

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

**ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

№ 3-4, 2022 (99-100)

ISSN 2091-5969

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
ВА РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИК
ЯНГИЛИКЛАРИ**

Марказий Осиё илмий-амалий журнали

**THE NEWS
OF DERMATOVENEROLOGY
AND REPRODUCTION HEALTH**

Central Asian Scientific and Practical Journal



Оригинальные статьи

КОМОРБИДНЫЕ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА
У.Ю. Сабилов, А.А. Якубов, С.С. Арифов.....4

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ
И.А. Ваисов, Ш.А. Юсупова, С.А. Юлдашева7

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ
ОНИХОМИКОЗОВ
А.Б. Рахматов10

ЗНАЧЕНИЕ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ В
КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА
*А.Б. Рахматов, Н.Д. Икрамова,
Ю.А. Алимухамедова*13

АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ И СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТЫЙ РИСК
А.К. Насырова, Д.К. Нажмутдинова16

МИКРООКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛИ И МОЛЕКУЛЯРНО-
БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДТИПЫ РАКА МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ
М.Н. Тилляшайхов, А.Ж. Каххаров18

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ
И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ С
МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ
Н.Т. Абдукаримова20

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ
В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
А.Р. Рузиев.....23

КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С
ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ
С.Н. Эгамова, А.Х. Каримов.....25

АССОЦИАЦИЯ HLA-DRB1, DQA1 И DQB1 С
БЕСПЛОДИЕМ РЕПРОДУКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА
Н.И. Хикматова, Ж.Е. Пахомова28

ВЛИЯНИЕ ДИСБАЛАНСА ЦИТОКИНОВ
СЫВОРОТКИ КРОВИ ЖЕНЩИН НА РАЗВИТИЕ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Л.В. Саркисова31

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ
НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН В
РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН
*Д.К. Нажмутдинова, Г.Т. Джурсаева,
А.М. Садуллаева*33

TUG‘RUQDAN SO‘NG ATONIK QON KETISHIGA
YUQORI XAVFLI HOMILADORLARNING SITOKIN
PROFILINI TAQQOSLASH
О.У. Ройонов, I.S. Salomova, N.N. Karimova36

COVID-19 GA CHALINGAN HOMILADOR
AYOLLARDA FETOPLASENTAR DISFUNKSIYASI
DAVOSI VA PROFILAKTIKASIGA YANGICHA
YONDASHUV
Z.B. Xolova., D.A. Xurmatova, F.I. Shukurov.....38

ДИАГНОСТИКА ТЕСТЛАРИНИ
КОМБИНАЦИЯСИНИ ҚЎЛЛАШ ОРҚАЛИ
ЗАХМНИНГ ДИАГНОСТИКАСИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
А.Ш. Иноятлов, Д.Ф. Порсохонова, Х.Р. Халидова40

Обмен опытом

ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ
ТРИХОФИТИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ИММУНОМОДУЛЯТОРА РАГОСИН
О.С. Имамов, И.Н. Абдувахитова44

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И
РОДОВ У ПАЦИЕНТОК НА
ФОНЕ ЭНДОМЕТРИОЗА
*Д.Д. Саиджалилова, Н.Х. Мадолимова, Д.Н. Ходжаева,
Д.А. Аюпова*48

АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ
МИКРООКРУЖЕНИЕМ ОПУХОЛИ И СТЕПЕНЬЮ
ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ
М.Н. Тилляшайхов, А.Ж. Каххаров50

КАРДИОПРОТЕКЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Н.Э. Абдуллаева52

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СПАЕЧНОГО
ПРОЦЕССА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
*У.Х. Солиева, Д.Д. Саиджалилова, Д.Н. Ходжаева,
Д.А. Аюпова*.....54

АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ
МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ПОДТИПОВ
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
М.Н. Тилляшайхов, А.Ж. Каххаров58

ЛУЧЕВЫЕ РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ
РАДИОТЕРАПИИ РАКА ВУЛЬВЫ
Д.Ш. Полатова, В.С. Наврузова60

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ
ТОМОГРАФИИ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ
ИЗМЕНЕНИЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ
СУСТАВОВ
Г.Б. Хайдарова63

BACHADON BO‘YNI SARATONINI DAVOLASHDA
NEOADYUVANT DAVO USULLARINING AHAMIYATI
*Yu.Q. Qadamova, M.B. Nazarova,
D.Sh. Xadjiyev*.....68

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

У.Х. Солиева, Д.Д. Саиджалилова, Д.Н. Ходжаева, Д.А. Аюпова

Ташкентская медицинская академия

Известно, что брюшина обладает способностью реагировать на любое раздражение спайкообразованием, результатом этого, по сути защитного механизма, зачастую является трубно-перитонеальное бесплодие, синдром тазовых болей, нарушение анато-топографического расположения органов малого таза с нарушением их функциональной активности. В связи с этим, мы проанализированы 232 истории болезни пациенток, которым выполнены оперативные вмешательства по поводу различной гинекологической патологии. Нами выявлено, что у женщин со спайкообразованием преобладают пациентки с III-IV степенью распространения, вне зависимости от этиологического фактора. Выделены значимые экзогенные факторы риска, связанные с хирургической травмой: лапаротомный доступ, наличие повторных операций, экстренность предшествующей операции, дренирование брюшной полости

Ключевые слова: спайкообразование, гинекологические осложнения

Reproduktiv yoshdagi ayollarda kichik chanoq a'zolari bitishmalarining rivojlanishi uchun xavf omillari

U.X. Soliyeva, D.D. Saidjalilova, D.N. Xodjaeva, D.A. Ayupova

Ma'lumki, qorin parda har qanday tirnash xususiyati bilan adezyon shakllanishi bilan javob berish qobiliyatiga ega, buning natijasi, aslida, himoya mexanizmi bo'lsa-da, ko'pincha tubo-peritoneal bepustlik, kichik chanoq a'zolarining og'riq sindromi, qorin bo'shlig'ining anatomik va topografik joylashuvining buzilishiga olib keladi. Shu munosabat bilan biz turli xil ginekologik patologiyalar bo'yicha jarrohlik amaliyoti o'tkazgan bemorlarning 232 ta holatini tahlil qildik. Biz ayollarda etiologik omildan qat'i nazar, III-IV darajadagi bitishmalari bo'lgan bemorlar ustunlik qilishini aniqladik. Jarrohlik jarohati bilan bog'liq bo'lgan muhim ekzogen xavf omillari aniqlandi: laparotomiyaga kirish, takroriy jarrohliklarning mavjudligi, oldingi jarrohlik amaliyotining shoshilinchligi, qorin bo'shlig'ini drenajlash.

Tayanch so'zlar: bitishmalarining shakllanishi, ginekologik asoratlilar.

Risk factors for the development of adhesions of the pelvic organs in women of reproductive age

U.Kh. Soliyeva, D.D. Saijalilova, D.N. Khodjaeva, D.A. Ayupova

It is known that the peritoneum has the ability to respond to any irritation by adhesion formation, the result of this, in fact, a protective mechanism, is often tubal-peritoneal infertility, pelvic pain syndrome, violation of the anatomical and topographic location of the pelvic organs with a violation of their functional activity. In this regard, we analyzed 232 case histories of patients who underwent surgery for various gynecological pathologies. We found that in women with adhesion formation, patients with III-IV degree of prevalence prevail, regardless of the etiological factor. Significant exogenous risk factors associated with surgical trauma were identified: laparotomic access, the presence of repeated operations, the urgency of the previous operation, drainage of the abdominal cavity

Keywords: adhesion formation, gynecological complications.

Актуальность. Изучение спаечной болезни (СБ) имеет не более чем столетнюю историю. Литературные данные свидетельствуют, что после хирургических вмешательств на органах малого таза у 60-90% пациенток развивается спаечный процесс [1,3]. Так, исследование SCAR группой Lower et al. в Шотландии показало, что именно спаечный процесс после перенесенных гинекологических операций приводит к бесплодию, так как в 40% случаев беременность наступала после оперативного адгезиолизиса [2].

Изучение эпидемиологического аспекта данной патологии (ЭСАК-исследование, 1986-1996) проведенное в Шотландии базировалась на результатах наблюдения за 30000 женщинами после гинекологических операций [6,8,9]. Авторами было установлено, что каждая третья пациентка в течение десяти лет была госпитализирована дважды в связи с жалобами, вызванными наличием спаечного процесса. А 5% женщин были госпитализированы за этот период времени более 6 раз. При этом консервативные методы лечения спаечной болезни не имеют должной эффективности, а хирургическое лечение приводит к усугублению спайкообразования [10,11,12]. Наиболее часто в литературе указываются следующие этиологические

факторы спаечного процесса – оперативная травма, инородные тела, эндометриоз и инфекционный процесс [3,4,5,6,7,8,12,13]. Остается неясным не только преимущественная причина спайкообразования в малом тазу, но и те зачастую не учитываемые факторы, которые при прочих равных условиях превращают физиологический процесс ограничения брюшиной места патологического воздействия – в патологический процесс тяжелой спаечной болезни. Указанные аспекты позволяют предполагать особую роль факторов риска на факт и интенсивность развития спаечной болезни в каждом конкретном случае.

Цель исследования: выявить факторы риска развития спаечного процесса органов малого таза у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы 232 истории болезни пациенток, отобранных случайным методом, которым выполнены оперативные вмешательства по поводу различной гинекологической патологии. Эти женщины были вызваны на повторный осмотр гинеколога. На обследование из 232 женщин явились 183 женщины. Из них, основную группу составили 106 пациенток со спаечным процессом органов малого таза, установленным по классификации R-AFS; группу срав-

нения – 77 пациенток без спаечного процесса органов малого таза.

В качестве описательных статистик для количественных данных использовались медиана и квартили, для качественных – доля признака, выраженная в процентах. Для определения статистической значимости различий количественных признаков использовался критерий Манна-Уитни. Проведены расчет отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ 95%) факторов риска развития спаечного процесса.

Результаты исследования: Частота встречаемости спаечного процесса в структуре интраоперационных диагнозов в отделении оперативной гинекологии 9-го акушерского комплекса г. Ташкента составила 57,9%. Нами проведен анализ структуры причин спаечного процесса, основанный на указании в анамнезе на фактор, предполагающий возможность его формирования: предшествующие операции на органах брюшной полости и органах малого таза (лапаротомия, лапароскопия), воспалительные заболевания органов малого таза и наружный генитальный эндометриоз. При сочетании причин, приводящих к спаечному процессу, пациенты были выделены в отдельную группу, в которой ведущий фактор установить невозможно. Таким образом, при наличии в анамнезе только данных о перенесенных оперативных вмешательствах диагностировали послеоперационные спайки, при указании на воспалительные заболевания придатков матки любой этиологии – тазовые перитонеальные спайки (ТПС), при наличии эндометриоза, диагностированного при проведении лапароскопии и отсутствии других причин формирования спаечного процесса – спайки, связанные с эндометриозом. Данные об анализе структуры причин спаечного процесса в малом тазу представлены в таблице 1.

Таблица 1

Структура этиологических факторов спаечного процесса

Возможные причины спаечного процесса	Абс.	%
Тазовые перитонеальные спайки (ТПС)	21	19,8
Послеоперационные спайки	16	15,1
Спайки, связанные с эндометриозом	15	14,2
Сочетание ТПС и послеоперационных спаек	23	21,7
Сочетание эндометриоза и послеоперационных спаек	20	18,9
Сочетание ТПС и спаек, связанных с эндометриозом	11	10,3
Всего	106	100

Вышеприведенный анализ причин спайкообразования показывает, что только у 49,1% женщин возможно установить единственную причину формирования спек в малом тазу, среди которых чаще выявлены ТПС (19,8%). Что касается сочетания причин спайкообразования, то чаще встречались сочетание ТПС и послеоперационных спаек (21,7%), которые достоверно не отличались от показателей частоты сочетания эндометриоза и послеоперационных спаек (18,9%). Тогда как, сочетания ТПС и

спаек, связанных с эндометриозом, встречались в 2 раза реже.

При проведении лапароскопии женщинам со спайкообразованием была проанализирована степень (стадия) распространенности спаечного процесса. Отмечалось преобладание пациенток с III-IV степенью распространения (согласно классификации R-AFS) – 66 (62,3%), тогда как пациенток с малыми формами распространения спаечного процесса (I-II ст.) было 40 (37,7%), независимо от этиологического фактора ($p < 0,05$) (таблица 2).

Таблица 2

Степень распространения спаечного процесса (классификация R-AFS)

Виды	I-II степень		III-IV степень	
	Абс	%	абс	%
Тазовые перитонеальные спайки (ТПС) (n=21)	8	38,1	13	61,9*
Послеоперационные спайки (n=16)	5	31,25	11	68,75*
Спайки, связанные с эндометриозом (n=15)	7	46,7	8	53,3
Сочетанные формы спаек (n=54)	15	27,8	39	72,2*
Всего (n=106)	35	33,0	71	67,0*

Примечание: * – достоверное отличие значений групп с I-II и III-IV степенью распространения спаек.

Анализ распространенности спаечного процесса в зависимости от профиля хирургического вмешательства (гинекологическое/хирургическое), выполненного ранее, продемонстрировал достоверные отличия между группами. Тазовые перитонеальные спайки I-II степени распространения были диагностированы у 8 (38,1%), что в 1,6 раза реже (61,9%) встречаемости спаек III-IV степени ($p < 0,05$). Аналогичная тенденция наблюдалась и при послеоперационных спайках, когда спайки I-II стадии распространения были выявлены у 36,9%, а III-IV стадии распространения чаще (63,1%) ($p < 0,05$). Тогда как, при спайках, ассоциированных с эндометриозом, наблюдалась почти равное количество больных с I-II и III-IV степенью распространения спаечного процесса ($p \geq 0,05$). При спайках сочетанной этиологии преимущественно была выявлена III-IV стадия распространения спаечного процесса (72,2%) ($p < 0,01$). Таким образом, структура распространенности не зависела от этиологического фактора, но случаи выраженного спаечного процесса преобладали в структуре сочетанной патологии (особенно послеоперационной).

Спайки в малом тазу изначально являются результатом адаптации организма к воздействию гипоксии. Гипоксия – патологический процесс, вызванный внешним и/или внутренним воздействием, при крайнем значении которого в условиях генетической предрасположенности брюшина малого таза реагирует формированием спаек. Учитывая вышеизложенное, мы решили проанализировать экзогенные и эндогенные факторы риска, способствующие формированию спаек, и проанализировать их взаимосвязь со степенью распространенности

спаечного процесса. Под экзогенными факторами риска спайкообразования понимают такие внешние факторы, влияния которых превышает адаптивные возможности организма и приводит к формированию спаек [3,4]. Тогда как по эндогенными факторами риска подразумевают генетически детерминированные особенности (предрасположенность), снижающие возможности организма противостоять гипоксии и становится причиной спайкообразования [7,8]. Комбинация экзогенных и эндогенных факторов риска существенно повышает вероятность формирования спаечного процесса и стадии его распространения.

Для выявления наиболее значимых экзогенных факторов спайкообразования и их влияния на распространенность в малом тазу, нами были проанализированы клиничко-анамнестические данные наших пациентов в зависимости от этиологии. В анамнезе у 59 (55,7%) пациенток были указания на перенесенные оперативные вмешательства, у 55 (51,9%) – на перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза различной этиологии, у 46 (43,4%) больных был диагностирован эндометриоз. Несоответствие числа пациенток общему количеству наблюдений объясняется сочетанием у одной пациентки нескольких причин формирования спаек. Из представленных данных видно, что доля этиологических факторов риска в структуре этой патологии достоверно не различалась ($p > 0,05$).

Учитывая, что все-таки большее количество составили женщины с послеоперационными спайками, мы провели более подробный анализ следующих факторов, таких как: хирургический доступ; профиль оперативного лечения; объем оперативных вмешательств; срочность выполнения оперативных вмешательств; наличие дренирования брюшной полости; количество перенесенных оперативных вмешательств; давность перенесенного оперативного вмешательства и их взаимосвязь с распространенностью спаек (табл.3).

Таблица 3.
Особенности хирургического анамнеза у пациенток с послеоперационными спайками в малом тазу

Показатели		Группа 1 с I-II степенью (n=18)		Группа 2 с III-IV степенью (n=41)	
		абс	%	Абс	%
Хирургический доступ	лапароскопия (n=29)	13	72,2**	16	39*,**
	лапаротомия (n=30)	5	27,8	25	61*
Профиль оперативного лечения	акушерско-гинекологические операции (n=27)	11	61,1	16	39*
	операции в брюшной полости (n=21)	5	27,8	14	34,2*
	акушерско-гинекологические и полостные (n=13)	2	11,1	11	26,8*

Экстренность операции	плановые (n=22)	10	55,6	12	29,3*
	экстренные (n=37)	8	44,4	29	70,7*
Дренирование брюшной полости	да (n=36)	3	16,7	33	80,5*
	нет (n=23)	15	44,7	8	19,5*
Давность последней операции	менее 1 года (n=27)	7	38,9	20	48,8
	более 1 года (n=32)	11	61,1	21	51,2

Примечание: * – достоверное отличие показателей группы 2 (III-IV степень) относительно показателей группы 1 (I-II степень) ($p < 0,05$); ** – различие значений групп относительно доступа в брюшную полость ($p < 0,05$), (для оценки значимости расхождения частот использовался критерий χ^2 ; при наличии в анамнезе нескольких операций, выполненных различными доступами, расчет вели по лапаротомическому доступу).

В зависимости от распространенности процесса спайкообразования мы женщин разделили на 2 группы: 1-ю группу составили 18 женщин с I-II степенью спайкообразования и 41 женщин – с III-IV степенью распространения спаек.

Изучение хирургического доступа при выполнении операций показал, что при лапароскопическом доступе легкая степень (I-II) распространения спаек встречалась в 2,6 раза чаще, чем при лапаротомном доступе. Соответственно, среднетяжелая и тяжелая степени распространения спаек чаще встречались в группе с лапаротомным доступом (61%).

Интересные данные были получены изучение взаимосвязи вида операции и степени распространения спаек. Так, наиболее чаще легкая степень (I-II) спаечного процесса наблюдалась у женщин, перенесших акушерско-гинекологические операции (61,1%), тогда при полостных операциях легкая степень распространения спайкообразования встречалась в 2,2 раза реже и еще меньше при сочетании акушерско-гинекологических и полостных операциях (11%).

Число распространенных форм спаек (III-IV степень) в группах наблюдались в недостоверно значимых пределах. Максимальное количество больных с III-IV стадией спаечного процесса зарегистрировано при повторных операциях на различных отделах брюшной полости.

Другим немаловажным фактором, влияющим на степень распространения спаечного процесса, явилось экстренность оперативных вмешательств. В 70,7% случаях тяжелого распространения спайкообразования операции у женщин в анамнезе были выполнены экстренно. Тогда как, легкая (I-II) степень спаек наблюдалась у женщин, которым операции были выполнены в плановом порядке. При наличии двух и более оперативных вмешательств в анамнезе, а также при регистрации спаечного процесса в ходе предшествующих операций, частота умеренных и тяжелых форм распространения спаечного процесса была достоверно выше.

Давность последнего перенесенного оперативного вмешательства не влияла на выраженность спаечного процесса, диагностированного при лапароскопии.

Таким образом, нами были выделены значимые экзогенные факторы риска, связанные с хирургической травмой. К ним относятся: лапаротомный доступ ($r=0,439$; $p<0,01$); наличие повторных операций на различных отделах брюшной полости ($r=0,355$; $p<0,01$); экстренность предшествующей операции ($r=0,219$; $p<0,01$); дренирование брюшной полости ($r=0,324$; $p<0,01$).

Выводы:

У женщин со спайкообразованием отмечалось преобладание пациенток с III-IV степенью распространения (62,3%), независимо от этиологического фактора.

В зависимости от причины степень распространения спаек была различной, с преобладанием III-IV степени при тазовых и послеоперационных спайках. При спайках, ассоциированных с эндометриозом, наблюдалась равное количество больных с I-II и III-IV степенью распространения спаечного процесса.

При спайках сочетанной этиологии преимущественно была выявлена III-IV стадия распространения спаечного процесса (72,2%).

Выделены значимые экзогенные факторы риска, связанные с хирургической травмой: лапаротомный доступ ($r=0,439$; $p<0,01$); наличие повторных операций ($r=0,355$; $p<0,01$); экстренность предшествующей операции ($r=0,219$; $p<0,01$); дренирование брюшной полости ($r=0,324$; $p<0,01$).

Список использованной литературы:

1. Адамян Л.В., Козаченко А.В., Кондратович Л.М. Спаечный процесс в брюшной полости: история изучения, классификация, патогенез (обзор литературы) // Проблемы репродукции. 2013. Т.19, №6. С.7-13.

2. Аддаев Р.Д., Мелихова Л.В., Овсиенко А.Б. Спаечная болезнь: послеоперационные осложнения и последствия специфических воспалительных процессов гениталий // Курортная медицина. 2014. №1. С.76-79.

3. Алексеев А.А., Сулима А.Н. Современные представления об этиологии и патогенезе спаечного процесса в малом тазу у женщин репродуктивного возраста // Медицинский вестник Юга России. 2016. №1. С.4-14.

4. Бен С.М., Репина Н.Б., Дмитриева М.Н. Методы диагностики послеоперационного спаечного процесса в малом тазу у женщин с хронической тазовой болью на фоне недифференцированной дисплазии // Вестник Авиценны. 2018. Т.20, №1. С.13-19.

5. Бен С.М., Репина Н.Б., Дмитриева М.Н., Никифоров А.А., Усачев И.А. Прогнозирование тазовых перитонеальных спаек на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани у женщин с хронической тазовой болью // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2019. №2 (70). С.29-37.

6. Доброхотова Ю.Э., Сулима А.Н., Пучкина Г.А. Оценка риска развития спаечного процесса после оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы // Акушерство и гинекология. 2020. №7. С.105-110.

7. Лазаренко В.А., Конопля А.И., Липатов В.А., Гомон М.С., Ефременков А.М. К вопросу о роли иммунной системы в раз-

витии спаечного процесса брюшной полости (обзор литературы) // Innova. 2016. №4(5). С.29-33.

8. Липатов В.А. К вопросу патофизиологии послеоперационного спаечного процесса брюшной полости // Innova. 2017. №3(8). С.13-17.

9. Магомедов М.М., Иманалиев М.Р., Магомедов М.А. Роль лапароскопических операций в формировании спаечного процесса в брюшной полости // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2021. №8. С.180-187.

10. Максимова Н.А., Пустынников А.В., Петров Д.В., Коваленко А.Н., Алифов Д.Г. Современные возможности профилактики и лечения спаечной болезни органов малого таза у послеоперационных гинекологических пациентов // Академический журнал Западной Сибири. 2017. Т.13, №3(70). С.58-60.

11. Тихомиров А.Л., Манухин И.Б., Казенашев В.В., Манухина Е.И., Юдина Т.А. Профилактика спаечного процесса и его осложнений в оперативной гинекологии // Российский вестник акушера-гинеколога. 2016. Т.16, №5. С.100-105.

12. Lang J., Ma D., Xiang Y. et al. Chinese expert consensus on the prevention of abdominal pelvic adhesions after gynecological tumor surgeries // Annals of translational medicine. 2020. Feb; Vol. 8 (4). P. 79.

13. Ziegler N., Torres-de la Roche LA., Devassy R., De Wilde RL. Changed inflammatory markers after application of 4DryField PH for adhesion prevention in gynecological surgery // Archives of gynecology and obstetrics. 2021. Vol. 304 (4). P. 951-955.