



ЎЗБЕКISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
FARG'ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI
ЎЗБЕКISTON AKUSHER-GINEKOLOGLAR UYUSHMASI
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ
УЗБЕКИСТАН

GINEKOLOGIYANING DOLZARB MUAMMOLARI

Xalqaro ilmiy-amaliy konferensiyasi

ILMIY ISHLAR TO'PLAMI

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»,

*Международной научно-практической
конференции*

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



ФЕРГАНА

2023

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
ФЕРГАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

Главный редактор	Сидиков А.А.	Профессор, д.м.н., ректор ФМИОЗ
Зам. главного редактора	Кадирова М.Р.	Проректор по научной работе и инновациям, Dsc, доцент
Редколлегия	Ахмадалиев Р.У	Начальник отдела науки, инновации и научно- педагогической подготовки, к.м.н.
	Суяркулова М.Э.	Заведующая кафедрой «Акушерства и гинекологии», к.м.н.
	Тишабаева Н. А.	Ассистент кафедры «Акушерства и гинекологии»
Редактор компьютерной графики	Валитов Э.А	Руководитель центра информационных технологий

Мухаррирлик кенгаши анжуман материалларининг мазмунига маъсул эмас
Илмий тўпламлар муаллифлар томонидан топширилган
оригинал ҳолда чоп этилмоқда.

Редакционный совет не несет ответственности за содержание материалов
конференции. Материалы публикуются в соответствии с оригиналами авторских
текстов.

48.	Каримова Ф.Д., МирходжаеваС., РахматоваГ.К. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЛАЦЕНТЫ В ОБЛАСТИ РУБЦА НА МАТКЕ.	183
49.	Каримова Ф.Д., Хужамбердиев Ч.М РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА.	185
50.	Кадирова З.С., Халимова З.Ю. ЭНДОКРИННО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ.	191
51.	Кахарова А. Л. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ В АКУШЕРСТВЕ.	199
52.	Kosimova D.S. EKSPERIMENTAL STRESSDA NEYROMOTOR TIZIMNING INDIVIDUAL-METABOLIK TAVSIFI VA UNING KORREKSIYA KILISH YO'LLARINI BAXOLASH.	202
53.	Курбаниязова М. З., Бекбаулиева Г. Н., Шакирова П. Д. ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ ПРИ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ.	205
54.	Лебедев А. С. ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.	210
55.	Мадаминов С.М. СОҒЛОМ АВЛЮДНИ ШАКИЛЛАНТИРИШДА ПРЕНАТАЛ ДАВИРНИНГ ВА РЕПРОДУКТИВ САВОДҲОНЛИКНИ АҲАМИЯТИ.	211
56.	МадолимоваН.Х., Саиджалилова Д.Д., Саидмуродова ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ И АДЕНОМИОЗЕ.	217
57.	Madolimova N. Kh, Saidjalilova D.D., Ayupova D.A. IMPACT OF ADENOMYOSIS TO PREGNANCY AND PERINATAL OUTCOMES.	221
58.	Майборода Т.А. ВЛИЯНИЕ АСОЦИАЛЬНОЙ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.	222
59.	Mamasaidov J.T., Siddiqov B.T. BURUN POLIPLARINING TURLARI VA ULARDAGI MORFOFUNKSIONAL O'ZGARISHLAR.	226
60.	Mamasaidov J.T., Siddiqov B.T. BURUN POLIPLARI PAYDO BO'LISHIDAGI ASOSIY SABABLAR VA UNDAGI MORFOFUNKSIONAL O'ZGARISHLAR.	227
61.	Мамиева Л.М., Матякубова С.А. РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.	228
62.	М.И.Муминова., Ф.А.Мадаминов. СИМПТОМЫ И ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.	230
63.	Mamasaidov J.T., Siddiqov B.T. THE MAIN REASONS FOR THE APPEARANCE OF NASAL POLYPS AND THEIR MORPHOFUNCTIONAL CHANGES.	235
64.	Mamasaidov J.T., Siddiqov B.T TYPES OF NASAL POLYPS AND THEIR MORPHOFUNCTIONAL CHANGES.	236
65.	Matsapoyev Sh.Sh.. AYOLLARDA UROGENITAL KANDIDOZNI DAVOLASHNI MUKAMMALLASHTIRISH.	237

12. Zhou J.R., Canar M.M., Erdman J.W. Bone zinc is poorly released in young, growing rats fed marginally zinc-restricted diet. *J. Nutr.* 1993;123:1383–1388. [PubMed] [Google Scholar]
13. Prasad A.S. Zinc deficiency in women, infants and children. *J. Am. Coll. Nutr.* 1996;15:113–120. [PubMed] [Google Scholar]
14. Hambidge M. Human zinc deficiency. *J. Nutr.* 2000;130:1344–1349. [PubMed] [Google Scholar]
15. ДС Косимова. О моделях экспериментального развития СД2. Современные инновации, 2020;4 (38) [13-14].
16. Haslett RJ, Reid RJ, Rengel Z(2001) Мобильность цинка в пшенице: поглощение и распределение цинка, нанесенного на листья или корни . Энн Бот 87 : 379–386. [Академия Google]
17. Шривастава А.К., Сингх С. (2005) Диагностика нехватки питательных веществ в цитрусовых садах гуминовой тропической Индии . J Plant Nutr 29 : 1061–1076. [Академия Google]
18. Лопес-Вальдивия Л.М., Фернандес М.Д., Обрадор А., Альварес Дж.М. (2002) Преобразование цинка в кислой почве и эффективность цинка на кукурузе путем добавления шести органических комплексов цинка . J Agric Food Chem 50 : 1455–1460. [PubMed] [Академия Google].

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИНЕКОЛОГИИ»
«ГИНЕКОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЬ МУАММОЛАРИ»**

г. Фергана

10.03.2023г.

**ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ
ПРИ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ**

М.З.Курбаниязова¹, Г.Н.Бекбаулиева¹, П.Дж.Шакирова².

¹Ургенчский филиал ТМА

²Ташкентская Медицинская Академия

Ключевые слова: синдром гиперстимуляции яичников, соматический и гинекологический анамнез, бесплодие.

Резюме. Проведенное исследование установило, что повышение концентрации эстрадиола после введения ХГЧ можно использовать как предиктор развития синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ). Терапия с использованием каберголина эффективно предупреждает СГЯ, а использование двойного триггера овуляции достоверно нивелирует его развития по сравнению моностимуляции с ХГЧ.

**OVULYATSIYA STIMULYATSIDA TUXUMDONLAR GIPERSTIMULYATSIYASI
SINDROMI PROFILAKTIKASI**

M.Z.Qurbaniyazova¹, G.N.Bekbauliyeva¹, P.J.Shakirova².

¹Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

²Toshkent tibbiyot akademiyasi

Tayanch so'zlar: tuxumdonlar hiperstimulyatsiyasi sindromi, somatic va ginekologik anamnez, bepushtlik.

Resyume: Tekshiruvlar natijalari shuni ko'rsatib berdiki, odam horionik gonadotropinini qo'llagach estradiolning oshishini tuxumdonlar giperstimulyatsiyasi sindromi prediktori sifatida qo'llashimiz mumkin (TGS). Tuxumdon giperstimulyatsiyasiga yuqori havf guruxi bor ayollarda ovulyatsiya kunidan boshlab 4 kun davomida kabergolini qo'llash, va ovulyatsiya triggeri sifatida oHG bilan dekapeptilni qo'llash, faqat oHG ni trigger sifatida qo'llashdan ko'ra TGS ni oldini oladi.

PREVENTION OF OVARIAN HYPERSTIMULATION SYNDROME FOR STIMULATION OF OVULATION

M.Z.Kurbaniyazova¹, G.N.Bekbauliyeva¹, P.J.Shakirova².

¹*Urgench branch of TMA, Urgench, Uzbekistan*

²*Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan*

Keywords: *ovarian hyperstimulation syndrome, somatic and gynecological history, infertility*

Summary. The study found that an increase in the concentration of estradiol after the administration of hCG can be used as a predictor of the development of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS). Therapy with cabergoline effectively prevents OHSS, and the use of a double ovulation trigger significantly eliminates its development compared to monostimulation with hCG.

Актуальность. Все большее количество женщин с бесплодием прибегают к использованию возможностей вспомогательных репродуктивных технологий (1). Однако, не каждая супружеская пара могут прибегнуть к услугам вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) из-за финансовой дороговизны. В связи с этим в настоящее время актуальным остается по прежнему вопрос стимуляции овуляции. Проводя индукцию овуляции, мы добиваемся, собственно, гиперстимуляции, поэтому в зарубежной научной литературе укрепился термин «контролируемая гиперстимуляция яичников», отражающий как цель проводимого лечения, так и присутствие ятрогенного воздействия (2,3,5).

Важнейшим пусковым фактором развития ранней формы синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ) считается назначение овуляторной дозы ХГЧ. В связи с этим, замена триггера овуляции и меры профилактики развития СГЯ в центре внимания исследователей. Однако несмотря на то, что в современной репродуктологии имеется широкий арсенал терапевтических средств, используемых для индукции овуляции и стимуляции функции яичников нету единого подхода, обеспечивающего предупреждения развития СГЯ. Следовательно поиск мер и путей профилактики развития СГЯ является актуальной проблемой гинекологии (1,4,6).

Цель исследования: разработать меры профилактики развития СГЯ легкой степени при контролируемой стимуляции овуляции для восстановления естественной фертильности без использования вспомогательных репродуктивных систем.

Материалы и методы исследования. Отобранные для исследования пациентки основной группы были разделены на три группы с учетом введенного триггера овуляции:

I группа (n=22), где триггером овуляции являлся ХГЧ 10 000 МЕ и Метформин 1000 в сутки II группа (n=17), где триггером овуляции являлся агонист ГнРГ декапептил в дозе 0,2 мг и ХГЧ в дозе 5000 МЕ; III группа (n=13), где триггером являлся ХГЧ в дозе 10 000 МЕ (группа сравнения). IV группа контрольная группа – 20 женщин, естественным овуляторным циклом

Результаты и их Обсуждение: Все пациентки, вошедшие в исследование, были сопоставимы по возрасту и индексу массы тела. Средний возраст $30,4 \pm 3,5$ лет, в IV группе (контрольной) – $30,3$ лет ($p > 0,05$). ИМТ в исследуемой группе составил - $22,8$ кг/см, в контрольной – $23,2$ кг/см. Анализ структуры и частоты встречаемости соматических заболеваний у пациенток, включенных в исследование, показал, что большая часть пациенток перенесла детские инфекции. В структуре сбора анамнеза заболеваемости ведущее место по распространенности принадлежит патологии щитовидной железы и аллергоанамнез. Заболевания эндокринной системы: так каждая третья исследуемая женщина страдала диффузным зобом и АИТ. Патологии мочевыделительной системы имела каждая четвертая женщина исследуемых групп. TORCH инфекция: Ig G определяли 60-70% пациентов выявляли вирус простого герпеса I и 2 типов, краснуха и цитомегаловирусная инфекция. Все перечисленные заболевания находились в стадии ремиссии или медикаментозной компенсации в период проведения мероприятий, направленных на достижение беременности. Анализ характера менструального цикла у пациенток основной группы показал, что медиана возраста менархе у женщин I группы составил $12,7 \pm 2,7$ лет, II группы $13,0 \pm 2,3$ лет и III группы $12,9 \pm 2,5$ лет (табл. 3.3). По продолжительности менструального цикла, в контрольной группе преобладал нормопонирующий цикл (регулярный цикл повторяющийся каждые 21-35 дней) у 89,3%, в основной чаще регистрировался постпонирующий цикл у 58,6% пациенток. По количеству теряемой крови умеренное/обильное/скудные. У женщин I группы у 62% случаев были скудными, у 3% обильные а в остальных случаях были умеренными. Анализ анамнеза генитального профиля показал, что у пациенток с бесплодием гинекологический анамнез отягощен. Превалируют инфекции, передаваемые половым путем. Их доля составила в I группе - 31,8%, во II группе - 25,8% и 25,9% в III группе. Доля пациенток с диагностированным СПКЯ в I группе составила 18,7%, во II группе – 19,4 %, в III группе – 18,5 %. Основными жалобами при обращении за медицинской помощью было бесплодие, причем превалировало первичное бесплодие. Так, I бесплодием обратились 69,9% женщин из I группы, 58,7% из второй группы и

61,5% из III группы женщин. При изучении акушерского анамнеза женщин со вторичным бесплодием выявлено, что подавляющей большинстве части женщин беременность закончилась выкидышами (чаще это было неразвивающейся беременностью) (55,6%, 50,0% и 40,0% соответственно группам) и у каждой четвертой женщины I и III группы и у 12,5% II группы преждевременными родами. Срочные роды произошли у 11,1% женщин I группы, у 25,0% II группы и у 40,0% III группы. У большинства пациенток был опыт стимуляции, причем клостельбегитом без триггера овуляции 2 раза (по 5 дней в течении 2-х менструальных циклов) и один раз с триггером по традиционной методике.

Результаты исследования показали, что СГЯ во всех трех исследуемых группах имел место, составляя 12,5%, 9,7% и 11,1% соответственно группам, то есть каждая десятая женщина имела риск развития СГЯ при применения традиционного метода стимуляции овуляции. Нами были определены базальные уровни гормонов в плазме крови и устранения гормонального дисбаланса. Таким образом, при анализе особенностей соматического, гинекологического, репродуктивного и эндокринного статуса, а также овариального резерва пациенток исследуемых групп не было выявлено значимых межгрупповых различий. После проведения патогенетической гормональной терапии у пациенток наблюдалась положительная динамика УЗ-данных, гормональных параметров и нормализация менструальной функции. Однако несмотря на это у изучаемых женщин достоверных изменений в овуляции фолликулов не наблюдалось. Анализ овариального ответа на проводимую стимуляцию триггерами, показал, что число фолликулов диаметром ≤ 17 мм у женщин I группы составил в среднем $3,2 \pm 3,4$, у пациенток II группы- $3,7 \pm 3,8$ и III группы $3,6 \pm 3,5$. Между тем, гормональный ответ на триггеры был не одинаков. Так, если в группе, где была наряду с ХГЧ каберголин (I группа) и во II группе, уровень эстрадиола оставалась в пределах нормы, тогда как в III группе, в 2 раза был выше нормы. Концентрация прогестерона в день введения триггера овуляции во всех группах не превышала норму, что позволяет говорить об отсутствии преждевременной лютеинизации фолликулов. Нами проанализирована фолликулометрия, где у 77,2% женщин в группе I, у 64,7% женщин в группе II, и 38,4% женщин в группе сравнения произошла овуляция фолликула. При дальнейшем наблюдении за пациентками, у которых произошла овуляция выявлена, что из их числа беременность наступила у 13 (76,5%) женщин в группе I, у 5 (41,5%) женщин в группе II, и 3 (60,0%) женщин в группе сравнения. Обращает внимание, несмотря на высокую частоту овуляции у женщин в группе II (триггер декапептил) по сравнению со III группой женщин частота наступления беременности ниже. Видимо это связано, с тем, что период полувыведения эндогенного ЛГ составляет около 2 часов, видимо это приводит к быстрому снижению концентрации после пика и последствие от введения аГнРГ (декапептила) минимальное. Вместе с тем, такой триггер предпочтителен при риске развития СГЯ, когда нежелательно

длительное стимулирующее действие на яичники ХГ. В ходе исследования обнаружено статистически значимое различие по частоте развития СГЯ легкой степени. Так, у женщин в I группе и II группы синдром гиперстимуляции яичников не развивался, тогда как у 7 (53,8 %) овулировавшей женщины III группы отмечен СГЯ легкой степени.

Таким образом, достоверное повышение концентрации эстрадиола после введения ХГЧ можно использовать как предиктор развития СГЯ. Резюмируя исследование можно сказать, что терапия с использованием каберголина эффективно предупреждает СГЯ, а использование двойного триггера овуляции достоверно нивелирует его развития по сравнению моностимуляции с ХГЧ.

Заключение. Таким образом, по результатам проведенного исследования сделаны следующие выводы:

1. Повышение концентрации эстрадиола после введения ХГЧ можно использовать как предиктор развития СГЯ.
2. Терапия с использованием каберголина эффективно предупреждает СГЯ, а использование двойного триггера овуляции достоверно нивелирует его развития по сравнению моностимуляции с ХГЧ.

Литература:

1. Стимуляция овуляции и канцерогенез эндометрия: Том 9, № 2, 2022. – С. 73 – 81
2. Gomez R, Soares SR, Busso C, Garzia-Velasco JA, Simon C, Pellicer A. Physiology and pathology of ovarian hyperstimulation syndrome: a systematic review and metaanalysis. *Fertil Steril* 2011;95:188–196.
3. Sunderam S., Kissin D.M., Crawford S.B., et al. Assisted reproductive technology surveillance — United States, 2011 // *MMWR Surveill Summ*. 2014. Vol. 63, N 10. P. 1–28
4. Askarova, Z.Z., Saparbayeva, N.R., Kurbaniyazova, M.Z. and Aliyeva, D.A., 2021. Value of Hysteroscopy and Genetic Research of Women with Abnormal Uterine Bleeding in Perimenopause. *Eur J Mol Clin Med*, 8(1), pp.409-416.
5. Zafarjanovna, Kurbaniyazova Madina, and Bekbauliyeva Gulistan Niyetbayevna. "Optimization of ovulation induction methods in infertile women with pcos." In *Euro-Asia Conferences*, vol. 1, no. 1, pp. 158-162. 2021.
6. Zafarjanovna, Kurbaniyazova Madina, Bekbauliyeva Gulistan Niyetbayevna, and Duschanova Zaynab Atabayevna. "Optimization of Ovulation Induction in Clomifene Resistant Patient with Infertility." *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research* 39.2 (2021): 31257-31259.