

ISSN 2091-5853

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI



JURNALI

**NAZARIY
VA
KLINIK
TIBBIYOT**

5 2019

ЖУРНАЛ

**ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ
и КЛИНИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ**

- Умарова Н.М., Джаббарова Ю.К., Любчик А.С.* Особенности течения и осложнений беременности при четвертом и более кесаревом сечении в условиях республиканского перинатального центра **81** *Umarova N.M., Jabbarova U. K., Lyubchich A.S.* Peculiarities of current and complications of pregnancy under fourth and more caesarian section in the conditions of the republican perinatal center
- Уринбаева Н.А., Бабаджанова Г.С., Эшонхожаева Д.Д.* Особенности ведения беременных с преждевременным дородовым излитием околоплодных вод в III-триместре **83** *Urinbaeva N.A., Babajanova G.S., Eshonkhojaeva D.D.* Peculiarities of maintaining pregnant women with premature breeding fetus water in III-trimester
- Халитова З.И., Шамсиева З.И., Кадырова Н. З.* Изменения системы гемостаза у беременных с гестационным сахарным диабетом **85** *Khalitova Z.I, Shamsieva Z.I, Kadirova N.Z.* Changes in the hemostatic system in pregnant woman with gestational diabetes
- Ходжимуратова Г.А. Султанов С.Н.* Патофизиологическая и морфологическая оценка нарушений маточно-плацентарного комплекса при отслойке нормально расположенной плаценты **87** *Hodjimuratova G. A. Sultanov S.N.* Pathophysiological and morphological assessment of violations of uteroplacental complex and detachment of normally located placenta
- Чориева Г.З.* Коррекция антигипоксантами метаболической дисфункции плаценты у беременных с АВО-иммунизацией **89** *Chorieva G. Z.* Correction antihypoxants of metabolic dysfunction of the placenta in pregnant women with ABO-immunization
- Шодиев Б. В., Ихтиярова Г. А., Озкая Э.* Микронутриентная диета как базисная профилактика патологии у женщин с привычными выкидышами **91** *Shodiev B.V., Ihtiyarova G. A., Özkaya E.* Micronutrient diet as a basic prevention of pathology in women with habitual miscarriages
- Шодиева Х.Т., Пахомова Ж.Е.* Исходы многоплодной беременности при антенатальной гибели одного плода **93** *Shodieva Kh.T., Pahomova J. E.* The outputs of twin-to-twin pregnancy at antenatal mortality of one fetus
- Юсупбаев Р.Б., Тоиров М.А., Бабаханова А.М., Даулетова М.Ж.* Особенности показателей суточного мониторирования артериального давления у беременных с гипертензивным синдромом **96** *Yusupbaev R.B., Toirov M.A., Babakhanova A.M., Dauletova M.J.* Features of indicators of daily monitoring of arterial pressure in pregnant women with hypertensive syndrome

ГИНЕКОЛОГИЯ

- Адизова С.Р., Рахматуллаева М.М., Тошева И.И.* Оценка клинического статуса многоплодных женщин репродуктивного возраста, использующих внутриматочную контрацепцию **98**
- Бекмирзаева Ф.М., Шукуров Ф.И.* Оценка эффективности использования инотир® в сочетании с белара® при синдроме поликистозных яичников **100**
- Гафуров Ж.М., Миразимова Х.И.* К вопросу распространенности стрессового недержания мочи у женщин Узбекистана и его коррекция **102**
- Гафуров Ж.М., Абдикулова Н.Х.* Сравнительный анализ проведения гистерэктомии абдоминальным и лапароскопическим доступом при миоме матки **105**
- Дильмуратова В., Нигматова Г.М.* Некоторые показатели гормонального статуса и липидного обмена у девушек с алиментарным ожирением и их коррекция **107**
- Захидова Ш.У., Шукуров Ф.И.* Особенности гормональной контрацепции у женщин с аутоиммунным тиреоидитом **109**
- Ирнazarова Д.Х., Каримов А.Х., Юлдашева Д.Ю., Юлбарисов А.А., Ахмедова Г.А.* Инновационные технологии в диагностике миомы матки **111**

GYNECOLOGY

- Adizova S.R., Rakhmatullaeva M.M., Toshvaeva I.I.* Evaluation of the clinical status of multipara women of reproductive age using intrauterine contraception **98**
- Bekmirzaeva F.M., Shukurov F.I.* Assessment of the efficiency of using inotir® in combination with belara® in the syndrome of polycystic ovarians **100**
- Gafurov J.M., Mirazimova Kh.I.* To the question of the distribution of stress urinary containment in women of Uzbekistan and its correction **102**
- Gafurov J.M., Abdikulova N.Kh.* The comparative analysis of the hysterectomy by abdominal and laparoscopic access in uterine fibroids **105**
- Dilmuratova V., Nigmatova G.M.* Some parameters of hormonal status and lipid exchange in girls with alimentary obesity and their correction **107**
- Zahidova Sh.U., Shukurov F.I.* Peculiarities of hormonal contraception in women with autoimmune tyreiditis **109**
- Irnazarova D.Kh., Karimov A.Kh., Yuldasheva D.Yu., Yulbarisov A.A., Akhmedova G.A.* Innovative technologies in the diagnostics of uterine fibroid **111**

нов малого таза.

Следовательно, ВМК повышает риск развития и усугубления гипохромной анемии. Выраженность ее возрастает по мере удлинения ношения ВМК.

Таким образом, динамический контроль за характером влагалищных мазков показало, что ВМК может приводить к нарушениям нормальной генитальной микрофлоры и способствует снижению колонизационной резистентности и соответственно понижению функциональной активности защитных барьеров организма по отношению к условно патогенным микроорганизмам. Анализ данных исследования показывает, что для снижения побочных эффектов внутриматочной контрацепции к минимуму, надо обеспечить тщательный подбор контингента для данного метода с учетом противопоказаний, квалифицированное консультирование и наблюдение как до, так и после введения контрацептива.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дикке Г.Б. Профилактика повторной нежела-

тельной беременности, выбор метода контрацепции // Акушерство и гинекология. - М., 2014

2. Иванова Е. В. и др. Внутриматочная гормональная система: вопросы о приемлемости и безопасности // Акушерство и гинекология. - М., 2011
3. Маматкулов Д.Ф. К вопросу о частоте железодефицитной анемии среди женщин фертильного возраста // Вестник врача Самарканд, 2009, №3
4. Садыкова М. Ш. Регулирование фертильности оральными контрацептивами у женщин позднего репродуктивного возраста с хроническим пиелонефритом в анамнезе : научное издание // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2008.
5. Хамдамова М.Т. Состояние здоровья женщин, применяющих внутриматочные спирали // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья Ташкент 2010 №3

УДК:618.11-008.64

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНОТИР® В СОЧЕТАНИИ С БЕЛАРА® ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Бекмирзаева Ф.М., Шукуров Ф.И.
Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

Кузатув остида 60 нафар тухумдонлар поликистозли мавжуд аёллар бўлди. Асосий гуруҳни 40 нафар кўп компонентли Инотир® дориси ва хлормадион ацетат ва этинилэстрадиол сакловчи (КОК) Белара® дориларини ўз ичига олган комбиниралашган терапияни олаётган беморлар ташкил этди. Назорат гуруҳини 20 нафар репродуктив ёшдаги соғлом аёллар ташкил этди. Комбиниралашган терапияни қўллаш беморларда хайз циклини тикланишига, тухумдонлар ҳажми ва структурасига, углеводлар алмашинувига ижобий таъсир кўрсатиб, антиандроген таъсирини ҳам намоён этди.

Калит сўзлар: тухумдонлар поликистоз синдроми, Инотир®, Белара®, гиперинсулинемия, гиперандрогенемия.

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПЯ) является часто встречающейся эндокринопатией, им страдает, по разным данным от 5 до 10% женщин детородного возраста. При этом в структуре причин бесплодного брака на долю СПЯ приходится 20–22%, а среди всех случаев эндокринного бесплодия СПЯ составляет 56,2% [1]. СПЯ – наиболее частое состояние, при котором имеется сочетание гиперандрогенемии и инсулинорези-

SUMMARY

60 patients with polycystic ovary syndrome were examined. The main group consisted of 40 women who received combination therapy with the multicomponent drug Inotir®, in combination with chlormadinone acetate, ethinyl estradiol containing (COC) Belara®. The control group included 20 healthy women of reproductive age. The use of combination therapy led to the normalization of the menstrual cycle, had an impact on the structure and volume of the ovaries, antiandrogenic action and normalization of carbohydrate metabolism.

Key words: polycystic ovary syndrome; treatment; Inotir®, Belara®, violation of carbohydrate metabolism.

стентности. Нарушения углеводного обмена в виде нарушения толерантности к глюкозе имеют 30–40 % больных СПЯ и 7,5 % больных — в виде сахарного диабета (СД) 2 типа [2]. Тактика лечения больных СПЯ зависит от патогенетических механизмов становления патологии и жалоб больных. Первым этапом лечения является понижение массы тела и коррекция метаболических нарушений. Коррекция метаболических нарушений заключается в диетотера-

пии, изменении образа жизни (физические нагрузки, отказ от курения и употребления алкоголя) и использования инсулиносенситайзеров [3]. К ним относятся метформин и тиазолидиндионы (пиоглитазон, розиглитазон). Сведения об эффективности метформина крайне противоречивы. По одним данным [4], использование метформина ведет к достоверному понижению уровня андрогенов в крови, уменьшению гиперинсулинемии и улучшению менструального цикла. По другим данным, использование метформина не приводит к изменению индекса массы тела (ИМТ) [5] и не влияет на менструальный цикл. Ввиду отсутствия работ, посвященных сравнению эффективности использования Инотира и его сочетания с КОКБелара, содержащим хлормадинона ацетат этинилэстрадиол, у больных СПЯ, нам представлялось интересным провести уточнение эффективности этих двух препаратов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности использования многокомпонентного препарата Инотир® и его сочетание с Белара®, содержащим хлормадинона ацетат этинилэстрадиол, у больных СПЯ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 60 женщин: основную группу составили 40 женщин получавших комбинированную терапию с многокомпонентным препаратом Инотир®, в сочетании с хлормадинона ацетат этинилэстрадиол содержащим (КОК) Белара®. Группу контроля вошли 20 здоровых женщин репродуктивного возраста. Возраст обследованных составил $24,5 \pm 0,2$ года. Всем больным проводилось клиническое и лабораторное обследование, включающее в себя оценку менструального цикла и репродуктивной функции, весоростовых характеристик, степени выраженности гирсутизма, а также гормональное и ультразвуковое исследования. Для оценки степени ожирения использовали величину индекса массы тела. Всем больным проводилось лабораторное обследование, которое включало в себя проведение пробы на толерантность к глюкозе (ПТГ). До начала проведения ПТГ и сразу после ее окончания определяли уровень инсулина в крови. Определение содержания в крови фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина, андростендиона, дегидроэпиандростерона сульфата (ДЭА-С), 17-гидроксипрогестерона (17-ОНП), тестостерона, глобулина, связывающего половые стероиды (ГСПС), с расчетом индекса свободного андрогена (ИСА), дигидротестостерона проводили на 5–8–й день спонтанного или индуцированного гестагенами цикла (в случае аменореи – в любой день). ИСА рассчитывали по формуле: $(\text{тестостерон (нмоль/л)} \times 100) / \text{ГСПС (нмоль/л)}$. На 21–23 день менструального цикла проводилось определение содержания пролактина и прогестерона в крови. Уровень ФСГ, ЛГ, пролактина, прогестерона, тестостерона, ГСПС, ДЭА-С в крови определяли иммуноферментным способом с использованием наборов фирмы «Алкор-

Био» (Россия). Уровень андростендиона, дигидротестостерона, 17-ОНП, инсулина определяли иммуноферментным способом с использованием наборов компании «DRG-Diagnostics» (Германия). Всем больным основной группы было назначено многокомпонентный препарат Инотир® по 1 пакет саше 2 раза в сутки в течение 3 месяцев и хлормадинона ацетат этинилэстрадиол содержащей (КОК) Белара® по схеме в течении 3 месяцев. Продолжительность терапии подбиралась персонально, и продлилось в течение 3–6 месяцев. Клиническая эффективность проводимого лечения оценивалась – на основе анализа состояния менструальной и репродуктивной функции.

Статистическая обработка материала производилась на персональном компьютере с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statisticafor Windows v. 6.0).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке состояния углеводного обмена было установлено, что нарушение толерантности к глюкозе было у 32 (36 %) больных, из них по результатам ПТГ у одной был диагностирован сахарный диабет 2 типа (0,9 %). У 8 (64 %) больных ПТГ была в пределах нормы. Частота выявления нарушения толерантности к глюкозе у больных СПЯ была существенно выше, чем у здоровых женщин репродуктивного возраста – 7,8%. При сравнении клинической характеристики больных с обычной и нарушенной ПТГ не было выявлено практически никаких различий как по весоростовым показателям, например и по времени появления симптомов андрогензависимой дерматии. Гиперинсулинемия натощак встречалась у 43 % больных с нормальной ПТГ и у 62,5 % – с НТГ, в то время как повышенные уровни инсулина в крови в ответ на прием глюкозы были у 50 и 83 % больных соответственно. Сравнительный анализ данных гормонального обследования показал отсутствие различий между больными с нормальной и нарушенной ПТГ по уровню гонадотропных гормонов и андрогенов в крови. При этом у больных обеих групп значение гонадотропинов, тестостерона, свободного тестостерона, дигидротестостерона в крови и ИСА были значительно выше, чем аналогичные показатели в контрольной группе. Впрочем, не было различий в содержании андрогенов в крови – как у больных с обычной ПТГ, так и с НТГ они соответствовали значениям у здоровых женщин. Больные, у которых было выявлено НТГ, получали в течение 3 месяцев терапию Инотиром по 1 пакет 2 раза в день в сочетании с Белара®, в состав которого входит 2.0 мг хлормадинона ацетати 0,03 мг этинилэстрадиол. Избыточный вес был у 13 больных 1–й группы, из них избыток массы тела – у 8 и ожирение I степени – у пяти женщин. Через 6 месяцев лечения в 1–й группе больных произошло статистически важное понижение базального значения инсулина в крови ($16,0 \pm 1,7$ мМЕ/л и $10,1 \pm 1,2$ мМЕ/л соответственно, $p < 0,01$), при этом наблюда-

лось выраженное снижение уровня инсулина в крови после нагрузки глюкозой ($53,3 \pm 7,6$ мМЕ/л и $25,5 \pm 3,9$ мМЕ/л соответственно, $p < 0,001$). НТГ сохранилось через 0,5 года лечения у четырех (17,4 %) из 23 больных. На фоне применения Инотира® в сочетании с Белара® нормализация ПТГ произошла у 25 из 40 больных (83,3 %) ($p > 0,05$). Увеличения массы тела не было ни у одной больной. У всех 40 больных основной группы до лечения было нарушение менструального цикла, проявляющееся в виде вторичной аменореи у 8 женщин, опсоменореи – у 12 и меноррагии – у 3. На фоне комбинированной терапии восстановление регулярного менструального цикла произошло у 37 (90,4 %) больных (у троих больных до начала лечения была вторичная аменорея, менструальный цикл восстановился через 2 месяца приема Инотира). На протяжении всего периода лечения Инотиром отмечено значимое изменение объема и структуры яичников. Также было замечено изменение гирсутного числа (до лечения $16,3 \pm 0,3$ балла, через 6 месяцев $16,0 \pm 0,4$ балла; $p > 0,1$). Следовательно, терапия Инотиром показана не только для коррекции гиперинсулинемии и нарушения углеводного обмена. На фоне использования Инотира в сочетании с Белара происходило достоверное уменьшение размера и структуры яичников и имела тенденция к снижению гирсутного числа с $15,8 \pm 1,9$ балла до $13,8 \pm 1,9$ балла ($p > 0,05$).

Учитывая высокую эффективность данной терапии в коррекции углеводного обмена в сочетании с благоприятным воздействием на размер яичников, а также доказанными антиандрогенными свойствами Белара, данный вид комбинированной терапии (Инотир в сочетании с Белара), может быть реко-

мендован больным СПЯ, имеющим НТГ, в качестве первого этапа лечения.

ВЫВОДЫ:

Использование комбинированной терапии Инотир® в сочетании с Белара® у больных СПЯ привело к уменьшению гиперинсулинемии, нормализации углеводного обмена, понижению гиперандрогенемии и к снижению массы тела, что указывает на целесообразность их применения для коррекции метаболических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Макиян З.Н., Глыбина Т.М., Сибирская Е.В., Плюшкина А.А. Предикторы синдрома поликистозных яичников у юных пациенток (обзор литературы) // Проблемы репродуктологии. – 2014. – № 5. – С. 52–56.
2. Геворкян, М. А. Лечение дерматопатий у пациенток с синдромом поликистозных яичников (клиническая лекция) // Медицинский совет. – 2015. – № 7. – С. 28–31.
3. Унанян А.Л. и др. Синдром гиперандрогенизма в практике гинеколога // StatusPaesens. М.: Редакция журнала StatusPaesens, 2014. № 20 с.
4. Azziz R. (2016). PCOS in 2015: new insights into the genetics of polycystic ovary syndrome. Nat. Rev. Endocrinol., (12), 74–75.
5. Carmina E., Campagna A.M., Fruzzetti F., Lobo R.A. AMH measurement versus ovarian ultrasound in the diagnosis of polycystic ovary syndrome (PCOS) in different phenotypes // Endocr. Pract. Off. J. Am. Coll. Endocrinol. Am. Assoc. Clin. Endocrinol. 2015. [PMID: 26523627.]

УДК:616.61:616.62-008.222

К ВОПРОСУ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН УЗБЕКИСТАНА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

Гафуров Ж.М., Миразимова Х.И.
Республиканский перинатальный центр

ХУЛОСА

Muammoning dolzarbligi: Evropa va Amerika statistikasiga ko'ra, 40-60 yoshli ayollarning qariyb 45%da siydikni tuta olmaslik kuzatiladi.

Maqsad: Toshkent shahar ayollarida stress sharoitida siydikni tuta olmaslikning tarqalganligini o'rganish va TBT operatsiyalari samaradorligini baholash.

Uskunalar va usullari: siydikni stresli ushlab olmaslikning tarqalish tezligini o'rganish uchun anonym so'rov o'tkazildi. Bemorlar 2 guruhga bo'lindi. TVT-O operatsiyasi standart uauli, va Dadli operatsiyasi va posterior kolonoplastikaning oldingi posterior kolonoplastikasi asosida bajarilgan.

SUMMARY

The urgency of the problem: According to European and American statistics, about 45% of the female population aged 40-60 years old show symptoms of involuntary excretion of urine.

Objective: to study the prevalence of stress urinary incontinence in women of the city of Tashkent and to evaluate the effectiveness of the TBT operation.

Materials and Methods: An anonymous survey was conducted to study the frequency of the prevalence of stressful holding of urine. Patients are divided into 2 groups. The TVT-O operation was performed according to the standard procedure, the Dudley operation and the