



О‘ЗБЕКISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

О‘ЗБЕКISTON 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



2023

ФЕРГАНА

«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.

116.	Тишабаева Н.А., Гуломова Р.И. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ.	418
117.	Тишабаева Н.А., Жамолиддинова Н. Б. ОЖИРЕНИЕ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА. АКТУАЛЬНОСТЬ В НАШИ ДНИ.	428
118.	Тишабаева Н.А., Иброхимова З.А. ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ И ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ. ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ.	430
119.	To‘uchibekov Sh., Fattaxov N., Abdulkakimov A., Sotvoldiev A., Tursunboev M. GASTRO-INTESTINAL GEMORRAGIYA DA OPERATIV JARROXLIK USULLARI.	438
120.	Турдиев Ш., Алимжанова М. БЕСПЛОДИЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА.	439
121.	Тян Т.В., Алиева Д.А. ОЦЕНКА ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.	440
122.	Уринова Р.Ш., Саиджалилова Д.Д. ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МАГНИЯ В КРОВИ С ТЯЖЕСТЬЮ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ.	445
123.	Усманова Н.Ю. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ИНОЗИТОЛА АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ.	450
124.	Usmonova. G.B. BOLALARNI ANTROPOMETRIK KO‘RSATKICHLARINI OVQATLANISHIGA BOG‘LIQ HOLDA TEKSHIRISH VA TAHLIL QILISH NATIJALARI.	452
125.	Usmonova. G.B., Mamajonova Kh. A. DEPENDENCE OF ANTHROPOMETRIC INDICATORS IN CHILDREN ON THE DIET.	454
126.	Usmonov S. A. YOSH AVLODNING JISMONIY RIVOJLANISHINI FIZIKAVIY O‘LCHASHLAR ORQALI BAHOLASH.	457
127.	Файзуллоева Н.Ш., Хатамова М.Т. КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ БИОХИМИЧЕСКИМ МОНИТОРИНГОМ И ИЗМЕРЕНИЕМ ВОЛНОВОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В ПУПОВИНЕ ПЛОДА ЧЕЛОВЕКА, НА ФОНЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНФЕКЦИИ.	459
128.	Фаттахов Н, Абдулхакимов А, Тўйчибеков Ш, Исроилов М, Болтаев С. ГИРУДОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ.	463
129.	Фаттахов Н, Абдулхакимов А, Тўйчибеков Ш, Исроилов М, Болтаев С. ПИЩЕВОЙ СТАТУС И ГИРУДОТЕРАПИЯ.	464
130.	Хайдарова Б.А. АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА ШАХСГА ЙЎНАЛТИРИЛГАН ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ.	465
131.	Хайдаров Х.Р, Сиддиқов Б.У., Тошбоев С.М. Острый жировой гепатоз у беременных (синдром Шихана).	472

4. Чехоева А.Н., Габараев Г.М., Бароева М.Д. Клинико-диагностические аспекты и лечебная тактика гиперпластических процессов эндометрия с современных позиций (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2019. №4. Публикация 1-4.
5. Bergeron C. A multicentric European study testing the reproducibility of the WHO classification of endometrial hyperplasia with a proposal of a simplified working classification for biopsy and curettage specimens // Am. J. Surg. Pathol. - 1999.-Vol. 23.-P. 1102-1108.
6. Bradshaw KD, Trait D. Postmenopausal bleeding. In: Marshburn PB, Hurst BS (Eds.) Disorders of Menstruation. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2011;29: 2247-52.
7. Fraser I. S. Hysteroscopy and laparoscopy in women with menorrhagia // Amer. J. Obstet. Gynecol. - 1990; 162(5): 1264-9.
8. Skov B. G.. Comparison of the reproducibility of the WHO classifications of 1975 and 1994 of endometrial hyperplasia// Int. J. Gynecol. Pathol. - 1997. -Vol. 16.-P. 33-37.

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

г. Фергана

10.03.2023г.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МАГНИЯ В КРОВИ С ТЯЖЕСТЬЮ
НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У
ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ.**

Р.Ш.Уринова¹, Д.Д.Саиджалилова¹.

¹Ташкентская медицинская академия.

Ключевые слова: *дисплазия соединительной ткани, суточная моча, пролапс гениталий, обмен коллагена.*

Аннотация: В статье проводится исследование и оценка уровня магния в крови у женщин с пролапсом гениталий на фоне нДСТ, что дает возможность судить о состоянии обмена коллагена при заболеваниях, сопровождающихся деструктивными процессами в соединительной ткани. У женщин с пролапсом гениталий в 57,1% была выявлена нДСТ.

**JINSIY ORGANLAR PROLAPSASI BO'LGAN AYOLLARDA
DIFFERENSIYALLANMAGAN BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA DISPLAZIYASI OG`IRLIGI
DARAJASI BILAN QONDAGI MAGNIY DARAJASINING ALOQASI.**

R.Sh.Urinova¹, D.D.Saidjalilova¹.

¹Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

Калит so'zlar: *biriktiruvchi to'qima displaziyasi, kunlik siydik, genital prolaps, kollagen almashinuvi.*

Xulosa: Maqolada differensiyallanmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi fonida genital prolapsi bo'lgan ayollarning qondagi magniy miqdori o'rganiladi va baholanadi, bu biriktiruvchi to'qimalarda destruktiv jarayonlar bilan kechadigan kasalliklarda kollagen almashinuvining holatini baholashga imkon beradi. Jinsiy organlarning prolapsi bo'lgan ayollarda 57,1% differensiyallanmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi aniqlangan.

THE RELATIONSHIP OF MAGNESIUM LEVELS IN THE BLOOD WITH THE SEVERITY OF UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA IN WOMEN WITH GENITAL PROLAPSE.

R.Sh.Urinova¹, D.D.Saidjalilova¹.

¹Tashkent Medical Academy

Key words: *connective tissue dysplasia, daily urine, genital prolapse, collagen metabolism.*

Abstract: The article studies and evaluates the level of magnesium in the blood of women with genital prolapse against the background of undifferentiated connective tissue dysplasia, which makes it possible to judge the state of collagen metabolism in diseases accompanied by destructive processes in the connective tissue. In women with genital prolapse, 57,1% had undifferentiated connective tissue dysplasia.

Актуальность: В настоящее время широкое распространение получила теория системной дисплазии соединительной ткани (ДСТ) как ведущей причины пролапсов гениталий. Недифференцированная ДСТ представляет собой аномалию тканевой структуры и является системной патологией, было бы логично предположить, что мышцы тазового дна не могут не реагировать на неё своими характеристиками. Т.Ю. Смольнова и соавт. [4, 5] считают, что опущение и полное выпадение внутренних половых органов у женщин является одним из проявлений нДСТ на уровне репродуктивных органов.

В поддержании целостности структуры соединительной ткани важную роль играют ионы магния, которые необходимы для нормального течения многих физиологических процессов в организме. В связи с этим интерес представляет определение особенностей уровня ионов магния в крови при различной степени тяжести пролапса гениталий, так как в литературе описано неблагоприятное влияние дефицита этого элемента в периферической крови на развитие акушерско-гинекологической патологии и структуру соединительной ткани.

Цель исследования: изучить уровень магния в крови у женщин с пролапсом гениталий на фоне нДСТ и определить взаимосвязь со степенью тяжести заболевания.

Материал и методы исследования: были обследованы 83 женщины репродуктивного возраста, из которых у 63 женщин отмечался пролапс гениталий (основная группа). Остальные 20 женщин без пролапса гениталий составили группу сравнения. По степени выраженности пролапса гениталий (по классификации POP-Q) основная группа была разделена на 3 подгруппы:

1 А подгруппу составили 29 женщин с I степенью пролапса; 1 В подгруппу составили 23 женщины со II степенью пролапса гениталий и 1 С подгруппу составили 11 женщин с выраженной степенью.

Наличие нДСТ у исследуемых женщин определяли при выявлении у них 8 признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани из 16 наиболее высокоинформативных маркеров [1]. К ним относятся: гипермобильность суставов, тонкая кожа, дефекты в дентине, астенический синдром, пролапс митрального клапана, варикозная болезнь нижних конечностей, арахнодактилия, гиперрастяжимость кожи, готическое небо, стрии, сколиоз, нейроциркуляторная дистония, искривление носовой перегородки, систолический шум при аускультации сердца, обусловленный малыми аномалиями развития сердца, врожденный вывих бедра, келоидные рубцы. Оценка степени тяжести дисплазии соединительной ткани проводилась по шкале клинических критериев выраженности нДСТ. Также проводилось определение в сыворотке крови уровня магния.

Результаты исследования: В основной группе женщин с пролапсом гениталий нДСТ была выявлена у 36 женщин, что составило 57,1%. Тогда как, в группе женщин без пролапса гениталий данный показатель составил 8,7%, что в 6,6 раза реже, чем в группе с пролапсом гениталий. нДСТ у 2 женщин без пролапса гениталий наблюдалась в легко маловыраженной степени выраженности. При изучении степени выраженности нДСТ в группах женщин с пролапсом гениталий были получены интересные данные (табл.1).

Таблица 1. Степень тяжести нДСТ у женщин с пролапсом гениталий.

Степень выраженности нДСТ (n=36)	1А группа (1 степень, n=29)		1В группа (2 степень, n=23)		1С группа (3 степень, n=11)	
	Абс	%	Абс	%	абс	%
легкая (маловыраженная) степень (n=9)	6	20,7	3	13,04*	-	-
средняя (умеренно выраженная) (n=17)	5	17,2	9	39,1*	3	27,3*
тяжелая (выраженная) степень (n=10)	-	-	2	8,7	8	72,7 [▲]

Примечание: * - достоверные различия показателей групп относительно показателей группы с 1 степенью пролапса гениталий ($p \leq 0,05$); [▲] - различия показателей относительно показателя группы со 2 степенью пролапса гениталий ($p \leq 0,001$)

Как видно из таблицы 1, в группе женщин с легкой степенью пролапса гениталий нДСТ встречалась у 37,9% и почти в равных количествах представлена была маловыраженной (20,7%) и умеренной (17,2%) степенью. В этой группе женщин с тяжелой степенью нДСТ не встречалось. Обратная тенденция наблюдалась у женщин 1С группы с тяжелой формой пролапса гениталий. У 100% женщин с тяжелой формой пролапса гениталий отмечалась нДСТ с преобладанием тяжелой степени (72,4%). В группе женщин со 2 степенью пролапса гениталий нДСТ встречалась у 60,9% женщин, среди которых преобладала нДСТ умеренной степени (39,1%), тогда как нДСТ легкой и тяжелой степени отмечалась в 3 и 4,5 раза меньше, соответственно. Вышеизложенное позволяет нам сделать заключение, что степень тяжести развития пролапса гениталий зависит от степени выраженности нДСТ, и чем выраженные признаки нДСТ, тем более тяжелая форма пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста. Важным показателем метаболизма соединительной ткани считается уровень магния в крови [2, 3].

Именно дефицит магния, как основополагающий элемент формирования соединительной ткани, играет огромную роль как в развитии соматической патологии и может приводить к формированию пороков сердца, подвывихам, так и недоразвитию/недостаточности соединительнотканых структур (в нашем пролапс гениталий) [6, 7]. Для подтверждения роли нДСТ у пациенток с пролапсом гениталий проводилось исследование уровня магния в сыворотке крови. При изучении показателей уровня магния в сыворотке крови установлено, что у женщин контрольной группы (без ПГ и нДСТ) на протяжении всего периода наблюдения уровень магния составил в среднем $0,84 \pm 0,04$ ммоль/л ($p > 0,05$). У женщин с ПГ содержание магния было достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p \leq 0,05$), и зависело от степени выраженности нДСТ (табл.2).

Таблица 2. Уровень магния в сыворотке крови у женщин с ПГ (ммоль/л).

Группы	Легкая степень нДСТ (n=47)	Умеренная и тяжелая степень нДСТ (n=16)	Женщины с ПГ без нДСТ (n=51)
Группа с ПГ 3 степени (n=5)	-	$0,49 \pm 0,12$	-
Группа с ПГ со 2 степенью (n=9)	$0,60 \pm 0,28^*$	$0,53 \pm 0,76^*$	$0,70 \pm 0,05$
Группа с ПГ 1 степени (n=12)	$0,65 \pm 0,21^*$	-	$0,85 \pm 0,07$

Контрольная группа без ПГ и нДСТ (n=88)	0,89±0,19	0,89±0,19	0,89±0,19
--	-----------	-----------	-----------

Примечание: *- достоверное различие показателей группы с нДСТ относительно группы женщин без нДСТ ($p < 0,05$).

Так, уровень магния в сыворотке крови у женщин группы с ИЦН без нДСТ на протяжении всего периода наблюдения менялся, составляя в среднем $0,78 \pm 0,07$ ммоль/л и был ниже референсных значений ($0,8-0,85$ ммоль/л), но в недостоверно значимых пределах. По данным биохимического анализа концентрация общего магния ниже оптимальных для беременных ($< 0,8$ ммоль/л) наблюдалось у 37,3% женщин с ИЦН без нДСТ, у 76,6% и 81,3% - у женщин с нДСТ легкой и тяжелой степени, соответственно.

Концентрация магния в сыворотке менее 0,7 ммоль/л, отражающая глубокий дефицит магния, была выявлена только в группе женщин с ИЦН и нДСТ: у 12,8% женщин с легкой степенью нДСТ и у 18,2% беременных с нДСТ тяжелой степени.

Понимание особенностей метаболизма соединительной ткани, а именно снижение уровня магния в крови, и раннее выявление этих нарушений может составить основу профилактики прогрессирования пролапса гениталий в репродуктивном возрасте.

Выводы: 1. У женщин с пролапсом гениталий в 57,1% была выявлена нДСТ. Нами было установлено, что степень тяжести развития пролапса гениталий зависит от степени выраженности нДСТ, и чем выраженные признаки нДСТ, тем более тяжелая форма пролапса гениталий наблюдается у женщин репродуктивного возраста.

2. У женщин с пролапсом гениталий содержание магния было достоверно ниже в 1,8 – 2 раза, чем в контрольной группе, и зависел от степени выраженности нДСТ. Раннее выявление низкого содержания магния в крови может составить основу профилактики формирования и прогрессирования пролапса гениталий в репродуктивном возрасте.

Литература:

1. Керимкулова Н.В., Никифорова Н.В., Громова О.А., ТоршипИ,Ю. «Способ прогнозирования наличия недифференцированной дисплазии соединительной ткани у беременных» // Патент №2539996 от 11.12.2014.
2. Краснопольская И.В. Дисфункция тазового дна у женщин: клиника, диагностика, принципы лечения. // Акушерство и гинекология. 2018; №2. С. 82-86.
3. Краснопольская И.В. Нарушения мочеиспускания у женщин с дисфункцией тазового дна.// Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2018; 1: 62-7.
4. Смольнова Т.Ю. Пролапс гениталий и дисплазия соединительной ткани. // Клиническая и экспериментальная хирургия. 2015; 2: 53-65.

5. Смольнова Т.Ю., Чупрынин В.Д. Проплапс гениталий: взгляд на проблему//Акушерства и гинекологии. 2018, №10. С.33-40.
6. Touza K.K., Rand K.L., Carpenter J.S., Chen C.X., Heit M.H. A scoping study of psychosocial factors in women diagnosed with and/or treated for pelvic organ prolapse. // Female Pelvic Med. Reconstr. Surg.2018; Mar 5.
7. Barber M.D., Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse // Int. Urogynecol. J. 2013; 24(11): 1783-90.

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

г.Фергана

10.03.2023г.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ИНОЗИТОЛА АНОМАЛЬНЫХ
МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ**

Н.Ю.Усманова

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Аномальные маточные кровотечения (АМК) в репродуктивном возрасте значительно влияют на здоровье женщин и встречаются с частотой до 30% случаев. Традиционно АМК определяется как кровотечение свыше 80 мл в течение одного менструального цикла (МЦ) при объективном измерении. Однако диагноз АМК обычно основан на личном восприятии объема менструальной кровопотери и его отрицательном влиянии на повседневную жизнь: ограничение двигательной активности, повседневной деятельности, профессиональных функций и социальных взаимодействий.

Цель исследования. Изучить влияние инозитола в сочетании с диетой и физическими нагрузками на регуляцию МЦ (менструального цикла) у женщин с избыточной МТ и ожирением.

Материалы и методы исследования. Обследованы женщины (n=109), госпитализированные в РНЦЭМП (г. Бухара) по поводу лечения АМК у которых было определено ожирение разной степени. Мы провели исследование оценки эффективности модификации образа жизни (диета и физические нагрузки) с включением в качестве нутритивной поддержки комбинации 1000 мг у 53 женщин репродуктивного возраста с АМК-О, избыточной МТ или ожирением на протяжении 2–4 мес. Критерии эффективности: регулярность МЦ, динамика индекса МТ, окружности талии (ОТ), уровня глюкозы в сыворотке крови, свободного тестостерона, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона.

Результаты исследования. При анализе антропометрических параметров 109 женщин с АМК установлено, что медиана (Ме) возраста пациенток составляла 31 ($\pm 5,213$) год при