) ayolda, yengil displaziya - 23 (37,1%) da, og'ir displaziya - 1 (1,6%) ayolda aniqlandi. Suyuq sitologiya bo'yicha sitologik skrining natijalari 4 (4,1%) ayolda norma, noaniq ahamiyatga ega ko'p qavatli yassi epiteliyning atipik hujayralari - 10 (10,1%) ayolda, yengil displaziya - 84 (84,8%)da, og'ir displaziya - 1 (1%) ayolda aniqlandi.

Shunday qilib, bachadon bo'yni zaralanishini aniqlashda skriningning muhim usullaridan, ya'ni laboratoriya diagnostikadan foydalanish muhim ahamiyatga ega. Usulblar va texnologiyalarni ishlab chiqish bilan biz intraepitelial neoplaziya muammosini batafsilroq o'rganishimiz va dastlabki bosqichlarda kasalliklarning rivojlanishiga yo'l qo'ymasligimiz mumkin.

Sitologik tekshiruv natijalari

	1 guruh (n=62)	2 guruh(n=99)
	An'anaviy sitologiya	Suyuqlikli sitologiya
Tadqiqotlarning umumiy soni	n=62	n=99
NILM (norma)	32 (51,6%)	4 (4,1%)
ASCUS, ASC-H, AGC (noaniq tashhis)	6 (9,7%)	10 (10,1%)
LSIL (yengil displaziya yoki VPCh)	23 (37,1%)	84 (84,8%)
HSIL (og'ir displaziya)	1 (1,6%)	1 (1%)

Suyuq sitologiya usulidan foydalanish zararli o'zgarishlarning dastlabki bosqichida patologiyalarni aniqlash imkonini beradi.

Qo'shimcha afzalliklar sifatida, materialning uzoq vaqt saqlanishi va saqlash muddatining davomiyligi, olingan biomaterialdan bir nechta tadqiqotlar o'tkazish imkoniyatini berishini ta'kidlash kerak, masalan, VPChni keyingi sinovlari bemorni qo'shimcha tashrifisiz amalga oshirilishi mumkin.

XULOSA

Olingan natijalarni tahlil qilib, suyuq sitologiya usuli bachadon bo'yni patologiyasini PAP test usulida aniqlashda eski usulga qaraganda sezgirroq ekanligi, shu bilan birga «noaniq» sitologik tashhislar soni kamayganligi aniqlandi. Bu dastlabki bosqichlarda bachadon bo'yni patologiyalarini aniqlash va davolash, bachadon bo'yni kasalliklarini rivojlanishini oldini olish imkonini beradi. Yengil displaziyalarda ko'pchiligida koylotsitoz topilishi ayollarni bachadon bo'yni papilloma virusiga qarshi emlash zarurligini ko'rsatadi.

Olingan natijalarni tahlil qilib, suyuq sitologiya usuli bachadon bo'yni patologiyasini aniqlashda sezgirroq ekanligini, shu bilan birga «noaniq» sitologik tashhislar soni kamayganligini aniqladik. Bu dastlabki bosqichlarda patologiyani aniqlash va davolash, bachadon bo'yni kasalliklarini rivojlanishini oldini olish imkonini beradi.

ADABIYOTLAR

1. Паяниди Ю.Г., Жордания К.И., Савостикова М.В., Маргарян А.Н. Рак шейки матки в России. Пути профилактики // Вестник РОНЦ им Н.Н. Блохина.

Янв.-март 2015. - Т. 26. No1 (94). - С. 33-42.

2. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки и генитальные инфекции // по ред.М.:ГЭОТАР-Медиа, 2016. 384 с.
3. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Манухина И.Б.. Национальное руководство по гинекологии // под ред. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 989 с.
4. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е., Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии // под ред. 2-е изд.,перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 1136 с.
5. Старинский В.В., Каприна А.Д., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году // под ред. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. – илл. - 236 с.
6. Шабалова И.П. и Касоян К.Т. Цитология жидкостная и традиционная при заболеваниях шейки матки //, под редакцией М.: ООО «Изд-во «Триада», 2015. 316 с.
7. Cobucci R, Maisonnette Metal. Pap-test accuracy and severity of squamous intraepithelial lesion // Indian J. Cancer. 2016; 53 (1): 74-76.
8. Schmidt D. Modern biomarkers for precancerous lesions of the uterine cervix: Histological-cyological correlation and use. Pathologe // 2016; Sep 15.
9. Grimm C, Polterauer S, Natter C, Rahhal J, Hefler L, Tempfer Treatment of cervical intraepithelial neoplasia // Obstet Gynecol. 2012 Jul;120 (1): 152-9.

УДК: 618.2.-006.1.2

ПОВТОРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОТОМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Рафиков С.Ш.¹, Негмаджанов Б.Б.¹, Ким В.О.¹, Рустамова Н.А.¹

¹Самаркандский государственный медицинский институт

XULOSA

So'nggi yillarda kasallanish tezligining oshishi bilan birqa ayollarda genital organlarining tug'ma nuqsонlari sonining ko'payishi kuzatilmoqda. Barcha tug'ma nuqsонlar orasida ayollarda jinsiy a'zolar malformatsiyasining ulushi taxminan 14%ni tashkil qiladi. Har 300 yangi tug'ilgan qizga tug'ma patologiyaning 1 ta holati to'g'ri keladi. Ayollarda turli shakllardagi reproduktiv organlarning malformatsiyalarini shakllanishi homila rivojlanishining qaysidir bosqichida teratogen yoki genetic komponentni ta'sir ko'rsatishiga bog'liq.

Ko'pincha, noto'g'ri tashxis tufayli asossiz jarrohlik aralashuvlar amalga oshiriladi. Bu, ayniqsa, hayz

SUMMARY

In recent years, along with an increase in the incidence rate, there has been an increase in the number of congenital malformations of the genital organs in women. The proportion of malformations of the genitals in women among all congenital malformations is about 14%. For every 300 newborn girls, there is 1 case of congenital pathology of vaginal development [1-3]. The formation of malformations of the reproductive organs of various forms in women depends on at what stage of fetal development the teratogenic or genetic component exerted its influence [4].

Often, unreasonable surgical interventions are per-

qonining chiqib ketishiga to'sqinlik qiladigan rivojlanish anomaliyalari bilan kuzatiladi.

Kalit so'zlar: ayollar jinsiy a'zolari rivojlanish anomaliyalari, myuller kanallari rivojlanish anomaliyalari, gematokolpos, gematometer, homiladorlik, bachadon va qinni ikkilanishi.

Под нашим наблюдением находилась пациентка М.Д. Из анамнеза: 36 дней назад перенесла операцию диагностической лапаротомии по поводу болевых ощущений внизу живота. Жаловалась на боли внизу живота, которые не проходили, несмотря на проведенные лечебные мероприятия. Обследована. Диагноз: Аномалия развития половых органов. Удвоение матки и влагалища. Замкнутое влагалище справа. Гематометра и гематокольпос справа. Аплазия правой почки. Напряженный гематокольпос. Болевой синдром. В левой матке: Беременность I. Недель 13-14. Угроза прерывания беременности. Состояние после диагностической лапаротомии 36-е сутки!?

Выполнена кольпотомия правого замкнутого влагалища (рис. 1).



Рис. 1. Кольпотомия правого замкнутого влагалища.

Эвакуация гематокольпоса справа. Из полости замкнутого правого влагалища Выделилась накопившаяся старая менструальная кровь (рис. 2).



Рис. 2. Эвакуация гематокольпоса.

formed due to an erroneous diagnosis. This is especially observed with developmental anomalies, accompanied by obstruction of the outflow of menstrual blood [6].

Key words: anomalies of development of female genital organs, anomalies of development of Mullerian ducts, hematocolpos, hematometer, pregnancy, doubling of the uterus and vagina.

Выполнено иссечение стенки замкнутого влагалища в виде «окна» размерами 3,5×5,0 см. Круговое наложение атравматических узловых швов (рис. 3).

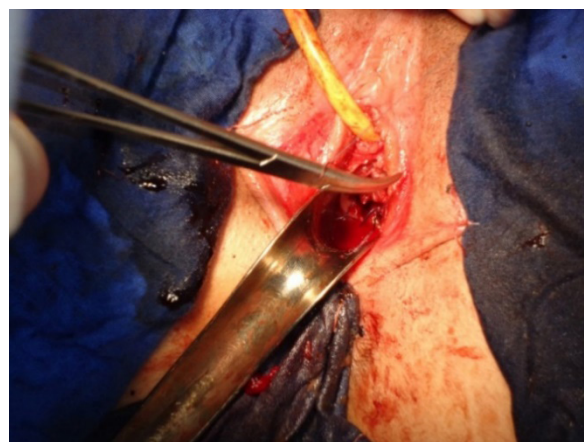


Рис. 3. Наложение узловых атравматических швов после иссечения стенки замкнутого влагалища в виде «окна».

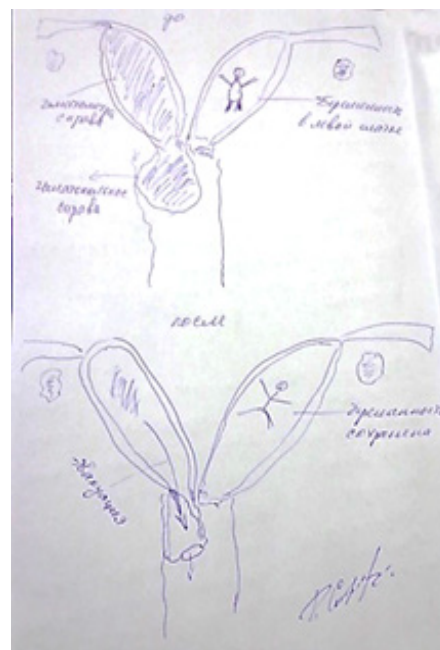


Рис. 4. Схематическое изображение гематометры и гематокольпоса справа и беременности в левой матке. Эвакуации содержимого после операции.

Послеоперационный период протекал гладко. Беременность сохранена. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

ВЫВОДЫ

1. Тщательный сбор жалоб, анамнеза и обследование пациенток.
2. Гинекологический осмотр.
3. Для профилактики рецидива атрезии стенок влагалища рекомендуется иссечение и удаление атрезированного участка в виде «окна», с последующим наложением узловых атрауматических викриловых швов.
4. Обязательное использование дополнительных методов исследования в виде УЗИ (МРТ по возможности).
5. Перед проведением оперативного вмешательства консилиум в составе акушера-гинеколога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Фархат К.Н., Макиян З.Н. Комплексный подход к диагностике, хирургической коррекции и реабилитации больных при сочетании аномалий развития матки и влагалища с эндометриозом // Пробл. репрод. – 2016. – Т. 22, №3. – С. 84-90.
2. Адамян Л.В., Попрядухин А.Ю., Аракелян А.С. и др. Аплазия матки и влагалища (синдром Майера – Рокитанского – Кюстера – Хаузера) в сочетании с эндометриозом: нерешённые аспекты этиологии и патогенеза (обзор литературы) // Пробл. репрод. – 2016. – Т. 22, №3. – С. 8-14.
3. Бобкова М.В., Баранова Е.Е., Адамян Л.В. Генетические аспекты формирования аплазии влагалища и матки: история изучения // Пробл. репрод. – 2015. – №3. – С. 10-54.
4. Acien P., Acien M. The presentation and management of complex female genital malformations // Hum Reprod. – 2016. – Vol. 22, №1. – С. 48-69.
5. Connor O.M. The treatment of intersex and the problem of delay: the Australian senate inquiry into intersex surgery and conflicting human rights for children // J. Law. Med. – 2016. – Vol. 3. – P. 531-43.

УДК: 618.174

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕМОРБИДНОГО ПРОФИЛЯ ЖЕНЩИН С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Сагатова А.А., Бекбаулиева Г.Н., Шамсиева Д.А.
Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

Бачадондан анормал қон кетиши бўлган аёлларда преморбид фонни ўрганиши натижалари бенуштлиқ (57,8±1,7%), ҳомилани тушиб кетиши хавфи - (24,2±2,5%), тухумдон - (14,3±3,8%) ва бачадон - (27,2±2,5%) ўсмалари каби параметрларнинг устунлигини кўрсатди ва бу ўрганишининг натижалари гормонларнинг яққол номутаносиблигини кўрсатди.

Калим сўзлар: анормал бачадондан қон кетиши, соматик патологиялар, прморбид фон.

Аномальные маточные кровотечения (АМК) встречаются с частотой 3–30%. Наиболее часто АМК встречаются у женщин с ожирением, синдромом поликистозных яичников, при преждевременной недостаточности яичников и во время менопаузы [1]. Значительно чаще отмечаются у подростков и у женщин старше 50 лет. Различная распространенность АМК в мире, возможно, связана с уровнем жизни пациенток, материально-технической оснащенностью медучреждений и уровнем подготовки специалистов [4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая характеристика лиц, страдающих аномальными маточными кровотечениями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

При сборе анамнеза обращали внимание на вре-

SUMMARY

The study of premorbid background of women with abnormal uterine bleeding showed the predominance of such parameters as infertility (57.8±1.7%) miscarriage (24.2±2.5%), ovarian tumors (14.3±3.8%) and uterus (27.2±2.5%), which indicates a pronounced imbalance of hormones.

Key words: abnormal uterine bleeding, somatic pathologies, premorbid background.

мя и порядок появления жалоб и симптомов заболевания; наличие у ближайших родственников нарушений менструальной и генеративной функции, перенесенные заболевания в периодах, обращая внимание на нейроинфекции (тонзиллиты, ОРВИ, грипп и др.); учитывали возраст менархе, характер становления менструального цикла; длительность и причины его нарушений; наличие беременностей, их течение и исход; наличие и характер гинекологических заболеваний в анамнезе, операций и травм, а также соматическую патологию.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Преморбидный фон у пациенток с АМК у женщин основной группы был значительно отягощен. Частота детских вирусных инфекций была почти в 2 раза больше, чем в контрольной группе (табл.).

Характеристика соматических заболеваний у женщин с АМК (%)

Изучаемые параметры	Группа обследованных лиц	
	Основная	Контрольная
Детские вирусные инфекции	55,8±4,6***	26,7±8,1
Диффузное увеличение щитовидной железы	51,8±4,7***	6,6±4,6
Анемия	51,8±4,7***	13,3±6,2
Заболевания желудочно-кишечного тракта	41,1±4,6***	13,3±6,2
Заболевания сердечно-сосудистой системы	31,3±4,4***	3,3±3,3
Заболевания мочевыводящих путей	24,1±4,0	16,7±6,8

Примечание. * – $p < 0,001$ по сравнению с контрольной группой.

Что касается соматической патологии, то анемия у женщин контрольной группы встречалась в 5 раз чаще, причём в основном анемия средней степени тяжести, в то время как в контрольной группе были случаи анемии легкой степени. В основной группе отмечалась также высокая частота заболеваний печени и желчного пузыря (43,7% против 9,4% в контроле). Заболевания мочевыводящих путей отмечались у 21,4% обследованных, диффузным увеличением щитовидной железы страдали более половины женщин основной группы.

Существует тесная взаимосвязь между АМК и различными отклонениями в периоде становления менструального цикла. В то же время нарушения менструального цикла, выявленные у пациенток с АМК, имеют неоднородный характер и различные патогенетические механизмы развития нарушений. Результаты анализа становления и характера менструального цикла показали, что средний возраст менархе в основной группе составил $14,9 \pm 1,4$ года, в контрольной группе – $12,5 \pm 0,5$ года. Почти у всех практически здоровых женщин менструальный цикл установился в течение 6 месяцев, в то время как в основной группе в течение года – только у 43,6%. Что касается продолжительности менструального цикла, то в контрольной группе нормопонирующий цикл преобладал у 86,7%, в основной чаще регистрировался постпонирующий цикл – у 26,4% пациенток.

Среди пациенток основной группы с АМК у 69,8% преобладали нарушения менструального цикла по типу персистенции зрелого фолликула, а у 30,2% – по типу длительной персистенции атретического фолликула.

У пациенток основной группы акушерский и гинекологический анамнез значительно отягощен. Так, у пациенток основной группы в анамнезе были выявлены бесплодие (57,8±1,7%) невынашивание (24,2±2,5%), опухоли яичников (14,3±3,8%) и матки (27,2±2,5%), что свидетельствуют о выраженном дисбалансе гормонов.

Таким образом, преморбидным фоном развития аномальных маточных кровотечений явился отягощенный гинекологический анамнез, что свидетельствует о выраженном дисбалансе гормонов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соловьева А.В., Чегус Л.А. Аномальные маточные кровотечения у женщин в репродуктивном возрасте и пременопаузе // Акуш. и гин. – 2020. – №8. – С. 19-22.
2. Munro M.G., Critchley H.O.D., Fraser I.S. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2018. – Vol. 143, №3. – P. 393-408.

ДИАГНОСТИКА АНОМАЛИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕВОЧЕК

Сибирская Е.В.^{1,3}, Караченцова И.В.^{2,3}, Аргун М.^{3,2}, Ли К.^{1,2}, Турчинец А.И.^{2,3}

¹ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Российская Федерация,

²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация,

³РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

ХУЛОСА

Сут безларнинг ривожланишини аномалиялари – бу безларни жойланиши, катта- кичиглиги ва сонини бузилганлиги, ҳамда куракларнинг учларини ва атрофини ўзгариши билан боғлиқ бўлган бир гуруҳ касалликлардир. Бу масала болалар гинекологиясини энг долзарб мавзуи, ўз ўрнида беморларнинг турмуш тарзига ва жинсий ўзликка таъсири катта. Кўп ҳолларда сийдик- жинсий тизимнинг нуқсонлари кузатилади, улар ирсий касалликларни намоёнлиги ҳам бўлиши мумкин. Шунинг учун гинеколог, маммолог, генетик, педиатр, жарроҳ, психолог каби шифокорларнинг баҳоси муҳимдир. Мақоланинг мақсади – ушбу касалликнинг диагностика ва даволаш масаласига ҳар томонлама ёндашувининг аҳамиятини кўрсатиши.

Материал ва усуллар. Илмий мақолалар ва замонавий классификацияларни чуқур таҳлил қилиши.

Натижа. Ўқувчиларга беморларни диагностика қилиши ва даволашнинг актуал мезонларни тақдим этиши.

Калим сўзлар: сут безларининг ривожланишини аномалиялари, сут безлари, тугма патология, полимастия, ирсий касалликлар.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Аномалии развития молочных желез включают заболевания, связанные с увеличением количества соответствующих анатомических структур (полимастия, полителия), их отсутствием (ателия, амастия), изменением (симмастия, тубулярная грудь, макромастия и гипомастия). Встречаемость аномалии низкая среди населения [1].

По данным отечественных литературных источников, полимастия встречается у 1% женщин [2], а полителия у 0,2 – 5,6% всего населения, среди которых 1% женщин [3]. Распространенное место локализации полителии – справа под молочной железой [4], полимастии – в подмышечной ямке [2]. Также полителия часто ассоциируется с врожденными заболеваниями уrogenитального тракта [3].

Врожденное отсутствие молочной железы и соска встречается редко, в основном является признаком наличия генетического заболевания, как синдром Поланда, встречаемость которого 1: 10 000-100 000 среди населения [5,5].

SUMMARY

Anomalies in the development of the mammary glands are a group of diseases associated with a violation of the location, size and number of mammary glands, areola and nipples. One of the most relevant topics in pediatric gynecology, influencing not only the patient's lifestyle, but also his gender identity. Often, pathology is accompanied by an abnormality of the genitourinary system, and it can also be a manifestation of a genetic disease. Therefore, a comprehensive assessment of doctors is important: gynecologist, mammologist, geneticist, pediatrician, surgeon, psychologist. The purpose of this article is to emphasize the importance of an integrated approach to the diagnosis and treatment of this pathology.

Materials and methods. work with scientific articles, modern classifications.

Result. providing readers with relevant criteria for the diagnosis and treatment of patients with this pathology.

Key words: developmental anomalies of the mammary glands, mammary gland, congenital pathology, poly-mastia, genetic diseases.

В 1915 году Кайава разработал классификацию вышеупомянутых аномалий [2]:

I тип – полностью сформированная добавочная молочная железа с ареолой и соском

II тип – добавочная молочная железа только с соском

III тип – добавочная молочная железа с ареолой

IV тип – эктопическая ткань молочной железы

V тип – «ложная молочная железа», состоящая из жировой ткани, но имеющая ареолу и сосок

VI тип – полителия (добавочные соски)

VII тип – только добавочные ареолы

VIII тип – участок оволосения.

Врожденная инверсия сосков встречается у 3% женщин, пик обращения в возрасте от 19-26 лет, чаще бывает двусторонней и доброкачественной. Также входит в комплекс генетических заболеваний. Ниже приведена классификация патологии [7]:

1. Основанная на внешнем виде:

- втянутый сосок – когда втягивается только его часть, в результате сосок приобретает внешний вид щели,

- инвагинированный сосок – затронут полностью сосок

2. Основанная на возможности выворачивания соска вручную и способности находиться в таком положении:

- I степень – сосок легко выворачивается легким давлением ареолы, сохраняется в таком положении до нескольких минут, затем возвращается в исходное положение,
- II степень – для выворачивания соска требуется больше усилий (самая распространённая),
- III степень – сосок находится ниже уровня кожи, невозможность его выворачивания.

Одна из самых редких и до конца неизученных патологий – симмастия, точная частота которой неизвестна на сегодняшний день [1].

Обращаемость по поводу лечения тубулярной груди составляет от 6-73% всех женщин [8].

Встречаемость макромастии составляет 1:28000-100000 [9].

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Полимастия и полителия имеют одинаковое происхождение. Оно основано на том, что из-за нарушения процесса инволюции молочного гребня вдоль молочных линий остаются рудименты в виде добавочных сосков, ареол, молочных желез. При этом добавочная ткань теряет связь с анатомически правильно расположенной молочной железой, в них также недоразвита протоковая система [2, 4]. Чаще встречаются добавочные соски с ареолами, локализующиеся чуть ниже нормально расположенной железы. А добавочная молочная железа чаще располагается в подмышечной впадине [2].

В исследованиях Rosenetal. и Fronseca et al. упоминается об этиологической предпосылке полителии к редкому генетическому заболеванию – синдром Симпсона – Голаби – Бемеля.

Исследование James et al. показало, что изолированные амастия и ателия могут быть следствием мутации генов или повреждения молочного гребня на 6 недели гестации причиной [5,6].

Врожденная инверсия сосков возникает в следствие неспособности подлежащей мезенхимальной ткани пролиферировать и выдвигать сосок наружу [9] или генетических нарушений [10]. В исследованиях Hernández et al. инверсию сосков связывают с недоразвитием протоков молочных желез.

При симмастии наблюдается отсутствие медиальной границы молочных желез, в связи с чем мягкие ткани пересекают грудину, соединяя молочные железы медиально. Этиологический аспект заключается в наличии аномально расположенных коллагеновых волокон и в отсутствии фиброзных перемычек [8].

Причины тубулярной груди до конца неизвестны, но есть предположение, что утолщение коллагеновых волокон поверхностной фасции образует фиброзное кольцо, препятствующее радиальному развитию молочных желез. Так грудь растёт вперёд за счёт пере-

растяжения периареолярной области [8].

Макромастия возникает из-за резкого изменения гормонального фона в организме – гиперэстрогения или гиперпролактинемия. Описаны также клинические случаи, где причиной патологии является – повышение чувствительности рецепторов молочных желез к гормонам и аутоиммунные заболевания [9].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Изолированные аномалии молочных желез проявляются визуально, пациенты жалуются на косметических дефект, за исключением патологий, связанных с наличием дополнительной молочной ткани, инверсии сосков и макромастии.

Часто полителия обнаруживается врачами сразу после рождения ребенка. Добавочные соски ареолы могут располагаться вдоль молочных линий, либо же в нетипичных местах (спина, лицо, промежность и гениталии) [11]. Однако, зачастую патология остаётся незамеченной, так как в 75% диаметр добавочного соска составляет не более 30% от нормального (не более 2-3 мм) и может быть расценен как образование кожи - папиллома [4]. Полителия протекает бессимптомно, у пациента есть жалобы только на косметический дефект [12].

Внутриареолярная полителия проявляется также визуальным дефектом, характеризуется наличием дополнительного соска рядом с нормальным соском в пределах ареолы. Может влиять на вскармливание [13].

Полимастия проявляется болями и увеличением в размерах добавочной молочной железы после гормональной стимуляции в период пубертата или беременности. Также при наличии дополнительного соска возможно выделение грудного молока в период лактации [3].

Пациенты с полителией и полимастией могут иметь клинику воспалительного процесса в добавочных молочных железах, в них также могут образовываться доброкачественные или злокачественные новообразования [13].

Гипоплазия молочных желез, амастия, ателия, амастияне имеют специфической симптоматики. Пациенты жалуются только на косметический дефект. Иногда сопровождается генетическим заболеванием [5,6].

Пациенты с инверсией сосков жалуются на косметический дефект, невозможность кормления ребенка грудью, повторные воспалительные процессы и потерю чувствительности в сосках [14].

Симмастия визуально проявляется в отсутствии пазухи между молочными железами, но не создаёт никаких осложнений для здоровья пациента [1].

Тубулярная грудь проявляется косметическим дефектом: деформация молочной железы, нарушение их симметрии и деформация ареолы [8].

Макромастия проявляется также визуальным дефектом молочных желез, но при больших размерах могут быть жалобы на боль в плечах, спине, шее, гру-

ди, ограничение в движении за счёт смещения центра тяжести. Также присоединяются жалобы на изменение кожного покрова груди: атрофия, гиперемия. Сосудистые изменения появляются при неуправляемом увеличении молочных желез: венозный застой, тромбоз подкожных вен молочных желез. [9].

ДИАГНОСТИКА

При наличии врожденной аномалии молочных желез важно обратить особое внимание на жалобы, собрать подробный анамнез, провести физикальный осмотр пациента. Диагностические мероприятия включают в себя проведение диагностической маммографии, ультразвукового исследования для определения наличия или отсутствия ткани молочной железы и ее протоков, также магнитно-резонансной томографии (МРТ), при которой возможно охарактеризовать большие, малые грудные мышцы и молочные железы с двух сторон [8].

Очень важно пациента отправить к врачу генетику для дальнейшего определения мутаций генов, так как аномалия может сопровождаться генетическими заболеваниями [6].

Для точной диагностики амастии и ателии важно собрать подробный анамнез пациента, особенно течение беременности матери. Стоит обратить внимание на предлежание плода, лекарства, принимаемые беременной женщиной, травмы живота во время беременности. Наличие патологий может быть обусловлено также наследственностью [15].

Амастия может встречаться в комплексе с синдромом Поланда [7] и эктодермальной дисплазией [16]. Вместе с ателией могут быть проявлением семейного врожденного эктодермального дефекта, вызванного мутацией гена *KCTD1 c.2020A>T (p.i674f)* [6].

Полителия часто встречается в комплексе со злокачественными новообразованиями других органов и с пороками развития урогенитального тракта [3], сердца, позвоночника, аномалиями центральной нервной системы [17], тогда врачи назначают соответствующие дополнительные исследования. Так же может быть проявлением некоторых генетических заболеваний, к примеру, синдром Симпсона-Голаби-Бемеля [18].

При наличии инверсии сосков важно провести маммографию, ультразвуковое исследование и МРТ молочных желез для исключения ретроареолярного рака молочной железы или других новообразований [7].

Симмастия диагностируется визуально, но также подтверждается ультразвуковым исследованием. Молочные железы могут быть физически правильно развитыми, но над грудиной присутствует дополнительная железистая ткань, подкожно-жировая клетчатка и фиброзные перегородки [1].

При наличии тубулярной груди достаточно визуально оценить и пропальпировать молочные железы для правильной диагностики. Подтверждением диа-

гноза будет проведение ультразвуковой диагностики, при которой визуализируется фиброзное кольцо и грыжевое содержимое, выходящее через периареолярную область [1]. Часто женщины обращаются к врачу с жалобами на нарушение симметрии молочных желез.

Для постановки диагноза макромастии достаточно провести физикальное обследование пациента, при этом диагноз ставится при весе молочной железы более 3% от массы пациентки [9].

ЛЕЧЕНИЕ

Обязательным критерием к подходу к лечению данной патологии является во время оказания психологическая помощь пациенту и его родителям. Это необходимо, так как амастия часто сопровождается нарушением восприятия пола у ребенка, психологической травмой отсутствия груди от сверстников. Важно поддержать ребенка и осуществить комплексный подход к лечению заболевания.

При наличии аномалии развития молочных желез лечение назначается индивидуально каждому пациенту в зависимости от его желаний и квалификации хирурга.

Некоторые больные обращаются за помощью по причине косметического дефекта. Это характерно для большинства вышеупомянутых патологий. Но иногда причиной служит невозможность кормления ребенка грудью. И в том и другом случае, важно грамотно спланировать лечение пациента.

На сегодняшний день существуют разные методы оказания помощи данной группе пациенток. При наличии полителии, достаточно под местной анестезией произвести удаление сосков с последующим обязательным гистологическим исследованием. Операция состоит из иссечения дополнительных сосков двумя полуподвальными разрезами в пределах здоровой кожи, окаймляющей добавочные соски в поперечном направлении от линий Лангера [4]. В исследованиях Hallelund et al. пациентка с наличием двух дополнительных сосков с каждой стороны была прооперирована в два этапа (с левой и с правой стороны). Врачами была выбрана данная тактика за счёт наличия у пациентки высокого риска развития келоидных рубцов.

При наличии добавочной молочной ткани производится полное удаление с последующим гистологическим исследованием [2,3].

Хирургическое лечение амастии ателии у пациенток проводится в несколько этапов. Первый этап состоит из протезирования груди, второй – реконструкция сосков, проводится через 10-12 месяцев и через год третий этап, формирование ареол. При наличии односторонней амастии и ателии формирование груди производится на примере здоровой молочной железы, но при двусторонней патологии тяжело определить примерную локализацию будущей груди, такие пациенты сами не знают где им было бы комфортно иметь грудь [6].

Существует несколько возможностей формирования груди при амастии: увеличение груди с помощью имплантата, предварительное расширение с последующим увеличением имплантатом, увеличение с помощью аутологических тканей или объединение тканей и имплантата. Выбор тактики зависит от желаний пациента, растяжения ткани и квалификации хирурга [16].

Лечение инвертированных сосков должно отвечать требованиям [19]:

1. Восстановить физиологически нормальную форму соска
2. Свести к минимуму послеоперационные осложнения (шрамы)
3. Сохранение чувствительности соска
4. Целостность протоколов системы
5. Минимизировать рецидивы
6. Простота выполнения

Хирургическое лечение инвертированных сосков производится под местной анестезии. Существует большое количество операций на инвертированные соски. Некоторые методы сохраняют протоковую систему, а другие повреждают ее. Выбор тактики лечения зависит от пациента и хирурга [7].

Операция “purse-string” состоит в наложении кисейного шва вокруг шейки соска через периареолярный разрез в положении «6 часов». Благодаря этому методу происходит подтягивание соска, подходит для начальных степеней инверсии сосков [7].

Возможно проведение селективного разделения фиброзных полос, ограничивающихся проекцией соска. Включает рассечение фиброзной ткани параллельно молочных протокам через периареолярный разрез. После рассечения накладываются 2 внутренних шва для стабилизации основания соска. Далее производится тракция соска в течение 2-5 дней [7].

Разделение протоков осуществляется также с помощью эндоскопа. Так визуализируются сосуды, молочные протоки и фиброзная ткань. Благодаря этому можно успешно разделить фиброзные полосы, не затронув молочные протоки [7].

В исследовании Longetal. приведена техника с сохранением молочных протоков. Производится прокол инвертированных сосков с помощью проволоки, затем фиксация вытягивающего устройства к соску с помощью этих проволок. Так осуществляется тракция соска, которая не даёт ему принять раннюю форму. Ретрактор сделан из шприца на 5 мл или 10 мл [19].

Лечение симмастии производится неоднократно, так как велика вероятность рецидива. Возрастная группа пациенток – девочки 15-16 лет, так как в этом возрасте активный рост молочных желез прекращается [1].

В исследовании Knackstedtetal. перед операцией в положении стоя у больного отмечают медиальные границы молочных желез. Сама процедура начинается с введения тумесцентного раствора в области

между молочными железами, за которой следует липосакция. Далее через инфрамаммарный разрез удаляется из пазухи лишний жир и фиброзные перегородки с помощью тупого рассечения и прижигания. Медиальные границы молочных желез идентифицируются и реконструируются с помощью швов. В послеоперационном периоде пациентке рекомендуется носить специальный бандаж с пенопластом, который будет соответствовать пространству между молочными железами в течение 12 недель, сверху накладывается утягивающая повязка на 1 неделю.

Лечение тубулярной груди может быть разным. Грыжа может быть устранена с помощью уменьшения периареолярной ткани на поражённой груди. Либо же с помощью имплантатов для приобретения визуальной симметрии молочных желез. Перед началом операции важно правильно определить новую инфрамаммарную складку, а затем и медиальную и латеральную границу молочной железы на поражённой стороне для правильного ориентира. Если пациентка желает установить имплантант, то в таком случае грыжевое содержимое либо иссекается, либо вправляется на место. Вместо имплантата пациентка может выбрать альтернативу - аутологическую пересадку жировой ткани [1].

При макромастии лечение может быть медикаментозным, оперативным или комбинированным. Лекарственные препараты применяются: даназол, тамоксифен, бромкриптин. При хирургическом лечении проводится тотальная мастэктомия, при которой риск рецидива ниже или редукционная маммопластика [19].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с изолированной аномалией развития молочных желез чаще всего имеют жалоба на косметический дефект. Таким образом, патология влияет на социальную сферу жизни пациента с самого рождения и на восприятие его гендерной идентичности. Помимо этого, необходимо тщательно обследовать пациента, так как аномалии развития молочных желез могут быть проявлением синдромов (Поланда, Симпсона-Голаби-Бемеля). Тактика лечения данной группы больных должна быть комплексной и направлена на избежание последующих рецидивов и осложнений.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Laloze J, Chaput B, Usseglio-Grosso J, Grolleau JL, Pienkowski C, Meresse T. A case series of breast reconstruction for amastia in a family with ectodermic dysplasia. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2019 Oct; 72(10):1700-1738.
2. Saribekyan E.K., Efanov V.V., Shirokikh I.M., Yagubova E.A. Accessory breast. *Clinical case. Research and Practical Medicine Journal*. 2015;2(4):77-81. (In Russ.)

3. Halleland HH, Balling E, Tei T, Arcieri S, Mertz H, Mele M. Polythelia in a 13-year old girl. *G Chir.* 2017;38(3):143-146.
4. Saribekyan E.K., Zubovskaya A.G., Shirokikh I.M., et al. Supernumerary nipple or pappiloma? // *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases.* - 2018. - Vol. 21. - N. 1. - P. 19-23.
5. Agranovich O.E., Komolkin I.A., Dimitrieva A.J. Poland's syndrome // *Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery.* - 2017. - Vol. 5. - N. 1. - P. 63-70
6. Su S, Xie R, Ding X, Lin Y. Three Cases of Bilateral Breast Absence Associated with Familial Congenital Ectodermal Defects. *ClinCosmetInvestigDermatol.* 2021;14:377-383
7. Yukun L, Ke G, Jiaming S. Application of Nipple Retractor for Correction of Nipple Inversion: A 10-Year Experience. *AestheticPlastSurg.* 2016 Oct;40(5):707-15.
8. Knackstedt R, Deross A, Moreira A. Congenital breast deformities: Anatomical basis and surgical approaches for optimal aesthetic outcomes. *Breast J.* 2020 Jul;26(7):1302-1307. doi: 10.1111/tbj.13798. Epub 2020 May 19. PMID: 32430934.
9. Chevais A., Ischenko A.L., Beltsevich D.G., Voskoboynikov V.V., Kurdyukov V.N., Pokrovskaya E.V. Gestational gigantomastia accompanied by distal breast tissue necrosis. A case report. *Endocrine Surgery.* 2019;13(3):141-147. (In Russ.)
10. Falk RE, Casas KA. Chromosome 2q37 deletion: clinical and molecular aspects. *Am J MedGenet C SeminMedGenet* 2007;145C:357.
11. Zikiryakhodzhaev A., Ablitsova N., Shirokikh I., Ermakov A. Clinical features of accessory breast carcinoma. *The Doctor. Russian Journal (Vrach).* 2016; (11): 34–7. (in Russian)
12. DiVasta AD, Weldon CB, Labow BI. The breast: Examination and lesions. In: Emans, Laufer, Goldstein's Pediatric & Adolescent Gynecology, 7th ed, Emans SJ, Laufer MR, DiVasta AD (Eds), WoltersKluwer, Philadelphia 2020. p.781.
13. Lee, Ryun & Lee, Hee & Kim, Ji & Kwon, Kae & Kim, Tae-Yeon. (2016). A Rare Case of Intra-Areolar Polythelia. *Archives of AestheticPlasticSurgery.* 22. 100. 10.14730/aaps.2016.22.2.100.
14. Sowa Y, Itsukage S, Morita D, Numajiri T. Inverted Nipple Correction with Selective Dissection of Lactiferous Ducts Using an Operative Microscope and a Traction Technique. *AestheticPlastSurg.* 2017 Oct;41(5):1045-1048.
15. James, V., & Rajan, J. (2020). Congenital unilateral amastia: An unusual yet unique presentation associated with breech delivery. *Indian Journal of Case Reports,* 6(6), 329-331.
16. Laloze J, Chaput B, Usseglio-Grosso J, Grolleau JL, Pienkowski C, Meresse T. A case series of breast reconstruction for amastia in a family with ectodermic dysplasia. *J PlastReconstrAesthetSurg.* 2019 Oct;72(10):1700-1738. doi: 10.1016/j.bjps.2019.07.011. Epub 2019 Aug 7. PMID: 31444053.
17. Ferrara Pietro, et al. Polythelia: Still a marker of urinary tract anomalies in children?. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology.* 2009;43:47-50.
18. Fonseca GM, Cantin M. Polythelia family associated with dental anomalies: a case report. *ColombMed.* 2014;45(1):45-47.
19. Hernandez Yenty QM, Jurgens WJ, van Zuijlen PP, de Vet HC, Verhaegen PD. Treatment of the benign inverted nipple: A systematic review and recommendations for future therapy. *Breast.* 2016 Oct;29:82-9.

УДК: 618.1-089

JINSIY A'ZOLAR ENTEROTSALI BILAN XASTALANGAN AYOLLARDA GINEKOLOGIK ANAMNEZNING XUSUSIYATLARI

Sobirova M.R.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, akusherlik va ginekologiya, bolalar ginekologiyasi kafedrası

РЕЗЮМЕ

В статье приведены характерные особенности гинекологического анамнеза у женщин с генитальным пролапсом и энтероцеле. В обзор включены источники отечественной и зарубежной литературы по изучаемому вопросу.

Ключевые слова: энтероцеле, пролапс, анамнез.

DOLZARBLIK

Ichki jinsiy a'zolar prolapsi - bu bachadon yoki

SUMMARY

The article presents the characteristic features of gynecological anamnesis in women with genital prolapse and enterocele. The review includes sources of domestic and foreign literature on the issue under study.

Key words: enterocele, genital prolapse, anamnesis.

qin devorlari holatining buzilishi, jinsiy a'zolarning vaginal kirish joyiga siljishi yoki ularning chegarasidan

tashqariga chiqishi bilan na'moyon bo'ladi. Genital prolapsni vaginal ochilish sohasida rivojlanadigan tos bo'shlig'i churrasi deb qaraladi. Ichki jinsiy a'zolar prolapsasi va siljish terminologiyasida «genital prolaps», «sistorektose» kabi sinonimlar keng qo'llaniladi; quyidagi ta'riflardan foydalaniladi: «prolapsus», to'liq bo'lmagan yoki to'liq «bachadon va qin devorlarining prolapsasi» (enterosel) [2,7,11]. Ayollarda genital prolaps, tos a'zolarining prolapsi va siljishi, siydik tutib tura olmasligining turli shakllari hozirda juda muammo bo'lib kelmoqda. Ichki jinsiy a'zolar prolapsi va siljishi polietiologik kasallik bo'lib, uning rivojlanishida jismoniy, genetik va psixologik omillar ishtirok etadi. Ayniqsa, tos bo'shlig'i va bachadonning boylam apparati holatiga ta'sir etuvchi omillar orasida yosh, irsiyat, patologik va travmatik tug'ish, og'ir jismoniy mehnat, qorin ichi bosimining oshishi, tos mushaklari va qon tomir tuzilmalariga psixosomatik ta'sir, jinsiy steroidlar ishlab chiqarish o'zgarishlari katta ta'sir ko'rsatadi [13, 14]. So'nggi paytlarda ushbu bemorlar kontingenti orasida «yosharish» kuzatildi; genital prolapsning og'ir darajalari, yosh bemorlarda ham ko'proq uchramoqda [2]. Adabiyotlarga ko'ra, tos a'zolari prolapsi va siljishining tarqalishi 20-28% gacha [2]. Klinik tushunchaga ko'ra, Buyanova S.N. va boshqalar tos diafragmasi yetishmovchiligining paydo bo'lishida to'rtta asosiy rol o'ynaydi, deb ko'rsatadi: tug'ruq paytida tos bo'shlig'ining shikastlanishi, birlashtiruvchi to'qima tuzilmalarining tizimli yetishmovchilik shaklidagi buzilishi, steroid gormonlar sintezining buzilishi, metabolik kasalliklar va mikrosirkulyatsiya bilan kechadigan surunkali kasalliklar.[1, 10].

TADQIQOT MAQSADI

Genital prolaps kuzatilgan ayollarda anamnestik va ginekologik tarixning xususiyatlarini o'rganish.

TADQIQOT MATERIALLARI VA USULLARI

Tadqiqot Andijon viloyati Viloyat Perinotal markazida ginekologiya bo'limiga, statsionar davolanish uchun yotqizilgan 70 nafar ayolning so'rov ma'lumotlariga asoslangan. Bemorlarning yoshi 45 dan 71 yoshgacha.

Ayollarda genital prolaps va enterotsel borligi haqidagi xulosa: shikoyatlar, anamnez, umumiy va ginekologik tekshiruv (qin ko'zgularda va bachadon bo'yni tekshiruv, qorin bo'shlig'ini vaginal tekshirish vaginal - qorin tekshiruv) larga asoslanadi. Qo'shimcha tekshirish usullari, KT va MRT ko'rsatkichlari bo'yicha, funksional diagnostika, test usullari, tos a'zolarining ultratovush tekshiruvini o'z ichiga oladi. Klinik tekshiruv retrospektiv va hozirgi anamnezni o'rganishni o'z ichiga oladi: yoshi, shikoyatlar, somatik kasalliklar; kasallikdan oldin hayz ko'rish funksiyasining xususiyatlari (menarxe yoshi, paydo bo'lish vaqti, muntazamligi, hayz davrining davomiyligi, hayz muddati va tabiati - o'rtacha, kam, ko'p, og'riqli, og'riqsiz); kasallik tufayli hayz ko'rish funksiyasining o'zgarishi (muntazamlilik, hayz davrining davomiyligi, hayz muddati va tabiati - kam, ko'p, og'riqli, hayzlararo qon ketish); menopauza (boshlanish vaqti, kursi, menopauzaning davomiyligi) jinsiy funktsiya

- jinsiy faoliyat boshlanishidagi yosh, kontratsepsiya usullari; generativ funktsiyaning tabiati (homiladorlik, tug'ish, abort, tushish, ektopek homiladorlik, birlamchi, ikkilamchi bepustlik); ginekologik operatsiyalar, kasalliklar.

Ginekologik tekshiruvda tashqi jinsiy a'zolar, qin, bachadon va uning ortiqlarining tuzilish xususiyatlari va holati, kichik tos, kichik chanoq bo'shlig'idagi o'simtaga o'xshash birikmalar mavjudligi, ularning lokalizatsiyasi, kattaligi, harakatchanligi, og'rig'i va mustahkamligi baholandi. Bachadon prolapsi yoki siljishi borligiga alohida e'tibor qaratildi.

TADQIQOT NATIJALARI

Bemorlarning shifokorga tashrifining asosiy sababi perineal sohadagi noqulaylik - 66 kishida (94,2%): mos ravishda. Perineyadagi noqulaylik jinsiy a'zolaridagi bosim va tirnash xususiyati, jinsiy faoliyatda qiyinchilikga olib kelgan. Bachadonning to'liq prolapsi bo'lgan 10 (14,28%) holatda, ayollar enteroselni qo'llari bilan to'ldirilgan tushuntirishgan. 24 (34,27%) nafar ayol og'riqdan shikoyat qilgan. Og'riq ko'pincha qorinning pastki qismida, perineumda, og'ir jismoniy zo'riqish paytida yoki jinsiy aloqa paytida kuchaygan, 5 nafar ayolda pastki orqa tomonda, 2 nafar son va 10 nafar ayolda to'g'ri ichakda og'riq kuzatilgan.

Og'riqning tabiatiga ko'ra, ular bemorlarning 43,5 foizini tortishuvchi og'riq, 13,0 foiz ezib og'ruvchi, 10,7 foiz sanchib va 6,5 foiz ayollarning kesishgan joyidagi og'riq bilan shikoyat qilgan.

Bemorlar, shuningdek, siydik tuta olmaslikdan (64,2%), tez-tez ich qotishi va gaz ishlab chiqarishning buzilishi (50,4%) dan shikoyat qilishdi.

32 bemorda (45,7%) menstrual buzilishlardan shikoyat bo'lgan. Shunday qilib, 32,6% algodismenoreya, 13,0% polimenoreya, 21,7% oligomenoreya hayz sikli ko'rinishida kuzatilgan. Boshqa shikoyatlari yo'q edi. Qolgan 38 nafar ayol (54,3%) menopauzada bo'lgan.

Anamnezdan shuni aniqladikki, ekstragenital kasalliklar 42 (60%) bemorda, shundan 32,6% yurak qon-tomir patologiyasi, 13,0% oshqozon ichak trakti kasalliklari, siydik ajratish tizim kasalliklari - 13,0%, endokrin patologiya - 10,9%, kasalliklari bo'lgan. Lor organlari - 8,7%. Bolalikda o'tkazgan infeksiyon kasalliklar 82,6%ni tashkil etdi.

Bemorlarda menarxening o'rtacha yoshi $13,4 \pm 0,7$ yil edi. Menarxe 12-15 yoshda 54,3% ayollarda, 11 yoshgacha - 23,9%da, 15 yoshdan katta - 21,7%da sodir bo'lgan. Umuman olganda, 6,5%i menarxedan oldin va keyinroq bo'lgan. Hayz ko'rish 6 oydan keyin odatiy holga aylandi. 69,6%da, 6-12 oydan keyin. - 21,7%da, 1-2 yildan keyin - 6,5%da, 2 yoki undan ko'p yildan keyin - 2,2% da. Hayz ko'rish va hayz davrining o'rtacha davomiyligi $5,4 \pm 0,3$ edi. So'rovda qatnashganlarning 87,8 foizida hayz ko'rish muntazam bo'lgan.

Jinsiy faollikning boshlanishidagi o'rtacha yosh $18,8 \pm 0,4$ yoshni tashkil etdi. 43 nafar ayol (61,4%) nikohda muntazam jinsiy hayot kechirgan.

67 (95,7%) bemorda homiladorlik bo'lgan, 64

tasi (91,42%) tug'ruq bilan yakunlangan. Ko'p sonli homiladorlik (4 yoki undan ko'p) 62,7%da sodir bo'lgan. Tez-tez tug'ilish (4 yoki undan ko'p) - 66,7%. 59 (84,28%) ayolning fikricha, tug'ish qiyin bo'lgan (uzoq muddatli mehnat, katta homila, bachadon bo'yni va perineumning yorilishi va boshqalar). So'rovda qatnashganlarning 80,4 foizi homiladorlikdan himoyalangan.

Genital prolapsning mavjudligi 73,5%da boshqa ginekologik prolaps bilan birlashtirilgan. Ginekologik patologiyalardan bachadon miomasi (73,9%), bachadon bo'yni kasalliklari (40,1%), qinning yallig'lanish kasalliklari (36,3%), surunkali adneksit (34,8%) va endometriya giperplaziyasi (30,4%) ustunlik qildi.

XULOSA

Shunday qilib, genital prolaps va enterotsel kuzatilgan bemorlarda shifokorga tashrif buyurishda asosiy shikoyatlar perineal mintaqada bezovtalik va og'riq, shuningdek, siydik tuta olmaslik va tez -tez ich qotishi edi. Ko'p sonli tug'ilish ayollarning 66,7 foizida kuzatilgan. Asoratlik tug'ruq 84,28%da qayd etilgan, bu keyinchalik perineum mushak apparati zaiflashishiga olib kelishi mumkin. Ginekologik patologiyalar orasida bachadon miomasi (73,9%), bachadon bo'yni kasalliklari (40,1%) va qinning yallig'lanish kasalliklari (36,3%) ustunlik qildi.

ADABIYOTLAR

1. Adamyan L.V., Balan V.E, Sashin B.E. Siydik tuta olmaslikni kombinatsiyalangan shakli bo'lgan bemorlarni davolash taktikasi // Ayollarda tos bo'shlig'i disfunktsiyasining xalqaro kongressi materiallari. Rossiya akusher-ginekolog xabarnomasi. Maxsus. ozod qilish. - 2008. - C. 2.
2. Petrova V.D. Ayollarda siydik tuta olmaslik (etiopatogenez, klinik rasm, tashxis, davolash): Muallif referati. diss. tibbiyot fanlari doktori ilmiy darajasini olish uchun - M., 2005.- S. 110.
3. Puchkov K.V., Ivanov V.V., Bakov V.S., Usachev I.A. Tos bo'shlig'i prolapsasini jarrohlik davolash

texnikasini optimallashtirish // Xirurgiyada minimal invaziv texnologiyalar: materiallar bir -biri bilan kesishishi. ilmiy-amaliy konf. - Maxachqala: CPI DSMA, 2005. - 159-160 -betlar.

4. Puchkov K.V., Chernousova N.M., Filimonov VB, Vasin R.V., Andreeva Yu.E. Zamonaviy sintetik implantlar yordamida ayollarda genital prolaps va stressli siydik tuta olmaslikni tuzatish // J. akusherlik va ayol kasalliklari.-2007.-T. 57 (maxsus son). - S.204-206.
5. Tsarkov P.V., Bashankaev B.N., Tulina I.A. Tos bo'shlig'i disfunktsiyasi - koloproktologning fikri // Ayollarda tos bo'shlig'i disfunktsiyasining Xalqaro Kongressi materiallari. Rossiya akusher-ginekolog xabarnomasi. Maxsus. ozod qilish. - M.: 2008.- S. 68.
6. Puchkov K.V., Filimonov V.B., Vasin R.V. Kichkina tos qavatining tushishi va enurez ostida bo'lgan ayollarning tuzatilishi // 2008 yilgi 16-EAES Kongressining tezislari kitobi, zamonaviy implantlar yordamida, 2008 yil 11-14 iyul, Stokgolm, Shvetsiya. - P.208-209.
7. Chapple C. R., Zimmern P. E., Brubaker L. va boshqalar. Ayol tos bo'shlig'i kasalliklarini ko'p tarmoqli boshqarish - Elsevier, 2006.
8. Bourcier A.P. Qorin bo'shlig'ining buzilishi / A.P. Bourcier, E.J. MakGuayr, P. Abrams. - Elsevier, 2004 yil.
9. Drutz H.P., Alarab M. Tos a'zolarining prolapsasi: demografiya va kelajakdagi o'sish istiqbollari // Int. Uroginekologiya. Pelvik Qavat Disfunktsiyasi. - 2006. - Vol. 6. - S. 6-9.
10. Getti C. va boshqalar. al. Tos a'zolarining tushishi va tos bo'shlig'i kasalliklarining belgilari // Am. J. Obstet. Ginekologiya. - 2005. - Vol. 7. - S. 53-57.
11. Meschia M., Pifarotti P. Ayollarda stress siydik o'g'irlab ketishini davolash uchun in'ektsiya terapiyasi // Ginekologiya. Akusherlik. Investitsiya qiling. - 2002. - jild. 2. - S. 67-72.

O'SMIR QIZLARDA QIN NUQSONLARINING MUAMMOLARI (ADABIYOTLAR SHARHI)

Suinov F.X., Sunatillaeva.S.A., Niyazova S.T., Oripova M.T.
Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti,
Bolalar va o'smir qizlar ginekologiyasi

РЕЗЮМЕ

Для воспроизводства расплывчатых дефектов у девочек наиболее подходящие меры в области здравоохранения являются разработка наиболее подходящих методов раннего выявления, диагностики и лечения мер, оказывало современный взгляд на проблему., Дается подробный анализ современной местной и зарубежной литературы.

Ключевые слова: девочки, влагалище, матка, дефект, деформация.

DOLZARBLIGI

Qizlardagi qin nuqsonlari bolalar va o'spirinlarning reproduktiv salomatligini eng dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi. Har yili turli xil organlar va tizimlarning nuqsonlari ko'payib boradi, reproduktiv tizimdagi nuqsonlar 4% ni tashkil qiladi [I, II, III].

Ko'pincha qinning to'liq yoki qisman aplaziyasi, shuningdek, bachadon va qinning ikkilanishi qinlardan birining aplaziyasi bilan topiladi. Ushbu patologiyaning yuqori darajadagi ko'rinishiga qaramay, ko'pincha menarxiyagacha sezilmaydi yoki kattalar davrida aniqlanadi, bu esa bolalarda qin malformatsiyasining yetarlicha aniqlanmagan klinik xususiyatlari, nuqsonlarni aniqlashdagi diagnostika xatolari va erta tashhis qo'yishdagi qiyinchiliklar bilan bog'liq [IV]. Xashukoeva (1998), E.A. Bogdanova, V.I. Kulakov (2005), ayol jinsiy organlarining malformatsiyalari ko'pincha boshqa organlar va tizimlarning nuqsonlari bilan birlashtiriladi, ko'pincha siydik tizimining anomaliyalari 10% dan 100% gacha. Kamroq tez-tez uchraydigan reproduktiv va siydik tizimlarining anorektal anomaliyalari va mushaklar-skelet tizimining patologiyalari bilan birlashishi mavjud [VI, VII], bu embrion rivojlanishining o'ziga xos xususiyatlari, ushbu organlar va tizimlarning bir vaqtning o'zida o'rnatilishi bilan bog'liq [I,II,III].

Qin, mushak-skelet tizimi va siydik chiqarish tizimining murakkab birlashtirilgan nuqsonlari alohida e'tiborga loyiqdir. Ushbu patologiyaning kamdan-kam uchraydiganligi, boshqa organlar va tizimlarning qo'shma kasalliklari va nuqsonlari turlicha bo'lganligi sababli tashxis qo'yish qiyin. Bu to'liq bo'lmagan va o'z vaqtida tashxis qo'yishga, noto'g'ri davolash va davolanishga, 23-24% hollarda asossiz jarrohlik aralashuvlarga va natijada asoratlarga olib keladi [V,VI,VII].

Ko'pgina hollarda, qin nuqsoni bo'lgan qizlar shoshilinch ravishda og'riq sindromi, ba'zan siyish va defekatsiya buzilishi bilan kasalxonaga yotqiziladi,

SUMMARY

For the reproduction of vague defects in girls, the most appropriate health measures are to develop the most appropriate methods of the early detection, diagnosis and treatment of measures, provided a modern view of the problem. A detailed analysis of modern local and foreign literature is given.

Key words: girls, vagina, uterus, defect, malformation.

bu ko'pincha diagnostika xatolariga, asossiz va tez-tez takrorlanadigan operatsiyalarga olib keladi. Ko'pincha, shunga o'xshash alomatlar menarxe davrida ro'y beradi, ammo yangi tug'ilgan chaqaloqlarda mukokolpos, gidrometrokolpos rivojlanishi tufayli ham mumkin. Menarxe paytida «o'tkir qorin» klinikasi gematokolpoz, gematometra, gematosalpinks kabi asoratlarning rivojlanishiga bog'liq bo'lib, bu jarrohlik muolajani o'tkazish zarurati, shu jumladan shoshilinch holat bo'yicha qaror qabul qilishda tez tibbiy yordamni talab qiladi. Tashhis qo'yishning murakkabligi sababi «o'tkir qorin» sabablarining xilma-xilligida va maqbul boshqaruv taktikasini ishlab chiqish uchun vaqt yetishmasligida va tezkor va samarali diagnostika choralarini ko'rishda, zudlik bilan davolanishda.

Vaginal nuqsonli bemorlarni davolash asosan tez-tez favqulodda vaziyatda jarrohlik usullari bilan amalga oshiriladi. Vaginoplastikaning ko'plab usullari mavjud va ularning barchasi o'zlarining kamchiliklariga ega, shuning uchun qinning ochiqqligini tiklashdan eng maqbul usul yo'q. Qisman qin aplaziyasi bilan uning o'tkazuvchanligini tiklash aplaziya sohasi uning uzunligiga bog'liq. Ushbu operatsiyaning mohiyati aplaziya sohasini ajratish va qinning yuqori va pastki qismlarini birlashtirishdan iborat[V,VI]. Agar qin aplaziyasining kengaygan joyi bo'lsa, ajratilgan qinning yuqori va pastki qismlarini oddiy birlashishi ko'pincha operatsiyadan keyingi birinchi kunlarda tikuvlarning ochilishiga, chandiq paydo bo'lishiga va bu sohalar orasidagi aloqaning yopilishiga olib keladi. Agar bachadon va qinning ikkilanishibo'lsa, gematokolpoz shakllanishi bilan qindan birining aplaziyasi bo'lishi mumkin. Adamyanning takidlashicha amaldagi qinning mavjudligi operatsiyani qisman applastik qin devorining eksiziyasi bilan cheklashga imkon beradi, bu esa hayz ko'rish qonining ikkinchi qindan to'siqsiz chiqib ketishiga imkon beradi (AG Qurbanova, 1983; EA

Bogdanova va boshq., 1990; JI.B. Adamyan va boshq., 2004). Vaginal to'liq aplaziya uchun ko'plab jarrohlik muolajalar mavjud. Sun'iy qin yaratishda etakchi usullar Küstner (1893), Grossmann (1947), JI.A.ga ko'ra turli xil modifikatsiyalarda teri kolpopoyezidir. Kozlov (1972), shuningdek, hozirgi kunda keng tarqalgan peritoneal kolpopoez (Davydov tomonidan ishlab chiqilgan uslublar, 1969, 1989; Fridberg, 1974; JI.B. Adamyan va boshq., 1992). Ichakdagi kolpopoezni birinchi marta Rossiyada 1892 yilda V.F. Snegirev va 1904 yilda D. Bolduin tomonidan keyinchalik ko'plab jarrohlar uni takomillashtirdilar (M.S.Aleksandrov, 1955; E.E. Gigovskiy, 1963; A.B. Okulov va boshq., 1989; B.B. Negmadjanov, 1991; V.I. Kulakov va boshq., 1990). Bundan tashqari, jarrohlik bo'lmagan usullar Sherstnev usuli (1967) yoki Vekchiatti usuli (1980) bo'yicha kolpoelongatsiya shaklida qo'llaniladi. Vaginal rivojlanish patologiyasini tuzatish uchun juda ko'p usullar mavjud bo'lsa-da, qizlarda u yoki bu usulni tanlash afzalligi hozirgacha aniq emas. Vaginal malformatsiyalarni klinikasi, diagnostikasi va davolash bo'yicha mavjud bo'lgan adabiyot ma'lumotlariga qaramay, muammoning ko'plab masalalari yetarlicha o'rganilmagan. Shunday qilib, hozirgi kunga qadar, bachadon va qinning malformatsiyasining umumiy qabul qilingan tasnifi mavjud emas, bu esa terminologiyada chalkashlikka olib keladi. Jinsiy nuqsonlarning noto'g'ri terminologiyasi diagnostika va davolashga, shuningdek tuzatish usullarining nomiga ta'sir qiladi. Ko'pincha adabiyotda siz “Transvers vaginal septum”kabi atamani topishingiz mumkin, ammo qisman vaginal aplaziyadan boshqa narsa yo'q. Patologiyaning noto'g'ri talqini jarrohning noto'g'ri harakatlariga va natijada keyingi asoratlarga olib keladi. Bachadon va qinning ikkilanishi, qizlik pardasi atreziyasi bilan o'xshash holat.

Vaginal malformatsiyalar diagnostikasi yoshi va ko'lami bilan bog'liq munozarali muammolar mavjud. Terapiya uchun eng maqbul yosh va uning eng oqilona usuli to'g'risida hali ham bir fikrga kelilmagan. Afsuski, ko'pincha jarrohlik usulini tanlash jarrohning imkoniyatlari va hohishiga to'g'ri keladi, shu bilan birga har bir bemorning xususiyatlari hisobga olinmaydi. Bu ko'p jihatdan bir nechta nuqsonlari bo'lgan bemorlarni ko'pincha urologik, ortopedik, proktologik va ginekologik muassasalarda tekshirilishi bilan bog'liq. Mamlakatda bolalar uchun ginekologik muassasalar juda kam bo'lganligi sababli, reproduktiv tizimning patologiyasi keksa yoshda aniqlanadi va davolanadi, qoida tariqasida asoratlarda paydo bo'lganda prognoz yomonlashadi. Laparoskopiya diagnostika va davolash usuli sifatida mamlakatda keng tarqaldi, ammo uning qizlarda bachadon va qinning malformatsiyasini tashxislash va davolashda uning roli yetarli darajada yoritilmagan.

XULOSA

Zamonaviy sharxlarning batafsil tahliliga ko'ra o'smir qizlarda qin nuqson muammolari bugungi kunda ham dolzarb va kopgina muommolar yechimini topmagan. Shu sababli bu borada kengroq izlanishlar

olib borish maqsadga muvofiqdir.

ADABIYOTLAR

1. Adamyan L.V., Baran N.M., Bogdanova E.A., Glybina T.M. Qizlarda bachadon va qinning malformatsiyasi. «ONA VA BOLA» IX Butunrossiya ilmiy forumi materiallari. Moskva. 2007 yil 2-5 oktyabr - S. 311 - 312.
2. Adamyan L.V., Baran N.M., Bogdanova E.A., Glybina T.M. Qizlarda bachadon va qinning malformatsiyasini diagnostikasi va davolash. Pediatriya va o'spirin ginekologlarining XI Yevropa Kongressi materiallari. Sankt-Peterburg. 2008 yil 11-14 iyun - S. 55 - 56.
3. Adamyan L.V., Baran N.M., Bogdanova E.A., Glybina T.M. Qizlarda to'liq va qisman qin aplaziyasi diagnostikasining xususiyatlari. «Ginekologiyada XXI asr texnologiyalari» endoskopiyasi va robotlashtirilgan jarrohlik kursi bilan XXI Xalqaro Kongress materiallari. Moskva. 2008 yil 9-12 iyun - S. 153.
4. Adamyan L.V., Bogdanova E.A., Baran N.M., Glybina T.M. Qizlarda bachadon va qin nuqsonlari tuzilishi. «Ginekologik kasalliklar diagnostikasi va davolashning zamonaviy texnologiyalari» endoskopiyasi kursi bilan XX yubiley xalqaro kongressi materiallari. Moskva. 2007 yil 4-7 iyun - 278 - 279 betlar.
5. Adamyan JI.B., Bogdanova E.A., Glybina T.M., Baran N.M. Makkusik-Kaufman sindromi bo'lgan qizlarda bachadon va qinning malformatsiyasi. // Reproduksiya muammolari. - 2008. - № 1. - S. 81 - 84.
6. Adamyan JI.B., Bogdanova E.A., Glybina T.M., Baran N.M. Qizlarda qinning qisman aplaziyasi. Reproaktiv tibbiyot bo'yicha III Xalqaro Kongress materiallari «Oilaning reproduktiv salomatligi». Moskva. 2009 yil 19-22 yanvar - S. 142.
7. Adamyan JI.B., Poddubniy I.V., Fayzulin A.K., Glybina T.M., Fedorova E.V., Bogdanova E.A., Baran N.M. Siydik ayirish tizimning og'ir qo'shma nuqsonlari bo'lgan qizlarni davolash usullarining evolyutsiyasi. Reproaktiv tibbiyot bo'yicha III Xalqaro Kongress materiallari «Oilaning reproduktiv salomatligi». Moskva. 2009 yil 19-22 yanvar - S. 141-142.
8. Baran N.M., Bogdanova E.A. Qizlardagi genital malformatsiyalarning retrospektiv tahlili. «Reproduktiv oila salomatligi» reproduktiv tibbiyot bo'yicha II Xalqaro Kongress materiallari. Moskva. 2008 yil 21-24 yanvar - P. 157-158.
9. Bogdanova E.A., Glybina T.M., Baran N.M. Makkusik-Kaufman sindromiga xos bolalarda bachadon va qinning malformatsiyasi. «Ginekologik kasalliklar diagnostikasi va davolashning zamonaviy texnologiyalari» endoskopiyasi kursi bilan XX yubiley xalqaro kongressi materiallari. Moskva. 2007 yil 4-7 iyun - p. 284 -285.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕУДАЧ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Тимченко М.А.¹, Горбачева Т.И.²

¹ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД Медицина», г. Барнаул»,

²ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России

HULOSA

Maqsad. Bachadon arteriyalarini selektiv embolizatsiya (BAs-E) amaliyotidan keyin mioma tugunlarini qayta o'sishini klinik prediktorlarini aniqlashlik tadqiqot maqsadini belgilab berdi.

Dizayn. Bir markazli bo'ylama kogortali tadqiqot.

Material va usullar. Tadqiqotga belgilangan bachadon miomasi bor 366 nafar ayol kiritildi, ularga 2013-2017 da BAs-E o'tkazilgan. Asosiy guruh (n=51) ayollarida klinik simptomlarni tiklanishi va tugunlarda ikki yil va bundan ko'proq vaqtdan so'ng qon aylanishini tiklanishi kuzatilgan. Kontrol guruh ayollarida (n=315) BAs-E o'tkazilgandan so'ng qon aylanish to'liq tiklandi va 3 yil davomida turg'unli remissiya ro'y berdi. Bachadon miomasini qayta o'sishi va sifatli bilan sonli belgilar bilan bog'liqlikni tahlil qilishda belgilarni qadam-ma-qadam chiqib ketishi logistic regressiya modeli ishlatildi.

Natijalar. Kontrol guruh ayollarini o'rta yoshi 40 [95%CI 39,0-41,1] ga teng bo'ldi, asosiyda esa - 42 [95%CI 39,0-43,0] yoshni tashkil etdi. BAs-E o'tkazilgandan keyin sezilarli prediktorlari bo'lib tana vaznini indeksi (TVI) $\leq 22,3$ (OR4,03); hayz davrida ko'p qon ketishlik (OR3,56) va anamnezda gormonal terapiya olishlik (OR3,06) bo'ldi. Tanlangan belgilarni ichiga olgan logit- model bachadonda miomani BAs-E amaliyotidan keyin qayta osishini bashorat qilishga 78,8% hodisalarida imkon yaratadi (95% CI 0,76 – 0,83; $p < 0,0001$).

Xulosa. TVI $\leq 22,3$ dan kam va hayz davrida ko'p qon yoqotadigan, hamda anamnezida gormonoterapiya olgan ayollarda uzoq muddatga bachadon miomasini simptomlarini keskin kamaytirish uchun BAs-E qo'llash samarasizdir.

Kalit so'lar. belgili bachadon miomasi, bachadon arteriyasini embolizatsiyasi, qayta kasallanishni prediktorlari, gormonoterapiya.

Лейомиомы, или миомы – это доброкачественные фиброзные опухоли, распространенность которых в популяции женщин репродуктивного возраста достигает 25-70% [9]. В половине случаев лейомиомы бессимптомны, в половине могут вызвать тазовую боль, инфертильность, обильные менструальные кровотечения (ОМК) и снижение качества жизни [8]. На современном этапе спектр лечебных мероприятий, применяемых у больных с миомой матки, достаточно широк и направлен на сохранение органа, восста-

SUMMARY

Objective. To reveal clinical predictors associated with uterine fibroid embolization failure (UFE).

Design: One-center longitudinal retrospective cohort study.

Materials and methods. The study involved 366 women with symptomatic uterine myoma who underwent UFE from 2013 to 2017. The main group (n=51) includes women who have recurrence of clinical symptoms and blood-flow of uterine fibroid after UFE success in at least two years period. Control group (n=315) includes patients with long-term success after UFE (for 3 years). The logistic regressions model with a step-by-step elimination of a sign was used for the correlation between uterine myoma growth recurrence and subset quantitative and qualitative signs.

Results. The median of age of control group patients has made 40 [95%CI 39,0-41,1] years, the main - 42 [95%CI 39,0-43,0] years. Revealed significant predictors for recurrence of uterine myoma after UFE were: body mass index (BMI) $\leq 22,3$ (OR4,03); abnormal menstrual bleedings (OR3,56) and hormone therapy (OR3,06) in patient's history. A logit – model included these specific signs predicts uterine myoma growth recurrence after UFE likelihood 78,8% (95%CI 0,76 – 0,83; $p < 0,0001$).

Conclusion: Patients who have body mass index (BMI) $\leq 22,3$ associated with abnormal menstrual bleedings and hormone therapy in history are in a high risk of UFE failure.

Key words: symptomatic uterine myoma, uterine fibroid embolization, failure, predictors, hormone therapy.

новление фертильности и предупреждение рецидива роста узлов. При выборе метода лечения лейомиомы матки учитывают локализацию миоматозных узлов, возраст пациентки, необходимость выполнить в последующем репродуктивной функции и др. [1]. При этом риск рецидива роста миоматозных узлов, как правило, не является определяющим в выборе метода терапии.

С целью оценки рецидива роста лейомиомы матки после лечения различными методами американ-

скими учеными в 2018 г. проведено беспрецедентное исследование по числу включенных пациенток ($n=107844$). Кумулятивный 5-летний риск рецидива миомы матки для лапароскопической консервативной миомэктомии составил 20%; для эмболизации маточных артерий (ЭМА) – 24% [7].

Имеется также исследования факторов риска рецидива роста миоматозных узлов. Группа ученых из Китая в качестве фактора, определяющего высокий риск рецидива роста миоматозных узлов после ЭМА, определила только высокий индекс васкуляризации узла перед вмешательством [11]. Ряд исследований направлен на поиск молекулярно-генетических маркеров, определяющих риск рецидива миоматозного роста [6].

Предполагают, что, определение доступных предикторов, позволяющих прогнозировать риск развития рецидива роста миоматозных узлов перед выбором метода лечения, позволит осуществлять консультирование и персонализированный подход к выбору метода лечения: селективной эмболизации маточных артерий (с-ЭМА) или ее альтернативы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установление клинико-anamnestических предикторов рецидива роста миоматозных узлов после проведения селективной эмболизации маточных артерий с-ЭМА.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2013-2017гг в гинекологическом отделении Клинической больницы «РЖД Медицина» г. Барнаула Проведено одноцентровое лонгитюдное претроспективное когортное исследование, включавшее 366 женщин с симптомной миомой матки после проведения селективной ЭМА. У 315 пациенток после проведения с-ЭМА в течение 3-х лет и более отмечалась полная редукция кровотока и стойкая ремиссия (контрольная группа). У 51 пациентки отмечалось восстановление клинических симптомов и восстановление кровотока после зарегистрированной по данным ультразвукового исследования полной редукции кровотока и купирования клинической симптоматики в период более 2-х лет (основная группа). Медиана возраста пациенток контрольной группы составила 40 [95%CI 39,0-41,1] лет, основной – 42 [95%CI 39,0-43,0] года.

В группах сравнения проанализированы потенциальные факторы риска рецидива миомы матки после проведения с-ЭМА в выделенных блоках: общие данные; акушерско-гинекологический анамнез; сопутствующая соматическая патология; особенности течения заболевания и методы терапевтического воздействия, проводимые ранее, перед принятием решения о выборе метода лечения.

Наряду с клинико-anamnestическими методами исследования комплекс обследования включал эхографическое исследование, доплерографию, цветное доплеровское картирование (ЦДК) органов малого таза; гистероскопию с раздельным диагностиче-

ским выскабливанием полости матки; кольпоскопическое и онкоцитологическое исследование шейки матки. Всего проанализировано 103 потенциальных фактора риска.

Селективная эмболизация маточных артерий (с-ЭМА) выполняется по стандартной методике Сельдингера трансфemorальным доступом с использованием гидрофильных проводников и системы катетеров, позволяющих проводить селективную и суперселективную ЭМА. Используются сертифицированные биосовместимые и нерассасывающиеся калиброванные эмболизирующие микросферы Embosphere (Merit Medical Systems, Inc, USA) с диапазоном размера от 120 до 1200 мкм. Подбор определенного размера частиц определяется рентгеноангиохирургом в зависимости от диаметра сосудов миоматозных узлов. Гидрофильная поверхность и сферическая форма микросфер Embosphere предотвращает агрегацию в просвете катетера и сосудов, а клеточно-адгезивные свойства обеспечивают полную и длительную механическую окклюзию сосудов [10].

Проведение исследования одобрено решением локального Этического комитета ФГБОУ АГМУ МЗ РФ, протокол № 8 от 25.10.2019 г.

Нормальность распределения вариационных рядов проводилась с помощью теста Колмогорова – Смирнова. Качественные переменные представлены в виде абсолютных значений и процентов. Сравнение пропорций качественных данных проводилось с помощью критерия χ -квадрат Пирсона или точного критерия Фишера. Количественные данные (лабораторные показатели, результаты доплерометрического исследования и пр.) представлены в виде медианы (Me), 95% доверительного интервала (95%CI) и интерквартильного размаха [25-й и 75-й перцентили]. Для сравнения рядов данных использовались непараметрические методы. Критический уровень значимости различий (p), определен как $p < 0,05$. Для анализа взаимосвязи между одним качественным признаком (рецидив роста миомы матки, требующий оказания медицинской помощи) и подмножеством количественных и качественных признаков использовалась модель логистической регрессии с пошаговым выбыванием признака. Результаты оценки уравнений логистической регрессии представлены набором коэффициентов регрессии (β), достигнутыми уровнями значимости для каждого коэффициента (p), оценкой показателя согласия (Concordant) – фактической принадлежности пациента к той или иной группе, а также результатами ROC-анализа с оценкой численного показателя площади под ROC-кривой – AUC (Area Under Curve), которые отражают качество модели логистической регрессии [2]. Использовался пакет статистического программного обеспечения MedCalc Version 17.9.7 (лицензия BU556-P12YT-BBS55-YAH5M-UBE51).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении анализа установлено, что стати-

стически значимыми факторами риска рецидива миомы матки после проведения с-ЭМА явились индекс массы тела (ИМТ) < 2,3; обильные менструальные кровотечения (ОМК) в анамнезе; предшествующая гормональная терапия; гипертоническая болезнь;

хронический цистит; диспареуния; конгломерат, включающий 2-3 миоматозных узла; локализация миоматозного узла на ребре матки. Данные признаки представлены в таблице 1 в порядке уменьшения их прогностической значимости.

Таблица 1

Результаты анализа по оценке значимости факторов риска развития рецидива миомы матки в зоне проведения с-ЭМА, %

Анализируемый фактор	Контрольная группа, n=315	Основная группа, n=51	Статистический показатель		
			OR	p	95% CI
ИМТ <22,3	23,2	54,9	4,03	0,0001	2,19-7,43
Предшествующие обильные менструальные кровотечения	68,6	37,8	3,56	0,0001	1,89 - 6,72
Предшествующая гормонотерапия	9,8	25,5	3,06	0,0022	1,50 - 6,51
Гипертоническая болезнь	2,2	9,8	2,58	0,0090	1,45 - 15,70
Локализация миоматозного узла на ребре матки	11,7	23,5	2,24	0,0025	1,11 - 4,81
Диспареуния	0	3,9	2,22	0,0260	1,51 - ∞
Хронический цистит	9,2	19,6	2,18	0,0290	1,10 - 5,29
Конгломерат, включающий 2-3 миоматозных узла	31,1	45,1	1,79	0,0485	1,02-3,27

Получению критического уровня ИМТ предшествовал анализ сопряженности различной массы тела с развитием рецидива миомы матки. Определено, что медиана показателя ИМТ в контрольной группе составила 24,7 (95%CI 24,0-25,7), что значимо больше, чем в основной группе – Me=22,7 (95%CI 21,9-23,7). При проведении ROC-анализа получен порог отсечки показателя ИМТ: ≤22,3 (AUC=0,689; 95%CI:0,62 - 0,70; p<0,0001). Под ОКМ мы понимали чрезмерную менструальную кровопотерю длительностью дольше 8 дней. При более детальном рассмотрении использованных методов гормонотерапии у пациенток с рецидивом миомы матки определено, что 50% женщин

использовали улипристала ацетат (5 мг); 25% – аналог гонадотропин-рилизинг гормона. 25% – комбинированные гормональные препараты.

При включении статистически значимых факторов риска в модель логистической регрессии с пошаговым выбыванием признака свою статистическую значимость сохранили три клинических параметра: показатель ИМТ <22,3; предшествующие ОКМ и предшествующая гормональная терапия (табл. 2). При этом сочетание представленных признаков позволяет прогнозировать рецидив роста миомы матки после проведения с-ЭМА в 78,8% случаев (95%CI 0,76 – 0,83; p<0,0001).

Таблица 2

Результаты логит-регрессии по оценке значимости факторов риска рецидива миомы матки в зоне проведения с-ЭМА

Переменная	Коэффициент (β)	p-значение	Скорректированное отношение шансов (OR)
Свободный член	0,2675	-	-
ОМК (предшествующие)	1,9969	0,0095	7,3667
ИМТ <22,3	1,2225	0,0002	3,3957
Гормонотерапия (предшествующая)	0,95505	0,0095	2,5988
Процент конкордации 86,74 %			
Chi-squared = 53,89; p < 0,0001			
AUC= 0,79; 95%CI 0,76 – 0,83			

ОБСУЖДЕНИЕ

Задача нашего исследования заключалась в том, чтобы определить критерии, позволяющие практическому врачу акушеру-гинекологу на основании клинических данных, выделить группу пациенток, требующих дополнительного консультирования и, может быть, дообследования, перед выбором метода лечения миомы матки. Несмотря на высокую теоретическую информативность, ряд методов прогно-

зирования рецидива миомы матки, основанных на предоперационном генетическом тестировании пациентов, трудоемки и малодоступны [3]. Результаты работ патоморфологов, свидетельствующие о наличии специфических маркеров миоматозного роста в материале после гистерэктомий, не могут служить аргументом, определяющим тактику на предоперационном этапе [4].

С другой стороны, имеется ряд работ, предлагающих модели прогнозирования и описывающих клинический статус пациентки с рецидивом роста миоматозных узлов. Ученые из Кореи, оценив эффективность процедуры с-ЭМА, определили, что только субмукозная локализация лейомиомы является статистически значимой переменной (RR=7,69), определяющей терапевтический эффект [5]. В ретроспективном исследовании факторов риска рецидива миомы матки после проведенной ЭМА у 4629 пациенток показано, что предшествующая анемия, обильные менструальные кровотечения и тазовые боли увеличивали риск повторного вмешательства [7]. Результаты этих исследований не противоречат нашим данным.

Принимая во внимание неоднозначность и эволюцию взглядов на патогенез лейомиомы и роль биологических маркеров, определяющих рост миоматозных узлов и разрушение внеклеточного матрикса, основным инструментом практикующего врача акушера-гинеколога остается клиническая картина заболевания, которая и определяет тактику и метод лечебного вмешательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На этапе предоперационного консультирования пациенток с симптомной миомой матки установление сочетания критериев в виде показателя ИМТ <22,3; обильных менструальных кровотечений и гормональной терапии в анамнезе предполагает отказаться от проведения с-ЭМА в пользу альтернативного метода лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Артымук Н.В. и др. Миома матки: диагностики, лечение и реабилитация // Пробл. репрод. – 2018. – Т. 24, №S6. – С. 605-649.
2. Кочетов А.Г., Лянг О.В., Масенко В.П. и др. Методы статистической обработки медицинских данных: Метод. рекомендации для ординаторов и аспирантов медицинских учебных заведений, научных работников. – М.: РКНПК, 2012. – 42 с.
3. Чурносков М.И., Пономаренко И.В., Полоников А.В. Способ прогнозирования риска развития сочетания миомы матки и аденомиоза с использованием генетических данных: Патент РФ № RU 2677866. – Оpubл 22.01.2019.
4. Aly J.M., Lewis T.D., Parikh T. et al. NAV3, a Tumor Suppressor Gene, Is Decreased in Uterine Leiomyoma Tissue and Cells // *Reprod. Sci.* – 2020 Vol. 27, №3. – P. 925-934.
5. Chung Y.J., Kang S.Y., Chun H.J. et al. Development of a Model for the Prediction of Treatment Response of Uterine Leiomyomas after Uterine Artery Embolization // *Int. J. Med. Sci.* – 2018. – Vol. 15, №14. – P. 1771-1777.
6. Commandeur AE, Styer AK, Teixeira JM. Epidemiological and genetic clues for molecular mechanisms involved in uterine leiomyoma development and growth // *Hum. Reprod. Update.* – 2015. – Vol. 21, №5. – P. 593-615.
7. Davis M.R., Soliman A.M., Castelli-Haley J. et al. Reintervention Rates after Myomectomy, Endometrial Ablation, and Uterine Artery Embolization for Patients with Uterine Fibroids // *J. Womens Health (Larchmt).* – 2018. – Vol. 27, №10. – P. 1204-1214.
8. McKinnon W., Middleton L.J., Cheed V. et al. FEMME Collaborative Group. Uterine-Artery Embolization or Myomectomy for Uterine Fibroids // *New Engl. J. Med.* – 2020. – Vol. 383, №5. – P. 440-451.
9. Segars J.H., Parrott E.C., Nagel J.D. et al. Proceedings from the Third National Institutes of Health International Congress on Advances in Uterine Leiomyoma Research: comprehensive review, conference summary and future recommendations // *Hum. Reprod. Update.* – 2014. – Vol. 20. – P. 309-333.
10. Siskin G.P., Beck A., Schuster M. et al. Leiomyoma infarction after uterine artery embolization: a prospective randomized study comparing tris-acryl gelatin microspheres versus polyvinyl alcohol microspheres // *J. Vasc. Interv. Radiol.* – 2008. – Vol. 19, №1. – P. 58-65.
11. Tang Y., Chen C., Duan H. et al. Low vascularity predicts favourable outcomes in leiomyoma patients treated with uterine artery embolization // *Europ. Radiol.* – 2016. – Vol. 26, №10. – P. 3571-3579.

АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО СЕПСИСА У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Умарова Н.М.¹, Аюпова Ф.М.²

¹Республиканский перинатальный центр,

²Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

Кесар кесимида бачадонга қўйилган чокларни очилиб кетиши генитал сепсисни клиник ривожланишини таҳлил қилинди. Бачадондаги кесар кесими амалиетидан кейин қўйилган чокларни камчилиги бор ҳодисаларнинг генитал герпесни келиб чиқиши хавфини ривожланишини клиник омилларини таҳлили ўтказилди ва эрта ташиқлаш ва фаол жарроҳлик тактикасининг самарадорлиги исботланди.

Калим сўзлар: генитал сепсис, кесар кесими амалиети.

Повышение частоты оперативного родоразрешения выше 15% является фактором риска развития перинатальных осложнений и материнской заболеваемости и смертности (МС) [5]. Внедрение в практику врачей акушеров-гинекологов высоких перинатальных технологий, рекомендованных ВОЗ, ЮНФПИ: «Эффективный перинатальный уход (ЭПУ)», «Неотложная акушерская помощь (НАП)», «Безопасное материнство» и т.д., оказывают огромную помощь в практике работы акушерских стационаров и перинатальных центров [3]. Однако несоблюдение рекомендаций национальных клинических протоколов и стандартов ЭПУ: необоснованные назначения, вагинальные осмотры, гипердиагностика или несвоевременно выставленные показания к операции кесарева сечения (КС), полипрогмазия приводят к расширению показаний к данному методу родоразрешения со стороны матери и плода. Согласно данным III конфиденциального анализа случаев материнской смертности в Узбекистане за 2016-2017 гг. (НК КИСМС) «Во имя спасения жизни матерей», МС от генитального сепсиса составила 14,7%, а в 4% случаев после массивной бактериемии развивается картина септического шока [4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ причин, приведших к развитию генитального сепсиса у родильниц, перенесших операцию КС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализировано 238 историй болезней родильниц, поступивших с клиникой генитального сепсиса из разных регионов, областей и городов республики в Республиканский перинатальный центр в 2016-2021 гг. Септические осложнения проявлялись послеродовым метроэндометритом, картиной акушерского перитонита, септического шока, в сочетании или без соматической патологии. Оценка септического состояния проводилась по шкале SOFA, Глазго, результатам клинико-биохимических анализов, ультразвуковых исследований и т.д. [1] Для лечения генитально-

SUMMARY

Clinical risk factors for the development of genital sepsis with inconsistency of the suture on the uterus after cesarean section were analyzed. The early signs of an inconsistent scar on the uterus were established and the effectiveness of early diagnosis and active surgical tactics in carrying out organ-preserving operations was proved.

Key words: genital sepsis, caesarean section.

го сепсиса данным пациенткам проводили различные виды высокотехнологических операций и вмешательств на фоне интенсивной антибактериальной и посиндромной терапии в условиях реанимации, а реабилитацию осуществляли в отделении гинекологии. Оперативные вмешательства выполнены у 238 женщин, в том числе инструментальное опорожнение полости матки (ИОПМ) – у 96 (40,3%), гистероскопию с последующей лапароскопией – у 24 (10,1%), гистероскопию (в сочетании и без гистерорезектоскопии) – у 20 (8,4%), диагностическую гистероскопию после проведения ИОПМ – у 7 (2,9%), ИОПМ + гистероскопию + лапароскопию – у 10 (4,2%). В 55 (23,1%) случаях после проведения вышеперечисленных вмешательств при несостоятельности швов на матке после КС переходили на расширение объема операций с применением органосохраняющих реконструктивных методик: наложение вторичных швов (метропластика и метрорафия) с сохранением чадородного органа – матки, особенно у первородящих. По сравнению с 2015-2016 гг. у женщин после операции КС с генитальным тазовым сепсисом в сочетании и без полиорганной недостаточности или акушерским перитонитом проводились только радикальные операции. Так, экстирпация матки выполнена у 15 (6,3%). С 2017- 2021 гг. в условиях Республиканского перинатального центра внедрены методики органосохраняющих операций и удаление очага инфекции – матки – проводились лишь в 11 (4,6%) случаях, при этом учитывались возраст, количество родов, общий статус родильниц [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Как показал анализ историй родов, показания к проведению абдоминального родоразрешения служили отягощенный акушерский анамнез (ОАА) (один рубец и более на матке) – у 36 (20,8%), тазово-головная диспропорция (ТГД) – у 21 (12,1%), ПДРПО – у 17 (10,9%), родостимуляция и индукция родов – у 15 (8,6%), атония матки – у 9 (5,2%), тяже-

лая преэклампсия – у 7 (9,8%). Во время операции проводилась перевязка 2-3-х пар магистральных сосудов и наложение компрессионных швов на матку – у 19 (10,9%) пациенток, у которых при проведении гистероскопии были обнаружены участки некроза эндометрия, отека и воспалительной инфильтрации вокруг узлов из викрилового шовного материала. Имели место также сочетание и без с другими соматическими заболеваниями – у 6 (3,4%), заболевания со стороны матери и плода. Показаниями служила также варикозная болезнь – у 6 (3,4%), вросшая плацента – у 6 (3,4%), острый дистресс плода – у 5 (2,8%), аномалия матки и миома – у 4 (2,3%), преждевременная отслойка плаценты – у 2 (1,1%) и т.д. Хирургические осложнения были у 6 (3,4%). В 3-х случаях отмечался острый аппендицит, в 3-х – кишечная непроходимость, сопровождаемые спаечным процессом и перитонитом.

Анализ причин, приведших к развитию генитального тазового сепсиса, позволяет предположить, что входными воротами инфекции являются нарушение микрофлоры и микробиоты влагалища и цервикального канала, которые при многократных необоснованных вагинальных осмотрах приводят к тому, что инфицированные влагалищные выделения попадают в полость матки, где начинается обсеменение и интенсивная бактериемия, пример тому обструктивные роды – тазово-головная диспропорция, ПДРПО, родостимуляция и родовозбуждение (индукция родов).

Расширение показаний к КС такие как ОАА (рубец на матке), соматическая патология (варикозная болезнь, аномалии матки, неправильное положение плода, отказ женщины от самостоятельных родов) и т.д. приводят к необоснованным оперативным вмешательствам, что в свою очередь также сопряжено с септическими осложнениями у женщин после родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апресян С.В., Димитрова В.И., Слюсарева О.А. Диагностика и лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний // Доктор.Ру. – 2018. – №6 (150). – С. 17-24.
2. Гафуров Ж.М., Любич А.С., Бабажанова Ш.Д. и др. Эффективность использования малоинвазивных методов в диагностике и лечении послеродовых септических осложнений // Журн. теорет. и клин. мед. – 2019. – №5. – С. 38-41.
3. Национальные стандарты по повышению качества оказания перинатальной помощи в родовспомогательных учреждениях системы здравоохранения республики Узбекистан. – Ташкент, 2015.
4. III отчет по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности в Узбекистане за 2016-2017 гг. (НККИСМС) «Во имя спасения жизни матерей». – 2020. – С. 5-6.
5. Althabe F., Belizán J.M. Caesarean section: the paradox // Lancet. – 2006. – Vol. 368 (9546). – P. 1472-1473.

УДК: 618.31-07-08

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Усинова З.Б.¹, Сапаева Г.Ф.², Ниязметов Р.Э.³

¹Региональный перинатальный центр Республики Каракалпакстан,

²Родильный комплекс Ургенчского района Хорезмской области,

³ЦРМКМР

XULOSA

Tadqiqotimizning maqsadi 2015-dan 2018-yilgacha bo'lgan davrda shahar tug'ruqxonasida va Nukus shahridagi favqulodda markazda ectopik homiladorlik uchun jarrohlik operatsiyasini o'tkazgan retrospektiv guruhda 102 ayolda erta va uzoq muddatli asoratlarni o'rganish edi. 6 (5,8%) o'rganish natijalari «birinchi» ectopik homiladorlik va 71 (69,6%) takroriy ectopik homiladorlik keyin, erta operatsiyadan keyingi asoratlari, 3 (2,9%) reproduktiv quvvatsizlik aniqlandi. Bu bemorlarning barchasi jarrohlik (laproskopiya holda) va konservativ davolash an'anaviy usullarini amalga oshirildi.

Kalit so'zlar: ectopik homiladorlik, erta va uzoq postoperativ asoratlari, ikkinchi darajali bepustlik.

SUMMARY

The aim of our study was to study early and long-term complications in 102 women in a retrospective group who underwent surgery for ectopic pregnancy in the city maternity complex and in the emergency center in Nukus in the period from 2015 to 2018. According to the results of the study, 6 (5.8%) had early postoperative complications, 71 (69.6%) had reproductive dysfunction, after the «first» ectopic pregnancy and 3 (2.9%) had repeated ectopic pregnancy. All these patients underwent traditional methods of surgical (without laparoscopy) and conservative treatment.

Key words: ectopic pregnancy, early and long-term postoperative complications, secondary infertility.

В последнее время отмечается увеличение частоты эктопической беременности. По данным А.С. Аванесянц [1], частота внематочной беременности составляет 1,5-2,0% по отношению к общему количеству беременностей. При этом более чем у 50% женщин после хирургического лечения нарушается репродуктивная функция, а частота повторных эктопических нидаций составляет 7-17%. В связи с этим сохранение репродуктивной функции после эктопической беременности является важной медико-социальной проблемой [5,7].

Реабилитация после внематочной беременности должна осуществляться на всех этапах оказания лечебной помощи: во время операции, в раннем и отдаленном послеоперационном периодах [2,6,8].

Проблема гнойно-септических осложнений, восстановление репродуктивной функции после внематочной беременности остается одной из самых актуальных в акушерско-гинекологической практике. Полное выздоровление после внематочной беременности, по разным данным, наступает не более чем в 60-70% случаев [3,4,7,9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление осложнений у пациенток, перенесших операцию по поводу внематочной беременности и их реабилитация

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Сбор клинического материала проводился в 2015-2018 гг. в городском родильном комплексе, Республиканском перинатальном центре и в экстренном центре в г. Нукусе. Изучены ранние и отдаленные осложнения у 102 женщин, перенесших операцию по поводу внематочной беременности – трубного аборта.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За указанный период в гинекологическое отделение поступили 102 пациентки с внематочной беременностью, которые составили ретроспективную группу. Операция проведена традиционным методом – лапаротомия, тубэктомия с последующим реабилитационным комплексным лечением (антибактериальное, антианемическое) и реабилитацией с физиотерапевтическими процедурами в течение 3-х месяцев по 6 сеансов в каждом месяце. Самостоятельно в гинекологическое отделение поступили 16 (15,6%) беременных, в основном в вечернее и ночное время, а остальные 86 (84,3%) на машине скорой помощи.

Изучение соматического анамнеза показало, что у беременных с внематочной беременностью до беременности имелись различные экстрагенитальные заболевания. Клинико-статистические исследования по разбору историй родов позволяют выделить воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) у беременных как наиболее значимые факторы риска, способствующие развитию данной патологии. ВЗОМТ встречалась у 96 (94,1%) женщин, из них односторонний хронический сальпингоофорит у 71 (73,9%), двусторонний сальпингоофорит –

у 25 (26,0%), ЦМВ, хламидия и ВПГ обнаружена у 46 (45,0%) женщин, из них у 39 (41,0%) в сочетанном виде. Средний возраст обследованных составил $24,2 \pm 0,4$ года ($p < 0,05$).

У 39 (41,0%) беременных с внематочной беременностью в анамнезе были искусственные аборты, из них по одному – у 26 (25,4%), по два – у 7 (6,8%), по три – у 2 (1,9%), самопроизвольные выкидыши были у 3 (2,9%) женщин. По данным многих авторов, неуклонный рост количества воспалительных заболеваний внутренних половых органов, увеличение абортов, использование внутриматочной и гормональной контрацепции, применение индукторов овуляции и вспомогательных репродуктивных технологий, перенесенные ранее оперативные вмешательства на трубах, опухоли и опухолевидные образования матки и придатков, эндометриоз, генитальный инфантилизм, вегетативно-сосудистые и нейроэндокринные нарушения, повышенная риск возникновения внематочной беременности [1,3,4,7,9].

У 1 (0,9%) из 102 женщин наблюдалось состояние геморрагического шока легкой степени, при этом кровопотеря у нее составила $820 \pm 50,0$ мл, у остальных в среднем кровопотеря составила $360 \pm 40,0$ мл ($p < 0,05$), оценка кровопотери проведена путем взвешивания до- и после операционного материала.

Диагностика нарушенной внематочной беременности по типу трубного разрыва не вызывает затруднений, поскольку ее клиника соответствует представлению о «классическом» течении этого заболевания. У всех 102 (100,0%) женщин с внематочной беременностью по типу трубного аборта, срок беременности составила от 9 до 12 недель. Для диагностики мы использовали мировой «золотой» стандарт диагностики эктопической беременности – определение в крови хорионического гонадотропина (ХГ) При этом выявлено несоответствие количества этого гормона должному при данном сроке маточной беременности. УЗ-диагностика показала отсутствие в полости матки плодного яйца и обнаруживала его в маточной трубе.

Лечение внематочной беременности производилось оперативным путем, а именно удалением маточной трубы. Все больные в послеоперационном периоде получали антибактериальную терапию до 5-7 суток. Несмотря на проведение антибактериальной терапии, у 6 (5,8%) женщин в послеоперационном периоде с первого дня отмечалось повышение температуры тела до $38,0^{\circ}\text{C}$, которая более чем у половины держалась до 3-4 дней. У 1 больной в течение 5 суток после операции отмечалось явление пельвиоперитонита. Повышение температуры тела сопровождалось общей интоксикацией, тахикардией и болями внизу живота и в области послеоперационной раны. Обострение хронических воспалительных процессов в оставшихся придатках наблюдалось у 6 (5,85). Изменения со стороны ЦНС у 14 (13,7%) пациенток выражались головными болями на фоне интоксикации, но при этом сознание сохранялось у всех обследо-

дованных. После операции отмечалось ухудшение результатов общего анализа крови, выраженный лейкоцитоз, снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, увеличение СОЭ, показателей печеночных проб (уровень билирубина, ферментов) и снижение показателей белкового состава, свертывающей системы крови (уровень фибриногена, тромбоцитов и время свертывания крови по Ли – Уайту). Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) у 15 (14,7%) больных был выше нормы в 1,5 раза.

На фоне проведенного восстановительного лечебного курса в послеоперационном периоде у 18 (17,6%) пациенток наступила беременность в течение первого года, у 10 (9,8%) – второго года наблюдения и лечения. Однако у 71 (69,6%) пациентки отмечалась репродуктивная дисфункция после «первой» внематочной беременности, и развилось вторичное бесплодие и у 3 (2,9%) – повторная внематочная беременность тоже по типу трубного аборта противоположенной маточной трубы через 12-16 месяцев после первой операции внематочной беременности.

ВЫВОДЫ

1. У 102 женщин ретроспективной группы, перенесших операцию по поводу внематочной беременности, имелись ранние послеоперационные осложнения у 6 (5,8%), вторичное бесплодие – у 71 (69,6%), повторная внематочная беременность – у 3 (2,9%).

2. Благодаря проведению реабилитационного лечения после первой операции по поводу внематочной беременности беременность в течение второго года наступила у 28 (27,4%) женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аванесянц А.С. Внематочная беременность. Классификация, диагностика и лечение трубной беременности (обзор литературы) // Молодой ученый. – 2019. – №4 (242). – С. 101-102.
2. Алексеева М.А., Екимова Е.В., Колодько В.Г. и др. Внематочная беременность // Пробл. репрод. – 2015. – №3. – С. 7-14.
3. Аюпова Ф.М., Джаббарова Ю.К. Гинекология: Учебник. – Ташкент, 2010. – 206 с.
4. Кира Е.Ф. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний; Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М.: ПАНТОРИ, 2015. – С. 29-31.
5. Пересада О.А. Внематочная беременность // Мед. новости. – 2016. – №1. – С. 7-17.
6. Фетищева Л.Е., Ушакова Г.А. Внематочная беременность: факторы риска, диагностика и восстановление фертильности // Клин. мед. – 2017. – №1. – С. 64-71.
7. Faioli R., Berretta R., Dall’Asta A. et al. Endolooop technique for laparoscopic cornuectomy: a safe and effective approach for the treatment of interstitial pregnancy // J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2016. – Vol. 42, №8. – P. 1034-1037.
8. Grindler N.M., Ng J., Tocce K., Alvero R. Considerations for management of interstitial ectopic pregnancies: two case reports // J. Med. Case Rep. – 2016. Vol. 10. – P. 106-114.
9. Gudu W., Bekele D. A pre-operatively diagnosed advanced abdominal pregnancy with a surviving neonate: a case report // J. Med. Case Rep. – 2015. – Vol. 9. – P. 228-233.

УДК: 618.177-056.7-73

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН

Хикматова Н.И.¹, Хегай Т.Р.², Пахомова Ж.Е.³, Дё К.Г.²

¹Бухарский государственный медицинский институт,

²Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Научно-диагностический центр «Immunogentest»

³Ташкентская медицинская академия

XULOSA

Tadqiqotdan maqsad: O‘zbekiston Respublikasining Buxoro viloyatida istiqomat qilayotgan ayollarda bepustlikni irsiy omillarni aniqlash, kasallik prognozini aniqlash va diagnostika va davolashga individual yondashuvlarni tanlash.

Materiallar va uslublar. Biz tug‘ruq yoshidagi 50 ayollarni tekshiruvdan o‘tkazdik. Asosiy guruh aralash bepustlik bilan og‘rigan 26 ayoldan iborat edi; nazorat guruhi – ushbu mintaqada yashovchi 24 sog‘lom ayol.

SUMMARY

Targeted research. To determine the hereditary factors of the age of infertility in surviving women in the Bukhara region of the Republic of Uzbekistan, to determine the prognosis of the disease and to choose individual approaches to diagnosis and treatment.

Materials and methods. We beat a survey of 50 women of fertile age. The main group consisted of 26 women suffering from mixed infertility; control group - 24 healthy women living in this region. DNA extraction

DNK ekstraksiyasi venoz qondan spirt-tuz usuli bilan amalga oshirildi. DT-Prime to'plamlari va qurilmalari (Rossiya) yordamida HLA (DRB1, DQA1, DQB1) te-rish uchun ketma-ket zanjirli reaksiyaga xos polimeraza praymerlari (PCR-SSP) ishlatilgan.

Natijalar va kuzatish. Kuzatilgan ayollarning yoshi $30,0 \pm 2,3$ yosh edi. Bepushtlik etiologiyasida irsiy omil ta'sirini baholash uchun biz HLA DQA1, DRB1, DQB1 ning ayollarda bepushtlik bilan assotsiativ aloqalarini o'rganib chiqdik.

Xulosa. HLA-DQA1*0401 allellari uchun O'zbekiston Respublikasining Buxoro viloyatida yashayotgan tug'ish yoshidagi ayollarda bepushtlik xavfi 15,7 baravar; HLA-DRB1*13 uchun 7,6 marta va HLA-DRB1*04 va 2,6 marta, ushbu hududda yashovchi ayollarda reproduktiv funksiyani taxmin qilish va baholashda hisobga olinishi kerak. Shuni ta'kidlash kerakki, HLA-DQA1*0401 va HLA-DRB1*13 va HLA-DRB1*04 allellari O'zbekiston Respublikasining Buxoro viloyatida omon qolgan ayollarda bepushtlik uchun genlarni moyil qilishi mumkin.

Kalit so'zlar: ayollarda bepushtlik, genetik omillar, prognoz.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно более 1 млн человек ежедневно заражаются инфекцией, передаваемой половым путем. Возбудителями этих инфекций являются свыше 30 различных бактерий, вирусов и паразитов [4]. По данным ряда исследователей, частота выявления экстрагенитальной инфекции составляет до 11,8%. В настоящее время абсолютно установлено, что в 80% случаев причиной вульвовагинитов, цервицитов и воспалительных заболеваний органов малого таза являются полимикробные инфекции.

Длительный воспалительный процесс влияет на качество жизни женщины и приводит к развитию ряда осложнений, таких как воспалительные заболевания органов малого таза, спаечный процесс и хроническая тазовая боль, инициация процесса канцерогенеза, формирование полипов цервикального канала и эндометрия, развитие эндометритов, нарушение репродуктивной функции женщин, бесплодие, невынашивание беременности (НБ), внематочная беременность, аномалии родовой деятельности, послеродовому эндометриту [6].

Участие в репродукции человека главного комплекса гистосовместимости (human leucocyte antigens – HLA) является одной из важнейших функций системы, которая довольно тесно связана с её основной функцией – контролем иммунного ответа. Большое значение для диагностики иммунных форм невынашивания беременности имеет определение маркеров HLA [2,3,8].

Многие исследователи считают, что потери плода чаще всего имеют иммунологическую природу, поэтому особую роль в репродуктивных неудачах отводят HLA-антигенам, которые презентированы на

was carried out from venous blood by the alcohol-salt method. Sequential chain reaction specific polymerase primers (PCR-SSP) were used for HLA typing (DRB1, DQA1, DQB1) using DT-Prime kits and devices (Russia).

Results and observation. The age of the observed female was 30.0 ± 2.3 years. To assess the influence of the hereditary factor in the etiology of infertility, we studied the associative links of HLA DQA1, DRB1, DQB1 with infertility in women.

Conclusion. An increased risk of infertility in women of fertile age who survived in the Bukhara region of the Republic of Uzbekistan was established for the alleles HLA-DQA1 * 0401 15.7 times, for HLA-DRB1 * 13 7.6 times and for HLA-DRB1 * 04 v 2, 6 times, which should be taken into account when predicting and assessing reproductive function in women living in this territory. It should be noted that the alleles HLA-DQA1 * 0401 and HLA-DRB1 * 13 and HLA-DRB1 * 04 may be predisposing genes for infertility in women who survived in the Bukhara region of the Republic of Uzbekistan.

Key words: infertility in women, genetic factors, prognosis.

поверхности всех клеток организма и осуществляют контроль иммунного ответа, а значит, играют важную роль в течение гестационного процесса. Установлено, что у супружеских пар с невынашиванием беременности общие антигены системы HLA встречаются чаще, чем у тех пар, у которых беременность протекает нормально [1,5,9]. В работах по изучению HLA и бесплодию на русской популяции, было показано, что среди пациенток с НБ в анамнезе была достоверно выше частота встречаемости аллелей групп DQA 301 и 103, аллеля 501 локуса DQB1 [1].

Следует отметить, что в настоящее время, несмотря на доказанную роль HLA системы в репродуктивных потерях, однозначного понимания механизма и связи определенного аллельного профиля пока еще нет. Так, проведенный мета-анализ 17 контролируемых исследований сопоставления клинических и генетических данных не обнаружил однозначного подтверждения или опровержения влияния антигенов HLA II класса на исходы беременности [7].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить наследуемые факторы в возникновении бесплодия воспалительной этиологии у женщин, проживающих в Бухарской области Республики Узбекистан, для определения прогноза заболевания и выбора персонализированных подходов к диагностике и лечению.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 50 женщин фертильного возраста, проживающих в Бухарской области Республики Узбекистан. Основную группу составили 26 женщин, страдающих бесплодием инфекционного и смешанного генеза; контрольную группу – 24 здоровые женщины сопоставимого возраста, прожи-

вающие в этом же регионе.

Экстракция ДНК проводилась из венозной крови спиртово-солевым методом. Исходя изконцентрации ДНК 50 нг/мкл. HLA типирование проводилось набором реагентов для типирования генов гистосовместимости человека (HLA) II класса DRB1, DQB1, DQA1 методом амплификации ДНК ООО НПО ДНК-Технология. Исследования проводятся методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. В основе работы комплекта реагентов лежит принцип амплификации ДНК методом ПЦР (PCR-SSP). Для типирования по HLA-DRB1 использовали панель из 13 групп аллелей DRB1 (DRB1*01, *03, *04, *07, *08, *09, *10, *11, *12, *13, *14, *15, *16), для HLA-DQB1 12 групп аллелей DQB1 (DQB1*02, *0301, *0302, *0303, *0304, *0305, *0401/*0402, *0501, *0502/*0504, *0503, *0601, *0602-8) и для HLA-DQA1 применяли панель - DQA1*0101, *0102, *0103, *0301, *0401, *0501, *0601.

Статистический анализ данных выполняли на персональном компьютере с применением пакета программ Microsoft Excel, Biostat, Statistica.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди обследованных женщин бесплодие I было у 15 (57,7%); бесплодие II – у 11 (42,3%). Длительность бесплодия до 2-х лет была у 2 (7,7%) обследованных, от 2-х до 5 лет – у 13 (50,0%), более 5 лет – у 11 (42,3%).

Возраст обследованных женщин – от 20 до 40 лет, средний возраст – 30,0±2,3 года.

Для оценки влияния наследственного фактора в этиологии бесплодия нами были изучены ассоциативные связи HLA DQA1, DRB1, DQB1 у женщин с бесплодием, проживающих в Бухарской области Республики Узбекистан. Нами было изучено 13 групп аллелей DRB1 (* 01, * 03, * 04, * 07, * 08, * 09, * 10, * 11, * 12, * 13, * 14, * 15, * 16), 8 групп аллелей DQA1 (* 0101, * 0102, * 0103, * 0201, * 0301, * 0401, * 0501, * 0601) и 12 групп аллелей DQB1 (* 02, * 0301, * 0302, * 0303, * 0305, * 0401/0402, * 0501, * 0502, * 0503, * 0601, * 0602-8).

Анализ результатов типирования (рис. 1) выявил различия лишь в аллелях HLA-DQA1*0401, которая встречалась чаще в группе случая.

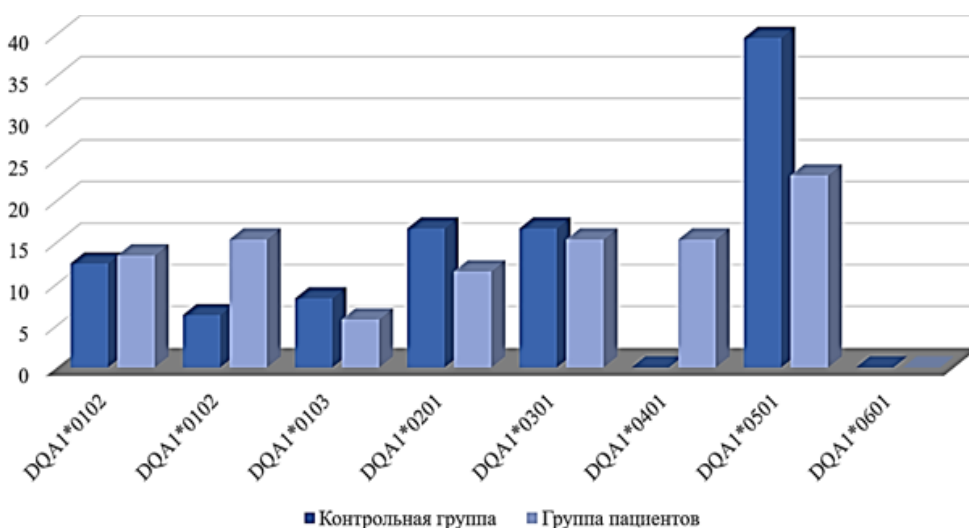


Рис. 1. Сравнительная характеристика пациенток и лиц контрольной группы по частоте встречаемости DQA1 HLA.

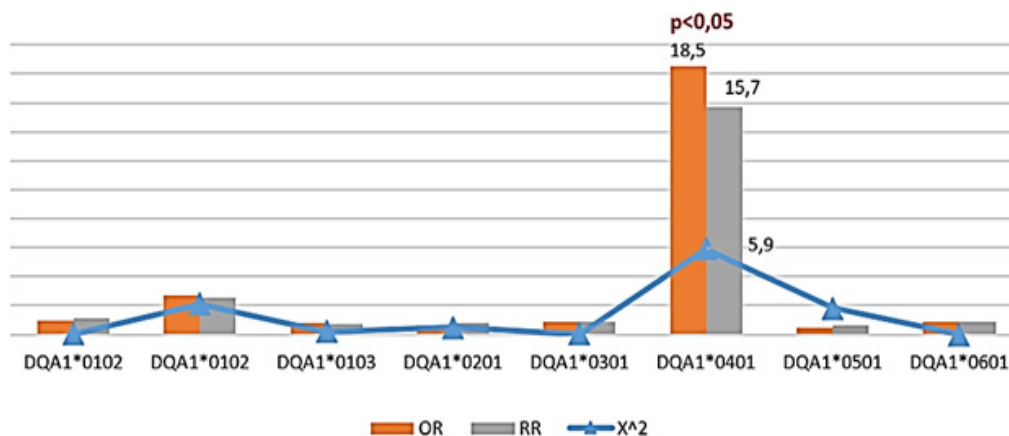


Рис. 2. Показатели OR и RR при сравнительном анализе группы пациенток и группы контроля по частоте встречаемости DQA1 HLA.

Так, в этой группе женщин OR было равно 18,5, т.е. шанс бесплодия в группе случая был выше, чем в контрольной группе; RR был равен 15,7, т.е. риск

бесплодия у женщин в группе случая был при наличии аллели HLA-DQA1*0401 в 15,7 раза выше, чем в контроле ($p < 0,05$) (рис. 2).

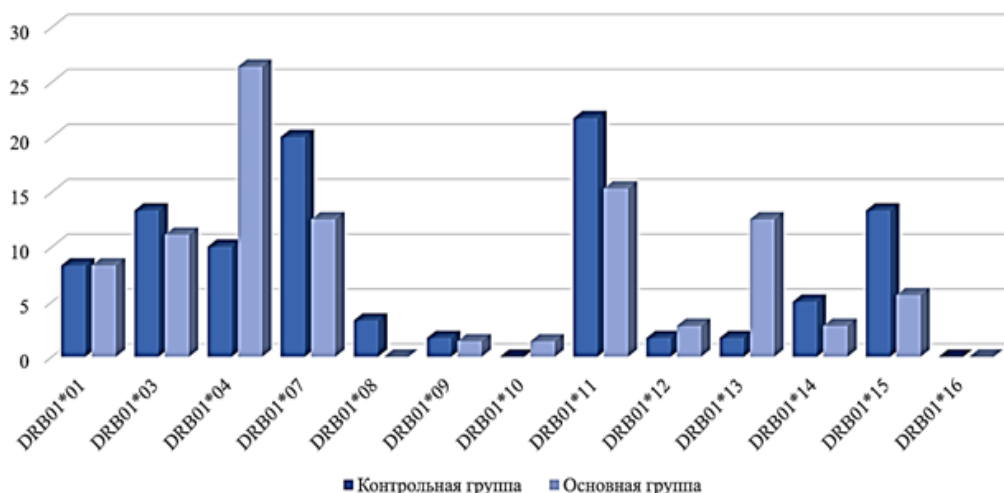


Рис. 3. Сравнительная характеристика пациенток и группы контроля по частоте встречаемости DRB1 HLA.

Анализ результатов типирования (рис. 3) выявил различия лишь в аллелях HLA-DQA1*0401, HLA-DRB1*13, которая встречалась чаще в группе случая. Так, в этой группе женщин OR было равно 8,6, т.е. шанс бесплодия в группе случая был выше, чем в группе контроля; RR был равен 7,6, т.е. риск бесплодия у женщин в группе случая был при наличии аллеля HLA-DRB1*13.

По аллелю DRB1*04 OR было равно 3,2, т.е. шанс бесплодия в группе случая выше, чем в группе контроля; RR был равен 2,6, т.е. имел место риск у женщин в группе случая при наличии HLA-DRB1*04 в 2,6 раза выше, чем в группе контроля. Анализ результатов по аллелю DQB1 HLA 2-го класса достоверных различий в группах не установил (рис. 4).

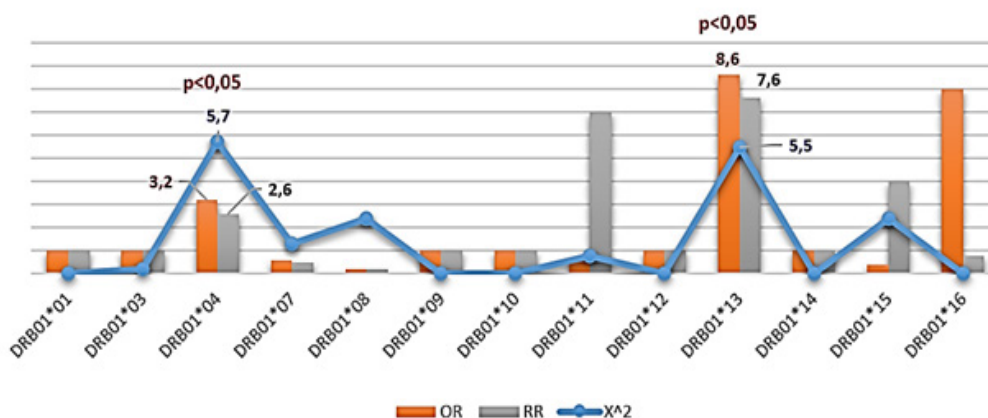


Рис. 4. Показатели OR и RR при сравнительном анализе группы пациенток и лиц группы контроля по частоте встречаемости по HLA-DRB1.

Таким образом, у женщин имеет место ассоциация между аллелями HLA-DQA1*0401, HLA-DRB1*13, HLA-DRB1*04 и развитием бесплодия (в 15,7, в 7,6 и в 2,6 раза выше, чем в группе контроля). Увеличение риска развития бесплодия у женщин фертильного возраста, проживающих в Бухарской области Республики Узбекистан, установлено по аллелям HLA-DQA1*0401 в 15,7 раза, по HLA-DRB1*13 в 7,6 раза и по HLA-DRB1*04 в 2,6 раза, что следует учитывать при прогнозе и оценке репродуктивной функции у женщин, проживающих на этой территории.

Нами показано, что аллели HLA-DQA1*0401 и HLA-DRB1*13 и HLA-DRB1*04 могут являться наследственным фактором бесплодия у женщин, проживающих в Бухарской области Республики Узбекистан.

При обследовании пациенток, страдающих бесплодием, а также при проведении программ экстракорпорального оплодотворения необходимо проводить молекулярно-генетические исследования для определения прогноза зачатия и репродуктивных потерь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Узлова Т.В., Лейхнер Е.К., Маркина О.В. Иммунологическое бесплодие: проблемы и возможности // Вестн. ЮУрГУ. – 2011. – №26. – С. 88-97.
2. Шахгюлян Я.Л. Роль определенных антигенов и гаплотипов системы HLA, предрасполагающих к привычному невынашиванию беременности // Материалы 1-го Международного конгресса по репродуктивной медицине. – М., 2006. – С. 236-237.
3. Ferreira L.M.R., Meissner T.B., Tilburgs T., Strominger J.L. HLA-G: at the interface of maternal-fetal tolerance // Trends Immunol. – 2017. – Vol. 38. – P. 272-286.
4. Global healthcare sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021. WHO;2016. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/ru>.
5. Gordeeva L.A. Asociaciija HLA-DRB1* s reproduktivnoj patologiej u zhenshhin // Med. immunol. – 2007. – Vol. 9, №6. – P. 643-648.
6. Kyrgiou M. Imperial College London. Vaginal microbiome: its effect on cervical precancer and treatment. <http://dx.doi.org/10.1016/j.trsl.2016.07.004>.
7. Lashley E., Meuleman T. Beneficial or harmful effect of antipaternal human leukocyte antibodies on pregnancy outcome? A systematic review and meta-analysis // A.J.R.I. – 2013. – Vol. 70, №2. – P. 87-103.
8. Papuchova H., Kshirsagar S., Xy L. et al. Three types of HLA-G+ extravillous trophoblasts that have distinct immune regulatory properties // PNAS. – 2020. – Vol. 117. – P. 15772-15777.
9. Uzlova T.V., Lejhner E.K., Markina O.V. Immunologicheskoe besplodie: problem I vozmozhnosti // Vestn. JuUrGU. – 2011. – №2. – P. 100-103.

УДК:618.145-053.6-085

COVID-19 И ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Ходжаева А.С.

Центр развития повышения квалификации медицинских работников, кафедра акушерства и гинекологии

ХУЛОСА

Мақолада Ковид-19 пандемияси шароитида аёллар ва ўсмир қизларда хайз кўриши бузилишининг хусусиятлари ҳақида клиник ва лаборатория маълумотлари таҳлили берилган. Гипоменструал синдроми ва дисменорея шакллантириши тенденцияси аниқланди. Аниқланган хайз кўриши бузилишларини тузатишни самарали усули таклиф этилди.

Калит сўзлар: *Ўсмир-қизлардаги хайз кўришининг бузилиши, аёллар саломатлиги, репродуктив саломатлиги, коронавирус инфекцияси, COVID-19 пандемияси, гипоменструал синдром, дисменорея, витамин-минерал комплекс, фолликулогенез, стероидогенез.*

Актуальность проблемы коронавирусной инфекции в условиях пандемии COVID-19 остается актуальной для мирового здравоохранения. Сложность ситуации объясняется множеством мутаций вируса, патогенез изучен недостаточно, поэтому появляются новые вспышки инфекции и растет число инфицированных, отсутствует патогенетическая терапия [2]. Вышеперечисленное диктует необходимость координации усилий всех специалистов в борьбе с COVID-19.

Оказавшись в условиях длительного стрессового воздействия, вызванного вирусной инфекцией, женская репродуктивная система и формирующаяся репродуктивная система девочки, в частности мен-

SUMMARY

The article provides an analysis of clinical-laboratory information on the peculiarities of menstrual dysfunction in adolescent girls and women in the conditions of the COVID-19 pandemic. The tendency to form hypomenstrual syndrome and dysmenorrhea has been revealed. An effective method of correcting detected menstrual cycle disorders has been proposed.

Key words: *menstrual dysfunction in adolescent girls, Women's Health, coronavirus infection, COVID-19 pandemic, hypomenstrual syndrome, dysmenorrhea, vitamin-mineral complex, folliculogenesis, steroidogenesis.*

струальная функция, подвергаются двойной внешней агрессии – вирусной инфекции и стрессовому воздействию. В стрессовых ситуациях связи между регулирующими звеньями репродуктивной системы нарушаются как у женщин фертильного возраста, так и у девочек-подростков. Будучи наиболее уязвимым звеном, изменения менструальной функции девочек-подростков оказались весьма разнообразными – от аменореи до маточных кровотечений [1,3,4]. Среди женщин фертильного возраста отмечались нарушения ритма и длительности менструального цикла. В доступных источниках информации исследований, посвященных особенностям нарушений менструального цикла как у молодых женщин, так и у

девочек-подростков в условиях пандемии COVID-19, мы не обнаружили.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение особенностей нарушений менструального цикла у молодых женщин и девочек-подростков в условиях пандемии COVID-19.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением с апреля 2020 по июнь 2021 гг. находились 40 девочек-подростков 14-18 лет, страдающих олиго-опсоменореей, развившейся после перенесенной коронавирусной инфекции в течение 1-2-х месяцев (1-я гр.). Также мы наблюдали молодых женщины фертильного возраста (ЖФВ) ($26.0 \pm 1,7$ года) с реализованной генеративной функцией (1-2 срочных родов) и нормальной менструацией до пандемии (2-я гр.). Контрольные группы составили 20 пациенток (10 девочек-подростков 15-16 лет и 10 ЖФВ 26-27 лет) с нормальными параметрами менструального цикла. Возрастные, антропометрические, данные полового развития, соматического и гинекологического здоровья репрезентативно у всех пациенток, находившихся под нашим наблюдением, были сопоставимы.

У всех пациенток, помимо проведения общеклинических исследований, определяли гормональный профиль и АМГ на 3-5-й день менструального цикла. У пациенток контрольной группы – однократно, у пациенток основных групп – дважды в процессе лечения. Всем пациенткам проведено также УЗИ органов малого таза в динамике (размеры матки и яичников, срединное М-эхо, количество и качество фолликулов). Критериями исключения явились гипотиреоз, маточные кровотечения, органические причины.

Клиническое течение коронавирусной инфекции у пациенток основных групп (1-я и 2-я группы) характеризовалось слабостью, утомляемостью, потерей обоняния, першением в горле, кашлем (чаще сухим), небольшим подъемом температуры тела не выше 38°C , сатурация не ниже 94%, МСКТ – до 20%, положительный тест ПЦР (УШ версия «Ведение больных с COVID-19» 2021). Согласно стандартам, такие пациентки находились в домашних условиях с соблюдением требований самоизоляции. Получали обильное питье, из препаратов цинк 100 мг/с, витамин Д 5-10000 МЕ, аскорбиновую кислоту 500 мг/с (длительность курса индивидуальная, составила 7-10 дн.). Повторное исследование ПЦР (контроль) отрицательный тест (3-4 нед.).

Пациентки 1-й группы были разделены на две подгруппы: подгруппу 1А составили 20 пациенток с олиго-опсоменореей, получавшие лечение в соответствии с имеющимися гинекологическими и COVID-19 стандартами; 20 пациенток, также с олиго-опсоменореей, дополнительно 3 месяца получали комплекс биологически активных веществ, представленный препаратом Инотир. Причем, 1В подгруппа также была разбита на две: 1В α - 10 пациенток с гипоменструальным синдромом и 1В β – 10 больных с

относительной гиперандрогенией (мелкозернистые фолликулы).

Пациентки 2-й группы после перенесенной коронавирусной инфекции стали отмечать нарушение ритма (нерегулярные месячные с интервалом 20-50 дн.), мажущие кровянистые межменструальные выделения (3.7 дн.), а также появление симптомов ПМС (раздражительность, агрессивность) накануне менструации (за 2-3 дня).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исходный уровень тропных гормонов аденогипофиза в контрольной и основных группах соответствовал нормативным возрастным значениям за исключением ФСГ: у всех пациенток 1-й группы уровень ФСГ был снижен: в подгруппе 1А составил $2,11 \pm 0,5$ МЕ/л, в 1В α – $1,9 \pm 0,6$ МЕ/л, в 1В β – $1,9 \pm 0,3$ МЕ/л ($p < 0,001$). Также в этих группах была снижена концентрация эстрадиола соответственно до $79,4 \pm 6,2$ нмоль/л, $73,2 \pm 5,2$ нмоль/л, $69,2 \pm 4,2$ нмоль/л (в контроле $189,2 \pm 73,1$ нмоль/л). Величина АМГ в контрольной группе составила $2,4 \pm 0,5$ нг/мл, в 1-й группе/подгруппах соответственно $0,86 \pm 0,3$, $0,85 \pm 0,1$, $0,76 \pm 0,11$ нг/мл ($p < 0,001$). Концентрация тестостерона в группе 1В β была выше, чем в группе 1А – соответственно $1,94 \pm 0,06$ и $1,89 \pm 0,09$ нмоль/л, группе 1В α – $1,89 \pm 0,07$ нмоль/л, контроль – $0,84 \pm 0,04$ нмоль/л. У пациенток 2-й группы уолвень ФСГ оказался несколько выше возрастной нормы ($4,2 \pm 0,3$ МЕ/л), концентрация эстрадиола также несколько выше нормативных значений ($368,0 \pm 24,5$ пм/л), уровень прогестерона был несколько снижен ($1,8 \pm 0,4$ нм/л).

Полученные лабораторные данные указывали на яичниковую недостаточность у пациенток основных групп, перенесших COVID-19 в легкой форме.

Результаты УЗИ в контрольных группах соответствовали возрастной норме. В основной группе (1А, 1В α , 1В β) у всех пациенток на фоне нормальных размеров матки М-эхо визуализировалось в виде тонкой линии $0,21 \pm 0,02$ мм, несколько единичных фолликулов (1-2) диаметром 2-3 мм (группы 1А, 1В α) и мелкие точечные фолликулы в количестве 8-8 диаметром 1-2 мм в группе 1В β . У пациенток 2-й группы УЗИ данные были без органических особенностей. Эти данные подтверждают функциональную яичниковую и маточную несостоятельность у пациенток основных групп.

В соответствии с намеченной целью для коррекции имеющихся нарушений пациентки 1В α и 1В β групп, а также пациентки 2-й группы, дополнительно к стандартному лечению получали комплекс биологически активных микроэлементов в виде препарата Инотир (по 1 пак. 10 дней в течение 3-х мес.). Данный комплекс представлен смесью 5 активных компонентов, взаимодействие которых является синергическим и эффективным.

Показатели гормонального профиля по окончании лечения показали снижение концентрации

андрогенов у пациенток 1В α , 1В β группы/подгруппах от 1,94 \pm 0,06-1,89 \pm 0,07 нмоль/л до 0,66 \pm 0,03 нмоль/л, повышение уровня эстрадиола от 79,4 \pm 6,2-69,2 \pm 4,2 нмоль/л до 186,34 \pm 72,16 нмоль/л ($p < 0001$). Отмечалось выравнивание концентрации ФСГ от 2,17 \pm 0,5 – 2,15 \pm 0,6 МЕ/л до 3,9 \pm 0,93 МЕ/л, повышение величины АМГ от 0,86 \pm 0,3-0,76 \pm 0,11 до 2,21 \pm 0,22 нг/мл ($p < 0001$). У пациенток 2-й группы также отмечена положительная динамика в концентрациях тропных и стероидных гормонов. В частности, концентрация эстрадиола составила 270 \pm 18,4 пм/л, а прогестерона – 2,3 \pm 0,7 нм/л.

УЗИ у всех пациенток (1-я группа/подгруппы и 2-я группа) выявил повышенную эхогенность эндометрия матки, что свидетельствовало о появлении полноценной секреции; в яичниках появились здоровые антральные фолликулы в количестве 4-5, исчезла мелкозернистость. Визуально налицо появившаяся яичниковая состоятельность. Данный комплекс биологически активных веществ позволил нормализовать фолликулогенез, корригировать стероидогенез. Следовательно, данные биоактивные компоненты оказывают патогенетическое воздействие на основную составляющую менструального цикла – овуляцию.

Параллельно с положительной динамикой в лабораторно-инструментальных методах исследования, наблюдалось улучшение клинической симптоматики – восстановился ритм менструаций, появилась двухфазность менструального цикла, исчезли межменструальные мажущие выделения (85%). Побочных эффектов в ходе применения биологически активного комплекса веществ в составе препарата инотир для коррекции менструального цикла у пациенток, перенесших COVID-19 в легкой форме, не наблюдалось.

ВЫВОДЫ

1. В условиях коронавирусной пандемии женская репродуктивная система как у молодых женщин, так и у девочек-подростков подверглась стрессовому воздействию, что привело к нарушению центральных и периферических механизмов регуляции менструальной функции.

2. Для восстановления фолликулогенеза эффективно применение витаминно-минерального комплекса, обладающего кофакторными свойствами.

3. Адекватно восстановленный фолликулогенез приводит к нормализации взаимоотношений центральных и периферических отделов репродуктивной системы, балансу гормонального профиля, что клинически проявляется восстановлением менструального цикла.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбарцумян Т.Ж., Баласанян В.Г. Особенности нарушений и коррекции менструального цикла // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2015. – №5. – С. 80-83.
2. Мокрышева Н.Г. и др. Пандемия COVID-19 и эндокринопатии // Пробл. эндокринологии. – 2020. – Т. 66, №1. – С. 7-14.
3. Ходжаева А.С. Оптимизация лечебной тактики у больных с аномальными маточными кровотечениями на фоне доброкачественных гиперпластических процессов матки // Гинекология. – 2019. – Т. 21, №2. – С. 55-58.
4. Ходжаева А.С. Медикаментозная коррекция гипозестрогемии у девочек-подростков // Журн. теорет. и клин. медицины. – 2019. – №6. – С. 114-118.

УДК: 618.11-006.2.0.89

КОРРЕКЦИИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ДЕКОРТИКАЦИЯ ЯИЧНИКОВ

Холбоева С.Ш., Шукуров Ф.И.

Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

Мақсад: тухумдонларни декортикацияси амалиетидан кейинги даврда гормонал бузилишларни тўғирлаш мақсадида адьювантли гормонал терапияни амамардорлигини баҳолашдир.

Материал ва усуллар. Тадқиқотга тухумдонлар поликистозли синдроми билан 90 нафар аёллар киритилди. Ушбу синдромнинг ташҳиси гормонал ва ультратовуш текширувлари натижасига асосланиб

SUMMARY

Aim: evaluation of the effectiveness of adjuvant hormonal therapy in the correction of hormonal dysfunction in women after endosurgical surgery, ovarian decortication.

Materials and methods. The study group included 90 patients with polycystic ovary syndrome. PCOS was diagnosed based on hormonal and ultrasound examinations.

қўйилди.

Наतिжалар. Ҳайз кўришининг циклини бузилиши 52 (57,7%) нафар аёлларда, бепуштлиқ - 48 (53,3%) да, гирсутизм - 30 (33,3%) да, ва ортиқча семизлик - 7 (7,7%) аёлларда аниқланди. 1-чи гуруҳ 30 аёллари таркибида 0,03 мг этинилэстрадиол ва 2 мг хлормадинон ацетат бўлган адьювант гормонал терапия сифатида дори воситасини қабул қилишган; ва 2-чи гуруҳнинг 30 нафар аёллари эса – микронизирланган прогестеронни қабул қилишган. 1-чи гуруҳнинг 26 (86,6%) аёлларида, 2-чи гуруҳда эса ҳомиладорлик 25 (83,3%) нафариди кузатилади.

Хулоса. 0,03 мг этинилэстрадиол ва 2 мг хлормадинон ацетатни, ҳамда микронизирланган прогестеронни адьювант гормонал терапияда қўллаш ҳайзни ва репродуктив саломатлиқни тиклашга имкон беради, бундан ташқари 4,1 мартага (86,6% ва 83,3% тенг равишда) – ҳомиладорлик пайдо бўлиш частотасини оширади, бу эса ўз ўрнида уларнинг юқори самарасини тухумдонлар поликистоз синдроми аёлларда тухумдонлар декортикацияси эндожарроҳлик амалиётидан кейинги даврда гормонал дисфункциясини коррекциялашда қўллаш мумкинлигини тасдиқлайди.

Калим сўзлар: поликистозли тухумдонлар, лапароскопия, гормонал дисфункция, адьювант терапия, Белара®, Утрожестан®.

АКТУАЛЬНОСТЬ. Синдром поликистозных яичников (СПЯ) остается одной из актуальных и изучаемых проблем гинекологической эндокринологии и репродуктологии [1-5]. Несмотря на исследования гормональной дисфункции у женщин с синдромом поликистозных яичников после эндохирургического лечения, проблема их коррекции до сих пор не решена [6-10]. Учитывая все это, перед нами стояла задача разработать и усовершенствовать эффективные методы, направленные на коррекцию гормональной дисфункции у женщин перенесших эндохирургическое операции декортикация яичников по поводу синдрома поликистозных яичников.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности адьювантной гормональной терапии при коррекции гормональной дисфункции у женщин после эндохирургической операции декортикация яичников.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследуемую группу вошли 90 пациенток с СПЯ после эндохирургической операции декортикация яичников. Из них 30 женщин (1-я основная группа) получавших адьювантную гормональную терапию препаратом, содержащим 0,03 мг этинилэстрадиола и 2 мг хлормадинона ацетат, и 30 женщин (2-я основная группа) принимавших препарат – микронизированный прогестерон. Группу контроля составили 30 пациенток с аналогичной патологией, отказавшихся от адьювантной гормональной терапии. Диагноз СПЯ был установлен на основании

Results. Menstrual irregularities were found in 52 (57,7%) women, infertility in 48 (53,3%) patients, hirsutism in 30 (33,3%) women and obesity in 7 (7,7%) patients. 30 patients of the 1st group received adjuvant hormonal therapy with a drug containing 0.03 mg of ethinylestradiol and 2 mg of chlormadinone acetate and 30 patients of the 2nd group received micronized progesterone. Pregnancy occurred in 26 (86.6%) in the 1st group and in 25 (83.3%) in the 2nd group.

Conclusion. Adjuvant hormonal therapy using drugs containing 0.03 mg ethinylestradiol and 2 mg chlormadinone acetate and micronized progesterone, allows you to restore menstrual and reproductive functions, and also increases the frequency of pregnancy by 4.1 times (86.6% and 83.3% respectively), which confirms their high efficiency and acceptability in the correction of hormonal dysfunction in patients with PCOS after endosurgical decortication of the ovaries.

Key words: polycystic ovaries, laparoscopy, hormonal dysfunction, adjuvant therapy, Belara®, Utrozhestan®.

гормональных, ультразвуковых и эндоскопических исследований. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows v. 7.0. Данные представлены как $M \pm m$. Статистически важным считали различия, соответствующие $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Детальный анализ гормонального статуса обследованных пациенток до и после адьювантной гормональной терапии выявил нарушения в выработке как гонадотропных, так и половых стероидных гормонов. У всех пациенток с СПЯ до адьювантной гормональной терапии показатели ЛГ в крови составили $8,2 \pm 0,27$ МЕ/л и $10,0 \pm 0,46$ МЕ/л соответственно, ФСГ – $10,4 \pm 0,18$ МЕ/л и $9,9 \pm 0,19$ МЕ/л соответственно в группах. Средний уровень Тобщ у 52,3% пациенток был значительно выше – $1,7 \pm 0,07$ нг/мл, свободного тестостерона (fT) – $2,6 \pm 0,10$ пг/мл, E2 $147,6 \pm 12,23$ пг/мл. Содержание E2 в обеих группах остались в повышенном состоянии и составили $120,0 \pm 12,7$ пг/мл и $118,8 \pm 11,87$ пг/мл соответственно. Содержание концентрации прогестерона был низким – $1,3 \pm 0,07$ нг/мл и $1,4 \pm 0,09$ нг/мл соответственно. В то же время средний уровень ГСПГ оказался значительно ниже – $38,2 \pm 1,16$ нмоль/л и $34,2 \pm 1,43$ нмоль/л соответственно по сравнению с показателями группы контроля (см. таблицу).

Показатели содержания гормонов у обследованных до и после гормональной адъювантной терапии, M±m

Гормоны	I группа, n=30		II группа, n=30		Группа сравнения (n=30)
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
ФСГ, МЕ/л	10,4±0,18	11,4±0,33*^^^	9,9±0,19	9,2±0,25***	9,8±0,21
ЛГ, МЕ/л	8,2±0,27	7,7±0,41^^^	10,0±0,46	10,6±0,32***	10,5±0,28
E2 (пг/мл)	120,0±12,7	88,3±0,01***^	118,8±11,87	97,9±5,87**^	116,1±14,7
Прогестерон (нг/мл)	1,3±0,07	2,4±0,09***^^^	1,4±0,09	2,7±0,09***^^^	0,6±0,17
Тобщ (нг/мл)	1,0±0,07	0,80±0,07*^^^	1,7±0,07	1,2±0,07***^^^	1,8±0,10
fT (пг/мл)	1,1±0,07	1,2±0,07^^^	0,80±0,07	0,70±0,07^^^	2,6±0,10
ГСПГ, нмоль/л	38,2±1,16	40,2±2,45^	34,2±1,43	38,4±1,16*^	34,3±1,36

Примечание: * – достоверно по сравнению с показателями до операции (* – P<0,05, *** – P<0,001) – достоверно по сравнению с показателями группа сравнений (^ – P<0,05, ^^ – P<0,01, ^^ – P<0,001).

Анализ гормонального статуса у пациенток СПЯ после адъювантной гормональной терапии показал, что на фоне проводимой терапии наблюдалось закономерное снижение уровня ЛГ до 7,7±0,41МЕ/л, повышение ФСГ до 11,4±0,33МЕ/л, прогестерона до 2,4±0,09нг/мл, а также снижение эстрадиола до 88,3±0,01пг/мл и 97,9±5,87пг/мл, увеличение ГСПГ до 40,2±2,45 нмоль/л и снижение Тобщ до 0,80±0,07нг/мл.

Пациенткам 1-й группы препарат содержащий 0,03 мг этинилэстрадиола и 2 мг хлормадинона ацетат назначался в классическом режиме (21 + 7) в течение 1-3 месяцев. 30 пациенткам назначали препарат микронизированный прогестерон в дозе 200 мг (per os) с появлением менструации после операции на 17 - 26-й дни менструального цикла, в течении 3 месяца. К коррекции гормонального дисбаланса у женщин с СПЯ после эндохирургической операции декортикация яичников проявляли дифференцированный подход. Динамическое наблюдение на фоне адъювантной терапии проводился через 1 и 3 месяцев. Восстановление менструальной функции через 1– месяца адъювантной гормональной терапии было выявлено в 1-й основной группе в 92,0% случаев, во 2-й в 90%, в группе контроля – всего в 16% случаев (p<0,05). Восстановление репродуктивной функции в 1-й основной группе составило 86,6% случаев, во 2-й группе 83,3% и в группе контроля – всего в 5% случаев (p<0,05). Применение препаратов, содержащих 0,03 мг этинилэстрадиола и 2 мг хлормадинона ацетат и микронизированного прогестерона, привело к нормализации менструального цикла у 92,0% и 90,0% пациентов соответственно и наступлении беременности у 86,6% и 83,3% соответственно.

ВЫВОДЫ

Применение препаратов, содержащих 0,03мг этинилэстрадиола и 2мг хлормадинона ацетат и микронизированного прогестерона, позволяет восстановления менструальных и репродуктивных функций, а также повысить частоту наступления беременности в 4,1 раза (86,6% и 83,3% соответственно), что подтверждает их высокую эффективность и приемлемость в восстановлении репродуктивной функции у

женщин с СПЯ после эндохирургической операции декортикация яичников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Макиян З.Н., Глыбина Т.М., Сибирская Е.В., Плошкина А.А. Прединдикторы синдрома поликистозных яичников у юных пациенток (обзор литературы) // Проблемы репродуктологии. –2014.–№ 5.– С. 52–56.
2. Ковалева Д. С. Синдром поликистозных яичников // Синергия Наук. – 2017. – №9. – С. 146–151.
3. Стандарты диагностики и лечения гинекологических заболеваний в лечебных учреждениях системы здравоохранения Республики Узбекистан. Ташкент. 2017.С. 22.
4. СПКЯ: от пересмотра представлений к новым терапевтическим стратегиям. Современные научные данные и клинические рекомендации МЗ РФ 2015 года. Информационный бюллетень [Под ред. Е.Н. Андреевой, М.Б. Хамошиной]. - М.: Status Praesens, 2016. - 28 с.
5. Шукуров Ф.И. Опыт применения Белара в адъювантной терапии синдрома поликистозных яичников после эндохирургического лечения// Журнал теоретической и клинической медицины.–Ташкент, 2017.–№5. –С.159-161.
6. Шестакова И.Г., Рябинкина Т.С. СПКЯ: новый взгляд на проблему. Многообразие симптомов, дифференциальная диагностика и лечение СПКЯ. – М.: Status Praesens, 2015. – 24 с.
7. Azziz R. PCOS in 2015: new insights into the genetics of polycystic ovary syndrome. Nat. Rev. Endocrinol.2016., (12), 74–75.
8. Kabel A. M. Polycystic ovarian syndrome: insights into pathogenesis, diagnosis, prognosis, pharmacological and non-pharmacological treatment // Pharmaceutical Bioprocessing. – 2016. – Vol. 4(1). – P. 7–12.
9. Shukurov F.I. Minimally Invasive Surgery In Restoring Reproductive Function Of Female Infertility Caused By Benign Ovarian Structural Changes//American Journal of Medicine and Medical

УДК: 618.3-06

СЕМИЗЛИК КУЗАТИЛГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ГЕСТАЦИЯНИНГ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ

Шамсиева З.И., Нишанова Ф.П., Даулетова М.Ж.

Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий амалий тиббиёт
институту

РЕЗЮМЕ

Целью данного исследования было изучить влияние ожирения у беременных в развитии преэклампсии. Всех женщин разделили на 2 группы: основную группу включили женщин с ожирением ($n=120$), а в контрольную группу беременных женщин с физиологическим течением беременности без ожирения ($n=60$).

Ключевые слова: беременность, преэклампсия, ожирение.

КИРИШ

Антенатал кузатув ва акушерлик тизимининг яшиланишига қарамай, семизлик кузатилган аёлларда ҳомиладорлик ва туғилишнинг асоратлари частотаси пасайиш тенденциясига эга эмас ва 32,1–83% атрофида тебранади, шунинг учун бу масаланинг долзарблиги алоҳида аҳамиятга эга [1,3, 5,6, 9]. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, семизлик кузатилган аёллар нафақат юқори хавфга эга, балки кесар кесиш амалиёти билан туғилишнинг юқори фоизини эгаллайди (10-28%). Ёғ алмашинуви бузилган аёлларда оналик травматизми, гипотоник қон кетишлар, туғруқдан кейинги даврдаги юқумли ва яллиғланиш асоратлари, нормал тана вазни аёлларга нисбатан анча юқори [2,4,7, 8].

Таъкидлаш жоизки, акушерлик амалиётида экстрагенитал патология турлари орасида ҳомиладор ва туғувчи аёлларда семизлик жуда муҳим аҳамиятга эга. Ушбу патологиянинг ўрни аёл учун ҳам, унинг янги туғилган чақалоғи учун ҳам асоратларнинг частотаси юқори даражада сақланиб қолмоқда [5,8] ва ҳомиладор аёллар орасида унинг частотаси адабиёт маълумотларига кўра 15–35% ни ташкил этади.

ТАДҚИҚОТ МАҚСАДИ

Семизлик кузатилган аёлларда преэклампсия кузатилган ҳомиладорлик кечишини ўрганиш.

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ

Асосий тадқиқот методологияси семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда цитокин профилининг ҳолати, қонда липидлар ҳолати ва углеводлар алмашинувини қиёсий баҳолашдан иборат эди. Асосий

SUMMARY

The aim of this study was to study the effect of obesity in pregnant women on the development of preeclampsia. The main group included obese women ($n = 120$), and the control group of pregnant women with the physiological course of pregnancy without obesity ($n = 60$).

Key words: pregnancy, preeclampsia, obesity.

гурӯҳда семизлик кузатилган аёллар ($n=120$), назорат гурӯҳда эса семизлик кузатилмаган ҳомиладорлиги физиологик кечган аёллар ($n=60$) киритилди. Лаборатория текширув усулларида умумий клиник таҳлиллар, қон биохимик таҳлили, коагулограмма текширилди. Оддий лаборатория текширувларида ташқари, 9-12, 24-26, 32-34 хафталик ҳомиладорлик даврида: 120 беморда углевод – ёғ алмашинуви: холестерин, триглицеридлар, паст ва юқори зичликдаги липопротеинлар концентрацияси, оч коринга глюкоза ва инсулини даражаси аниқланди; 42 нафар семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда яллиғланишга қарши цитокинлар ҳолати баҳоланди: интерлейкин (IL) 1, 6, 8, ва ўсма некрози омили (ЎНО-а).

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси: семизлик даражасига қараб асосий гурӯҳ беморлари 3 кичик гурӯҳларга ажратилди: 1-кичик гурӯҳ – 60 бемор аёллар семизлик I даража билан (ТВИ 30-34,9); 2-кичик гурӯҳ – 30 бемор аёллар семизлик II даража билан (ТВИ 35-39,9); 3- кичик гурӯҳ – 30 бемор аёллар семизлик III даража билан (ТВИ \geq 40). Асосий гурӯҳдаги ҳомиладор аёлларнинг ёши 19 дан 36 ёшгача бўлиб, ўртача $28,5\pm 4,36$ ёшни ташкил этди. Назорат гурӯҳидаги ҳомиладор аёлларнинг ёши 18 дан 30 ёшгача ва ўртача $24,1\pm 2,4$ ёшни ташкил этди. Умумий клиник ва антропометрик тадқиқотлар билан бир қаторда, ҳомиладорликнинг 30-34 хафталик муддатларида қон плазмасидаги қоннинг липид спектрини (триглицеридлар, умумий холестерин, ЮЗЛП, ПЗЛП) баҳоладик.

Ушбу ҳомиладорликнинг биринчи триместрида эрта токмикоз энг кўп учрайдиган асоратлардан бири ҳисобланади. Асосий гуруҳда у назорат гуруҳидаги аёлларга қараганда (36 ва 15%) 2,5 маротаба кўпроқ. Кичик гуруҳларда эрта токмикоз ҳомиладор аёлларнинг 50% да семизлик III даражаси, 31% да семизлик I даражаси ва 33% да семизлик II даражаси ташхисланди. Назорат гуруҳига қараганда ҳомила тушиш хавфи семизлик кузатилган аёлларда 2 баравар кўп бўлган (28,3 ва 13,3% га мос равишда), шу билан бирга, унинг частотаси прогрессив, аммо ишончсиз равишда 1-гуруҳдан 3-гуруҳгача ўсди (25, 30 ва 33,33% га мос равишда). Симптомсиз бактериурия билан ифодаланган сийдик йўллари инфекциялари фақат асосий гуруҳда ва асосан семизлик III даражаси кузатилган аёлларда аниқланган (3,3, 3,3 ва 16,6% мос равишда). Ҳомиладорликнинг II триместрида жиддий асоратлардан бири преэклампсия эди, унинг аниқланиш частотаси асосий гуруҳдаги ҳомиладор аёлларда нормал тана вазнига эга аёллар гуруҳига қараганда 7 баравар юқори эди. ФПЕ фақат асосий гуруҳ беморларида ташхисланди. Ҳомиладорликнинг тушиш хавфи асосий гуруҳда 19,16% аёлларда ва 15% назорат гуруҳида кузатилди. 1- ва 2- кичик гуруҳларни солиштирганда, 3-кичик гуруҳда гестацион пиелонефрит 5 баравар (16%) кўпроқ ва сийдик йўллари инфекциялари (ўткир цистит, симптомсиз бактериурия) 4 баравар кўпроқ (13%) кузатилди.

III триместрда ҳомиладорликнинг энг кўп учрайдиган асоратлари ПЭ бўлган. Асосий гуруҳда у 41% аёлларда, бу назорат гуруҳида 5 баравар юқори кўрсаткичдир (8%). Семизлик I даражаси кузатилган аёлларда ушбу асорат 35% ҳолатда, семизлик II

даражаси кузатилган аёлларда эса 36% ҳолатда, семизлик III даражаси кузатилган аёлларда 60% ҳолатда аниқланди. Ҳомиладорлик тушиш хавфи I ва II даражали семизлик кузатилган ҳар бир 3- аёлда (31 ва 33%), ва II даражали семизлик кузатилган ҳар бир 5- аёлда (20%) ташхисланди. Юқори ва пастки сийдик йўллари инфекциялари III даражали семизлик кузатилган аёлларда ҳомиладорлик кечишини кўпроқ ҳаққоний асоратлайди (23% қарши 11% ҳолат 1-кичик гуруҳда ва 16% 2-кичик гуруҳда). ГСД фақат асосий гуруҳ аёлларида: 1 (3%) семизлик II даражаси кузатилган ҳомиладор аёлларда ва 2 (6%) да семизлик III даражаси кузатилган ҳомиладор аёлларда келиб чиқди. ФПЕ семизлик I даражаси кузатилган ҳомиладор аёллар ҳар учинчисида, семизлик II даражаси кузатилган ҳомиладор аёллар ҳар иккинчисида ва морбид семизлик кузатилган аёлларда 100% ҳолатда аниқланди.

Беморларда липид метабализмининг ҳолатини баҳолаш натижалари шуни кўрсатдики, семизлик кузатилган барча ҳомиладор аёлларда 3-кичик гуруҳда атероген коэффициенти (АК) ортиши билан дислипидемия ривожланиши сабабли ажралиб туради. Катта ва гипотрофик болалар туққан асосий ва назорат гуруҳларининг беморларида липидограмма аҳамиятини таҳлил қилдик. Массаси 2500 г дан кам ва 4000 г дан ортиқ бўлган ҳомиланинг туғилиш частотаси дислипидемиянинг оғирлигига боғлиқлиги биз томондан аниқланмади. Аммо ҳомиладорлик ПЭ билан асоратланган асосий гуруҳдаги ҳомиладор аёлларда триглицеридлар, умумий холестерин ва ПЗЛП даражасининг бир вақтни ўзида кескин ортиши қайд этилди.

1 жадвал

Ажратилган гуруҳ беморларида коннинг липид спектрини тавсифлаш, М±m

Липид спектр (ммоль/л)	Асосий гуруҳи n=120			Назорат гуруҳи, n=60
	1-кичик гуруҳ, n=60	2-кичик гуруҳ, n=30	3-кичик гуруҳ, n=30	
Умумий холестерин	6,37±0,64***	6,49±1,01*	6,85±0,39***	4,91± 0,01
ПЗЛП	3,45±0,69***	3,63±0,71***	4,01±1,09***	2,77±0,03
ЮЗЛП	1,03±0,11***	0,95±0,22*	0,87±0,5***	1,48±0,03
ТГ	2,47±0,64***	2,61±0,47*	2,79±0,37***	1,61±0,02
АК	5,15±0,95***	5,59±1,7***	6,82±3,56***	2,32±0,03

Изох: *p < 0,05 кўрсаткичларидаги фарқ назорат гуруҳи билан таққослаганда ҳаққоний бўлади;

**p < 0,05 кўрсаткичларидаги фарқ кичик гуруҳларни таққослашда катта аҳамиятга эга.

Яллиғланишга қарши цитокинларни аниқлаш (интерлейкин-1, интерлейкин-8, интерлейкин-8, TNF-α) ҳар хил типда кечган ҳомиладорликнинг учинчи триместрида ва семизлик кузатилган 120 нафар аёлда ўтказилган. Аёлларни гуруҳларга ажратиш ҳомиладорликнинг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди: 1-гуруҳ – 38 нафар семизлик кузатилган ҳомиладорлик физиологик кечган аёллар, 2- гуруҳ – 35 нафар семизлик кузатилган ҳомиласи тушиш хавфи бўлган аёллар ва 3- гуруҳ – 42 нафар ПЭ кузатилган аёллар.

Бизнинг тадқиқотимизда ИЛ-1 нинг максимал даражаси ПЭ кузатилган аёлларнинг 3-гуруҳида қайд этилган (p < 0,05) (3 жад.). Олинган фарқлар ҳомиладорлиги физиологик кечган 1- гуруҳ аёлларига нисбатан ҳаққоний характерга эга (p < 0,05). Бизнинг фикримизча, ушбу хусусият аёл организмига антиген юкининг ўзига хос хусусияти билан боғлиқ.

Кўпинча инфекция юки, 3- гуруҳ беморларида намоён бўлиб, бу ИЛ-1 концентрациясининг сезиларли даражада ортишига олиб келади. Адабиёт маълумотларига кўра ИЛ-1 концентрациясининг ортиши

ИЛ-2 нинг бир оз кўпайишига олиб келади, чунки бу цитокин табиий цитотоксиклик тизимидаги калитлардан биридир. Ушбу механизм инфекцион бўлма-

ган табиатли антиген юки билан хужайра сенсбилизация варианты сифатида (4-тип иммунопатологик реакциялар) устунлик қилади.

2 жадвал

Танавазнигабоғлиқ холда семизлик кузатилган аёлларда қон цитокинлари концентрацияси ҳолати (ТВИ)

	Асосий гуруҳи n=120			Назорат гуруҳи n=60
	1-кичик гуруҳ n=60	2- кичик гуруҳ n=30	3- кичик гуруҳ n=30	
IL-1 (0-10 пг/мл)	67±0,64***	6,49±1,01*	6,85±0,39***	3,8± 0,01
IL-6 (0-10 пг/мл)	7,45±0,69***	9,63±0,71***	12,01±1,09***	4,6±0,03
IL-8 (0-10 пг/мл)	6,5±0,11	7,4±0,22*	12,3±0,5***	3,7±0,03
TNF-а (0-6 пг/мл)	8,7±0,64*	12,61±0,47**	19,4±0,37***	1,61±0,02

3 жадвал

Яллиғланишга қарши цитокинлар даражасининг ортиши частотаси

	ИЛ-1 ортиши	ИЛ-6 ортиши	ИЛ-8 ортиши	TFN-а
Семизлик	0%	89%	5%	100%
Семизлик+УПР	%	100%	11,40%	100%
Семизлик+ПЭ	26,2%	71,40%	66,60%	100%
Умумий	9%	91%	28%	100%

ХУЛОСА

1. Шундай қилиб, семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда акушерлик асоратлари преэклампсия, ўз-ўзидан тушадиган ҳомиладорлик ва туғруқлар ҳисобланиб, ушбу аёллар контингенти учун прогноз ва профилактика чораларини ишлаб чиқиш мақсадида кўшимча изланишларни талаб қилади.

2. ПЭ кузатилган ҳомиладор аёлларда қон липидлари спектри оғир дислипидемия, шунингдек, яллиғланишга қарши цитокинлар ҳолатининг айрим хусусиятларини акс эттираётганлигини ҳисобга оласак, ПЗЛП даражаси, ТГ ва ТГ нинг бир вақтнинг ўзида ортиши бўлган семизлик кузатилган аёлларда ПЭ нинг ривожланиш хавфини аниқлаш керак, интерлейкин-1 ва TNF-а концентрациясининг органлигини тасдиқлаш билан.

3. Натижалар шуни кўрсатдики, TNF-а (6 пг/мл дан кўп) ишлаб чиқариш ва бир вақтнинг ўзида IL-1, IL-6 ва IL-8 нинг кўпайиши, эхтимол, семизлик кузатилган ҳомиладор аёлларда ЙЕ ривожланиши учун прогностик хавф омили бўлиши мумкин.

АДАБИЁТЛАР

1. Кузин А.И., Ленгин Ю.А. Метаболический синдром: клинические и популяционные аспекты. – Челябинск.: Издательство «ЗАО «Челябинская Межрайонная типография». – 2016.

2. Особенности иммунного ответа беременных на ранних сроках гестации с впоследствии развившимся преэклампсией / Н.В. Крошклина, Н.Ю. Согникова, И.Ю. Скрипкина и др. // Мед. иммунология. 2014. Т. 6, № 3–5. С. 381–385.

3. Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности. М., 2012.

4. Сидельникова В.М. Эндокринология беременности в норме и при патологии. – М.: Медицина, 2017. – 196 с.

5. Сметник В.П. Ожирение и метаболизм // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 3. – С. 17-23.

6. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром // Consiliummedicum, том 4, № 11.- 2015. – с. 587-592.

7. ACOG Committee opinion. Number 267, January 2012: exercise during pregnancy and the postpartum period. ObstetGynecol 2012; 99:171.

8. Al Atrash G. et al. IL-2-mediated upregulation of uPA and uPAP in natural killer cells / G. Al Atrash, S. Shetty, S. Idell // Bio-chem. Biophys. Res. Commun. 2014. Vol. 292. P. 184–189.

9. Artal, R, Catanzaro, RB, Gavard, JA, et al. A lifestyle intervention of weight-gain restriction: diet and exercise in obese women with gestational diabetes mellitus. ApplPhysiolNutrMetab 2017; 32:596.

УДК: 618.14 - 065.873 - 055.2

СЕМИЗЛИК КУЗАТИЛГАН АЁЛЛАРДА УМУМИЙ ГИСТЕРЭКТОМИЯДАН КЕЙИНГИ АПИКАЛ ПРОЛАПС ОЛДИНИ ОЛИШНИНГ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ

Шомиров Д.А.

Республика ихтисослаштирилган Акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази

РЕЗЮМЕ

В статье представлен усовершенствованный хирургический подход к профилактике апикального пролапса после тотальной гистерэктомии у женщин с ожирением.

Ключевые слова: тотальная гистерэктомия, апикальное выпадение, ожирение.

SUMMARY

The article presents an improved surgical approach to the prevention of apical prolapse after total hysterectomy in obese women.

Key words: total hysterectomy, apical prolapse, obesity.

КИРИШ

Дунёда тотал гистерэктомия гинекологияда энг кўп тарқалган оператив аралашувлардан бири бўлиб, турли муаллифларнинг маълумотларига кўра учраш даражаси 30–60% гача бўлади [3, 6]. ЖССТ маълумотларига кўра “АҚШда ички гинекологик операциялар орасида гистерэктомиянинг учраш даражаси 36% ни, Россияда 32,5%–38,3% ни, Буюк Британияда – 25% ни ташкил қилади” [7, 8].

Жинсий аъзолар пролапси оператив гинекологиянинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда, сабаби хирургик даволашдан кейин у касаллик қайталанишининг юқори суръати билан тавсифланади. Ҳозирги вақтга қадар адабиётларда келтирилган маълумотларга кўра, жинсий аъзолар пролапси қайталаниши ривожланишининг юқори частотаси қайд қилинади (5–40%) ва операция функционал натижаларидан қониқмаслик билан билдирилади [1, 4, 5, 9].

Тадқиқот жараёнида тана вазни индексининг юқорилиги жинсий аъзолар пролапси сабабларидан бири бўлиши мумкинлиги аниқланди [2, 10]. Эҳтимол, гап шундаки, ортиқча вазн ички аъзолар ва тизимларга таъсир этувчи юкланишни оширади ҳамда организм умумий ҳолатининг ёмонлашишига сабаб бўлади.

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

Асосий гуруҳга ёғ алмашинувининг бузилиши, ТМИ (тана вазни индекси) 30 дан 40 гача бўлган 178 нафар ўртача $52,4 \pm 2,1$ ёш бўлган бемор киритилди, ушбу беморларда қин чўлтоғини мустақамлашнинг такомиллаштирилган техникаси бўйича лапаротом кириш йўли билан бачадоннинг экстирпация операцияси ўтказилган.

Назорат гуруҳига 104 нафар ўртача $53,4 \pm 1,8$ ёш бўлган, ёғ алмашинуви бузилган, ТМИ 30 дан 40 гача бўлган беморлар киритилган, уларда қин чўлтоғини анъанавий услуб билан тикишнинг лапаротом кириш йўли билан бачадон экстирпацияси ўтказилган.

Беморларда хирургик даволаш яхши натижаларининг энг муҳим таркибий қисми бу: анамнез, бемор ёши, ёндош патология, тос аъзолари фаолиятининг бузилишларини ҳисобга олган ҳолда операцияга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларга қатъий рийо қилиш ҳисобланади. Жарроҳлик даволаш кўлами ҳақидаги қарор ҳар бир беморда индивидуал қабул қилинди.

Қиёслаш гуруҳларига киритиш белгилари:

– семиришнинг турли даражаларига эга аёллар;

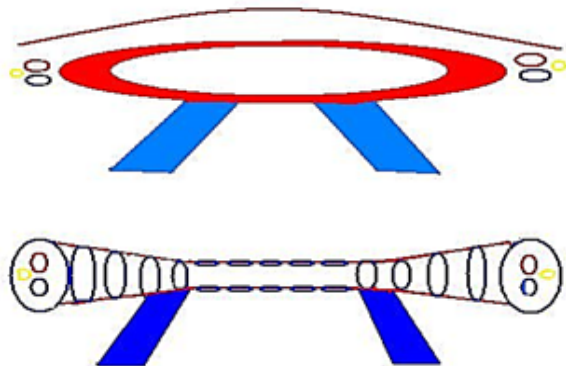
– ҳажми бўйича ҳомиладорликнинг 12 ҳафталик катталигига мос бўлган, бачадон аномал қон кетиши билан ёки усиз кузатиловчи бачадон миомаси ҳамда хирургик даволашни талаб этувчи жинсий аъзоларнинг қайталанувчи гиперпластик жараёни.

ТАДҚИҚОТЛАР НАТИЖАЛАРИ

Беш йиллик иш жараёнида Марказнинг оператив гинекология бўлимида биз томондан абдоминал кириш йўли билан ўтказилувчи умумий гистерэктомия вақтида қин чўлтоғи пролапсини олдини олиш учун махсус қисм ишлаб чиқилди. Ушбу усулнинг моҳияти думғаза-бачадон бойламларини, кардиал бойламларни ва томир тутамини бачадон танаси ўтказувчи ўқига нисбатан 45 даража остида бир вақтда қисиб олиш билан тўғри қисқични қўйишдан иборат, бу эса ўз навбатида, оператив аралашувлар босқичларини бирлаштириш, шу йўл билан операция вақтини қисқартириш ҳамда қин йўқотиш ҳажмини камайтириш имконини беради. Кейин эса думғаза-бачадон, кардиал, доира шаклидаги бойламларни ҳар тамондан қиннинг ён деворларига мустақамлаш ва бир вақтнинг ўзида қин чўлтоғи олд ва орқа деворларига қошловчи чокни тикиш битта ип билан бажарилади.

Бунда чокнинг бошланиши бир томондан томир боғламини лигирланади, кейинчалик эса кардиал, думғаза-бачадон бойламлари қамраб олинади ва қин чўлтоғи орқа деворига ўтилади – қин чўлтоғига игнани тикиш қин ичидан ташқарига қараб бошланади. Қарама-қарши томон юқоридагига тескари кетма-кетликда тикилади. Томир боғламини лигирлан-

гандан кейин думалоқ бойламларни қин чўлтоғи олд девори томонга ўтиш билан мустаҳкамлашни амалга ошириш керак (худди шундай йўл билан амалга оширилади). Чокни думалоқ бойламни қарама-қарши томондан мустаҳкамлаш билан яқунлаш лозим (расм).



Абдоминал кириш йўли орқали умумий гистерэктомиядан кейин бемор аёлларда қин чўлтоғи пролапси олдиди олишнинг такомиллаштирилган усулини ишлаб чиқиш.

Шу тарзда чокни қўйиш вақтида дуглас бўшлиғи ҳажмларининг уни тортиш ва кўтариш ҳисобидан кичиклашиши юз беради, бу эса келажакда энтероцеле шаклланишининг олдиди олади. Ушбу усулда қиннинг *musculus levatoris ani externaga* нисбатан физиологик горизонтал ўқи сақланиб қолади.

Қин чўлтоғидаги бойлам аппаратини мустаҳкамлаш ҳисобига қин чўлтоғининг бутунлай тушишининг олди олинади ва чуқур қин шакллантирилади, бу эса ўз навбатида, нормал жинсий ҳаёт имкониятини яратади.

Умумий гистерэктомия операциясининг такомиллаштирилган технология бўйича давомийлиги 45 дан 75 дақиқача бўлган вақт оралиғида бўлган, ўртача $52,5 \pm 1,5$ дақиқани ташкил қилган. Абдоминал умумий гистерэктомиянинг анъанавий усулида ўтказилган операция давомийлиги 90 дақиқадан 110 дақиқача бўлган вақтни ўз ичига олган, ўртача $98,6 \pm 5,6$ дақиқа ($p < 0,05$). Шундай қилиб, асосий гуруҳда у ўртача $52,5 \pm 1,5$ дақиқани ташкил қилди, бу эса назорат гуруҳига нисбатан аниқ равишда қисқа бўлди, яъни – $98,6 \pm 5,6$ дақиқа ($p < 0,05$).

Назорат гуруҳида қон йўқотиш ҳажми 250 дан 400 мл гача миқдорни ташкил қилди, бу ўртача $290 \pm 26,8$ мл демакдир. Қон йўқотишнинг сезиларли даражадаги кам миқдори – 200 дан 250 мл гача асосий гуруҳда қайд этилди, бу ўртача $205,6 \pm 18,4$ мл демакдир, ($p < 0,05$).

Қайд этиш керакки, қин чўлтоғини шакллантиришнинг таклиф қилинаётган усулида операциядан кейинги даврда паравезикал ва параметрал майдонларнинг табиий “дренажи”ни яратиш йўли билан эксудатнинг тўпланиши эҳтимоли бартараф этилади. Шу сабабли асосий гуруҳда қин гумбази очик қолдирилиши билан култитнинг бирор бир ҳолати қайд

этилмаган. Бунга қарама-қарши равишда, операция анъанавий усул билан ўтказилишидан сўнг операциядан кейинги эрта даврда назорат гуруҳининг ҳар ўнинчи беморида, яъни уларнинг 11 нафариди (10,5%) култит ривожланиши қайд этилди ва иккита кузатишда қориннинг олд деворида апоневротикости гематомаси ташхис қилинди. Келтирилган ҳолатларнинг ҳаммаси физиотерапевтик чора-тадбирларга қўшимча равишда инфузион, яллиғланишга қарши ва антибактериал даволаш муолажаларини талаб этди.

Шифохонада юқори тана ҳарорати билан ётган аёллар сонининг таҳлили қин чўлтоғини тикишнинг такомиллаштирилган усулининг ишончли устунлигини кўрсатди. Айнан асосий гуруҳдаги фақатгина 11 нафар (6,2%) беморда тана ҳароратининг 3 кун давомида $37,4^\circ\text{C}$ ошганлиги қайд этилди. Анъанавий усул билан операция қилинган аёлларнинг ярмидан кўпиди, яъни – 54 нафариди (51,9%) тана ҳароратининг 37°C дан 39°C гача кўтарилганлиги қайд этилди. Бунда анъанавий усул билан операция ўтказилган аёллар гуруҳида ҳар 4-беморда тана ҳароратининг $37,5^\circ\text{C}$ дан 38°C гача, ҳар 5-беморда тана ҳароратининг $38,2^\circ\text{C}$ дан 39°C кўтарилганлиги қайд этилди. Асосий гуруҳнинг ҳеч бир беморида тана ҳароратининг $37,5^\circ\text{C}$ дан ошмаганлиги қайд этилди, $p < 0,01$.

Ишлаб чиқилган услуб билан операция ўтказилган беморларнинг аксарият сониди, яъни 163 нафариди (91,6%) операциядан кейинги эрта асоратларнинг йўқлиги сабабли, улар операциядан кейин стационарда 5 суткагача қолганлар, бу дегани ўртача $4,7 \pm 0,1$ суткадир. Ҳолбуки, анъанавий усул билан операция қилинган 67 нафар бемор (64,4%) аёллар бўлимда 6 суткадан 10 суткагача қолганлар, бу ўртача $8,1 \pm 2,6$ сутка демакдир. Назорат гуруҳидаги қолган 37 нафар (35,6%) аёллар клиникадан операция ўтказилганидан кейин 5 кун ўтгач чиқарилганлар.

Асосий гуруҳнинг бўлимдан 5 суткадан кейин чиқарилган аёллар улуши назорат гуруҳи беморлари улушидан 2,6 марта кўп бўлди, яъни 91,6 фоиз 35,6 фоизга нисбатан.

Шундай қилиб, ушбу усулдан фойдаланиш операция вақтини қисқартириш, қон йўқотиш ҳажмини, беморнинг операциядан кейин клиникада қолиш вақтини қисқартириш, асоратлар ривожланишининг олдини олиш ва ётоқ-ўрин айланиши ҳажмини оширган ҳолда ҳам клиника маблағини, ҳам бемор харажатларини қисқартириш имконини беради.

Қин чўлтоғини мустаҳкамлашнинг таклиф этилаётган усули ёғ алмашинуви бузилишлари бўлган аёлларда қин чўлтоғи пролапси ривожланишининг олдини олишнинг нафақат олдинга қўйилган техник натижасига эришиш, балки турли даражадаги стационарларда операциядан кейинги эрта ва кечки асоратлар юзага келиш сурьатининг камайишига ёрдам беради.

ХУЛОСАЛАР

Операция параметрлари ва операциядан кейинги

даврни таққослаб ўрганиш натижасида ишлаб чиқилган усул бўйича операция ўтказилиши, операция давомийлигини 2 баравар қисқартиришга ($p < 0,05$); кон йўқотиш ҳажмини 1,5 баравар камайтиришга ($p < 0,05$); культит ва операциядан кейинги асоратларнинг ривожланишини 2 марта камайтиришга; ётоқ кунларини 2,6 баравар қисқартиришга имкон беради.

Семизлик кузатилган аёлларнинг гистеректомияси ишлаб чиқилган усул бўйича табиий “дренаж”ни яратишга имкон беради ва қин пролапсининг олдини олади.

АДАБИЁТЛАР

1. Архипова В.И. Профилактика гнойно-септических осложнений у больных после абдоминальных гистерэктомий по поводу миомы матки. [Текст]: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2015. – 116 с.
2. Глазкова О.Л. Динамика метаболических нарушений у тучных женщин, перенесших гистерэктомию с сохранением ткани яичника // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2016. – Т.15. – С. 12–16.
3. Коршунов М.Ю. Выпадение тазовых органов у женщин: чего ждут пациенты от перспективного лечения? // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. Вып. 66 (4). – С. 40–45.
4. Наврузов Б.С. Диагностика ректоцеле при про-

лапсе тазовых органов у женщин: научное издание / Б.С. Наврузов, Э.К. Шаймарданов // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2014. № 1 – С. 45–47.

5. Наврузов С.Н. Диагностика пролапса тазового дна у рожавших женщин: научное издание / С.Н.Наврузов, Б.С.Наврузов, Э.К.Шаймарданов // Медицинский журнал Узбекистана. – Т., 2013. № 5. – С. 2–5.
6. Пушкарёв Д.Ю., Раснер П.И., Гвоздев М.Ю. Проплапс гениталий. Русский Медицинский журнал. – 2013. – № 34. – С. 11.
7. Alas, A.N. Management of Apical Pelvic Organ Prolapse / A.N. Alas, J.T. Anger // Current Urology Reports. – 2015. – Vol. 16(5). – P. 33.
8. Barber, M. D Pelvic organ prolapse / M.D. Barber // BMJ. – 2016. – Vol. 354. – P. 3853.
9. Cooper, J. Prevalence of genital prolapse symptoms in primary care: a crosssectional survey / J. Cooper, M. Annappa, D. Dracocardos, W. Cooper, S. Muller, C. Mallen // Int Urogynecol J. – 2015. – Vol. 26(4). –P. 505–510.
10. Espuña-Pons, M. Pelvic floor symptoms and severity of pelvic organ prolapse in women seeking care for pelvic floor problems / M. Espuña-Pons, M. Fillol, M.A. Pascual, P. Rebollo, A.M. Mora // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2014. – Vol. 177. – P. 141–145.

УДК: 616.718.19:615.825.1:616.745.6

РОЛЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Юлдашева Д.Ю.¹, Сайдакулова Д.В.², Усманова Б.И.³, Ирназарова Д.Х.¹, Ахмедова Г.А.¹, Атаходжаева Ф.А.¹, Хикматуллаева М.Р.¹

¹Ташкентская медицинская академия,

²Родильный комплекс №2,

³Родильный комплекс №8

ХУЛОСА

Тос органлар пролапси (ТОП) - тос қавати ва тос аъзоларининг тушиши синдроми бўлиб, изоляцияда ёки комбинацияда беморларнинг ҳаёт сифатида жуда салбий таъсир кўрсатади. Дунё маълумотларига кўра, 2.9 дан 53% гача аёлларда ТОПнинг ҳар хил кўринишлари кузатилади. Тос органи пролапсидан азият чекаётган беморларнинг 47% иши ёшидаги аёллардир. Women,s Health Initiative Study га кўра, перименопаузал ёшдаги 16 616 аёллар орасида бачадон пролапсини аниқланиши даражаси 14,2 %, цистоцеле - 34,3 %, ректоцеле - 18,6% ни ташиқил этган. Кўп ҳолларда ТОП деярли асимптоматик бўлиб, унинг популяцияда кўп тарқалганлигини кўрсатади. Бироқ, ТОП белгилари мавжуд бўлса, ҳар бир 5 нафар аёлда

SUMMARY

Pelvic organ prolapse (POP) is a syndrome of prolapse of the pelvic floor and pelvic organs in isolation or in combination, which has an extremely negative impact on the quality of life of patients. According to world data, from 2.9 to 53% of women note some form of POP [3-5]. Up to 47% of patients with pelvic organ prolapse are women of working age [6]. According to the Women, s Health Initiative Study, among 16 616 perimenopausal women, the incidence of uterine prolapse was 14.2%, cystocele - 34.3%, rectocele - 18.6% [7]. In most cases, POP is almost asymptomatic, which indicates its greater prevalence in the population [8, 9]. However, in the presence of symptoms of PTO, every 5th woman has a risk of being operated on by the age of 80 for PTO or urinary

80 ёшигача тос органлари пролапси ёки сийдик тута олмаслик кўрсатмаси билан операция қилиш хавфи мавжуд. Тос мушаклари етишмовчилиги муаммосини ҳал қилишда замонавий акушерлик ва гинекологиянинг етакчи вазифаси: касалликнинг ривожланишига ҳисса қўшадиган асосий омилларни аниқлаш; тос мушаклари етишмовчилигининг дастлабки босқичларида эрта таъхислаш; органлар сфинктерлари мушаклари етишмовчилигини ўз вақтида реабилитация ва даволаш. Этиологик омиллар, перинеал тўқималарининг туғма ва орттирилган нуқсонлари, тос органлар аномалиялари ва малформациялар, табиий туғруқ йўллари орқали туғилгандан кейин содир бўладиган тос органлари функционал ва анатомик касалликлари, жарроҳлик чоралари ва жароҳатларни аниқлаш – бу тос диафрагмаси мушакларининг етишмовчилиги ва гениталий пролапси эрта таъхислаш учин аҳамиятли бўлган масалалар нотўлиқ рўйхати.

Калим сўзлар: тос органлар мушакларининг етишмовчилиги, тос органлари пролапси, Pelvic Floor Impact Questionnaire-7, Pelvic Floor Distress Inventory-20, Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12.

Пролапс тазовых органов (ПТО) – синдром опущения тазового дна и органов малого таза изолированно или в сочетании, который крайне негативно отражается на качестве жизни пациенток. Согласно данным мировой статистики, те или иные проявления ПТО отмечают от 2,9 до 53% женщин [3,5,7]. До 47% больных пролапсом тазовых органов – женщины трудоспособного возраста [4]. По данным исследования Women's Health Initiative Study [6], среди 16616 женщин перименопаузального возраста частота выявления маточного пролапса составила 14,2%, цистоцеле – 34,3%, ректоцеле – 18,6%.

В большинстве случаев ПТО протекает практически бессимптомно, что свидетельствует о его большей распространенности в популяции [8,9]. Однако при наличии симптомов ПТО каждая 5-я женщина имеет риск быть прооперированной к 80 годам по поводу ПТО либо недержания мочи [10]. Ведущей задачей современного акушерства и гинекологии в решении вопроса несостоятельности мышц тазового дна (НМТД) является: выявление основных факторов, способствующих развитию заболевания; ранняя диагностика на начальных стадиях недостаточности силы сокращений мышц малого таза; своевременная восстановительная терапия и реабилитация выявленных нарушений функции мышц сфинктеров органов [1].

Выявление этиологических факторов, врожденных и приобретенных дефектов ткани промежности, аномалий и пороков развития органов малого таза, функциональных и анатомических расстройств функции тазовых органов, возникающих после родов через естественные родовые пути, оперативных вме-

incontinence [10]. The leading task of modern obstetrics and gynecology in resolving the issue of pelvic floor muscle (PFM) insolvency is: identification of the main factors contributing to the development of the disease; early diagnosis in the initial stages of insufficient strength of the contractions of the pelvic muscles; timely rehabilitative therapy and rehabilitation of the revealed dysfunctions of the muscles of the sphincters of organs [1]. Identification of etiological factors, congenital and acquired defects of perineal tissue, anomalies and malformations of the pelvic organs, functional and anatomical disorders of the function of the pelvic organs that occur after childbirth through the natural birth canal, surgical interventions and injuries - this is an incomplete list of questions that determine the importance of early diagnosis pelvic floor muscle failure and genital prolapse [2].

Key words: pelvic floor muscle failure, pelvic organ prolapse, Pelvic Floor Impact Questionnaire-7, Pelvic Floor Distress Inventory-20, Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12.

шательств и травм – вот неполный перечень вопросов, которые определяют значимость ранней диагностики НМТД и пролапса гениталий (ПГ) [2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности и безопасности физических нагрузок при пролапсе тазовых органов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под наблюдением в акушерско-гинекологическом комплексе клиники Ташкентской медицинской академии были 30 женщин с легкой и средней степенью ПГ. Группу сравнения составили 30 пациенток без пролапса тазовых органов. Изучаемые группы были сопоставимы по возрасту, паритету, началу менструальной функции, наличию генитальной и экстрагенитальной патологии. В исследуемой группе проводили тренировку мышц тазового дна с помощью специализированных тренажеров женщинам, планировавшим роды и для предоперационной подготовки при пролапсе легкой и средней степени. Средний возраст обследованных – 38,3 года. При оценке качества жизни больных с пролапсом тазовых органов использован комплекс специализированных вопросников PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire-7), PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory-20), вопросник ПД-КЖ, Wexner score, PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12).

Выявлено, что сидячий образ жизни был у 83,3% женщин, осложнения в родах, такие как разрыв промежности – у 36,6%, эпизиотомия, эпизиография – у 56,6%. Проанализировав возможные причинные факторы развития пролапса тазовых органов мы обнаружили, что тяжелым физическим трудом занимались 36,6% обследованных, колит отмечался у

80%, неправильное питание (употребление полуфабрикатов и фастфудов) имело место у 80%, заболевание ЖКТ – у 23,3%, стрессовое недержание мочи – у 90%. Предварительно проводили осмотр, консультирование и давали специальные нагрузки в группе с помощью тренажеров массой от 65-85 г по 30 минут три раза в неделю в течение 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлено, что выполнение упражнений в регулярном режиме улучшает трофику тканей, что способствует восстановлению тонуса мышц тазового дна, уменьшению таких жалоб как стрессовая работа желудочно-кишечного тракта у 40% за счет техники правильного дыхания при проведении упражнений, уменьшению болей в тазобедренном суставе у 60%. В группе пациенток после оперативного лечения благодаря специальным тренажерам время оперативного лечения сократилось на 15 минут, объем кровопотери на 20%, сроки реабилитации в послеоперационном периоде также сократились за счет уменьшения болевого фактора у 60% пациенток.

Полученные нами данные подтверждают роль специальных тренажеров в улучшении качества жизни (улучшение моторной функции толстого кишечника на 80%, урогенитальных расстройств на 70%). В связи с этим необходим обоснованный дифференцированный подход к использованию малоинвазивных и хирургических методов коррекции дисфункции тазового дна. Таким образом, при функциональной и первичной несостоятельности можно рекомендовать гимнастику по укреплению тазового дна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баширов С.Р. Резервуарные и сфинктеромоделирующие технологии хирургии прямой кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2006. – 42 с.
2. Зиганшин А.М. Комплексная диагностика несостоятельности мышц тазового дна после родов через естественные родовые пути: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2011. – 22 с.
3. Краснополянский В.И., Буянова С.Н., Петрова В.Д. Комбинированное лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и недержанием мочи с применением антистрессовых технологий: Пособие для врачей. – М., 2003. – 41 с.
4. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Гус А.И. и др. Оценка состояния тазового дна после родов через естественные родовые пути // Акуш. и гин. – 2004. – №4. – С. 26-30.
5. Garshasbi A., Faghih-Zadeh S., Falah N. The status of pelvic supporting organs in a population of iranian women 18-68 years of age and possible related factors // Arch. Iran Med. – 2006. – Vol. 9, №2. – P. 124-128.
6. Hendrix S.L., Clark A., Nygaard I. et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 186, №6. – P. 1160-1166.
7. Nygaard I., Barber M.D., Burgio K.L. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women // J.A.M.A. – 2008. – Vol. 300, №11. – P. 1311-1313.
8. Samuelsson E.C., Victor F.T., Tibblin G., Svärdsudd K.F. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 180, №2. – P. 299-305.
9. Thakar R., Stanton S. Management of genital prolapsed // Brit. Med. J. – 2002. – Vol. 324 (7348). – P. 1258-1262.
10. Wu J.M., Matthews C.A., Conover M.M. et al. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery // Obstet. Gynecol. – 2014. – Vol. 123, №6. – P. 1201-1206.

УДК: 618.4+616-006.36-0.85

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Юлдашева Д.Ю., Ирназарова Д.Х., Атаходжаева Ф.А., Ахмедова Г.А.
Ташкентская медицинская академия

XULOSA

Bachadon miomasi - ginekologik amaliyotda keng tarqalgan yaxshi sifatli o'sma kasalligidir. Biz Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasida 200 nafar ayolni tekshirdik. Ayollar organizmining D vitamini (25(OH)D) bilan to'yinganligi va bachadon simptomatik myomasi bo'lgan bemorlarni olib borish taktikasi o'rtasidagi bog'liqlik o'rganildi. Simptomatik miomasi

SUMMARY

Uterine fibroid is a widespread benign disease in gynecological practice. We examined 200 women at the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy. We studied the relationship between vitamin D (25(OH)D) saturation in the studied women and the management of patients with symptomatic uterine fibroid. Vitamin D deficiency and pronounced vitamin D deficiency predom-

bo'lgan ayollarning ko'p qismida D vitaminini defitsiti va keskin defitsiti ustunlik qiladi, ularga jarrohlik davolash qo'llanildi. D vitaminini tanqisligi va bu patologiyaning klinik kechishi o'rtasidagi bog'liqlikni o'rganish kasallikning rivojlanishini taxmin qilish va davolash taktikasini takomillashtirish imkonini beradi.

Kalit so'zlar: bachadon miomasi, D vitamini, simptomatik mioma, asimptomatik myoma, jarrohlik taktikasi.

Миома матки (ММ) (МКБ D025) – широко распространенная моноклональная, гормонозависимая, доброкачественная опухоль гладкой мускулатуры матки, которая встречается у 20-75% женщин репродуктивного возраста [3,5,12]. ММ по частоте уступает лишь воспалительным болезням гениталий [5]. По данным отечественных авторов, ММ и её осложнения остаются одной из основных причин (до 40%) радикальной операции в гинекологической практике [4,12].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение взаимосвязи обеспеченности витамином D и тактики ведения женщин с миомой матки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное исследование, основанное на результатах клинко-лабораторного обследования 200 женщин репродуктивного и перименопаузального возраста, поступивших в Центр женского здоровья и отделение гинекологии многопрофильной

inate in a significant proportion of women with symptomatic fibroid who underwent surgical management. The study of the relationship between vitamin D deficiency and the clinical course of this pathology provides an opportunity to predict the development of the disease and improve management tactics.

Key words: uterine fibroid, vitamin D, symptomatic fibroid, asymptomatic fibroid, surgical tactics.

клиники Ташкентской медицинской академии в 2018-2020 гг. Обследованные женщины разделены на 2 группы: контрольную группу составили 98 здоровых женщин, в основную группу включены 102 женщины с ММ. Основная группа больных была разделена на 2 подгруппы: 53 женщины с симптомной ММ и 49 женщин с асимптомной ММ. Всем пациенткам проводилось общеклиническое и инструментальное исследование. Полученный материал обработан статистическими методами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованные пациентки были в возрасте от 18 до 54 года (рис. 1). Средний возраст – $40,9 \pm 0,7$ года, в основной группе преобладал поздний репродуктивный и перименопаузальный возраст (соответственно 43,1 и 42,1%), что соответствует данным, что ММ чаще диагностируется в этих периодах жизни женщин [1].

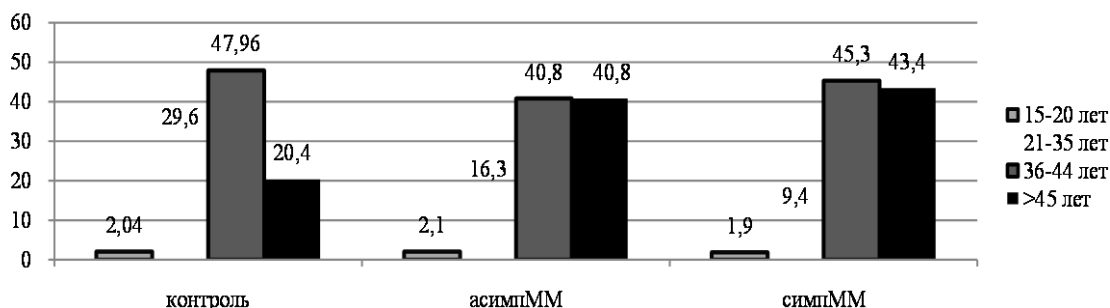


Рис. 1. Возраст обследованных больных, %.

Больные с симптомной ММ основной группы обратились с различными клиническими проявлениями: кровотечение и анемия отмечались у 46 (86,8%), симптом быстрого роста – у 6 (11,3%), симптом тазовой боли – у 5 (9,4%), бесплодие – у 4 (7,5%).

При ультразвуковом исследовании у женщин основной группы выявлялось от 2 до 6 узлов миоматозных узлов. У 32,1% женщин с симптомной ММ обнаружена множественная ММ, у 2/3 (67,9%) имелась солидная опухоль, тогда как среди пациенток с асимптомной ММ многоузловая ММ наблюдалась в 2 раза реже. По локализации миоматозного узла в толще матки в обеих подгруппах основной группы преобладал интрамуральный узел (соответственно 71,7 и 63,2%; $p < 0,01$), что совпадают с данными зарубежных авторов [9].

Оценка статуса витамина D путем определения исходного сывороточного уровня 25(ОН)D является

наиболее приемлемым, надежным и клинически значимым для оценки насыщенности витамином D организма человека [2]. Исходно у женщин с ММ уровень витамина D колебался от 4 до 36 нг/мл, в среднем составляя $16,7 \pm 1,8$ нг/мл. При этом выраженный дефицит витамина D ($6,62 \pm 0,9$ нг/мл) в группе симптомной ММ выявлен у 37,7% женщин с явной клиникой меноррагии (100%) и рецидивным течением заболевания ($p < 0,001$) (табл. 1).

Среди женщин с асимптомной ММ основной группы недостаточность витамина D выявлена более, чем у половины (59,2%) обследованных. В группе симптомной миомы дефицит (54,7%) и выраженный дефицит (37,7%) обнаруживались в 2,88 раза чаще, чем среди женщин с асимптомной миомой и в 5,4 раза чаще по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$).

Содержание витамина D у больных ММ

Группа	Симп. ММ, n=53		Асимп. ММ, n=49		Контроль, n=98	
	абс. (%)	нг/мл	абс. (%)	нг/мл	абс. (%)	нг/мл
Норма	-	-	2 (4,1)	34±1,26	48 (48,9)	40,4±1,7
Недостаточность	4 (7,6)	20,8±1,9a	29 (59,2)	23,6±1,46	33 (33,8)	24,4±1,7
Дефицит	29 (54,7)	14,02±0,2a	17 (34,7)	16,8±1,66	17 (17,3)	14,2±0,9
Выраж. дефицит	20 (37,7)	6,62±0,9a	-	-	-	-

Примечание. p<0,001: а – по сравнению с 1-й группой; б – по сравнению со 2-й группой.

Проанализированы результаты хирургического лечения женщин с симптомной ММ (n=53). Всем женщинам группы симптомной ММ с АМК, согласно Национальному протоколу [6] с лечебно-диагностической целью произведено выскабливание полости матки, соскоб отправлен на морфологическое исследование. Следует отметить, что при анализе связи хирургического лечения (n=16) с уровнем витамина D у женщин с симптомной ММ выявлена прямая связь

между этими показателями (рис. 2). Так, органосохраняющие радикальные операции, такие как экстирпация матки (эзу 1/3 женщин) и НАМ (1/5 женщин) произведены у женщин перименопаузального возраста с выраженным дефицитом витамина D. Паллиативно-регрессирующие операции, такие как ЭМА, выполнены у 1/5 женщин позднего репродуктивного возраста с выраженным дефицитом витамина D (p<0,01).

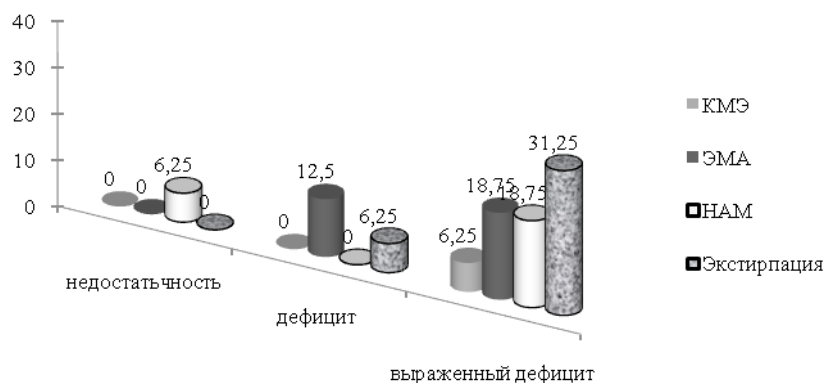


Рис. 2. Ассоциация обеспеченности витамином D с хирургической тактикой, %.

При анализе отношения шансов развития (OR) выявлено, что фактор нехватки витамина D является сильным провоцирующим фактором для развития заболевания и его осложнений у этих женщин (OR=16,13).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Женщины с выраженным дефицитом витамина D в группе симптомной ММ (<10 нг/мл) на фоне критического дефицита витамина D имели яркие клинические проявления заболевания, сопровождающиеся тазовой болью, бесплодием. Также установлено, что у женщин с симптомной ММ уровень витамина D был значимо ниже, чем у пациенток с асимптомной ММ. Наши данные совпадают с результатами зарубежных исследований [7,8,10,11,13]. При наличии продуктивных нарушений в этой популяции необходимо назначение витамина D, как только установлен его недостаток или дефицит, что, возможно, позволит замедлить рост миоматозного узла и проявления симптоматики ММ.

Исследование влияния дефицита витамина D на здоровье женщин имеет большое значение для современной персонализированной медицины, поскольку

дает возможность прогнозировать развитие заболевания, характер течения и риск возможных осложнений и усовершенствовать тактику ведения этих больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация: Клини. рекомендации по ведению больных (проект). – М., 2015.– С.8-11, 27-29.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Пигарова Е.А. и др. Дефицит витамина D у взрослых: диагностика, лечение и профилактика: Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов: Учеб. пособие. – Мсква; Тверь, 2020. – С.15, 48.
3. Радзинский В.Е., Тотчиев Г.Ф. Миома матки: курс на органосохранение: Информ. бюл. – М., 2014. – С. 3.
4. Ризаев Ж.А., Муратова Н.Д., Бабаджанова Г.С., Абдурахманова С.И. Частота, клиника и хирургическое лечение миомы матки и аденомиоза. // Мед. журн. Узбекистана. – 2019. – №1. – С. 23-26.
5. РОАГ. Миома матки: Клини. рекомендации. – М., 2021. – С. 6-7.

6. Стандарты диагностики и лечения гинекологических заболеваний в лечебных учреждениях системы здравоохранения РУз. – Ташкент, 2017. – С. 23, 79-80.
7. Ciebiera M., Ali M., Zgliczynska M. et al. Vitamins and Uterine Fibroids: Current Data on Pathophysiology and Possible Clinical Relevance // Int. J. Mol. Sci. – 2020. – Vol. 21. – P. 5528.
8. Corachan A., Trejo M.G., Carbago M.C. et al. Vitamin D as an effective treatment in human uterine leiomyomas independent of mediator complex subunit 12 mutation // Fertil. Steril. – 2020. – №7.
9. Davari T.F., Feizabad E., Vashghani F.M. et al. The effect of vitamin D deficiency on overgrowth of uterine fibroids: a blinded randomized clinical trial // Int. J. Fertil. Steril. – 2021. – Vol. 15, №2. – P. 95-100.
10. Li S., Chen B., Sheng B. et al. The associations between serum vitamin D, calcium and uterine fibroids in Chinese women: a case-controlled study // J. Int. Med. Res. – 2020. – Vol. 48, №5. – P. 1-11.
11. Mohammadi R., Tabrizi R., Hessami K. et al. Correlation of low serum vitamin-D with uterine leiomyoma: a systematic review and meta-analysis // Reprod. Biol. Endocrinol. – 2020. Vol. 67. – P. 1-8.
12. Stewart E.A. Uterine Fibroids // Engl. J. Med. – 2015. – Vol. 372. – P. 1646-1655.
13. Vergara D., Catherino W.H., Trojano G., Tinelli A. Vitamin D: Mechanism of Action and Biological Effects in Uterine Fibroids // Nutrients. – 2021. – №13. – P. 597.

УДК: 616-071+616-08+618.17.175

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА COL1A1G2046T У ДЕВУШЕК С ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМНОРЕЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Якубова О.А., Камалов З.С.

Андижанский государственный медицинский институт

ХУЛОСА

Ювенил дисменореяли қизларда бириктирувчи тўқима дисплазиясига (БТД) боғлиқ ҳолда COL1A1 G2046T генларнинг полиморфизмини текшириши мақсадида 118 қизларнинг клиник ва генетик текшируви ўтказилди, улардан 64 нафариди БТД белгилари бор ва 54- қизда БТД йўқ, назорат гуруҳини 68 нормал ҳайз цикли соғлом қизлар ташкил этди. Текширув натижасида генетик таҳлил мутацияга учраган эстроген рецепторлари генининг юзага келишини аниқланди (алфа (rs2228480 да аденин учун гуаниннинг бир нуклеотида алмашинуви) ювенил дисменореяли БТД бор қизлар гуруҳида 1,9 барабар кўпроқ бўлган ($\chi^2 = 4,515$; $p=0,03$). I-типтаги коллаген ген полиморфизми (гуаниннинг rs1800012 да тимин билан битта нуклеотид алмашинуви) пайдо бўлишининг частотасида аниқланган фарқи юқорилиги ювенил дисменореяли қизларда фақат амалий соғлом гуруҳига нисбатан аниқланди ($\chi^2=4,71$; $p = 0,03$).

Калит сўзлар: ювенил дисменорея, бириктирувчи тўқима дисплазияси.

Дисменорея – часто встречающееся патологическое состояние, характеризующееся болезненными менструациями. С современных нейрофизиологических позиций его именуют менструальным болевым синдромом, что более правомочно, так как им можно обозначить весь широкий спектр нейровегетативных,

SUMMARY

In order to study the polymorphism of COL1A1 G2046T in girls with juvenile dysmenorrhea, depending on the presence of connective tissue dysplasia in the Uzbek population, a clinical and genetic examination of 118 girls with signs of DST - 64 and without it – 54 was conducted, the control group consisted of 68 healthy girls with normal menstruation. It was revealed that the occurrence of the mutant allele of the estrogen – alpha receptor gene (single-nucleotide replacement of guanine with adenine in rs2228480) is 1.9 times higher in the group of girls with DST than in the group of DST without DST ($\chi^2 = 4,515$; $p=0.03$). There was also a significant difference in the frequency of occurrence of type I collagen gene polymorphism (single nucleotide substitution of guanine for thymine in rs1800012) in girls with UD with DST only in comparison with.

Key words: juvenile dysmenorrhea, connective tissue dysplasia.

обменно-эндокринных и психоэмоциональных отклонений процесса менструации, сопровождающейся болью внизу живота [1,3]. В соответствии с этим определением ювенильная дисменорея (ЮД) является сигналом нарушений, развившихся в системах, обеспечивающих и контролирующих процесс оттор-

жения эндометрия. При возникновении патологической ситуации в организме растущего женского организма происходит формирование патологических состояний органов и тканей в виде диспластических проявлений со стороны соединительной ткани.

Установлено большое разнообразие клинических критериев выраженности недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ), но особенности метаболизма соединительной ткани пока еще неясны. Их установление позволит глубже понять патогенез ЮД и обеспечит новые терапевтические и профилактические подходы к лечению болезненных менструаций у девушек [2].

При изучении ДСТ возникает вопрос о возможной причине изменений соединительной ткани на основании генетической предрасположенности. Как известно, проявление той или иной болезни зачастую обусловлено сочетанием в генотипе хозяина определенных аллельных вариантов генов, полиморфизмов, формирующих определенный наследственный фон, который может быть реализован при взаимодействии патологического генотипа с факторами среды.

На сегодняшний день установлено, что эндометрий человека претерпевает циклические волны пролиферации, дифференцировки, апоптоза и регенерации в зависимости от повышения и снижения уровней синтезируемых в яичниках эстрадиола и прогестерона. Синтез специфических белков α -рецепторов эстрогенов детерминирован геном ESR1 (ESR1), который расположен на хромосоме 6q25. Он состоит из 8 экзонов, 7 интронов и занимает более чем 140 килобаз. Молекулярные механизмы, благодаря которым эти полиморфизмы влияют на активность рецепторов, остаются малопонятными. RFLP обнаруживаются в интроне, т.е. практически нефункциональной области гена, и так как они разделены 50

парами оснований, предположительно находятся в сильном линейном сцеплении [4,5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение полиморфизма COL1A1G2046T у девушек с ювенильной дисменореей в зависимости от наличия дисплазии соединительной ткани в узбекской популяции

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено клиническое и генетическое обследование 118 девушек: 64 с признаками ДСТ, без нее 54. Контрольную группу составили 68 здоровых девушек с нормальными менструациями. Генетическое исследование проводилось полимеразной цепной реакцией (PCR) с использованием специфических праймеров (НПФ Литех, Россия) в автоматическом амплификаторе Rotor Gene 6000. Свободный и связанный оксипролин в моче определяли по методу П.Н. Шараева [4]. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке на персональном компьютере Pentium IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2012, включая использование встроенных функций статистической обработки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основанием для постановки диагноза дисменореи была жалоба на болезненные менструации. Девушкам проведено одномоментное исследование состояния здоровья для исключения органической патологии, т.е. вторичной дисменореи (УЗИ органов малого таза, мазок на флору, осмотр вертебролога).

Как показал проведенный анализ, аллельных вариантов гена COL1A1G2046T в группе больных с ЮД, сопровождающейся ДСТ, было достоверно выше, чем у практически здоровых девушек, наблюдалась лишь тенденция к достоверности аллелей, но истинной значимости они не достигали.

Таблица 1

Распределение частот аллелей и генотипов гена COL1A1G2046T у девушек с ЮД с ДСТ и практически здоровых лиц, абс. (%)

Генотип	ЮД+ДСТ, n=64	Контроль, n=68	OR	χ^2	p
G	97 (75,78)	114 (83,82)	0,60	2,658	0,1
T	31 (24,22)	22 (16,18)	1,66	2,658	0,1
GG	41 (64,06)	48 (70,59)	0,74	0,639	0,4
GT	15 (23,44)	18 (26,47)	0,85	0,162	0,6
TT	8 (12,50)	2 (2,94)	4,71	4,302	0,03

Тогда как достоверное повышение по сравнению с контрольной группой гомозиготного генотипа TT отмечалось в группе девушек с ЮД и ДСТ ($\chi^2=4,302$, $p<0,03$, $OR\geq 4,71$). При исследовании распределения аллельных вариантов гена COL1A1G2046T в группе больных с ЮД, сопровождающейся ДСТ, по сравнению с группой девушек с ЮД без ДСТ, значимых

различий в частотах аллелей в данных группах не выявлено (табл. 2).

Нами проанализировано также распределение частот встречаемости аллельных вариантов и генотипов COL1A1G2046T в группе девушек с ЮД без ДСТ и практически здоровых лиц.

Таблица 2

Распределение частот аллелей и генотипов гена COL1A1G2046T у девушек с ЮД с ДСТ и практически здоровых лиц, абс. (%)

Генотип	ЮД+ДСТ, n=64	ЮД без ДСТ, n=54	OR	χ^2	p
G	97 (75,78)	88 (81,48)	0,71	1,124	0,2
T	31 (24,22)	20 (18,52)	1,41	1,124	0,2
GG	41 (64,06)	37 (68,52)	0,82	0,26	0,6
GT	15 (23,44)	14 (25,93)	0,87	0,09	0,7
TT	8 (12,50)	3 (5,56)	2,43	1,671	0,2

Как видно из таблицы 3, в ходе проведенного анализа достоверной разницы ни для аллельных вариантов, ни для генотипов не выявлено.

Таблица 3

Распределение частот аллелей и генотипов гена COL1A1G2046T у девушек с ЮД без ДСТ и практически здоровых лиц, абс. (%)

Генотип	ЮД без ДСТ, n=54	Контроль, n=68	OR	χ^2	p
G	88 (66,67)	114 (83,82)	0,85	0,23	0,6
T	20 (18,52)	22 (16,18)	1,18		
GG	37 (68,52)	48 (70,59)	0,91	0,06	0,8
GT	14 (25,93)	18 (26,47)	0,97	0,005	1
TT	3 (5,56)	2 (2,94)	1,94	0,523	0,4

Таким образом, при изучении ассоциации генотипа COL1A1G2046T было выявлено значимое повышение мутантного генотипа TT в группе девушек с ЮД с ДСТ.

Таблица 4

Уровень оксипролина в суточной моче (мкмоль/сут) у девушек с ЮД в зависимости от наличия критериев ДСТ, M \pm m

Группа	Содержание оксипролина, мкмоль/сут		
	свободный	пептидно-связанный	белково-связанный
Практически здоровые, n=25	18,4 \pm 1,34	155,7 \pm 13,6	8,4 \pm 0,63
ЮД без ДСТ			
Легкая, n=10	18,81 \pm 0,30	156,63 \pm 0,16	8,33 \pm 0,26
Средняя, n=31	18,42 \pm 0,27	155,81 \pm 0,24	8,32 \pm 0,23
Тяжелая, n=15	17,82 \pm 0,35	156,33 \pm 0,37	8,11 \pm 0,35
ЮД с ДСТ			
Легкая, n=24	26,02 \pm 0,96a,б	163,64 \pm 0,97a,б	8,45 \pm 0,55
Средняя, n=100	34,54 \pm 1,07a,б	167,33 \pm 0,92a,б	8,20 \pm 0,63
Тяжелая, n=50	57,83 \pm 0,88a,б	171,06 \pm 0,97a,б	8,82 \pm 1,51

Возможно, это говорит о том, что однонуклеотидный вариант COL1A1G2046T играет роль в патогенезе развития именно ЮД, сопровождающейся ДСТ. Это косвенно подтверждается и показателями оксипролина (табл. 4), но принимая во внимание тот факт, что увеличение данного показателя было значимым, в сравнении с практически здоровыми лицами и в сравнении с группой пациенток с ЮД без признаков ДСТ, мы считаем, что данный полиморфизм является лишь одним из полиморфизмов, участвующих в патогенезе исследуемой патологии.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что встречаемость мутантного аллеля гена рецептора эстрогена – α (однонуклеотидной замены

гуанина на аденин в rs2228480) в группе девушек с ЮД с ДСТ в 1,9 раза выше, чем в группе ЮД без ДСТ ($\chi^2=4,515$; $p=0,03$). Также обнаружено достоверное различие в частоте встречаемости полиморфизма гена коллагена I типа (однонуклеотидной замены гуанина на тимин в rs1800012) у девушек с ЮД с ДСТ только в сравнении с группой практически здоровых лиц ($\chi^2=4,71$; $p=0,03$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология: Нац. руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 428-437.
2. Трушина О.В., Орлова В.С., Калашникова И.В. и др. Физическое развитие и соматический фон

- девушек-подростков, страдающих дисменореей, сочетанной с дисплазией соединительной ткани // Науч. ведомости. – Сер Медицина. Фармация. – 2018. – Т. 41, №1. – С. 36-45.
- Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2009. – С. 301-318.
 - Asif A.R., Oellerich M., Armstrong V.W. Polymorphism of the NOS-3 Gene and the Endothelial Cell Response to Fluid Shear Stress-A Proteome Analysis // J. Proteome Res. – 2009. – Vol. 8. – P. 3161-3168.
 - De Sanctis V., Soliman A., Bernasconi S. et al. Primary Dysmenorrhea in Adolescents: Prevalence, Impact and Recent Knowledge // Pediatr. Endocrinol. Rev. – 2015. – Vol. 13, №2. – P. 512-520.

НЕОНАТОЛОГИЯ

УДК : 616-053.31 - 06 : 616.98 : 578.834.1

КЛИНИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Мензатова Л.Р.

Городской родильный комплекс №6 г. Ташкент

XULOSA

Ushbu tadqiqotning maqsadi koronavirus infeksiyasi (Covid-19) bilan kasallangan onalardan tug'ilgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning klinik va laboratoriya parametrlari to'g'risidagi ma'lumotlarni o'rganish va qiyosiy statistik ishlov berishdan iborat edi.

Materiallar va usullar. Tadqiqotga Toshkent shahri-ning 6-sonli shahar tug'ruq majmuasidan 30 yangi tug'ilgan chaqaloqlar jalb qilindi. Tug'ayotgan ayollarning yosh toifasi 19 dan 39 yoshgacha, bu o'rtacha 27 yoshni tashkil qiladi. Barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlar bir qator tadqiqotlar o'tkazdilar, shu jumladan monitoring ko'rsatkichlari, ularning dinamikasi, antropometriyasi, klinik va laboratoriya tadqiqotlari.

Tadqiqot natijalari. Covid-19 tashxisi PCR usuli bilan homiladorlikning birinchi yarmida 10,7%, homiladorlikning ikkinchi yarmida esa 17,8% hollarda tasdiqlangan. Homiladorlikning birinchi va ikkinchi yarmida Covid-19 bilan kasallanishning sezilarli farqi yo'q. 22 haftalikgacha bo'lgan homiladorlik davri 32,1% hollarda va faqat 7,1% 37 yoshdan oshgan homiladorlik yoshida bo'lgan. Ko'pincha, tug'ilish kasallikdan 4 hafta yoki undan keyin 26 holatda (92,8%) sodir bo'lgan.

Xulosa. Bajarilgan ishlarga asosan, xulosa qilish mumkin, Covid-19 koronavirus infeksiyasi ham homilador ayol, ham yangi tug'ilgan chaqaloq uchun xavfli.

Kalit so'zlar: Covid-19, yangi tug'ilgan chaqaloq, pnevmoniya.

АКТУАЛЬНОСТЬ.

По данным Всемирной организации здравоохранения на 06.08.2021 г. в мире зарегистрировано 201717461 случаев заболевания Covid-19. Учеными

SUMMARY

The purpose of this study was to study and comparative statistical processing of data on clinical outcomes and clinical and laboratory parameters of newborns born to mothers who have undergone coronavirus infection (Covid-19)

Materials and methods. The study involved 30 newborns from the city maternity complex No. 6 of the city of Tashkent. The age category of women in childbirth is from 19 to 39 years old, which on average is 27 years old. All newborns underwent a number of studies, including monitoring indicators, their dynamics, anthropometry, clinical and laboratory studies.

Results of the study: The diagnosis of Covid-19 was confirmed by the PCR method in the first half of pregnancy in 10.7%, and in the second half of pregnancy in 17.8% of cases. There is no significant difference in the incidence of Covid-19 in the first and second half of pregnancy. The gestational age with the disease up to 22 weeks was 32.1% of cases, and only 7.1% were sick with the gestation period of more than 37 weeks. Most often, childbirth took place 4 weeks or more after the disease in 26 cases (92.8%).

Conclusion. Based on the work performed earlier, it can be concluded that the coronavirus infection Covid-19 is also dangerous for both a pregnant woman and a newborn baby.

Key words: Covid-19, newborn, pneumonia.

была определена возможность передачи коронавирусной инфекции от беременной к плоду и будущему ребенку. У беременных женщин, Covid-19 протекает более тяжелой формой, которая зачастую приводит к

мультисистемным поражениям, что в свою очередь негативно влияет на плод. Об этом рассказали не только антитела к вирусу в крови новорожденного, но и белки SARS-CoV-2, найденные в плаценте. Статью с описанием исследования опубликовал научный журнал *Viruses*, кратко об этом пишет пресс-служба Сколковского института науки и технологий. Также прослеживается тенденция на небольшое уменьшение (количества новорождённых), около 5-6 %. Пандемия сыграла в этом роль лишь отчасти. Больше на уменьшение рождаемости влияют общие проблемы демографического кризиса, которые, начиная с 2020 года, отчетливо прослеживаются по всей стране. Кроме того, у женщин с Covid-19 беременность чаще заканчивалась преждевременными родами, вследствие чего у новорожденных чаще наблюдались разного рода осложнения - такие как, как недоразвитость легких, кровоизлияния в головной мозг, нарушение зрения. 13% новорожденных оказались заражены Covid-19 - скорее всего, унаследовав инфекцию от матери. У пациенток с Covid-19 беременность протекала тяжелее, значительно чаще возникали осложнения, угрожающие не только здоровью, но и жизни матери и ребенка. Серьезные вторичные инфекции на фоне Covid-19 развивались в три раза чаще, а в реанимацию беременные пациентки с коронавирусом попадали чаще в целых пять раз. Если в контрольной группе беременность закончилась смертью матери лишь в одном случае из 1424, то в группе с Covid-19 скончались 11 из 706 пациенток - то есть риск материнской смертности там был выше в 22 раза. При этом ученые выяснили, что через материнское молоко вирус ребенку не передается - зато передаются защитные антитела. Обеспечить безопасное расстояние при кормлении грудью невозможно, но риск передачи инфекции между матерью и ребенком можно свести практически к нулю, если сцеживать молоко и кормить детей "дистанционно".

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью данного исследования явилось изучение и сравнительная статистическая обработка данных о клинических исходах и клинико-лабораторных показателях новорожденных, родившихся от матерей, перенесших коронавирусную инфекцию (Covid-19)

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 30 новорожденных городского родильного комплекса №6 города Ташкент. Возрастная категория родильниц от 19 до 39 лет, что в среднем составляет 27 лет. У всех новорожденных были проведены ряд исследований, включающие в себя мониторинг показателей, их динамика, антропометрия, клинико-лабораторные исследования. У новорожденных с диагнозом Covid-19 также были проведены исследования в сфере тактике лечения для сравнения нескольких стратегий и выбора наиболее лучшего, чтобы достичь максимально быстрого и эффективного исхода событий, снизив летальный исход до минимума.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По соматическому анамнезу у матери превалирует анемия, которая составляет 28,5%, а также самопроизвольные выкидыши в 28,5% случаев. Что свидетельствует о возможной внутриматочной инфекции.

По социальному статусу среди обследованных больше домохозяйек в 1,8 раз. Все беременные состояли на учете в поликлинике по месту жительства. В I половине беременности отмечалась угроза прерывания беременности в 8 случаях (28,5%), следующей патологией была анемия в 7 случаях (25,0%). Во II половине беременности наблюдалась тенденция увеличения угрозы прерывания беременности на 3,6%, и она составляла 32,1% от общего количества.

Диагноз COVID-19 подтвержден ПЦР методом в I половине беременности в 10,7%, а во II половине беременности у 17,8% случаев. Значимой разницы встречаемости Covid-19 в I и II половине беременности не отмечается. Срок гестации при заболевании до 22 недель составил 32,1% случаев и только 7,1% болели при сроке гестации более 37 недель. Чаще всего роды происходили через 4 недели и более после заболевания в 26 случаях (92,8%). По количеству беременности превалируют первобеременные (32,1%) и первородящие (39,2%). В 2 случаях наблюдалась многоплодная беременность - двойня (7,1%), в остальных случаях одноплодная беременность (92,9%). Срочных родов -16 (57,1%), преждевременных - 12 (42,9%).

Беременность осложнилась в 5 случаях (17,8%) НМПК I-II степени, в 9 случаях (32,1%) ЗВУР, а также наблюдалось ДРПО, ПОНРП и НМПК III степени в 7,1% случаев. Роды в 1 случае (3,6%) осложнились затянувшимся II периодом родов. Самостоятельных родов - 16, ретровезикальное кесарево сечение-12.

При течении Covid-19 срок гестации до 22 недель превалирует над остальными. Из 28 пациентов госпитализированы 5 (17,8%). Методом ПЦР подтверждено 6 случаев (21,4%), ИФА - 2 случая (7,1%). Антибактериальная терапия назначена - 8 (28,5%), антикоагулянты - 5 (17,8%). По течению болезни - у 82,1% пациентов имелось легкое течение. Весом более 2500,0 г. родилось 14 новорожденных (46,7%), от 1500 до 2499,0 - 12 (40%), с ЭНМТ - 3 (10%). Из числа родившихся преобладают мальчики (60%). Первичная реанимация в род.зале проводилась в 53,3% случаев. Новорожденные родившиеся с оценкой по шкале Апгар 4-5 и 6-7 баллов составили по 40%, в Асфиксии тяжелой степени родилось 13,3% детей. В респираторной поддержке нуждались 100% из исследуемой группы. Из них 13 детей (43,3%) нуждались только в подаче увлажненного кислорода, в режиме СРАР -9 (30,0%), ИВЛ -8 (26,7%). Из них 8 (26,7%) новорожденным проводилась респираторная поддержка в режиме ИВЛ с последующим переводом на СРАР. Длительность респираторной поддержки составила 5 дней в 15 случаях (50,0%), 4 дня - в 9

случаях (30,0%). Из клинических симптомов преобладало снижение сатурации – в 26 случаях (86,7%), одышка – 17 (56,7%) случаев. Антибактериальная терапия проводилась в 30 случаях (100%). Осложнения зафиксированы в 6 случаях (20%) – потеря массы тела более 10%, на втором месте желтуха – 4 (13,3%). Из них переведено на II этап выхаживания - 25 детей (83,3%), умерло - 4 (13,3%), выписан домой 1 (3,4%). При лабораторных показателях был выявлен лейкоцитоз, лимфопения.

ВЫВОДЫ

1. Таким образом, на основании выполненных ранее работ, можно сделать вывод, что коронавирусная инфекция Covid-19 является также опасной, как и для беременной женщине, так и для новорожденного ребенка. 2. Чем ранее женщина перенесла Covid-19, тем больше осложнений у ребенка и тяжелее исход заболевания

3. Необходимо усовершенствовать методику обследования беременных женщин, перенесших Covid-19

4. Учитывая массовость заболевания, тяжелые осложнения необходимо изучить подходы к вакцинации беременных.

ЛИТЕРАТУРА

1. RCOG & RCM, Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for health care professionals. Version 5, published Saturday 28th March 2020. 2020, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives: London.
2. RCOG & RCM, Guidance for antenatal and postnatal services in the evolving coronavirus (COVID-19) pandemic: Information for health professionals. 2020, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists and The Royal College of Midwives.
3. UNFPA, Coronavirus Disease (COVID-19) Preparedness and Response UNFPA Interim Technical

Brief 2020, UNFPA: New York.

4. International Confederation of Midwives (ICM), Women’s Rights in Childbirth Must be Upheld During the Coronavirus Pandemic. 2020, International Confederation of Midwives: The Hague.
5. Николаева С.В., Зверева З.А., Каннер Е.В., Яцишина С.Б., Горелов А.В. Коронавирусная инфекция у детей: клинико-лабораторные особенности. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2017;6:11-5.
6. Gaunt ER, Hardie A, Claas EC, Simmonds P, Templeton KE. Epidemiology and clinical presentations of the four human coronaviruses 229E, HKU1, NL63, and OC43 detected over 3 years using a novel multiplex real-time PCR method. J Clin Microbiol. 2010 Aug;48(8):2940-7. DOI:10.1128/JCM.00636
7. Taylor S, Lopez P, Weckx L, Borja-Tabora C, Ulloa-Gutierrez R, Lazcano-Ponce E, et al. Respiratory viruses and influenza-like illness: epidemiology and outcomes in children aged 6 months to 10 years in a multi-country population sample. J Infect. 2017 Jan;74(1):29-41. DOI: 10.1016/j.jinf.2016.09.003
8. Drosten C, Gьnthner S, Preiser W, van der Werf S, Brodt HR, Becker S, et al. Identification of a novel coronavirus in patients with severe acute respiratory syndrome. N Engl J Med. 2003;348:1967-1976. DOI:10.1056/NEJMoa030747
9. Leung GM, Hedley AJ, Ho LM, Chau P, Wong IO, Thach TQ, et al. The epidemiology of severe acute respiratory syndrome in the 2003 Hong Kong epidemic: an analysis of all 1755 patients. Ann Intern Med. 2004 Nov 2;141(9):662-73.
10. Hon KL, Leung CW, Cheng WT, et al. Clinical presentations and outcome of severe acute respiratory syndrome in children. Lancet. 2003;361:1701-3.
11. Chiu WK, Cheung PC, Ng KL, Ip PL, Sugunan VK, Luk DC, et al. Severe acute respiratory syndrome in children: experience in a regional hospital in Hong Kong. Pediatr Crit Care Med. 2003 Jul;4(3):279-83.

АНОМАЛЬНЫЙ ДРЕНАЖ ПУПОЧНОЙ ВЕНЫ В НИЖнюю ПОЛУЮ ВЕНУ С ВРОЖДЕННОЙ АГЕНЕЗИЕЙ ЛЕВОЙ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ И АРТЕРИОПОРТАЛЬНЫМ ШУНТОМ

Нормурадова Н.М.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

ХУЛОСА

Чап дарвоза венасининг горизонтал қисмининг тузма йўқлиги - бу кам учрайдиган қон томир мал-формацияси, эмбрионал даврда вителин ва киндик веналари ўртасида критик анастомоз ҳосил қила олмаслиги натижасида юзага келади. Тақдим этилган кузатувда киндик венаси кенгайган веноз канал орқали пастки ковак венага қуйилгани кузатилди. Нуқсоннинг пренатал таиҳиси портал синусининг йўқлигига, шу жумладан унинг киндик венаси билан боғлиқлигининг йўқлигига, шунингдек асосий дарвоза венасининг чап дарвоза венаси шоҳларига ва ўнг портал венасига трифуркациясини аниқлашга асосланади. Артерио-портал ва кичик киндик-портал анастомозларнинг шаклланиш белгилари ҳам учраб туриши кузатилади.

Калит сўзлар: киндик венасининг патологик дренажи, чап дарвоза венасининг агенезияси, артерио-портал шунтлар, киндик-портал шунтлар, ультратовуш диагностикаси, ҳомила.

Оценка нормальной анатомии, наиболее частых вариантов, а также врожденных и приобретенных аномалий портальной венозной системы имеет большое значение для хирургии печени и интервенционных процедур [10].

Врожденные аномалии воротной венозной системы включают полную или частичную агенезию воротной вены и ее ветвей, аномальное разветвление воротной вены, неправильное положение вен (при situs inversus totalis или мальротации органов брюшной полости), артериовенозные мальформации и сохранение фетальных клапанов [9,10].

G. Morgan, R. Superina [13] предложили разделить агенезию воротной системы на два типа: Тип I – портальная перфузия печени отсутствует полностью; I тип предполагает отсутствие внутрипеченочных ветвей портальной вены и разделяется на 2 подтипа: Ia – верхнебрыжеечная вена и селезеночная вена раздельно дренируются в нижнюю полую вену или другие вены системного кровотока: левую почечную, левую желудочную; Ib – верхняя брыжеечная и селезеночная вены формируют общий ствол, который дренируется в системный кровоток, как правило, в нижнюю полую вену. Тип II – портальная перфузия печени отсутствует частично. При II типе парциальная перфузия печени сохранена: имеется ствол портальной вены, и портосистемное шунтирование осу-

SUMMARY

Congenital absence of the horizontal part of the left portal vein is a rare vascular malformation that occurs due to the failure of a critical anastomosis between the vitelin and umbilical veins during the embryonic period. In the presented case, the umbilical vein is abnormally drained into the inferior vena cava through the preserved ductus venosus. Prenatal diagnosis of the defect is based on the absence of the portal sinus, including its connection with the umbilical vein, as well as visualization of the trifurcation of the main portal vein on the branch of the left portal vein and the right portal vein. Signs of arterio-portal and small umbilical-portal anastomoses were also visualized.

Key words: abnormal umbilical vein drainage, left portal vein agenesis, arterio-portal shunts, umbilical-portal shunts, ultrasound diagnostics, fetus.

ществляется посредством впадения одной из ветвей портальной вены в системные вены (обычно печеночные вены).

Врожденное отсутствие горизонтальной части левой воротной вены встречается очень редко, частота порока не известна [7,14,16]. Отсутствие левой портальной вены возникает из-за первичной неспособности сформировать критический анастомоз с пупочной веной [7,16]. При нарушении формирования анастомозов могут возникать внутрипеченочные портосистемные, артериопортальные и артериосистемные шунты и связанные с ними аномалии перфузии [6,10]. Артериопортальные шунты представляет собой органное или функциональное соединение между ветвями печеночной артерии и воротной вены, что вызывает локальное сбрасывание артериальной крови в портальную систему, одной из причин, которого являются врожденные сосудистые мальформации [4]. Представляем редкое клиническое наблюдение диагностики агенезии левой воротной вены с формированием артерио-портальных шунтов и аномальных пуповинно-портальных анастомозов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В Республиканском центре «Скрининг матери и ребенка» за 2017-2020 гг. обследованы 95787 беременных женщин. Врожденные пороки сердца (ВПС) были обнаружены у 461 плода, патология венозной

системы – у 29. Было диагностировано 9 случаев персистирующей левой верхней полой вены, 2 – тотального аномального дренажа легочной вены, 3 – перерыва нижней полой вены, 6 – персистирующей правой пупочной вены, по 2 наблюдения аномального дренажа пупочной вены в правое предсердие и в нижнюю полую вену, варикозного расширения пупочной вены, артериопортальных шунтов, 1 – тотального портального тромбоза. Учитывая редкость диагностики аномального дренажа пупочной вены в пренатальном периоде, представляем клиническое наблюдение.

Пациентка 22 лет. Данная беременность у женщины первая. Беременная была направлена в 28 недель гестации на доплерографию маточно-плацентарного кровотока в связи с задержкой роста плода. Супруги соматически здоровы, наследственность не отягощена, вредных привычек не имеют. Ультразвуковое исследование было проведено на приборе экспертного класса RS80A-RUS (Samsung Medison, Корея), с использованием конвексного датчика 4C-RS.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе ультразвукового исследования в полости матки выявлен один живой плод мужского пола в головном прилежании, предполагаемая масса плода составила 609 ± 76 г, что соответствовало менее 1 перцентиле. Отмечалось умеренное маловодие, максимальный вертикальный размер бокового кармана составил 3,1 см. Допплерографические показатели маточно-плодово-плацентарного кровотока соответствовали норме (рис. 1). При исследовании сердца плода были выявлены признаки перегрузки правых отделов сердца – кардиомегалия, умеренная гипертрофия миокарда правого желудочка, умеренное расширение легочного ствола (рис. 2). Желудок находился слева в брюшной полости (рис. 2), кишечник лоцировался более эхогенным (рис. 3). Желчный пузырь определялся справа от пупочной вены. При изучении пуповинно-портальной венозной системы было обнаружено, что портальный синус отсутствует, пупочная вена не соединена с портальной системой (рис. 2).

Пупочная вена имела прямой ход и заканчивалась несколькими параллельными сосудами в конце – аномальными анастомозами с портальной системой (рис. 4). Пупочная вена дренировалась в нижнюю полую вену через расширенный венозный проток (рис. 4, 5). Портальная система имела свои особенности – портальный синус (т.е. левая портальная вена) отсутствовал, верхняя и нижняя ветви левой портальной вены самостоятельно соединялись с правой портальной веной, куда соединялась и основная портальная вена (рис. 6). Средняя ветвь левой портальной вены и передняя, задняя ветви правой портальной вены не визуализировались, возможно из-за патологически малых размеров сосудов. При изучении портальных вен спектральной доплерографией был обнаружен артериальный спектр кровотока (рис. 6), что свидетельствовало о наличии артерио-портальных шунтов. Полагаясь на вышеуказанные данные, было сделано заключение: Беременность 28 нед. Задержка роста плода при сохраненном маточно-плодово-плацентарном кровотоке. Агенезия портального синуса. Аномальные шунты портальной системы: мелкие анастомозы с пупочной веной и артерио-портальные шунты. Дренирование пупочной вены в нижнюю полую вену через расширенный венозный проток. Умеренная кардиомегалия, перегрузка правых отделов сердца.

Прогноз для ребенка определен как не благоприятный: задержка роста плода при сохраненном маточно-плодово-плацентарном кровотоке позволяет предположить наличие хромосомной или синдромальной патологии. Аномалия портальной системы с артерио-портальным шунтом часто приводит к развитию цирроза печени у детей. Однако семья отказалась от инвазивной диагностики, приняв решение пролонгировать беременность в любом случае. В сроке 34 недель произошла антенатальная гибель плода. Путем кесарева сечения из полости матки извлечен плод мужского пола массой 1240 г. Патологоанатомического исследования не проводилось.

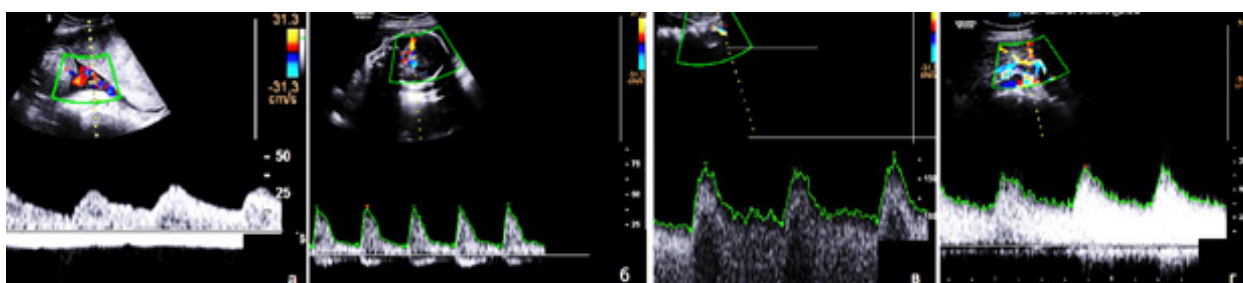


Рис. 1. Допплерография маточно-плодово-плацентарного кровотока и средней мозговой артерии.

При наличии задержки роста плода показатели доплерографии были в норме.

а – спектр кровотока в артерии пуповины, б – спектр кровотока в СМА,

в, г – спектр кровотока в маточных артериях.

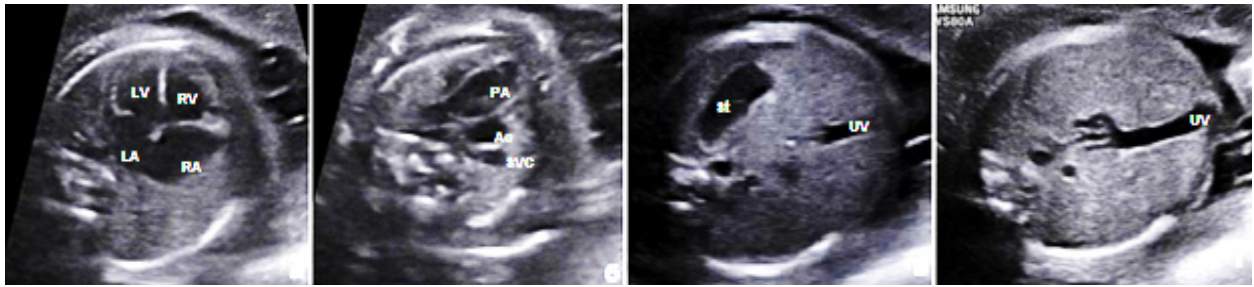


Рис. 2. Стандартные поперечные срезы грудной клетки и живота плода. а) кардиомегалия, гипертрофия миокарда правого желудочка; б) легочный ствол чуть расширен (7,6 мм), аорта (5 мм), верхняя полая вена (3,2 мм) не расширены; в) желудок слева в брюшной полости; г) пупочная вена не впадает в порталный синус.

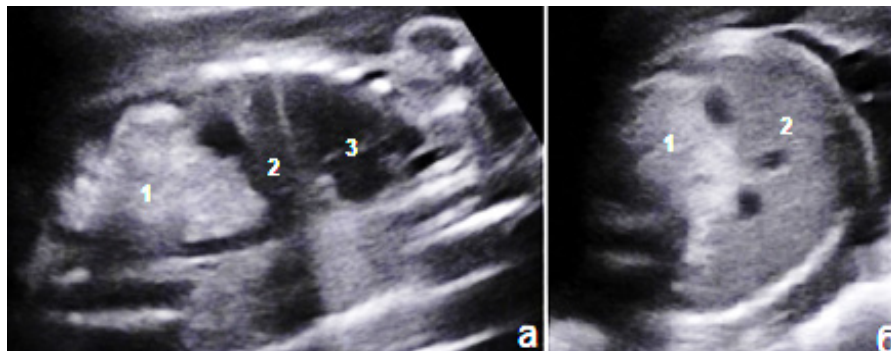


Рис. 3. Гиперэхогенный кишечник. а) продольный скан; б) поперечный скан. 1 – кишечник, 2 – печень, 3 – сердце.

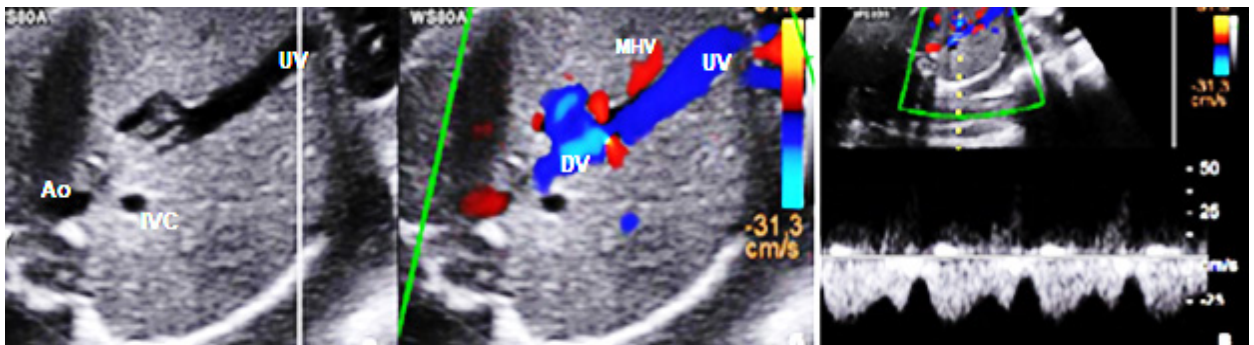


Рис. 4. Аномальный дренаж пупочной вены в нижнюю полую вену через расширенный венозный проток. а) прямой ход пупочной вены, которая имеет аномальные анастомозы с порталной системой; б) пупочная вена при ЦДК; в) наличие венозного протока. При спектральной доплерографии в венозном протоке отмечается антеградный трехфазный спектр кровотока.

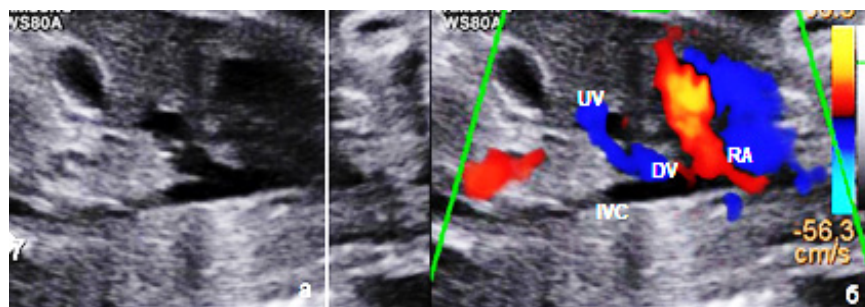


Рис. 5. Место впадения пупочной вены в нижнюю полую вену посредством расширенного венозного протока. а) В-режим, сагиттальный срез плода; б) режим ЦДК.

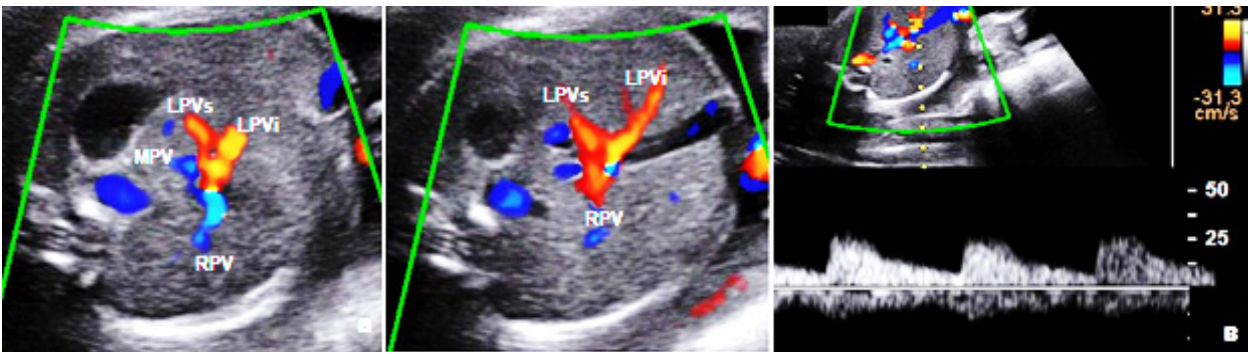


Рис. 6. Портальная система плода. Отмечается anomальное строение портальной системы, портальный синус (левая портальная вена) отсутствует, ветви правой портальной вены и средняя ветвь левой портальной вены не визуализируются. Спектральная доплерография портальных вен показала артериальный спектр кровотока, что означает наличие артерио-портальных шунтов.

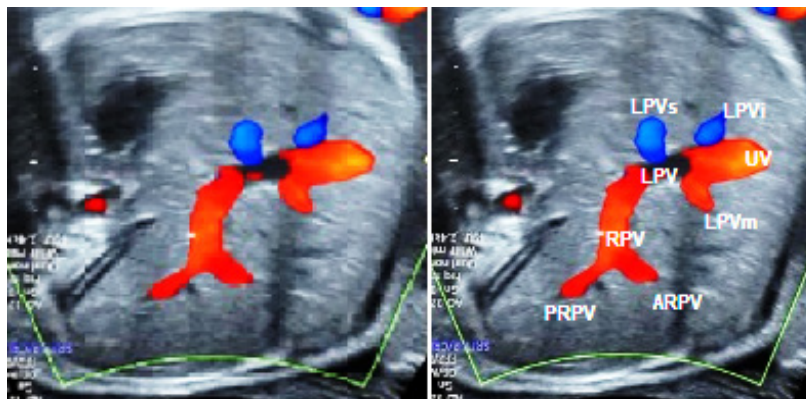


Рис. 7. Эхограмма с инверсией цвета. Пуповинно-портальная венозная система в норме.

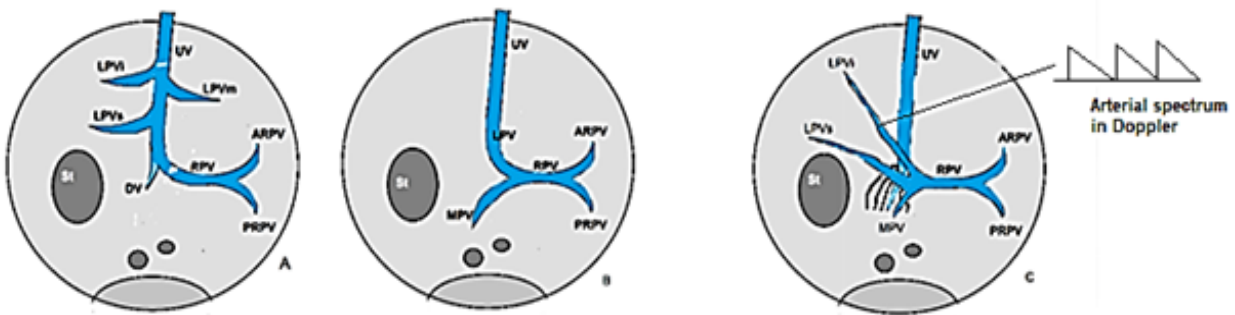


Рис. 8. Схематическое изображение пуповинно-портальной венозной системы плода. А, В) в норме; С) при агенезии левой портальной вены, anomальный дренаж пупочной вены в нижнюю полую вену через расширенный венозный проток. Отсутствуют ветвления пупочной вены. Левые верхняя и нижняя воротные вены соединены с основной воротной веной и правой воротной веной. Артериальный спектр в воротных венах из-за артериопортального шунта. Примечание. UV, umbilical vein – пупочная вена, DV, ductus venosus – венозный проток, RPV, right portal vein – правая портальная вена, ARPV, anterior right portal vein – передняя правая портальная вена, PRPV, posterior right portal vein – задняя правая портальная вена, LPV, left portal vein – левая портальная вена, LPVi, left portal vein inferior – нижняя левая портальная вена, LPVs, left portal vein superior – верхняя левая портальная вена, LPVm, left portal vein middle – средняя левая портальная вена, LV, left ventricle – левый желудочек, RV, right ventricle – правый желудочек, LA, left atrium – левое предсердие, RA, right atrium – правое предсердие, Ao, aortic – аорта, PA, pulmonary artery – легочная артерия, SVC, superior vena cava – верхняя полая вена, IVC, inferior vena cava – нижняя полая вена, St, stomach – желудок.

ОБСУЖДЕНИЕ

Описанный случай частичной агенезии ветвей портальной вены с развитием артерио-портальных и пуповинно-портальных шунтов заслуживает внимания из-за редкости патологии и возникающих сложностей диагностики в пренатальном периоде. Для понимания аномалий развития портальной вены необходимо четкое знание нормального строения пуповинно-портальной системы плода, а также различных вариаций строения портальной системы и аномалий развития [2,3].

Портальный синус в антенатальном периоде имеет широкую Г-образную форму [12]. После рождения портальный синус становится левой ветвью воротной вены [8]. Левая воротная вена делится на три основные ветви – нижняя, верхняя и средняя ветви [15]. Первой ветвью портального синуса (левой портальной вены) является нижняя ветвь левой воротной вены, затем отходит средняя и верхняя ветви (рис. 7). Следующей ветвью идет венозный проток, который соединяет портальный синус с нижней полой веной [13]. Затем портальный синус делает изгиб (поворот) направо. Место впадения основной портальной вены считается границей между венозным протоком и правой портальной веной. Схематическое изображение пуповинно-портальной венозной системы плода в норме и при отсутствии соединения пупочной вены с портальной системой приведено на рис. 8.

Основная воротная вена возникает в результате слияния верхней брыжеечной и селезеночной вен позади шейки поджелудочной железы [10,15]. Основная воротная вена проходит через ворота печени и разделяется на правую и левую воротные вены. Проходя краниально, правая воротная вена сначала отдает ветви к хвостатой доле, а затем делится на переднюю и заднюю ветви, которые подразделяются на верхнюю и нижнюю сегментарные ветви, снабжающие правую долю печени [5,10]. Левая воротная вена сначала проходит горизонтально влево, а затем поворачивается медиально к круглой связке и снабжает латеральные сегменты левой доли [10,15].

C. Gallego и соавт. [10] представили четыре наиболее распространенных вариантов ветвления основной воротной вены внутри печени: а) нормальное ветвление в правую и левую воротные вены, правая воротная в свою очередь делится на переднюю и заднюю ветви; б) трифуркацию основной воротной вены, правая воротная вена отсутствует, а главная воротная вена разделяется на правую переднюю, правую заднюю и левую воротную вены на одном уровне; в) правая передняя ветвь, отходящая от левой воротной вены. Основная воротная вена разделяется на правую заднюю и левую воротные вены, а правая передняя воротная вена возникает из левой воротной вены; г) правая задняя ветвь, отходящая от главной воротной вены. После отхождения правой задней ветви основная воротная вена разветвляется на правую переднюю и левую воротные вены.

A. Czubalski, R. Aleksandrowicz [8] предложили следующую классификацию соединения основной портальной вены с ее ветвями: 1) Т-образный анастомоз конец в бок (самый распространенный, выявлено в 68% случаев); 2) Х-образный анастомоз бок в бок (12% случаев); 3) Н-образный параллельный анастомоз (15% случаев).

Внутрипеченочные сосудистые связи между печеночной артерией, воротной веной и печеночными венами встречаются редко [4,10]. Однако в нашем исследовании был выявлен артериальный спектр в ветвях левой воротной вены, что свидетельствовало о наличии крупных артерио-портальных шунтов. Кроме того, в конечном отделе пупочной вены также существовали мелкие анастомозы между пупочной веной и сосудами портальной системы.

Большие внутрипеченочные коммуникации могут возникать между воротной и печеночными венами (портосистемные шунты), печеночной артерией и воротной веной (артериопортальные шунты), а также печеночной артерией и печеночными венами (артериосистемные шунты) [4,6,10]. Портосистемный шунт или синдром Абернети, редкая сосудистая аномалия, обусловленная врожденным отсутствием портальной вены, при которой венозная кровь от кишечника и селезенки поступает сразу в системный кровоток. Синдром Абернети проявляется в период новорожденности желтухой, гипергалактоземией, энцефалопатией [1,6].

При цветном доплеровском картировании шунты от печеночной артерии к воротной вене проявляются в виде пульсации кровотока в воротной вене [10], что и наблюдалось в представленном случае, был зарегистрирован артериальный тип кровотока в портальных венах. M.A. Fraser-Hill и соавт. [9] представили 7 наблюдений отсутствия горизонтальной части левой воротной вены и 10 случаев с вариантами вариации внутрипеченочного разветвления портальных вен. По данным M. Atri и соавт. [5] в 10,8% случаев имело место трифуркация, в 4,7% наблюдений правая задняя ветвь отходила от главной воротной вены, в 4,3% плодов правая передняя ветвь – от левой воротной вены и в одном наблюдении (0,2%) – горизонтальный сегмент левой воротной вены отсутствовал. Ни в одном случае не было полного отсутствия правой воротной вены. Кроме того, были сообщения о сочетанных пороках и хромосомных аномалиях. Так, например, в исследованиях E.S. Kim и соавт. [11] у 2 из 6 детей с портосистемным шунтированием, у которых была обнаружена врожденная гипертрофическая кардиомиопатия был диагностирован также синдром Нуна.

ВЫВОДЫ

1. Отсутствие горизонтальной части левой портальной вены является редкой сосудистой мальформацией и обусловлено отсутствием соединения пупочной вены с портальными венами.

2. Пренатальная диагностика порока основана

на отсутствии портального синуса и соединения его с пупочной веной. В представленном наблюдении имелся артериопортальный шунт, диагностика которого базировалась на регистрации артериального спектра в поротных венах. Соединение основной воротной вены с ее ветвями имел тип трифуркации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Губергриц Н.Б., Бондарь Э.Л., Дядык Е.А. и др. Синдром Абернети в сочетании с синдромом Жильбера // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2020. – Т. 30, №5. – С. 49-57. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-5-49-57>
2. Нормурадова Н.М. Аномальный дренаж пупочной вены в правое предсердие у плода: анализ опубликованных случаев и собственного наблюдения // Пренатальная диагностика. – 2019. – Т. 18, №3. – С. 223-229.
3. Нормурадова Н.М. Особенности пренатальной ультразвуковой диагностики перерыва нижней полой вены с продолжением в непарную вену // Университетская наука: взгляд в будущее. – 2020. – С. 581-564.
4. Тодуа Ф.И., Сванидзе Г.Ш., Цивцивадзе Г.Б. и др. Артериопортальные шунты, сопровождающие опухоли печени: признаки цветового доплеровского картирования и спиральной компьютерной томографии // Мед. визуализация. – 2005. – №1. – С. 26-31.
5. Atri M., Bret P.M., Fraser-Hill M.A. Intrahepatic portal venous variations: prevalence with US // Radiology. – 1992. – Vol. 184, №1. – P. 157-165.
6. Baiges A., Turon F., Simón-Talero M. et al. Congenital extrahepatic portosystemic shunts (abernethy malformation): an international observational study // Hepatology. – 2020. – Vol. 71, №2. – P. 658-69.
7. Chevallier P., Oddo F., Baldini E. et al. Agenesis of the horizontal segment of the left portal vein demonstrated by magnetic resonance imaging including phase-contrast magnetic resonance venography // Europ. Radiol. – 2000. – Vol. 10. – P. 365-367.
8. Czubalski A., Aleksandrowicz R. Connection types between portal vein and portal sinus during foetal life // Folia Morphol. (Warsz). – 2000. – Vol. 59. – P. 97-98.
9. Fraser-Hill M.A., Atri M., Bret P.M. Intrahepatic portal venous system: variations demonstrated with duplex and color doppler US // Radiology. – 1990. – Vol. 177, №2. – P. 523-526.
10. Gallego C., Velasco M., Marcuello P. et al. Congenital and acquired anomalies of the portal venous system // R.G. – 2002. – Vol. 22, №1. – P. 142-159.
11. Kim E.S., Lee K.W., Choe Y.H. The Characteristics and outcomes of abernethy syndrome in Korean children: a single center study // Pediatr. Gastroenterol Hepatol Nutr. – 2019. – Vol. 22, №1. – P. 80-85.
12. Mavrides E., Moscoso G., Carvalho J.S. et al. The anatomy of the umbilical, portal and hepatic venous systems in the human fetus at 14-19 weeks of gestation // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol. 18, №6. – P. 598-604.
13. Morgan G., Superina R. Congenital absence of the portal vein: two cases and a proposed classification system for portosystemic vascular anomalies // J. Pediatr. Surg. – 1994. – Vol. 29, №9. – P. 1239-1241.
14. Sato M., Ishida H., Konno K. et al. Congenital absence of the horizontal portion of the left portal vein: ultrasound findings // Europ. Radiol. – 2000. – Vol. 10. – P. 362-364.
15. Yagel S., Kivilevitch Z., Cohen S.M. et al. The fetal venous system, Part I: normal embryology, anatomy, hemodynamics, ultrasound evaluation and Doppler investigation // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 35. – P. 741-750.
16. Yagel S., Kivilevitch Z., Cohen S.M. et al. Part II: ultrasound evaluation of the fetus with congenital venous system malformation or developing circulatory compromise // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 36. – P. 93-111.

ОЦЕНКА ПОСЛЕРОДОВОЙ БАКТЕРИУРИИ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АМОКСИЦИЛЛИНОМ

Абдуллаев Ф.Ф., Хотамова М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: оценка послеродовой бактериурии на фоне лечения амоксициллином.

Материал и методы: выявление частоты истинной бактериурии при анализе средней порции мочи и образцов, полученных с помощью надлобковой пункции мочевого пузыря, и оценка эффективности кратковременной терапии амоксициллином.

Рост микробов обнаружен у 881 (8,1%) из 10 909 родильниц. Повторное исследование мочи, взятой путем надлобковой аспирации, проведено у 731 женщины, бактериурия была подтверждена только у 48% из них. Частота «загрязнения» средней порции мочи, по разным данным, составляет 46-69%. Авторы считают надлобковую пункцию простым, безопасным и информативным методом. Риск бактериурии в послеродовом периоде увеличивается после оперативных родов, эпидуральной анестезии и катетеризации мочевого пузыря. Только 27% женщин с бактериурией жаловались на расстройства мочеиспускания, у большинства из них производили катетеризацию мочевого пузыря. 230 родильниц получали лечение амоксициллином: 114 – в течение 3-х дней по 1,5 г/сут, 116 – в течение 10 дней по 750 мг/сут. Эффективность 2-х режимов введения антибиотиков составила соответственно 96 и 98%.

Таким образом, родильницам с инфекцией мочевых путей во избежание длительного воздействия лекарственных препаратов на кормящую мать может быть рекомендован короткий курс терапии антибиотиками.

РОЛЬ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Абдуразакова М.Д., Исмоилова Ш.И.

Ташкентская медицинская академия

Во всем мире вирусный гепатит является наиболее частой причиной нарушения функции печени во время беременности. Беременные с положительным результатом теста на поверхностный антиген гепатита В (HBsAg) и е-антиген гепатита В (HBeAg) имеют 70-90% риск передачи инфекции и 10-40% – в случае определения только HBsAg.

Цель исследования: изучение влияния заболевания гепатобилиарной системы на развитие акушерских осложнений.

Материал и методы: обследованы 39 беременных с патологией гепатобилиарной системы (1-я гр.) и 26 здоровых беременных (контрольная гр.). Проведен ретроспективный анализ, изучены данные биохимических исследований, УЗИ с доплерометрией фетоплацентарного комплекса.

Результаты: в 1-й группе 16 (40,0%) больных перенесли гепатит В, 12 (30,0%) – гепатит А, 3 (7,5%) имели в анамнезе гепатит С. Хронический холецистит диагностирован у 8 (20,0%) пациенток. Течение I триместра настоящей беременности у 72,5% (29) пациенток осложнилось синдромом тошноты и рвоты средней и тяжелой степени. Во II и III триместрах по результатам УЗИ плацентарного комплекса выявлено маловодие (20,0%), многоводие (25,0%), синдром ограничения роста плода (7,5%). Нарушение маточно-плацентарного кровотока в 1-й группе определено у 42,5% беременных, в контрольной – у 12,5%, т.е. в контрольной группе эти симптомы выявлялись в 4-5 раз меньше. Гипертензивные синдромы разной степени тяжести (гестационная гипертензия и преэклампсия) имели место у 17,5% беременных 1-й группы, что в 2,3 раза чаще, чем среди здоровых беременных (7,6%). У 2 пациенток 1-й группы, перенесших гепатит В, беременность осложнилась токсическим гепатитом, что послужило показанием к раннему прерыванию беременности. Биохимические исследования крови на билирубин и его фракции показали, что у пациенток 1-й группы уровень общего и не-

прямого билирубина в среднем на 10-13%, а трансаминазы на 8-12% превышал данные здоровых беременных.

Таким образом, беременность может привести к ухудшению состояния беременных, имевших в анамнезе заболевания печени и желчевыводящих путей.

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКА И ИМПУЛЬСНОЙ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ ТЕРАПИИ

Амонова Г.Н., Хотамова М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: лечение травмы промежности с помощью ультразвука и импульсной электромагнитной терапии.

Материал и методы: ультразвуковая и импульсная электромагнитная терапия все больше используются при травме промежности, полученной во время родов. Рандомизированное контролируемое исследование включало 414 женщин с тяжелой и средней тяжести травмой промежности, которые случайным образом получали активное ультразвуковое, либо активное электромагнитное воздействие, либо плацебо-терапию. Воздействие было двукратным для каждой методики. В общем более 90% женщин считали, что лечение улучшило их состояние. Существенной разницы между группами, получавшими лечение ультразвуковым или импульсным электромагнитным воздействием, не отмечено, независимо от того, лечились они сразу после родов или спустя 10 дней или 3 месяца, за исключением отмечавшейся несколько большей болезненности при лечении электромагнитным импульсом через 10 дней после родов. Ни один из методов лечения не действовал на отек промежности и геморрой.

Таким образом, прежде чем стать рутинными методами лечения больных с травмой промежности, оба метода должны быть дополнительно изучены.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДОВ К ДИАГНОСТИКЕ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Асатова М.М., Азизова Г.Д.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

Гиперандрогения (ГА), или избыток андрогенов, представляет собой наиболее частую репродуктивную эндокринопатию, которой страдают 5-10% женщин репродуктивного возраста, 15-20% пациенток – бесплодием, 50-60% – ановуляторным бесплодием.

Цель исследования: определение диагностической ценности клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных данных у пациенток с гиперандрогенией различного генеза.

Материал и методы: за период с 2018 по 2020 гг. обследованы 202 женщины с клиническими проявлениями ГА различного генеза и нарушением репродуктивной функции, обратившиеся в консультативную поликлинику РСНПМЦАиГ МЗ РУз. Возраст обследованных женщин варьировал от 18 до 35 лет (средний возраст $25,8 \pm 3,28$ года). На первом этапе проведенных исследований проанализированы анамнез заболевания, результаты объективного и антропометрического исследований, УЗИ матки и яичников, щитовидной железы и гормонального исследования.

Результаты: анализ гирсутизма: у 81% пациенток повышенное оволосение отмечалось на верхней губе и подбородке; возраст менархе: у 60,4% было ранее наступление менархе; акне: у 48% пациенток; алопеции: у 11,4%. По результатам УЗИ у 60,8% пациенток обнаружено увеличение объема яичников за счёт гиперэхогенной стромы с множеством антральных фолликулов свыше 10-15 шт. диаметром от 2 до 9 мм, расположенных по периферии яичников; увеличение уровня ЛГ, соотношение коэффициента ЛГ/ФСГ 3,1 выявлено у 51,5% женщин на фоне нормальных показателей тиреоидных гормонов и пролактина.

На основании результатов клинико-анамнестических, гормональных и инструментальных исследований сформирована 1-я группа пациенток, у которых предположительно имелась ГА яичникового происхождения.

С учетом распространенного гирсутизма (преимущественно рост волос в области пояса и внутренней поверхности бедер), позднего начала менархе у 14%, наследственного фактора развития (у 28,7%), а также на основании данных УЗИ – у 39,2% женщин средний объем яичников был в норме и количество антральных фолликулов не превышало 6-8 шт., повышенного значения свободного тестостерона у 63,4%, ДГЭАС в крови у 28,7% и увеличения уровня 17-ОН-прогестерона (у 20%) нами была выдвинута гипотеза о возможном надпочечниковом генезе выявленной ГА.

По нашим данным из общего числа обследованных 202 женщин ГА яичникового генеза обнаружили приблизительно у 123 (61%) пациенток, ГА надпочечникового генеза – у 40 (19,8%), у остальных 39 (19,3%) пациенток были признаки гиперандрогении за счет гиперпролактинемии, дисфункции щитовидной железы или смешанного генеза.

Данный методологический подход позволил нам сузить спектр необходимых гормональных и инструментальных обследований и избежать сложности в интерпретации клинических и гормональных проявлений. На дальнейшем этапе планируемых исследований предполагается более углубленное исследование внутрияичниковых механизмов формирования нарушений менструального цикла и репродуктивного здоровья в целом.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Аюпова Ф.М., Солиева У.Х.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – одна из наиболее распространенных причин нарушений менструального цикла, гирсутизма и бесплодия, по поводу которых женщины в возрасте 20-30 лет обращаются к гинекологу. У этой категории пациенток зачастую развиваются метаболические нарушения: висцеральное ожирение, гиперинсулинемия, дислипидемия. Примерно у половины пациенток (40-60%) СПКЯ формируется на фоне ожирения. Обязательным этапом лечения пациенток с СПКЯ и ожирением является снижение массы тела путем рационального питания и применения медикаментозных препаратов, а именно сенситайзеров инсулина и препаратов, блокирующих всасывание жиров в кишечнике.

Цель исследования: выбор оптимального способа лечения пациенток с СПКЯ и ожирением и сравнительная оценка эффективности применения орлистата (Орлип 120 мг, производства Грузия) и метформина в совокупности с изменением образа жизни.

Материал и методы: в исследование включены 64 женщины в возрасте от 18 до 40 лет с ожирением и СПКЯ, который разделили на две равные группы. В каждой из групп проводились мероприятия по снижению массы тела посредством рационализации питания и программированных физических упражнений. Женщины 1-й группы дополнительно получали метформин, доза которого постепенно увеличивалась до максимальной 500 мг, трехкратный приём в сутки. Пациенткам 2-й группы назначался орлистат (Орлип 120 мг, производства Грузия) в дозе 120 мг. Продолжительность исследования – 6 месяцев. У всех больных, включенных в исследование, проводился мониторинг антропометрических, метаболических и гормональных показателей в начале исследования и далее каждые 2 месяца: определяли уровень андрогенов, индекс инсулинорезистентности, показатели липидного профиля, а также проводили контроль овуляции и определение коэффициента фертильности – исходно и в конце изученного периода.

Результаты показали сопоставимость уровня углеводного обмена и андрогенов в двух группах, показатели липидного профиля значимо улучшились при назначении орлистата. Кроме того, в пациенток 2-й группы, принимающих орлистат, зарегистрирована значительная эффективность в отношении снижения ИМТ, уменьшения объема талии и ОТ/ОБ по сравнению с 1-й группой. Следует отметить, что орлистат оказывал более выраженное положительное влияние на показатели углеводного обмена: и 35,2 и 21,43%, коэффициент фертильности – 43 и 18,5%.

Таким образом, оба препарата одинаково эффективны в коррекции гиперинсулинемии, яичниковой гиперандрогении и лечении хронической ановуляции у больных с СПКЯ и ожирением. Однако при терапии орлистатом наблюдалось эффективное снижение массы тела, что оказывало более выраженное положительное влияние на метаболические параметры, поэтому препарат можно шире использовать препарат при лечении данной категории больных.

ХОМИЛАДОРЛИК ДАВРИДАГИ ГИПЕРТЕНЗИВ ХОЛАТЛАРДА ФЕТОПЛАЦЕТАР ҚОН АЙЛАНИИНИНГ БУЗИЛИШИ

Бабаханова А.М., Юсупбаев Р.Б., Нишанова Ф.П., Даулетова М.Ж.

Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази

Кириш. Ҳомиладорлик даврида кузатишган гипертензив касалликлар оналар ва янги туғилган чақалоқлар ўлимига олиб келадиган асосий сабаблардан биридир. Улар оналар ўлими структурасида учинчи ўринни эгаллайди. ЖССТ маълумотларига кўра, дунёда ҳар етти дақиқада гипертензив ҳолатларнинг асоратлари натижасида битта аёл вафот этади. Шу билан бирга, агар акушерлик қон кетиши ва йирингли – септик асоратлар натижасида оналар ўлими камайса, гипертензив ҳолатлар сабабли ўлим даражаси барқарор тургунликка эга эмас. Ханузгача унинг оғир формалари кузатилиши камаётгани йўқ, аммо ўлимга олиб келадиган оқибатларнинг олдини олиш ва қисман олдини олиш имконияти мавжуд.

Тадқиқот мақсади: Сурункали артериал гипертензия кузатишган ҳомиладор аёлларда она-ҳомила-йўлдош қон айланишидаги ўзгаришларга баҳо бериш.

Тадқиқот материали ва усуллари: Тадқиқот объекти 2 та гуруҳга бўлинди. 1 гуруҳ – 50 нафар аёллар САГ гуруҳи, ҳомиладорлик даврида кичик дозада аспирин (75–100 мг/суткада) қабул қилмаганлар.

2 гуруҳ – 23 нафар ҳомиладор аёллар САГ юқори хавф гуруҳи, ҳомиладорлик даврида кичик дозада аспирин (75–100 мг/суткада) қабул қилганлар

САГ ривожланиш прогнози бўлиб – артериал қон босими ўзгарувчанлиги ва бачадон томирлари қон оқимининг резистентлиги маълумотлари хизмат қилди. САГ асоратларининг профилактикаси мақсадида 2 гуруҳ беморларига 14 дан 36 ҳафтагача кичик дозадаги аспирин берилган. 1 гуруҳ ҳомиладорларнинг ўртача ёши $27,1 \pm 4,1$, 2 гуруҳда $27,2 \pm 4$. Гуруҳлар ҳртача ёшини солиштиришда ҳаққоний фарқ кузатилмади ($p > 0,05$).

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси: Артериал босимнинг суткалик назорати (АБСН) оддий шароитда артериал босим ва пульс частотаси мониторида CONTEC «Ambulatory Blood Pressure Monitor» амалга оширилади.

1 гуруҳда САГ ҳолати 60% (30 аёл) да кузатилди, улардан 40% (12) оғир преэклампсия. 2 гуруҳда 47,8% САГ ҳолати кузатилди, фақат 1 та аёлда оғир преэклампсия кузатилди. Олинган натижалар таҳлилига кўра акушерлик патологиясида аспиринни қабул қилган беморларда САГ частотаси ва оғирлик даражаси сезиларли пасайиши аниқланди. Бачадон йўлдош ҳомила қон оқимининг бузилиши 1А даражаси 1 гуруҳ аёлларида 26%, 2 гуруҳ аёлларида 69,5%ни, бачадон йўлдош ҳомила қон оқимининг бузилиши 1Б даражаси 1 гуруҳ аёлларида 10%, 2 гуруҳ аёлларида 8,7%ни, бачадон йўлдош ҳомила қон оқимининг бузилиши 2 даражаси 1 гуруҳ аёлларида 44%ни, 2 гуруҳ аёлларида 4,3%ни, бачадон йўлдош- ҳомила қон оқимининг бузилиши 3 даражаси 1 гуруҳ аёлларда 8%ни ташкил қилди.

Хулоса: Шундай қилиб, олинган натижалар шуни кўрсатадики, САГ кузатишган ҳомиладор аёлларда кўп ҳолларда босим кечаю-кундуз ошган. Бу ҳомиладорликнинг асоратлари прогнозига нисбатан яхши бўлмаган омилдир ва йўлдош етишмовчилиги, ҳомила гипоксияси ва ҳомила ўсишининг чегараланиш синдроми ривожланишига олиб келади. Аспириннинг кичик дозалари билан профилактикаси қанчалик тезроқ бошланса, САГ ва ҳомила ўсишининг чегараланиш синдроми профилактикаси шунчалик самарали бўлади.

ВЛИЯНИЕ КОЛИЧЕСТВА РОДОВ НА СОСТОЯНИЕ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бахранов Б.Б., Хотамова М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: влияние количества родов на состояние венозной системы нижних конечностей

Материал и методы: функции клапанов и морфология вен нижних конечностей изучены у 19 перво- (1-я гр.) и у 21 повторнородящей женщины (2-я гр.). Применялись ультразвуковая биометрия просвета вен, плетизмография и светорелексосография (СРГ). Исследование проводили в положении пациентки лежа и стоя в сроке беременности 36–40 недель (1-е определение) и на 6-й день после родов (2-е определение). Контрольную группу составили 39 небеременных женщин (3-я группа), из них 27 имели в прошлом одни (3А группа) и 12 – двое родов (3Б группа). По данным всех 3 неивазивных методов не удалось выявить существенной разницы

в морфологии и функции вен у больных. Отмечена лишь тенденция к увеличению диаметра просвета V. iliaca на 5-6%, V. femoralis на 6-7%, V. poplitea на 2-7% у женщин 2-й группы в положении лежа. По данным СРГ, кровенаполнение и венозный отток крови из бассейна левой нижней конечности у женщин 2-й и правой нижней конечности у женщин 3Б группы также имели тенденцию к возрастанию по сравнению с величиной этих показателей у женщин 1-й и 3А групп.

Таким образом, развитие варикозного расширения вен зависит не столько от количества перенесенных в прошлом родов, сколько от исходного состояния функции венозных запирающих клапанов и морфологии стенки вен. В связи с этим рекомендуется использование скринингового обследования беременных женщин с целью выявления функциональной и морфологической несостоятельности венозной системы нижних конечностей и профилактического назначения первобеременным компрессионной терапии.

ОЦЕНКА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ

Ганиева Х.С., Бекбаулиева Г.Н., Ахмеджанова Х.З.
Ташкентская медицинская академия

Согласно современным рекомендациям, отраженным в ключевых положениях Североамериканского общества по менопаузе (NAMS) в 2008 г., преждевременная недостаточность яичников является показанием к проведению гормонотерапии.

Цель исследования: оценка влияния ЗГТ на состояние здоровья женщин с преждевременной недостаточностью яичников.

Материал и методы: клинические исследования проводились у 60 женщин фертильного возраста ($38,4 \pm 0,2$ года) с преждевременной недостаточностью яичников, у которых не выявлено противопоказаний к проведению ЗГТ (Lenzetto®, Гедеон Рихтер, ОАО, Венгрия).

Результаты и обсуждение: среди жалоб преобладали психоэмоциональные нарушения в виде снижения фона настроения, раздражительности, выраженной слабости, немотивированной тревоги в той или иной степени, беспокоившие всех пациенток. У всех пациенток была выявлена вегето-сосудистая дистония: тяжелой степени – у $5,6 \pm 2,2\%$, умеренной тяжести – у $60,3 \pm 1,4\%$, легкой степени – у $35 \pm 2,4\%$. В нашем исследовании субъективное улучшение состояния наблюдалось уже в течение 3-й месяцев терапии. Через 6 месяцев субъективное улучшение выразилось в полной ремиссии психовегетативных нарушений у $45,4 \pm 1,7\%$ пациенток, $30,7 \pm 2,4\%$ больных перестали беспокоить головные боли ($p < 0,05$).

Таким образом, ЗГТ положительно влияют на состояние сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы.

СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Джураева Д.Л.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Цель: изучение синдрома поликистозных яичников у девочек-подростков.

Материал и методы: обследованы 86 девочек-подростков в возрасте от 12 до 19 лет с синдромом поликистозных яичников. Проводились осмотр (с оценкой индекса массы тела и гирсутного числа), УЗИ органов малого таза, а также определение уровня гонадотропных и стероидных гормонов в крови.

Результаты: анамнестически у всех пациенток в течение пубертатного периода выявлен высокий инфекционный индекс (ОРЗ, хронический тонзиллит, детские инфекции). Возраст появления менархе не отличался от популяционного (11-13 лет), но у всех обследованных имела место олигоменорея. Гирсутное число равнялось 1,5-2 раза, выявлено наличие акне на коже. Отмечалось прогрессирование гирсутизма после менархе. В яичниковой ткани выявлены изменения: множество мелкокистозных включений, увеличение размеров яичников. В крови обнаружено повышение уровня лютеинизирующего гормона, тестостерона. Лечение было

направлено на создание рационального режима учебы и отдыха, включало прием растительных седативных препаратов, нормализацию массы тела, циклическую витаминотерапию. 12 пациенткам в возрасте 16-17 лет (более 5 лет с момента менархе), потребовалось назначение гормональной терапии (ципротерона ацетат) прерывистыми курсами.

Таким образом, девочек-подростков с яичниковой гиперандрогенией вследствие поликистозных яичников отмечается осложненное течение пубертатного и юношеского периодов. Лечение должно включать рациональную диету, негормональную терапию. При длительности заболевания более 5 лет показано рациональное назначение гормональных препаратов.

СУБКЛИНИЧЕСКИЕ АУТОИММУННЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ПРИВЫЧНОМ ВЫКИДЫШЕ

Зыядыллаев М.З., Хотамова М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: определение субклинических аутоиммунных реакций при привычном выкидыше

Материал и методы: известно, что частота самопроизвольных выкидышей связана с аутоиммунными заболеваниями. Современные исследования выявили тесную связь между выкидышами у женщин с системной красной волчанкой и присутствием антифосфолипидных антител, т. е. волчаночного антикоагулянта и антикардиолипидных антител. У 34 женщин с привычными выкидышами в анамнезе определяли волчаночные антитела, изменения в системе комплемента, антиспермальные антитела и сравнивали их с контрольными данными. У 14 больных имелись анатомические, гормональные и генетические причины выкидышей, у 20 этиология не установлена. У 50% женщин с невынашиванием неясного генеза и у 34% с выявленной этиологией обнаружено по крайней мере одно иммунное нарушение. Множественные аутоиммунные отклонения определены только при невынашивании неясного генеза. В целом у 44% женщин с привычными выкидышами обнаружены антитела или нарушения в системе комплемента. Наиболее часто выявлялись антикардиолипидные антитела (у 30% при невынашивании и у 8% в контрольной группе).

Рекомендуем всем пациенткам с привычными выкидышами определять антикардиолипидные антитела, волчаночный антикоагулянт и изменения в системе комплемента. Несмотря на то, что связь между аутоантителами и привычным невынашиванием пока установлена, данное исследование подтверждает наличие такой связи и показывает, что необъяснимое невынашивание может быть маркером аутоиммунных заболеваний.

MODERN SURGICAL TACTICS OF VAGINAL HYSTERECTOMY

Jumamuratova Z.A.

Tashkent pediatric medical institute

Study objective: To determine new surgical tactics in the treatment of women with genital prolapse.

Measurements and Main Results: We studied 121 patients who underwent vaginal hysterectomy using a new technology. The age of the patients ranged from 34 to 65 years. The average age was 49.5. Vaginal hysterectomy with the new technology was that during the operation, the sacrum and uterine ligaments were plicated using a synthetic tape and fixing its distal section to the sciatic-coccyx ligament and the vaginal stump. At the same time, the vaginal stump is prevented from falling out, and a deep vagina is formed. The tape has a mesh structure. During the healing of the wound, the tape grows to the coccygeal-sciatic ligament and the vaginal cuff. Thus, vaginal stump is fixed in the indicated ligaments. The second advantage of this technique is that the sacro-uterine ligaments are shortened, and the deep vagina is formed, which creates the possibility of a normal sexual life. Average duration of the operation is 70 minutes. Duration of patients in the hospital was 4-5 days. Average hemorrhage is 170 ± 25 ml. There were no intraoperative complications. In all cases, the required result was achieved - incontinence was eliminated. In one case in the postoperative period, difficulty urinating was diagnosed, which was easily eliminated.

Conclusion: This method has undeniable advantages over other anti-stress operations: it is minimally invasive, it is accompanied by minimal traumatization of tissues, it is performed using a prolene, accompanied by a small number of intra- and postoperative complications, is highly effective.

СОВРЕМЕННЫЙ КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Исанбаева Л.М., Шаикрамова Н.Х., Нигматуллина И.И.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Йоддефицитные заболевания - одни из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний человека. В целом на нашей планете 1,5 млрд людей проживают в регионах с недостаточностью йода, 600 млн имеют эндемический зоб. Республика Узбекистан относится к региону среднего дефицита йода. Обладая широким спектром биологического действия, гормоны щитовидной железы (ЩЖ) непосредственно определяют качество репродуктивного здоровья. Одним из уникальных свойств гормонов ЩЖ является свойство определения специфической чувствительности рецепторов к своим гормонам, поэтому при нарушении ее функции может развиваться инсулинорезистентность, которая лежит в основе развития таких заболеваний как синдром поликистозных яичников (СПКЯ), ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа. СПКЯ является одной из причин бесплодия у 5-15% женщин репродуктивного возраста. Инсулинорезистентность, гиперандрогенемия и хроническая ановуляция представляются почти универсальными составляющими синдрома поликистозных яичников.

Цель исследования: оптимизация лечения женщин с СПКЯ на фоне йоддефицитных заболеваний.

Материал и методы: обследованы 23 женщины репродуктивного возраста с установленным диагнозом СПКЯ, с жалобами на АМК и первичное бесплодие в возрасте от 24 до 32 лет (средний возраст 28,1±4,1 года). У пациенток определили уровень ФСГ, ЛГ, пролактина, ТТГ, св. тироксина, антитела к тиреоидпероксидазе, АМГ, кортизол, тестостерон, ДНЕАС. Проводили УЗИ щитовидной, молочной железы и матки. Для коррекции йоддефицита использовался отечественный препарат йодострим (в 1 таблетке 100 мкг йода). Для лечения инсулинорезистентности индивидуально титровался метформин в комбинации с контрацептивным препаратом белара (хлормадион ацетат 2 мг + ЭЭ 30 мкг, производство Гедеон Рихтер) который назначался с 5-го по 25-й день менструального цикла по 1 таб. на ночь. Длительность терапии – 6 месяцев. Все обследованные женщины были разделены на две группы: 15 женщины 1-й группы (5 из них с НТГ) получали метформин гидрохлорид, белару и йодострим. 8 пациенток 2-й группы (контроль) получали белару и метформин в такой же дозировке и с той же длительности. Избыточную массу тела имели 18 (78,2%) женщин с нормальной толерантностью к углеводам, 5 (21,8%) – с НТГ.

Результаты: у пациенток обеих групп, принимавших метформин в течение 6 месяцев, достоверно снизились показатели ИМТ (в среднем на 6%), что соответствовало снижению массы тела на 5-11 кг (в среднем на 8,4±1,3 кг). Уменьшение гирсутизма отмечалось соответственно у 56 и 36% обследованных, выраженности акне – у 86 и 63%, выпадения волос – у 100 и 90%. Среди женщин, жаловавшихся на депрессивное настроение (60%), примерно у 90% в обеих группах симптомы исчезли. Менструальный цикл нормализовался у всех женщин. Репродуктивная функция в ближайшие 3 месяца восстановилась у 13 (87%) пациенток 1-й и у 4 (50%) – 2-й группы.

Таким образом, для лечения СПКЯ у женщин репродуктивного возраста оптимальной комбинацией является сочетание метформина с антиандрогенным контрацептивным препаратом белара (хлормадинона ацетат 2 мг + ЭЭ 30 мкг, Производство Гедеон Рихтер) на фоне коррекции йоддефицита отечественным препаратом йодострим, что улучшает качество жизни и восстанавливает нормальную менструальную и репродуктивную функцию.

УДК: 618.14-006.36

ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МИОМОЙ МАТКИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СОВРЕМЕННЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Исанбаева Л.М., Шаикрамова Н.Х., Нигматуллина И.И.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Миома матки по-прежнему остается причиной каждой третьей гистероэктомии в мире. В настоящее время в гинекологических стационарах по поводу миомы матки выполняется до 50-70% оперативных вмешательств. Обнадешивающие результаты лечения больных миомой матки и их предоперационной подготовки отмечены с

появлением агонистов гонадотропин релизинг гормона и селективных модуляторов прогестероновых рецепторов улипристала ацетата (Эсмия).

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности современных технологий предоперационной подготовки больных миомой матки и нарушением репродуктивной функции.

Материал и методы: обследованы 83 женщины с миомой матки, которые обратились в родильный комплекс №3 г.Ташкента на стационарное лечение по поводу аномальных маточных кровотечений и нарушения репродуктивной функции. Длительность с момента обнаружения миомы матки у 42 (50,6%) составила до 3-х лет, у 30 (36,1%) – от 3-х до 5 лет, у 11 (13,3%) – более 5 лет. Быстрый рост миомы матки наблюдался у 49 (59%) пациенток. Размеры матки с миоматозными узлами, соответствующими 12-14-недельной беременности, были у 22 (26,5%) пациенток, 10-12 недель – у 20 (24,1%), 8-10 недель – у 18 (21,7%), 6-8 недель – у 23 (27,7%). 1-ю группу составили 47 пациенток, которым с целью предоперационной подготовки которым был назначен агонист гонадотропинрелизинг гормона трипторелин ацетат (диферелин 3,75 мг), №3. Инъекции назначались на 2-5-й день менструального цикла каждые 28 дней. Во 2-ю группу включены 36 пациенток, которые получали селективные модуляторы прогестероновых рецепторов улипристала ацетат (Эсмия) в дозе 5 мг 1 раз в день в течение 12 недель. В динамике лечения проводилась оценка функционального состояния яичников, УЗ-показателей объема матки и миоматозных узлов, доплерографически оценивали показатели индекса резистентности и пульсационного индекса в маточных артериях.

На фоне применения трипторелина 3,75 мг у пациенток с миомой матки в течение 3-х месяцев наблюдается уменьшение объема матки и доминирующих миоматозных узлов в среднем на 40% и нивелирование гиперпластических процессов эндометрия. Использование при предоперационной подготовке трипторелина способствовало формированию двухфазного овуляторного цикла в 61,7% случаев и наступлению беременности в 56%. Применение УПА по 5 мг в течение 12 недель способствовало регрессии миоматозных узлов на 32,5%. На фоне применения УПА двухфазный овуляторный цикл сформировался у 33,3% женщин, беременность наступила у 30%.

УРОВЕНЬ Д-ДИМЕРА И КАЛЬЦИТОНИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19

Исматова Н.Т., Мензатова Л.Р., Яглы Д.Р.
Родильный комплекс №6 г. Ташкента

Быстрое распространение коронавирусной инфекции в мире способствовало внедрению в клиническую практику лабораторных показателей для быстрой оценки состояния больного и тяжести заболевания. Определена также возможность передачи коронавирусной инфекции от беременной будущему ребенку. У беременных женщин COVID-19 протекает в более тяжелой форме, которая зачастую приводит к мультисистемным поражениям, что в свою очередь негативно влияет на плод.

Цель исследования: сравнительное изучение клинико-лабораторных показателей (Д-димера и кальцитонина) у новорожденных, которым был поставлен диагноз «коронавирусная инфекция», и здоровых новорожденных.

Материалы и методы: в исследовании участвовали 30 новорожденных родильного комплекса №6 г. Ташкента. Исследования с использованием реактивов аппарата MAG1UMI-800-ИХЛА и Экспресс тест FineCare проводили методом ИФА. У 20 новорожденных с подтвержденным диагнозом «коронавирусная инфекция (COVID-19)», а также у остальных 10 новорожденных контрольной группы была взята кровь на определение содержания кальцитонина и Д-димера. Полученные данные были обработаны статистически с использованием специальных компьютерных программ обработки данных для определения коэффициента Стьюдента.

Результаты: у новорожденных с COVID-19 получены следующие результаты: уровень кальцитонина ($r=0,24-2,82$; $p<1,64$) Д-димера ($r=1,3-7,9$; $p<4,65$). У здоровых новорожденных уровень кальцитонина ($r=0,03-1,08$; $p>0,08$), Д-димера ($r=0,01-1,29$; $p>0,65$). В норме содержание кальцитонина в крови у новорожденных составляет 0-40 нг/мл, Д-димера – $345,7\pm 20,3$ нг/мл.

Таким образом, содержание Д-димера и кальцитонина в крови у новорожденных с COVID-19 выше, чем у здоровых новорожденных.

DETERMINATION OF THE ETIOLOGY AND RISK FACTORS OF PLACENTAL DYSFUNCTION DURING PREGNANCY

Karimova F.D., Rakhmanova S.Sh.

Center for the development of professional qualification of medical workers,
Department of obstetrics and gynecology

Key words: obstetrics, fetus, infection, ultrasound diagnosis, placental dysfunction.

Summary. Diseases of 62 pregnant women of reproductive age were examined and studied. All women were divided into 2 groups. To determine the risk factors for placental dysfunction examined the history of pregnant women. Patients with placental dysfunction had a history of preeclampsia, acute respiratory viral infection, urogenital infections, anemia, endocrine and cardiovascular diseases significantly more than in the control group.

Relevance. Placental dysfunction is one of the most important problems of obstetrics, neonatology and Perinatology. The frequency of placental dysfunction depends on the main causes of its occurrence and is 17-75% of pregnant women (with bacterial and viral infection-60%, with preeclampsia up to 55%, with with inflammatory diseases of the urinary system-35%, with anemia 32% .

Aim of study: to identify risk factors for the development of placental dysfunction in pregnancy and to identify complications in this pathology.

Material and methods of research. Risk factors of placental dysfunction, pregnancy and childbirth were studied and examined retrospectively in 62 women of reproductive age admitted to the Maternity hospital number 2. All women were divided into 2 groups, 1 (30) were pregnant with placental dysfunction. 2 (32) were almost healthy pregnant women.

Result. At the same time, it was determined that the primary pregnancies in the study group were 14 (46%), in the control group-15 (46,8%), the second pregnancies in the main group were 16 women (54%), and in the control group-17 (53,1%), respectively. Analysis of medical histories showed that in the history of 12 (40%) pregnant women in the first group were diagnosed with preeclampsia of mild and severe degree and in the second group only 2 (6%) pregnant women suffered mild preeclampsia. 18 (60%) pregnant women in the first group suffered acute respiratory viral infection in the 1st and 2nd trimester, and in the control group, only 8 (25%) pregnant women had a history of acute respiratory viral infection. From the medical history of the study group were identified 16 (54%) pregnant women with anemia , while in the control group anemia occurred only in 5 (15.5%). Inflammatory diseases in 12 (40%) women in the 1st group and 4 (12.5%) women in the control group.

Conclusion: As can be assumed from the above, preeclampsia, acute respiratory viral infection and anemia played a large role in the occurrence of placental dysfunction. Endocrine and cardiovascular disease can also be risk factors for placental dysfunction in pregnant women.

ТОС АЪЗОЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ – МУАММОНИНГ ЗАМОНАВИЙ КЎРИНИШИ

Каттаходжаева М.Х, Кодирова З.Н

Тошкент давлат стоматология институти

Янги дорилар ва даволаш усуллари ишлаб чиқишдаги ютуқларга қарамай, ТАЯКнинг тарқалиши ўсишда давом этмоқда. Шундай қилиб, касалликларни назорат қилиш ва профилактика марказлари маълумотларига кўра, ҳар йили Ўрта Осиё ва Европа мамлакатларида 1 миллионга яқин ТАЯК ҳолати қайд этилади. Репродуктив ёшдаги ҳар ўнинчи аёл тос аъзоларининг сурункали яллиғланишидан азият чекади ва уларнинг тўртдан бирида асоратлар пайдо бўлади.

Мутахассисларнинг фикрига кўра, сўнгги 20 йил ичида ТАЯКни даволашда энг ката муваффақиятга амбулатор босқичда эришилган. Бу соғлиқни сақлаш маблағларини стационар харажатларга сезиларли даражада тежаш ва кейинги асоратларнинг олдини олиш имконини берди. Улар орасида инвазив бўлмаган диагностика усуллари янада ривожлантириш, сурункали яллиғланишнинг ривожланиши ва натижасини башорат қилиш учун биокимёвий маркерларни излаш. Бундан ташқари, нафақат аёлнинг репродуктив тизими учун хавfli бўлган хламидия ва гонококклар, балки ТАЯКни қўзғатадиган микроб флорасининг бошқа патоген вакиллари келтириб чиқарадиган инфекциялар учун антибактериал терапия самарадорлигини баҳолаш таклиф қилинди.

Мамлакатимизда гинекологик касалликлар динамикасини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ТАЯК таркибида салпингит ва оофорит биринчи ўринда туради, ундан кейин ҳайз даврининг бузилиши, сўнгра эндометриоз ва аёлларнинг бепуштлиги кузатилади.

Таъкидлаш жоизки, ҳозирги вақтда ТАЯК патогенезида полимикробиял синергизм тенденцияси мавжуд. Бактериал вагиноз ва анаэроблар ТАЯК ривожланишида, уларнинг асоратлари в ақайталанишида катта этиологик рол ўйнайди. Шунинг учун ТАЯКни даволашда анаэроблар ва микоплазмаларга қарши самарали бўлган дориларни буюриш керак. Бундан ташқари, инфекциян жараённинг анъанавий антибактериал терапияга чидамлилиги, микроорганизмларнинг бета-лактамаз штамларининг ўсиши ва Л-шакллариининг шаклланиши каби ТАЯК курсининг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олиш зарур.

Антибиотиклар патогеннинг уларга сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда буюрилиши керак. Бугунги кунда микроскопик тадқиқотлар давомида беморларда коккал флорасининг бета-лактамазага чидамлилиги тобора кўпроқ аниқланмоқда. Анаэроблар клиндамитсинга, гоноккларга – ҳимояланмаган аминопенициллинларга (20%) ва тетрациклинларга (80%), Э. соли – ҳимояланмаган аминопенициллинларга (25-30%) чидамли.

ТАЯКнинг замонавий фармакотерапияси: умумий тамойиллардан клиник ҳолатларгача

ТАЯКни даволаш муаммосининг долзарблиги нафақат касалликларнинг кўпайиши, балки бутун дунёда жиддий ижтимоий-иқтисодий йўқотишлар билан намоён бўлади, аммо антибиотикларнинг назоратсиз ишлатилиши инфекцияни эрта аниқлаш эҳтимолини камайтиради, асосий кўзгатувчи келтириб чиқарадиган аломатларни яширади. Унинг ўрнини шартли аэроб-анаэроб бактериялар эгаллайди, улар касалликнинг клиник кўринишини ўзгартиради ва ТАЯКнинг ҳақиқий сабабини аниқлашни қийинлаштиради.

Шуни таъкидлаш керакки, беморнинг аҳволи яхшиланиши билан даволанишни тўхтатиш мумкин эмас, чунки клиник яхшиланиш ҳар доим бактериологикдан устун туради. ТАЯКни тўлиқ даволаш касалликнинг қайталаниши ва асоратлари эҳтимолини оширади.

Ҳозирги вақтда ПИДни даволаш учун антибиотик терапиясини танлаш учун кўплаб стандартлар мавжуд. Охирги халқаро стандартларга мувофиқ ТАЯКни даволашда танланган дорилар антибиотикка сезувчанлик текширилиши керак.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

Курбанов Ж., Нигматова Г.М.
Ташкентская медицинская академия

Естественный прирост населения в республике зависит от возрастной структуры населения, которая характеризуется низким репродуктивным потенциалом, что повышает актуальность сохранения каждой желанной беременности. В этих условиях главным направлением в работе службы охраны материнства должна стать разработка системы профилактики репродуктивных потерь. Репродуктивные потери рассматриваются как конечный результат влияния социальных, медицинских и биологических факторов на здоровье женщины, плода и новорожденного и ведут не только к потере репродуктивного, трудового, интеллектуального, оборонного капитала страны, но и к потере жизненного потенциала популяции.

В настоящее время перинатальная смертность (ПС) является основным критерием социального благополучия государства и здоровья нации. Повышение в структуре ПС удельного веса антенатальных потерь, а также неоднозначное мнение об этиологии антенатальной гибели плода (АГП) определяют практическую значимость изучения данного осложнения беременности.

Цель исследования: изучение частоты и причинно-следственных факторов в формировании риска развития АГП.

Материал и методы: нами проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 50 историй болезни беременных женщин с АГП в сроке 22-42 недели за 2018-2019 гг.

Результаты: анализ возраста женщин с АГП выявил высокую частоту встречаемости данной патологии у женщин в возрасте 21-30 лет – 61,0%. Анализ встречаемости АГП у беременных, проживающих в городе и в сельской местности, показал, что с этой патологией городских жительниц было больше, чем у сельских – соответственно 178 (71,2%) и 72 (28,8%). При изучении социальных факторов, приводящих к АГП, было выявлено, что данная патология чаще встречается у рабочих женщин (53,3%). При анализе гинекологического анамнеза обнаружена высокая частота встречаемости воспалительных заболеваний половой сферы (21,2%), что и является факторами риска АГП. Из соматических заболеваний у беременных с АГП преобладала анемия (80,0%). В анамнезе часто встречались заболевания мочевыделительной системы (8,4%), ЛОР-органов

и органов дыхания (3,6%). Вместе с тем у обследованных отмечались гинекологические заболевания, такие как кольпит различной этиологии, эрозии шейки матки, киста яичника – у 32 (12,8%). Среди женщин с АГП повторнородящие составляли 53,2%. Отягощенность акушерско-гинекологического анамнеза оказывает отрицательное влияние на состояние системы мать-плацента-плод и проявляется в основном развитием плацентарной дисфункции, приводящей к внутриутробному страданию плода. Среди осложнений во время беременности преобладала клиника угрозы прерывания беременности в ранних сроках, особенно в 1-й группе (43,2%) и угрожающие преждевременные роды (19,5%). Изучение историй родов женщин с АГП показало, что данная патология в 1-й группе в сроке 28-42 недели встречалась у 70,0%, 22- 27 недель – у 30,0%. Как показал ретроспективный анализ, при индукции родов мизопростолом вагинально по схеме полная экспульсия плода и последа происходила у 71,4% в сроке 28-42 недели, у 64,6% в сроке 22-27 недель. В остальных случаях 28,6 и 35,4% соответственно срокам был необходим 2-й тур индукции. Во 2-й группе женщин с АГП в сроке 28-42 недели оказалось 65,5%, в сроке 22-27 – 34,5%. При индукции родов у женщин с АГП простагландинами полная экспульсия плода и последа у 61,0% происходила в сроке 28-42 недели, у 54,8% в сроке 22-27 недель беременности. Остальным 39,0 и 45,2% соответственно срокам был необходим 2-й тур индукции. У 3 беременных в сроке 42 недели ввиду отсутствия эффекта от родовозбуждения произведено кесарево сечение.

Таким образом, на основании анамнестических данных, характера гинекологической и соматической заболеваемости беременных можно сделать вывод, что в развитии АГПНГ имеет значение возраст женщины, отягощенность акушерско-гинекологического анамнеза, из соматических заболеваний значение имеют анемия и воспалительные заболевания мочевыводящих путей и генитального тракта. Все эти факторы, по-видимому, влияют на состояние внутриутробного плода и могут привести к его гибели. Выбор метода индукции родов при АНГ зависит от срока гестации.

ЗНАЧЕНИЕ БЕЛКА sFlt1 В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Махмудова У.Ж.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В настоящее время описаны новые звенья патофизиологии эндотелиальной дисфункции при преэклампсии и выделены наиболее яркие маркеры ее развития. Белок sFlt1 был предложен качестве возможного фактора, повреждающего эндотелий при преэклампсии.

Цель исследования: оценка значения белка sFlt1 в прогнозировании исхода гипертензивных состояний у беременных.

Материал и методы: концентрацию ангиогенного фактора (sFlt1) определяли у 80 женщин, которые были разделены на три группы: 1-я – 25 женщин с физиологической беременностью, 2-я – 25 женщин с легкой преэклампсией, 3-я – 30 женщин с тяжелой преэклампсией. Возраст обследованных – от 18 до 36 лет.

При физиологической беременности содержание ангиогенного фактора растворимого VEGF-R1 (sFlt1) составило $0,16 \pm 1,2$ нг/мл, при преэклампсии отмечалось достоверное повышение концентрации растворимого sFlt1 до $1,52 \pm 3,4$ нг/мл при легкой преэклампсии и до $8,59 \pm 4,8$ нг/мл – при тяжелой преэклампсии. Заметные изменения концентрации фактора ангиогенеза выявлены у беременных с преэклампсией различной степени тяжести. С нарастанием тяжести преэклампсии концентрация белка sFlt1 возрастает до $8,59 \pm 4,8$ нг/мл. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что в III триместре у беременных с физиологическим течением беременности, а также при преэклампсии различной степени тяжести, изменяется уровень фактора ангиогенеза. Увеличение концентрации белка sFlt1 приводит к дефициту факторов ангиогенеза, что является причиной дисфункции эндотелия жизненно важных органов и усугубляет тяжесть течения преэклампсии. Концентрация факторов ангиогенеза зависит от степени тяжести преэклампсии.

Таким образом, определение уровня ангиогенного фактора белка sFlt1 при преэклампсии различной степени тяжести имеет важное значение для прогнозирования осложнений беременности.

ТУҒИШ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ГЕНИТАЛ ПРОЛАПСИ МУОММАЛАРИ

Назаров Б.Б.¹, Ниязметов Р.Э.²

¹Бухоро давлат тиббиёт институти

²Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази

Муаммонинг долзарблиги. Чанок органлари пролапси гинекология амалиётида охириги йилларда энг кўп учрайдиган касалликлардан бўлиб, у билан боғлиқ муоммалар йил сайин ортиб борапти [1,2]. Илм-фан ривожланиши ва ҳаётимизга техник ривожланишни кириб келиши, аёлларнинг оғир меҳнат билан банд бўлиши камайиши, ҳаёт тарзининг яхшиланишига қарамасдан, чанок органлар пролапси касалликлари учрашиши камайиши кузатилмаяпти. Ушбу касалликнинг этиопатогенетик сабаблари охиригича ўрганилган эмас. Бу касалликга чалинган аёлларда жинсий ҳаётида, оиласида муоммалар келиб чиқади.

Тадқиқотнинг мақсади: чанок органлари пролапси бор туғиш ёшдаги аёлларда репродуктив, жинсий ҳаётидаги ўзгаришларни ўрганиш ва ечимини топиш.

Тақдимот услублари: клиник текширувлар 2018-2020 йилнинг март ойигача хусусий шифохона “Лора-Стом” ва Бухоро вилоят перинатал марказ гинекология бўлимига мурожаат қилган, туғруқ ёшидаги, яъни 23-44 ёш оралиғидаги 53 бемор ўрганилган ва улардан 51 (96,2%) жарроҳлик амалиёти ўтказилинган. Касалликнинг давомийлиги 3 йилдан 11 йилгача бўлган. Беморларнинг ҳаммасига клиник, биохимик таҳлиллардан ташқари, жарроҳлик амалиёти учун керакли функционал текширувлар ҳам ўтказилди.

Натижалар. Текширув гуруҳидаги аёлларнинг ўртача ёши $32,4 \pm 2,2$ ташкил қилган. Шуни такидлаб ўтиш керакки, текширув гуруҳида 4 (7,5%) аёлларда бу ҳолат 25 ёшгача кузатилган. Айрим олимларнинг эса чанок органлар пролапси охириги йилларда “ёшаргани”ни эътироф этган фикрига қўшилсак бўлади. Беморлар орасида такрорий ҳомиладорлик 53 (100,0%) ҳолатда кузатилди. Анамнезида 2 (3,7%) аёлда - битадан, 5 (9,4%) - иккитадан, 41 (77,3%) - учтадан, 4 (7,5%) - тўрттадан ва 1 (1,8%) ҳолатда бештадан туғруқ содир бўлгани аниқланди. Шуни алоҳида қайд этиш керакки, чанок органлари пролапси асосан учта туғишдан кейин содир бўлиши аниқланди. Туғиш жараёнида келиб чиқилган физиологик жараён, қорин бўшлиғидаги босимнинг ошиши, сийдик йўли диафрагмасининг чузилишига, марказлашган бириктирувчи тўқима дисплазиясига олиб келган ва бу жараён келиб чиқишида гормонал ўзгаришлар ҳам катта роль ўйнайди. Туғруқ даврида ўтказилган акушерлик амалиётлар, парамедиал кесиш, акушерлик қисқичларини ишлатиш ушбу касалликни келтириб чиқаришида шубҳасиз роль ўйнасада, айрим олимлар чанок органлар пролапси туғруқлари физиологик кечган аёлларда ҳам учрашини эътироф этяпти. Текширув гуруҳида касалликни давомийлигига қараб, асоратларнинг учраш вариацияси ўзгариб борди: сийдик пуфаги дисфункцияси – 31 (58,4%)да; тўғри ичак дисфункцияси - 19 (35,4%) ва сексуал дисфункция – 49 (90,6%) ҳолатда аниқланган. Шу беморларнинг 4 (7,5%)да репродуктив бузилишлар, иккиламчи бепуштлиқ кузатилган. Энг ачинарлик ҳолатлардан яна биттаси 3 нафар фарзандлик битта ва 2 фарзандлик битта эркак турмуш ўртоғи билан ажралишиш даражасига етиб келган ва жарроҳлик амалиётидан кейингина оила сақланиб қолинган. Туғиш ёшдаги аёлларда чанок органлар пролапси касаллигини эрта диагностика ва аниқ даво алгоритми тузиб чиқилмаган. Таклиф қилинган оператив даволар ҳеч бири мукамал эмас ва бу ўз навбатида фертил ёшдаги аёлларда репродуктив ва жинсий ҳаётида ноқулайликларни келтириб чиқарган. Жарроҳлик амалиётининг 46 (86,7%) қиннинг орқа девори билан бирга олдинги деворида ҳам пластик амалиёти ўтказилган. Қолган 6 (11,3%)да вентерофикция амалиёти, 2 (3,7%) бачадоннинг қин орқали экстирпацияси амалиёти бажарилди. Жарроҳлик амалиётидан кейин 3 (5,6%) қайталаниш ҳолати кузатилди, бунинг асосий сабаби, операциядан олдин қин ҳолатини тўғри баҳоланмаганлиги ва амалиётдан кейин врачлар талабини бажармаганлиги, ва 5 кг-дан ортиқ оғирлик кўтаргани деб баҳоланди.

Жарроҳлик амалиётдан кейин сексуал дисфункция кузатилган 49 аёллардан ҳаммасида, реконструктив операциялардан сўнг жинсий ҳаётининг яхшиланишлиги кузатилган. Иккиламчи бепуштлиги бор 3 аёлдан, 2 (66,6%) аёлда комплекс даводан кейин, 6 ой ичида ҳомиладорлик кузатилган.

Хулоса: 1) Текширув гуруҳидаги аёлларнинг ўртача ёши $32,4 \pm 2,2$ ташкил қилган. 2) Чанок органлари пролапси 86,7% да, 3дан 5 гача туғруқ содир бўлган аёлларда учраган. 3) Чанок органлари пролапси бор туғиш ёшдаги аёлларда, сексуал дисфункция- 49 (90,6%) ҳолатда ва репродуктив бузилишлар иккиламчи бепуштлиқ 4 (7,5%) кузатилган. 4) Жарроҳлик амалиётдан кейин 49 (100%) аёлларда жинсий ҳаёти яхшиланишлиги кузатилган ва иккиламчи бепуштлиги бор, 2 (66,6%) аёлда комплекс даводан кейин ҳомиладорлик кузатилган.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS COMBINED WITH ADENOMYOSIS

Nazarova D.G., Muratova N.D., Sulaymonova N.J., Abdurahmanova S.I.
Tashkent State Dental Institute

The last decade is characterized by a steady increase in the frequency of uterine fibroids and a combination of fibroids with adenomyosis in women aged 35–40 years, accounting for 80% of planned operations.

Objective - to diagnosis of uterine fibroids and its combined forms for the choice of tactics for differentiated organ-preserving treatment.

Materials and methods. We examined 93 patients of reproductive age with uterine myoma, which after a preliminary examination were divided into 2 groups: 1 - 45 patients with submucous myomatous nodes in combination with adenomyosis, group 2 - 48 women with simple myomatous nodes. The age of the examined ranged from 30 to 45 years, and averaged 38.4 ± 0.49 . For differential diagnosis of uterine fibroids and adenomyosis, all women underwent ultrasound in combination with dopplerometry, which was carried out in the second phase of the menstrual cycle, and immediately after menstruation, in order to differentiate myomatous nodes and foci of adenomyosis. For conservative treatment, patients of both groups were prescribed the drug of selective progesterone receptor modulators - esmia.

Results. On ultrasound, myomatous nodes were visualized as a hypo- or hyperechoic formation with clear contours. Adenomyotic lesions were visualized as anechogenic masses with fuzzy and deformed contours and finely divided contents. Dopplerometric study of blood flow around the node with the determination of the resistance index (RI) revealed that in patients of the 1st group, the IR ranged from 0.42 to 0.54, averaging 0.47 ± 0.01 . The blood flow inside the node was determined mainly with the size of the node more than 15 mm, while the IR was on average 0.57 ± 0.01 . In patients of the 2nd group, the study of blood flow around the node revealed an increased RI from 0.55 to 0.98, averaging 0.80 ± 0.02 . Moreover, blood flow inside the node was determined only in medium and large nodes, amounting to 0.78 ± 0.03 , while the differences between the average values were significant ($p < 0.001$). At the same time, adenomyotic lesions were characterized by single color signals along the periphery and lack of blood flow inside. Dynamic ultrasound with dopplerometry showed that the use of esmia in the 1 group in women with myoma and adenomyosis caused a decrease in myomatous nodes by 15-20% in volume, RI increased to 0.60 ± 0.63 , while adenomyosis foci did not varied in size. In group 2, myomatous nodes decreased by 35-50% from the initial one, RI in this case was 0.60-0.71, and after 3 months it increased to 0.8. With small nodes with a diameter of up to 2 cm, blood flow was not detected, and the nodes themselves disappeared and resolved. Some nodes became avascular, which indicates a good treatment efficiency.

Conclusions: 1. A dynamic study of the quality of blood flow around and inside the node by dopplerometry allows you to determine the type of node and determine the effectiveness of conservative treatment.

2. The effectiveness of ulipristal acetate in the treatment of fibroids in combination with adenomyosis requires further study.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE BIOPHYSICAL PROFILE OF FETAL IN WOMEN WITH RH - NEGATIVE BLOOD WITH AND WITHOUT IMMUNIZATION

Najmutdinova D.K. Akhtamova M.N.
Tashkent medical Academy

Actuality: The high frequency (13% of married couples) Rh-incompatibility determines the relevance of the problem under study. Until now, the reasons why some women develop isoantibodies during pregnancy and do not appear in others have not been finally established.

Purpose of the study was to evaluate the biophysical profile of the fetus in women with Rh - negative blood with and without immunization.

Materials and methods: The analysis was carried out in 23 women at the age of ± 24 years. Rh - negative blood with immunization was 8 (I main observation group); with Rh - negative blood without immunization - 15 (II main comparison group). The history is burdened by abortion and spontaneous miscarriages in 8 women (34.8%), antenatal fetal death in 1 woman (4.35%), a scar on the uterus in 5 pregnant women (21.7%). Evaluation of BPF by ultrasound was carried out according to the following criteria (Manning F.A, 1985): fetal respiratory movements, motor activity,

fetal muscle tone, amniotic fluid volume and the degree of maturity of the placenta. Echographic studies were carried out on a SonoScape S22 device with a convex transducer with a frequency of 3.5 MHz.

Results of the study: In the first main group, the total assessment of the biophysical parameters of the fetus was 8-10 points, characterized the normal state of the fetus and correlated with a favorable perinatal outcome; in the second group, the total assessment of the biophysical parameters of the fetus was 10 -12 points, which also characterized the satisfactory condition of the fetus with a favorable perinatal outcome. According to ultrasound examination data, polyhydramnios was observed in 10 pregnant women (62.5% in group I and 26.6% in group II); lack of water - in 5 (25% in group I and 20% in group II) pregnant women; disturbance of the uterine - fetal - placental circulation of the I degree - у 7 (37.5% and 26.6% in the I and II groups, respectively), II degree - in 2 (12.5% in the I group and 6.7% in the II group) pregnant women. Suspension in amniotic fluid was observed in 5 (25% in groups I and 20% in groups II).

Conclusion: Overall, BPF has differences in relation to pregnant women with Rh-negative blood with and without immunization.

ЛЕЧЕНИЕ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ, ВЫЗВАННЫХ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Поёнова Д., Хотамова М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: лечение угрожающих преждевременных родов, вызванных субклинической внутриматочной инфекцией.

Материал и методы: установлено, что некоторые случаи угрожающих преждевременных родов (УПР) связаны с внутриматочной инфекцией. Прогноз в этих случаях хуже, чем при родах, вызванных другими факторами. Ретроспективно изучена связь между УПР и внутриматочной инфекцией. Цервикальную культуру получали у женщин, госпитализированных с УПР, и у здоровых женщин с беременностью 20 недель. Пациентки были разделены на 2 группы: с инфекцией и без нее. Группу с положительными бактериальными культурами в свою очередь разделили на 2 подгруппы: больным одной группы назначали перорально антибиотики, в другой их не применяли. Цервикальная инфекция выявлена у 32,6% женщин, госпитализированных с УПР. Имелось 3 случая преждевременных родов при сроке беременности менее 35 недель. У большинства женщин выявлен высокий уровень СРБ. При проспективном исследовании положительные бактериальные культуры найдены у 1/8 из 100 здоровых беременных. Частота УПР в целом в группе с инфекцией составила 44,4%. Она была равна 22,2% у женщин, леченных антибиотиками, и 66,7% в нелеченой подгруппе. В группе без инфекции частота УПР составила 11%. Общая частота УПР равна 27%.

Таким образом, при проспективном исследовании положительные бактериальные культуры найдены у 1/8 из 100 здоровых беременных.

ВАГИНОЭХОГРАФИЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ КРОВОТОКА МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Рахматов Ф.У., Хотамова М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: вагино-эхографическое измерение кровотока маточных артерий во время беременности

Материал и методы: обследованы 88 женщин в сроке 7-40 недель беременности. Скорость кровотока в маточных артериях измеряли методом Допплера через влагалище с одновременной визуальной оценкой сосудов с помощью нового специального устройства. Определить скорость кровотока в обеих артериях удалось у 71 женщины. Значительное различие в соотношении максимального систолического и минимального диастолического давления (АД) между правой и левой артерией обнаружено в I и II триместрах беременности. В III триместре это различие почти исчезало. В течение беременности величина АД и индекса пульсации уменьшалась. Считают, что комбинация 2-х методов способствует более точной диагностике, так как появляется

возможность определить кровотоки в обеих маточных артериях. В связи со значительным различием показателей кровотока в правой и левой артериях одностороннее исследование может дать ошибочные результаты, особенно в I и II триместрах.

Таким образом, предложенный метод является информативным, простым и безопасным и может применяться в клинической практике.

МИКРОФЛОРА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ФОНОВЫХ ПРОЦЕССАХ ШЕЙКИ МАТКИ

Саидова Ф.И., Рахматуллаева М.М.

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучение микрофлоры влагалища при фоновых процессах шейки матки.

Материал и методы: обследованы 178 женщин в возрасте от 20 до 46 лет. Проведены осмотр шейки матки в зеркалах, выявление критериев Амсея, расширенная кольпоскопия, бактериоскопическое и цитологическое исследования мазков из влагалища и шейки матки.

Результаты: темно-коричневое, гомогенное окрашивание шейки матки при пробе Шиллера и нормальная кольпоскопическая картина позволили отнести 52 (29,2%) женщин к группе практически здоровых. Нередко патологические изменения слизистой оболочки цервикального канала сочетались с наличием гипертрофии, рубцов, деформаций влагалищной части шейки матки. При цитологическом исследовании мазков с шейки матки у 70,8% женщин выявлен воспалительный тип мазка (II тип мазка по Папаниколау). У остальных женщин, которые составили группу практически здоровых, отмечался I тип мазка.

Значение pH в диапазоне 4,5-6 выявлено у 72,2%, pH>6 – у 27,8% женщин основной группы. Характерные для бактериального вагиноза «ключевые» клетки обнаружены в 55,5% мазков. При подсчете количества микроорганизмов обнаружено, что их умеренное число наблюдалось в 3,9%, большое число – в 14,0%, массивное – в 52,8% мазков. При качественной оценке микрофлоры выявлено отсутствие или незначительные количества лактобактерий, тогда как грамотрицательные палочки доминировали в мазках 52,8% женщин. Как доминирующий морфотип микроорганизмов представители кокковой микрофлоры были выявлены в мазках 32,6% женщин. Грибы рода *Candida* в виде почкующихся форм – промежуточной фазе вегетации – обнаружены в мазках 20,2% обследованных.

Таким образом, заболевания шейки матки в большинстве случаев сопровождаются нарушением микробиотоза влагалища, что диктует необходимость всестороннего обследования женщин с данной патологией с целью совершенствования методов лечения и улучшения исходов заболевания.

CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN INFECTED WITH HIV

¹Safarova L.A., ² Abdullaeva L.M

¹ Maternity Complex No. 1

²Tashkent Medical Academy

Increasingly, HIV infection is observed among women of childbearing age who want to exercise their reproductive function [I.B. Latysheva, 2016]. Given this trend, an important task of modern medical science is the prevention of vertical transmission of HIV.

Purpose of the study: to analyze the main clinical and anamnestic data of pregnant women infected with HIV.

Material and research methods: The research was carried out on the basis of the City Maternity Complex No. 1, Tashkent. We carried out a retrospective study of 50 birth histories, outpatient records of HIV-positive women who were delivered in the City Maternity Complex No. 1 in Tashkent in the period from 2015 to 2020. The analysis of data related to clinical and anamnestic parameters was carried out.

Discussion of the obtained results: The average age of the surveyed women was 26.1 ± 2.3 years with fluctuations from 22 to 36 years. According to the place of residence, 32 women (64%) are urban residents, 18 (36%) are rural residents. Our analysis showed that only 13 (26%) of the surveyed had a completed higher education, 30 (61%) had a

secondary specialized, and the remaining 7 (13%) women had an incomplete secondary education.

Of all those surveyed, 38 (76%) worked, the remaining 12 (24%) were housewives. The majority of women - 34 (68%) were legally married, 12 (24%) - in a civil marriage, single mothers - 4 (8%).

41 (82%) patients were registered in the AIDS center. All women were registered in the antenatal clinic.

Sexual HIV infection was noted among 31 (62%) patients, among the remaining 19 (38%) - parenteral. Bad habits were present among 35 (70%) women, of whom smoking prevailed - among 73%, alcohol-containing drinks - 20%.

Among HIV-positive pregnant women, multiparous women prevailed, which amounted to 82%, and 19% were primiparous.

Conclusions: Thus, HIV-positive pregnant women have high rates of bad habits, such as smoking, alcoholism. HIV infection is more often observed among female residents of the city. Most of the patients had secondary education. By the method of transmission of infection, the leading place is occupied by the sexual route.

СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

Солихов У.М., Хотамова М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сино

Цель исследования – состояние периферических лимфоцитов при беременности и после родов.

Материалы и методы исследования: в периферической крови у 46 здоровых беременных женщин, у 17 родильниц и у 29 здоровых небеременных женщин определяли содержание лимфоцитов (К-клеток), которые являются главным компонентом в механизме цитотоксичности, обусловленной клетками и антителами. В течение нормальной беременности содержание лимфоцитов (К-клеток) в периферической крови уменьшается, после родов увеличивается (по сравнению с контрольной группой здоровых небеременных женщин). Эти данные свидетельствуют о том, что снижение уровня лимфоцитов (К-клеток) во время беременности способствует «удержанию» материнским организмом плодного яйца. Увеличение содержания лимфоцитов (К-клеток) после родов повышает цитотоксическую активность, что способствует усилению иммунологической активности и защите организма от инфекции.

Вывод: таким образом усиление цитотоксической активности после родов может быть одним из факторов, ухудшающих течение аутоиммунных заболеваний. Дальнейшее изучение послеродового гуморального и клеточного иммунитета необходимо для уточнения механизмов защиты организма матери и послеродового обострения аутоиммунных заболеваний.

THE ROLE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN THE OCCURRENCE OF ECTOPIC PREGNANCY

Usinova Z.B., Niyazmetov R.E.

Tashkent Institute of advanced medical training

The purpose of the study. to identify the role of chlamydia infection in the occurrence of ectopic pregnancy.

The object of the study. 105 patients who underwent ectopic pregnancy surgery. The collection of clinical material was carried out from 2017-2020 in the perinatal center in Nukus.

Discussions. The most common causes of ectopic pregnancy were inflammatory diseases. Of the 105 patients, 62 (59.0%) had chronic chlamydia infection, the IgG antibody titer increased by an average of 4.2 ± 0.4 ($p < 0.05$), and the remaining 43 (40.9%) patients had cytomegalovirus, bacterial, and fungal infections. Frequent complications of inflammatory diseases are chronic pain syndrome, obstruction of the fallopian tubes, menstrual disorders, which were found in almost all women. Long-term chronic inflammatory processes lead to sclerotic and dystrophic changes in the pelvic organs, which is accompanied by their structural and functional changes. In the study group, bilateral salpingoopharitis occurred in 64 (60.9%) and unilateral - in 17 (16.1%) patients. Against the background of the inflammatory process, 82 (78.0%) women had an ectopic pregnancy of the type of tubal abortion and 23 (21.9%) women of the type of tubal rupture. All women with ectopic pregnancy underwent surgical treatment and rehabilitation with the inclusion of the drug josamycin according to the scheme. These drugs have mainly general and local anti-

inflammatory and resorption effects.

Conclusion: chronic chlamydia infection is one of the main causes of ectopic pregnancy. Primary care physicians need to step up their efforts to identify and improve these patients.

РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Файзуллоева Н.Ш., Хотамова М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: бактериологическое исследование после преждевременного разрыва плодных оболочек

Материал и методы: обследованы 243 ребенка, рожденных после преждевременного излития вод, 20 из которых были с массой тела менее 2000 г. Контрольную группу составили 100 новорожденных. Кроме того, исследование проведено у 131 ребенка без преждевременного излития вод, но имеющего факторы риска развития инфекции. Проведено бактериологическое исследование артериальной крови плаценты, мекония и содержимого наружного слухового прохода. У 26% новорожденных основной группы из всех 3-х источников получены одинаковые бактерии: *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Enterococcus*, *Streptococcus* группы В. Из 131 ребенка в группе без излития вод, но имевшего риск развития инфекции, положительные культуры получены у 7%. Частота инфекционных осложнений при длительности безводного промежутка в пределах 24 часов составила 10%, при длительности более 24 часов – 30%. В контрольной группе из 100 новорожденных только у 5 были положительные культуры крови, посев мекония и содержимого наружного слухового прохода был отрицательным.

Таким образом, клиническая картина сепсиса у 50% детей развилась в 1-е или 2-е сутки жизни. Наиболее специфичным ранним диагностическим признаком сепсиса является положительная культура крови. Все виды бактерий, выделенных из крови, кроме энтерококков, были чувствительны к цефотаксиму и гентамицину.

UDC 618.39-089.888.177

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF PRETERM LABOR AND PERINATAL OUTCOMES

Hamroyev X.N.

Bukhara State Medical Institute

The aim of the study was to study the nature and frequency of complications of childbirth and the postpartum period, the condition of newborns during premature birth.

Material and methods. We analyzed the course of 164 spontaneous premature births for the period from 2019-2021 in a specialized maternity hospital in the Perinatal center of the city of Bukhara.

Results and their discussion. Vaginal delivery was 60 (80,2+1,3%) women of the main group, cesarean section produced 24 (19,4+1,3%) pregnant women; in the control group, births per vias naturals conducted in 94,0+1,7% of the maternal abdominal way – 6,0+1,7% ($p < 0.01$). One of the important factors determining the outcome of labor for a premature baby, is the nature of labor. When analyzing the duration of labor in women with PR, attention is drawn to the fact that in every third (33.3%), childbirth was complicated by their rapid or rapid course (less than 6 hours), while there were 10.8% of first-time births, 22.4% of repeat births. Rapid and rapid childbirth was more common in women with isthmio-cervical insufficiency, with a low fetal weight, high uterine activity and intensity of contractions are not required for its birth. Correction of the violation of the contractile activity of the uterus during rapid labor (if possible, if the woman in labor was delivered to the maternity hospital in the 1st period of labor) was performed by intravenous drip administration of partusisten or ginepral. In the control group, rapid and rapid childbirth was observed in 36 (18.0%; $p < 0.05$) women. Weakness of labor activity and prolonged labor (over 16 hours) were observed in 4.9% of women who gave birth prematurely, which is significantly less than in women who gave birth on time (1.0%; $p < 0.05$). At the same time, the weakness of labor activity was more often observed

in first-time births (4.3%) than in second-time births (0.6%). Complications of childbirth were noted in women with PR in the main group (19%) and in 29.0% - in the control group. Almost half of those who gave birth prematurely revealed untimely discharge of amniotic fluid (49.5+1.8%), which is 4.5 times more often than in those who gave birth in a timely manner (11.0+2.2%; $p < 0.01$). In case of premature discharge of amniotic fluid, we followed a wait-and-see tactic with control over the possible development of infection: we monitored the quantity and quality of leaking water, measured the pulse rate, body temperature, fetal heart rate every 4 hours. The content of blood leukocytes was determined every 12 hours with the calculation of the leukocyte formula and LII(3,4). Tocolytic therapy was prescribed to 30 (11.4%) pregnant women with premature rupture of the fetal bladder at the beginning of labor for the prevention of RDS for 48-72 hours, after the withdrawal of tocolytics in the case of the onset of labor, it was no longer suppressed. Glucocorticoids for the prevention of RDS were used until the gestation period of 33-34 weeks. A long anhydrous period was observed in 21.5+1.3% of women in labor in the main group and in 3.0+1.2% of the control group ($p < 0.01$). Antibiotics were used in patients with an anhydrous period of more than 12 hours. Chorioamnionitis, as a rule, was diagnosed in 17.9+1.2% of the observations of the main group, in the control group – in 1.0+0.7% ($p < 0.05$). Premature placental abruption was detected in 6.6+0.8% of the examined patients of the main group and in 2.0+0.9% of the control group ($p < 0.05$). There were no significant differences in the frequency of uterine hypotension and retention of parts of the placenta: in the main group, 3.3+0.6% and 2.5+0.5%, respectively, in the control group, 2.5+0.5 and 1.5+0.9% ($p > 0.05$).

Conclusions. Thus, premature birth is one of the most serious causes of neonatal morbidity and perinatal mortality, as well as subsequent disorders of the child's condition, the further reduction of which and the preservation of a woman's health are still urgent problems of modern obstetrics.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МИОМЫ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Хатамов Т.Н., Хотамова М.Т.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Цель исследования: ультразвуковое исследование миомы матки при беременности

Материал и методы: у 408 беременных женщин при наличии миомы матки выполнено в общей сложности 1318 УЗ-исследований. У 55,88% больных диаметр миомы был равен 3-5 см, у 37,01% – 6-10 см, у 7,11% – более 10 см. У 71,57% больных миома локализовалась в теле матки. Интрамуральная миома выявлена в 68,87% случаев, субсерозная – в 18,38%, подслизистая – в 12,74%. У 9,46% женщин произошел аборт, у 24,92% был угрожающий аборт, у 12,96% наступили преждевременные роды, у 18,87% возникла угроза преждевременных родов. Из 33 больных с абортом, у которых изучена локализация миомы, интрамуральный узел выявлен у 25, субсерозный – у 5, подслизистый – у 3. Размеры миомы от 3 до 5 см в диаметре выявлены у 16, от 6 до 10 см – у 14, более 10 см – у 3 женщин.

Таким образом, при статистическом анализе не обнаружено зависимости частоты аборта от размеров миомы, ее локализации; частота угрожающего аборта возрастала при увеличении размеров миомы. Преждевременные роды и угроза преждевременных родов чаще наблюдались при подслизистой миоме и локализации опухоли в области перешейка матки.

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ БИОХИМИЧЕСКИМ МОНИТОРИНГОМ И ИЗМЕРЕНИЕМ ВОЛНОВОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В ПУПОВИНЕ ПЛОДА ЧЕЛОВЕКА

Хотамова М.Т., Шосаидова О.

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: определение корреляции между биохимическим мониторингом и измерением волновой скорости кровотока в пуповине плода человека.

Материал и методы: выявляли корреляцию между оксигенацией плода и КОС, для чего осуществляли

трансабдоминальный забор крови из пуповины, и индексом пульсации (ИП) при беременности высокого риска. У 14 женщин группы высокого риска, которые были родоразрешены путем кесарева сечения между 30-й и 35-й неделями беременности, определяли ИП в артерии пуповины. У 10 из них произведен забор крови из сосудов пуповины трансабдоминальным путем под контролем ультразвука. Кроме того, у всех пациентов во время операции боали артериальную и венозную кровь из пуповины. Определяли газы крови, КОС и концентрацию лактата. Тесная связь обнаружена между ИП и pH, pCO₂ и уровнем лактата в венозной крови пуповины, взятой внутриутробно. ИП хорошо коррелировал с теми же показателями венозной и артериальной крови пуповины, взятой при кесаревом сечении. Венозная кровь пуповины, полученная трансабдоминально, имеет более высокое содержание O₂, чем кровь, взятая при кесаревом сечении. Не обнаружено значительной корреляции между содержанием O₂ в венозной крови пуповины при трансабдоминальном взятии и ИП. При ИП >1,5 концентрация лактата в венозной крови пуповины резко возрастает.

Таким образом, биохимическое исследование крови плода при трансабдоминальном заборе под контролем ультразвука с применением метода Допплера позволяет среди беременных группы высокого риска выделить тех, у кого повышен риск нарушения состояния плода.

ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ОБСЛЕДОВАНИЮ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Хикматова Н.И.

Бухарский государственный медицинский институт

В настоящее время частота бесплодного брака не имеет тенденции к снижению, при этом многие вопросы диагностики остаются предметом многочисленных дискуссий среди специалистов.

Цель исследования: разработка рациональных принципов обследования женщин, страдающих бесплодием воспалительного генеза.

Материал и методы: нами были обследованы 250 женщин фертильного возраста, страдающих бесплодием воспалительного генеза, которым проведен комплекс клинично-лабораторных диагностических процедур.

Результаты: подходы к диагностике бесплодия складываются из базовой (стартовой) диагностики и нивелирующей (персонализированной) диагностики. Базовые диагностические процедуры применяются при первом обращении пациентки к врачу с жалобами на бесплодие: опрос, осмотр, сбора анамнеза (обязательно отметить аллергические реакции, характер питания и наличие домашних животных в доме) и общих клинично-лабораторных анализов. Определяют уровень гормонов в крови (спектр гормональных исследований может быть подобран индивидуально). Проводят рентгенологические исследования: рентген черепа в двух проекциях, и/или КТ (МРТ) головного мозга. Затем выполняют гистеросальпингографию, УЗИ органов малого таза и других органов, кольпоскопическое и цитологическое обследование шейки матки; гистероскопию с выскабливанием полости матки и/или взятием прицельной биопсии. Оценивают микробиоту влагалища и цервикального канала, кишечника и мочевыделительного тракта, а также проводят оценку сенсibilизации женщины к респираторным и пищевым аллергенам, находящимся в окружающей среде, определяют уровень антиспермальных IgE в крови.

Таким образом, обследование для постановки диагноза «бесплодие» должно состоять из базового (общепринятого) комплекса и индивидуального подхода к диагностическим процедурам с учетом этиологического фактора бесплодия.

THE EFFECTIVENESS OF OK DRUGS IN THE TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS

Khodjaeva Z.A., Muratova N.D., Sulaymonova N.J., Abdurahmanova S.I.
Tashkent State Dental Institute

Endometriosis is one of the topical problems of modern medicine. The leading clinical manifestations of endometriosis are pain syndrome and infertility. Endometrioid ovarian cysts are the most common diagnosed manifestation of endometriosis, and the recurrence of endometrioid ovarian cysts is one of the most debatable problems

in modern gynecology. One of the main methods of treatment remains surgical. At the same time, some researchers prior to surgery, and the vast majority after surgery, use hormone therapy (danazol, gestrinone, gestagens, combined oral contraceptives (COCs) and gonadotropin-releasing hormone analogues (GnRH), which allows preserving ovarian and follicular reserves and, as a result, female fertility.

Objective - to study the effectiveness of OK in the restoration of reproductive function in women with adenomyosis and endometrial cysts of the ovary.

Design and methods. We examined 37 women who, after examination, were divided into 2 groups: I-group of 20 patients with adenomyosis, and II-group of 17 patients with endometrial cysts of the ovaries. The average age of the patients was 28.4 ± 7.42 . Performed a pelvic examination, clinical examination, ultrasound. For conservative and anti-recurrent treatment, patients of both groups are assigned single-phase OK preparations.

Results. Pain syndrome was observed in 10 (50%) patients of the 1-group and in 4 (23%) 2-groups; infertility was in 30% of patients of the 1-group and in 58% of cases in the 2-group; violation of menstrual function in 30% and 25% of women 1 and 2-group, respectively. Also, 5 (29%) patients of the 2-group disease were asymptomatic. Ultrasound picture of adenomyosis was characterized by heterogeneity myometrium. Endometrioid cysts of one or both ovaries, ranging in size from 2-3 to 8-9 cm in diameter with nonhomogeneous finely dispersed contents - blood.

The duration of conservative therapy depended on women's reproductive plans - patient wishing to become pregnant take OK for 6 months, and the other for 2 years. So in 1 group and 2 patients groups, endometrioid cyst size does not exceed 2-3 cm in diameter OK administered for 6 months without a break. Women, with endometrioid cysts 4-6 cm or more in diameter (5 women - 29%) underwent laparoscopic cystectomy, after which the OK was administered with an anti-recurrent goal. Receiving OK contributed to reduction of the pain in 70% of cases, the elimination of small endometriosis foci in 35.2%. Dynamic ultrasound observation showed that in 1-group the echo-structure of the myometrium became homogeneous in 75%, fertility restored in 66.6% of cases, recurrent was 10%. In the 2nd group, fertility restored in 60% of cases, recurrent was observed in 3 - 17.6% of women.

Conclusions. 1. Single-phase OK - help prevent the progression of the disease and infertility.

2. Drugs OK contribute to the restoration of fertility and can be used as anti-relapse therapy.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АДЕНОМИОЗА

Шамсиева Д.А., Бекбаулиева Г.Н., Сагатова А.А.

Ташкентская медицинская академия

Аденомиоз является одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии, что обусловлено трудностью диагностики данного заболевания, выраженными клиническими проявлениями, высокой частотой рецидивов после лечения.

Цель исследования: выявление факторов риска развития аденомиоза.

Материал и методы: обследованы 70 женщин, из них 60 женщин с меноррагией. Контрольная группа – 10 женщин без аденомиоза с нормальным регулярным менструальным циклом.

Результаты: среди пациенток основной группы одну и более беременностей имели 73,3±1,8%, не было беременностей у 26,7±3,4%. Среднее количество беременностей равнялось 3,2±1,6. Роды в анамнезе были у 47,7±2,3% женщин, искусственные аборт – у 36,4±3,6%, привычные самопроизвольные аборт – у 15,9±4,2%. Все женщины контрольной группы имели одну и более беременностей, которые закончились родами.

Различные методы контрацепции ранее использовали 75,7% пациенток, в том числе ВМС 74,7±1,8% женщин, гормональные контрацептивы (комбинированные оральные контрацептивы, прогестагены) – 19,6±2,6%, другие методы – 5,7%. Подавляющее большинство женщин контрольной группы использовали МЛА (76,4±1,8%), лишь 22,3±2,4% применяли ВМС, 1,3±1,2% – другие методы.

Таким образом, у женщин с аденомиозом в анамнезе наблюдался отягощенный гинекологический анамнез, в частности частые внутриматочные вмешательства, такие как выскабливанием полости матки, а также использование ВМС.

ЯИЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОЛИГОМЕНОРЕЕ У ПОДРОСТКОВ

Шерматова С.Э., Иргашева С.У.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

Наиболее часто встречающимся вариантом нарушения менструального цикла у подростков остается олигоменорея, которая в большинстве случаев, является результатом дисфункции яичников, расцениваемой как яичниковая недостаточность.

Цель исследования: изучение структуры и причин яичниковой недостаточности у девушек-подростков с олигоменореей.

Материал и методы: обследованы 76 девушек-подростков с клиническими проявлениями олигоменореи. Проведены общеклинические, гормональные и инструментальные методы исследования.

Результаты: из обследованного числа пациенток гипергонадотропная яичниковая недостаточность (ЯН) выявлена у 2 (2,6%), гипогонадотропная ЯН – у 5 (6,6%), нормогонадотропная ЯН – у 69 (90,7%). Анализ этиологических факторов нормогонадотропной яичниковой недостаточности позволил определить основные причины, которыми явились гиперпролактинемия (15%), надпочечниковая гиперандрогения (8,2%), яичниковая гиперандрогения (42%), избыток массы тела (10,3%), дефицит массы тела (12,2%), первичный гипотиреоз (3%). Первичная олигоменорея в целом составила 47,4%, вторичная – 52,6%. Практически каждая третья пациентка с олигоменореей отмечала эпизоды маточных кровотечений.

Таким образом, выделение патогенетических факторов овариальной недостаточности имеет значение при выборе тактики лечения олигоменореи у девушек-подростков.

РОЛЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОЛА ПЛОДА И ВЛИЯНИЕ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

Шукурлаева Ш.Ж., Хотамова М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

У беременных женщин при наличии плода женского пола концентрация хорионического гонадотропина (ХГ) в сыворотке крови и моче в течение III триместра беременности значительно выше, чем при наличии плода мужского пола. Однако это положение не является общепринятым. Нами проведено определение уровня ХГ в сыворотке крови женщины в III триместре беременности как возможного показателя пола плода. У 560 женщин с неосложненной беременностью получено 822 пробы сыворотки крови. В течение I и II триместров беременности содержание ХГ было примерно одинаковым и не зависело от пола плода. Различия в концентрации ХГ, связанные с полом плода, начинали проявляться в III триместре беременности и становились наиболее отчетливыми в 37-40 недель. Более высокое содержание ХГ свидетельствовало о наличии плода женского пола. Предпринята попытка создания таблицы для пренатального прогнозирования пола плода, основанного на однократном определении уровня ХГ в сыворотке крови. Однако использование таблиц было ограничено в связи с небольшим числом беременных женщин, у которых концентрация ХГ оказалась достаточно показательной, для того, чтобы на ее основании с высокой степенью достоверности можно было прогнозировать пол плода. Вместо с тем описанный метод является технически простым и безопасным для матери и плода, может быть использован при некоторых обстоятельствах, необходимо учитывать и его влияние на ЦНС матери и плода.

ДОСТОВЕРНОСТЬ СКРИНИНГА МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ ДЛЯ ГЕСТАЦИОННОГО СРОКА С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ДОППЛЕРА

Шукурлаева Ш.Ж., Хотамова М.Т.
Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: определение достоверности скрининга маловесных детей для гестационного срока с помощью метода Допплера.

Одной из основных причин перинатальных осложнений, смертности и последующих неврологических заболеваний является нарушение роста плода. Так как маловесные дети могут быть и генетически маленькими, очень важно иметь точные диагностические методики. Определена достоверность измерения методом Допплера кровотока в артерии пуповины при сроке беременности в 28 и 34 недель. Обследованы 400 женщин с целью прогнозирования рождения маловесных детей и новорожденных с нарушением массоростового индекса. Чувствительность метода оказалась низкой (от 16,9 до 41,7%). Прогностическая ценность отрицательного скринингового теста оказалась неудовлетворительной.

Таким образом, исследование кровотока в артерии пуповины методом Допплера в сроки беременности 28 и 34 недель не является информативным для диагностики и прогнозирования нарушений развития плода. Однако отрицательные результаты не должны обесценивать данный метод как средство диагностики и прогнозирования дистресса плода при беременности высокого риска.

РОЛЬ АКТИВАЦИИ ООЦИТОВ ИОНОФОРАМИ КАЛЬЦИЯ В ПРОГРАММАХ ВРТ

Шурыгина О.В.^{1,2}, Попова О.О.¹, Петрова А.А.², Байзарова А.А.², Минаева Т.В.², Сараева Н.В.^{1,2}, Кулакова О.В.¹

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Самара, Россия

²ЗАО «Медицинская компания ИДК», Самара, Россия

В настоящее время для достижения беременности эмбриологам в программе ВРТ все чаще приходится прибегать к различным техникам их активации.

Цель исследования: оценка эффективности применения ионофоров кальция (Ca^{2+}) для активации ооцитов.

Материал и методы: оценивались частота оплодотворения (ЧО), частота дробления (ЧД), процент дорастания до бластоцисты, частота наступления беременности (ЧНБ) и частота имплантации (ЧИ) в группах пациентов: 1-я группа – активация ооцитов ионофорами Ca^{2+} , 2-я группа – без активации. Группы были сопоставимы по среднему возрасту, количеству переносимых эмбрионов и средней дозе препаратов ФСГ. Оплодотворение осуществляли методом ИКСИ по стандартной методике. Для активации ооцитов был использован ионофор Ca^{2+} (Calcium ionophore A23187 Sigma, Germany).

Результаты: показатель оплодотворения в 1-й группе 86,3%, во 2-й – 78,8%, ЧД – соответственно 94,4 и 95,1%, процент дорастания до бластоцисты – 42,8 и 58,5. В 1-й группе ЧНБ составила 33,3%, ЧИ – 25%, во 2-й группе эти показатели равнялись соответственно 25,0 и 21,7%.

Полученные данные показывают, что частота оплодотворения оказалась выше в группе, где активация ооцитов проводилась ионофорами Ca^{2+} . Показатель дорастания до бластоцисты в 1-й группе оказался ниже. Клинические показатели (ЧНБ, ЧИ) были более высокими в 1-й группе.

ЁРДАМЧИ РЕПРОДУКТИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАР САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШДА ЯНГИ МЕТОДОЛОГИК ЁНДОШУВЛАР

О.В. Шурыгина, С.З. Юлдашева
Самара Давлат Университети репродуктив тиббиёт, клиник эмбриология
ва генетика кафедраси, Самара, Россия,
Тошкент педиатрия институти

Долзарблиги. Молекуляр генетика ва эмбрионларнинг культивациялаш янги технологиялари соҳасидаги замонавий диагностик усулларнинг ривожланишини инобатга олган ҳолда, уларнинг биргаликда ёрдамчи репродуктив технологиялар (ЁРТ) самарадорлигини ва пациентларни қониқтириш даражасини оширишга эришиш мумкин. Ушбу изланишнинг **мақсади** предимплантацион генетик таҳлил (скрининг) усулининг афзалликларини аниқлаш.

Материал ва методлар . 2015-2017 йиллар давомида преимплантацион генетик ташҳислаш билан 57 та цикл ўтказилган. Предимплантацион генетик скрининг (PGS) усули юқори маҳсулдор секвенирлашнинг (NGS) янги авлодини қўллашга асосланган. Таҳлил Illumina MySeq секвенаторида ўтказилади. Текширув натижасида эмбрион геноми барча 46 та хромосома бўйича баҳоланди.

Изланишлар натижалари. NGS усулини қўллаш бачадон бўшлиғига генетик “соғлом эмбрион”ни қўчириб ўтказиш имконини беради, 70% гача биопсияланган эмбрионлар анеуплоидия статусига эга. Битта генетик “соғлом” эмбрионни қўчириб ўтказиш циклида ҳомиладорликнинг учраши кўрсаткичлари, ўтказилган текширувлар натижасига кўра 53% ни ташкил этди. ЁРТ дастурлари эмбриологик этапининг замонавий технологиялари инвазив генетик скрининг (PGS) усулларини қўллаган ҳолда, имплантация учун энг компетент эмбрионни танлаб олиш имконини беради.

ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Эгамова Ш.Ф., Хотамова М.Т.
Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: проспективное наблюдение первобеременных с гипертензией беременности.

Материал и методы: проспективное контролируемое 5-летнее наблюдение первобеременных с гипертензией беременности. Проспективно исследовали группу из 49 первобеременных женщин с гипертензией беременности и подобранную по возрасту контрольную группу из 49 первобеременных с нормальным АД. В 1-ю группу включали лишь тех женщин, у которых гипертензия впервые была выявлена во время беременности. В группу не включали женщин с гипертензией, имевшейся только во время родов или в послеродовом периоде. Наблюдение с определением АД продолжали регулярно на протяжении 5-6 лет. В конце периода наблюдения у 21 из 49 женщин 1-й группы имелась гипертензия, требующая лечения (7 женщин), или пограничная гипертензия (14 женщин). Пограничная гипертензия развилась всего у 2 женщин контрольной группы. Наиболее значимым фактором, прогнозирующим последующее высокое АД через 5-6 лет, был срок беременности, при котором впервые выявлена гипертензия.

Таким образом, прогностическими факторами являлись величина первого измерения диастолического давления за период наблюдения, гипертензия в семейном анамнезе, курение и возраст женщин.

ВЛИЯНИЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ПРОСТАГЛАНДИНОВ В КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Юсупова Ю. Ш., Хотамова М.Т
Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования: влияние ацетилсалициловой кислоты (АСК) на концентрацию простагландинов в крови у беременных женщин.

Материал и методы: известно, что протеинурия и гипертензия во время беременности могут быть связаны с нарушением баланса между простагландином и тромбоксаном А₂. АСК (81 мг/сут в течение недели) применяли у беременных женщин, чувствительных к ангиотензину II, начиная с 32-х недель. Продукция тромбоксана А₂, простагландина и ПГЕ₂ значительно снижалась. Уровень тромбоксана А₂ снижался значительно больше, чем уровень простагландина, в связи с чем величина соотношения простагландин/тромбоксан А₂ увеличивалась.

Таким образом, авторы получили подтверждение гипотезы о том, что частота гипертензии беременных уменьшается после применения низких доз АСК в результате избирательной ингибиции тромбоксана А₂.

Формат 60×84/8. Гарнитура Times. Бумага «Бизнес». Тираж 200.
Усл. печ. л. 13,6. Уч. изд.л. 23,3.

Цена договорная.

Минитипография АН РУз
100047. Ташкент, ул. Я. Гулямова, 70.