

Impact Factor: 6.145

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990
www.tadqiqot.uz

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,
ISSUE 3

2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский университет

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 3
2022

ISSN: 2181-0990

DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского университета

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Obstetrics and Gynecology Department
No. 2 of the Samarkand State Medical University

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического университета

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental University

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana
профессор и руководитель клиники акушерства
и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic
of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Зуфарова Шахноза Алимджановна
доктор медицинских наук, профессор, директор
Республиканского центра репродуктивного
здоровья населения (M.D., Professor, Director
of the Republican Center for Reproductive Health)

Агабабян Ирина Рубеновна
кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского
Государственного медицинского университета
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical University)

Зокирова Нодира Исламовна
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского
Государственного медицинского университета

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
доктор медицинских наук, профессор
Непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
доктор медицинских наук, профессор Бухарского
государственный медицинского института.

Окулов Алексей Борисович
доктор медицинских наук, профессор
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна
доктор философии по медицинским наукам (PhD)
(ответственный секретарь)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin
MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural
Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского университета

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского университета

Локшин Вячеслав Нотанович
доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна
доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна
доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

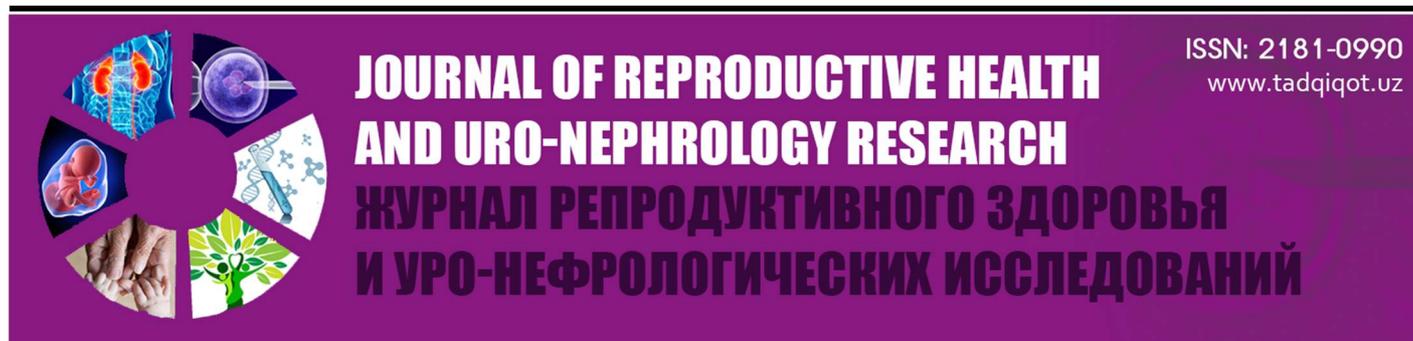
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

- 1. Ахмедов Ю.М., Амедов И.Ю., Абдуллажанов М.М., Юнусов Д.С., Турсункулов А.Н.**
ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ / SURGICAL TREATMENT OF UROLITHIASIS IN PEDIATRIC PRACTICE
/ PEDIATRIYA AMALIYOTIDA UROLITIYOZNI DAVOLASH UCHUN JARROHLIK USULLARI.....6
- 2. Валиев Ш. Н., Негмаджанов Б.Б.**
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВЕДЕНИЯ / CAESAREAN SECTION IN
WOMEN WITH A UTERINE SCAR. MODERN METHODS OF MANAGEMENT/ BACHADON CHANDIG'I BO'LGAN AYOLLARDA
KESARCHA KESISH OPERATSIYASI. ZAMONAVIY OLIB BORISH USULLARI.....11

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- 1. Ахмедов Ю.М., Абдуллажанов М.М., Юнусов Д.С., Турсункулов А.Н., Асатуллаев А.Б.**
МИНИИНВАЗИВНАЯ ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТОМИЯ У ДЕТЕЙ/ MINIMALLY INVASIVE PERCUTANEOUS
NEPHROLITHOTOMY IN CHILDREN/ BOLALARDA MINI-INVAZIV PERKUTAN NEFROLITOTOMIYA.....19
- 2. Адылова М.Н., Негмаджанов Б.Б., Раббимова Г.Т.**
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ПРИ СИНДРОМЕ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-
КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА/ CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES OF HYPERANDROGENISM IN MAYER-ROKITANSKY-
KUESTER-HAUZER SYNDROME/ MAYER-ROKITANSKIY-KUSTER-XAUZER SINDROMIDA GIPERANDROGENIZMNING
KLINIK VA DIAGNOSTIK XUSUSIYATLARI.....23
- 3. Мирзаабдуллахожиева О.У., Зуфарова Ш.А.**
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН/ TACTICS OF MANAGEMENT
AND TREATMENT OF VIRAL HEPATITIS B IN PREGNANT WOMEN/ HOMILADOR AYOLLARDA VIRUSLI GEPATIT B NI
BOSHQARISH VA DAVOLASH TAKTIKASI.....27
- 4. Негмаджанов Б.Б., Давронова Л.С., Насимова Н.Р.**
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО
ЗВЕНА/ DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PATIENTS WITH VAGINAL AND UTERINE APLASIA AT THE PRIMARY LEVEL/
BACHADON VA KIN APLAZIYASI BULGAN BEMORLARDA BIRLAMCHI ZVENODA DIAGNOSTIKA KUYISH VA OLIB BORISH
TAKTIKASI.....33
- 5. Рузибаев А.Р., Рахимбаев А. А., Акилов Ф. А., Гиясов Ш.И.**
ЧАСТОТА, ТЯЖЕСТЬ, ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-
ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА/ FREQUENCY, SEVERITY, CAUSES OF DEVELOPMENT OF
COMPLICATED PYELONEPHRITIS AFTER EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY AND PREVENTION METHODS/
EKSTRAKORPORAZ ZARB-TO'LQINLI LITOTRIPSIYADAN KEYINGI ASORATLANGAN PIYELONEFRITNING CHASTOTASI,
OG'IRLIGI, SABABLARI VA PROFILAKTIKASI.....36
- 6. Широф Т. Ф., Мавлянов Ф. Ш., Нормурадова Н. М., Мавлянов Ш. Х.**
ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН/ CLINICAL AND DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF PROTEIN METABOLISM DISORDERS IN
CHILDREN WITH CHRONIC TUBULOINTERSTITIAL NEPHRITIS/ O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SAMARQAND VILOYATI
BOLALARDAGI BUYRAK VA SIYDIK YO'LLARINING PATOLOGIK O'ZGARISHINI DIAGNOSTIKASI.....44
- 7. Шодмонова З.Р., Исmoilов Ш.А., Зокиров Ш.Ш.**
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
УРЕТЕРОЛИТИАЗОМ/ ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF TRANSURETHRAL CONTACT LITHOTRIPSY IN THE
TREATMENT OF URETEROLITHIASIS PATIENTS/ URETEROLITIYOZNI DAVOLASHDA TRANSURETRAL KONTAKT
LITOTRIPSIYANING SAMARADORLIGINI BAHOLASH.....49
- 8. Ibatova SH. M., Mamtkulova F. X.**
SOME ASPECTS OF OBESITY IN CHILDREN / НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ
/ BOLALARDA SEMIZLIKNING BA'ZI JIHATLARI.....54
- 9. Rizayev J. A., Khusanbayeva F.A.**
STUDY OF ORAL IMMUNITY FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE/ ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ
ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК/ SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI
BO'LGAN BEMORLARDA OG'IZ IMMUNITETI OMILLARINI O'RGANISH.....58
- 10. Usmanova Sh.R., Mirzaev H. Sh.**
TO STUDY IN A COMPARATIVE ASPECT THE FEATURES OF MARKERS IN PATIENTS WITH TUBULOINTERSTITIAL KIDNEY
DAMAGE COMBINED WITH CHRONIC PERIODONTAL DISEASE/ ИЗУЧЕНИЕ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ ОСОБЕННОСТИ
МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК СОЧЕТАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ
ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПАРОДОНТА/ QIYOSIY JIHATDAN O'RGANISH BUYRAKNING TUBULOINTERSTITIAL SHIKASTLANISHI
BO'LGAN BEMORLARDA MARKERLARNING XUSUSIYATLARI BIRLASHTIRILGAN SURUNKALI GENERALLASHGAN
PARODONTIT KASALLIK.....62

11. Usmanova Sh.R., Mirzaev H. Sh.	
ASSESSMENT OF BIOMARKERS OF RENAL KIDNEY DAMAGE IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS/ ОЦЕНКА БИОМАРКЕРОВ РЕНАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ПАРОДОНТИТОМ/ SURUNKALI GENERALLASHGAN PARIODONTIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA RENAL BUYRAK SHIKASTLANISHINING BIOMARKERLARINI BAHOLASH.....	66
12. Rizaev J. A., Raximov N. M., Kadirov X. X.	
RESPUBLIKANING VILOYATLAR KESIMIDA PROSTATA BEZI SARATONINI KASALLANISH KO'RSATGICHINI O'RGANISH/ ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗРЕЗЕ ОБЛАСТЕЙ РЕСПУБЛИКИ/ STUDY OF PROSTATE CANCER MORBIDITY RATE BY REGIONS OF THE REPUBLIC.....	70



УДК: 618-007(072.8)

Адылова М.Н.

Резидент магистратуры

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан.

Негмаджанов Б.Б.

доктор медицинских наук, профессор

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Раббимова Г.Т.

кандидат медицинских наук, доцент

Самаркандский Государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ПРИ СИНДРОМЕ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА

For citation: Adilova M.N., Negmajanov B.B., Rabbimova G.T., Clinical and diagnostic features of hyperandrogenism in mayer-rocktansky-kuester-hauser syndrome, Journal of reproductive health and uro-nephrology research 2022, vol. 3, issue 3. pp.23-26

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7142979>

АННОТАЦИЯ

Врожденная маточно-вагинальная аплазия или аплазия Майера-Рокитанского-Синдром-Кюстера-Хаузера (MRKH) характеризуется несросшимися зачатками матки, аплазией шейки матки и влагалища, но нормальным или гипопластическим двусторонним придатком и клинически проявляется первичной аменореей. Пациенты с MRKH имеют нормальное развитие женского фенотипа и кариотипа (46, XX) и заболеваемость 1 на 4000 или 5000 новорожденных

Ключевые слова: маточно-вагинальная аплазия, аплазия Майера-Рокитанского-Синдром-Кюстера-Хаузера, гипопластическим двусторонним придатком, первичная аменорея

Adilova M.N.

Master's Resident

Samarkand State Medical University.

Samarkand, Uzbekistan.

Negmajanov B.B.

Doctor of Medical Sciences, Professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

Rabbimova G.T.

Associate Professor

Samarkand State Medical University

Samarkand, Uzbekistan

CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES OF HYPERANDROGENISM IN MAYER-ROCKTANSKY-KUESTER-HAUSER SYNDROME

ABSTRACT

Congenital uterine-vaginal aplasia or Mayer-Rokitansky-Kuester-Hauser syndrome (MRKH) is characterized by ungrown uterine buds, cervical and vaginal aplasia, but normal or hypoplastic bilateral appendages and clinically manifests as primary amenorrhea. Patients with MRKH have a normal female phenotype and karyotype development (46, XX) and an incidence of 1 per 4,000 or 5,000 newborns

Key words: uterovaginal aplasia, Mayer-Rokitansky-Kuester-Hauser syndrome, hypoplastic bilateral appendage, primary amenorrhea

Adilova M.N.

Magistratura rezidenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Negmajanov B.B.

Tibbiyot fanlari doktori, professor
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

Rabbimova G.T.

Tibbiyot fanlari nomzodi
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston**MAYER-ROKITANSKIY-KUSTER-XAUZER SINDROMIDA GIPERANDROGENIZMNING KLINIK VA DIAGNOSTIK XUSUSIYATLARI****ANNOTATSIYA**

Tug'ma utero-vaginal aplaziya yoki Mayer-Rokitanskiy-sindrom-Kuster-Xauzer aplaziyasi (MRKH) bachadon bo'yni va qin aplaziyasi bilan tavsiflanadi, ammo normal yoki gipoplastik ikki tomonlama qo'shimchalar va klinik jihatdan birlamchi amenoreya bilan namoyon bo'ladi. MRKH bilan og'rigan bemorlarda ayol fenotipi va karyotipining normal rivojlanishi (46, XX) va 4000 yoki 5000 yangi tug'ilgan chaqaloqqa 1 ta kasallik mavjud

Kalit so'zlar: utero-vaginal aplaziya, Mayer-Rokitanskiy aplaziyasi-sindromi, gipoplastik ikki tomonlama bachadon ortiqlari, birlamchi amenoreya

Врожденная маточно-вагинальная аплазия или аплазия Майера-Рокитанского-Синдром-Кюстера-Хаузера (MRKH) характеризуется несросшимися зачатками матки, аплазией шейки матки и влагалища, но нормальным или гипопластическим двусторонним придатком и клинически проявляется первичной аменореей. Пациенты с MRKH имеют нормальное развитие женского фенотипа и кариотипа (46, XX) и заболеваемость 1 на 4000 или 5000 новорожденных (Cheroki et al. 2006). [1,2,4] Синдром MRKH рассматривается как порок развития мюллеровых (парамезонефрических) протоков, возникающий внутриутробно между 4 и 12 неделями беременности, в яйцеводы, матку, шейку матки и верхнюю часть влагалища, в то время как вольфовы (мезонефрические) протоки регрессируют, не сливаясь с мюллеровыми протоками (Ludwig 1998) [1,2,5]

По данным литературы в дополнение к фенотипу синдрома MRKH в зависимости от гормонального фона, различаются четыре группы пациенток, наибольшую долю играет гиперандрогения при аплазии влагалища и матки. Синдром ГА представляет собой важную проблему современной эндокринной гинекологии. По данным литературы у 10–20% женщин обнаруживают те или иные признаки ГА. Кроме того, ГА не только медицинская, но и социальная проблема, поскольку, кроме нарушения менструальной функции, приводит к различным косметическим дефектам (избыточной жирности кожи и волос, развитию акне). Помимо косметических проблем, ГА приводит к психоэмоциональным реакциям, снижающим качество жизни женщин, а также к социальным проблемам, связанным с ограничениями в выборе профессии и трудоустройстве [1,2,4,5,6,7,8]

Литературных данных об эндокринологических особенностях состояния яичников при аплазии матки и влагалища мало, и они имеют разноречивый характер. Поэтому изучение пациенток с аплазией влагалища и матки в сочетании с гиперандрогенией яичникового генеза, особенностей клинических и диагностических критериев являются актуальными.

Целью исследования явилось: изучить особенности клинического течения и диагностики гиперандрогении при синдроме Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера.

Материал и методы исследования: исследования проводились в отделении детской гинекологии многопрофильного медицинского центра и частной фирме «Доктор». Изучены клинические данные и результаты диагностических критериев 81 пациенток с синдромом Рокитанского-Кюстера-Хаузера-Майера. Средний возраст пациенток составил 28,7 лет. Пациентки были распределены на 2 группы: 1ая – основная группа пациентки с аплазией влагалища и матки в сочетании с гиперандрогенией, 2ая

группа – сравнения, женщины с аплазией влагалища и матки без признаков гиперандрогении. На основании клинических, гормональных методов исследования были изучены клинико-диагностические особенности гиперандрогении при аплазии влагалища и матки. Критериями включения в исследование явились: 1) наличие 2 из 3 перечисленных признаков: андрогензависимая дерматия (акне и гирсутизм), гиперандрогенемия (повышение уровня андрогенов в крови); признаки овариальной гиперандрогении на основании результатов УЗИ. Критерии исключения: 1) предшествовавшее лечение гормональными препаратами, влияющими на стероидогенез в яичниках или надпочечниках; 2) наличие заболеваний, провоцирующих развитие вторичной ГА (сахарный диабет I типа, гиперкортицизм, гипотиреоз); 3) прием препаратов, побочным эффектом которых является развитие ГА и ановуляция (вальпроевая кислота и др.).

Пациенты контрольной группы имели средний ИМТ $21,61 \pm 0,69$ и средний возраст $29,6 \pm 1,36$ года, пациентки с MRKH в сочетании с гиперандрогенией имели ИМТ $28,9 \pm 0,32$, средний возраст составил $28,2 \pm 1,23$ года.

Оценка степени тяжести акне и гирсутизма пациенток исследуемых групп: существует мнение, что клинические симптомы гиперандрогении развиваются в непосредственной зависимости от степени нарушений метаболизма андрогенов. При этом необходимо отметить, что проявления андрогензависимой дерматии связаны с состояниями и заболеваниями, не всегда отражающими избыток продукции андрогенов в организме женщины.

При осмотре пациенток у 30,8% обследуемых выявлены акне различной степени тяжести. При оценке степени тяжести акне применялась наиболее часто используемая классификация Американской академии дерматологии: I степень характеризуется наличием комедонов и до 10 папул; II степень – комедоны, папулы, до 10 пустул; III степень – комедоны, папулы, пустулы, до 5 узлов; IV степень отличается выраженной воспалительной реакцией в глубоких слоях с формированием болезненных узлов и кист. Исходя из принятой классификации, у подавляющего большинства обследуемых основной клинической группы в 46,6% случаев выявлена I, у 25,6% пациенток отмечена II степень тяжести акне. III и IV (наиболее тяжелая) степень была зарегистрирована в 11,5% и 16,2% случаев, соответственно. Несмотря на отсутствие четкой взаимосвязи между степенью выраженности акне и наличием биохимических маркеров гиперандрогении, необходимо отметить, что у обследуемых, наиболее часто отмечались II и III степень тяжести угревой болезни ($p=0,001$). В контрольной группе случаев угревой сыпи в соответствии с принятой классификацией отмечено не было.

Наиболее значимым симптомом в диагностике гиперандрогении является гирсутизм. Напротив, угревая сыпь или себорея чаще является результатом изменения метаболизма андрогенов. В связи этим, у всех пациенток определялось гирсутное число по сумме индифферентного (степень оволосения предплечий и голени) и гормонального чисел (степень оволосения остальных 9 областей тела), используя классическую 4-бальную шкалу Ферримана-Голлвея D.Ferriman и J.Gallwey [3].

Суммарное количество баллов (гирсутное число) от 1 до 7 характеризует нормальное оволосение, от 8 до 11 баллов – пограничное, более 12 баллов – гирсутизм. Оволосение считают избыточным при величине гирсутного числа более 12 баллов. В группе контроля гирсутизм не выявлялся ни в одном случае. В основной группе гирсутное число более 12 баллов по шкале Ферримана-Голлвея выявлено у 34,8 %, в 52,2 % случаев – гирсутное число находилось в пределах пограничной зоны от 8 до 11 баллов (таблица 1).

Таблица 1

Оценка степени гирсутизма у пациенток исследуемых групп

Группы	Степень гирсутизма					
	0-7 баллов		8-11 баллов		>12 баллов	
	n	%	n	%	n	%
Основная группа (n-46)	6	13,0	24	52,2	16	34,8
Группа сравнения (n-35)	19	54,3	12	34,3	4	11,4
Контрольная группа (n-40)	38	95,0	2	5	-	-

При обследовании больных выявлено, что у 58 % пациенток с гиперандрогенией, при синдроме Рокитанского-Кюстера-Майера-Хаузера, преобладали выраженные акцентуации характера, характеризующиеся возбудимостью, циклотимностью, экзальтированностью и демонстративностью. Таким образом, у пациенток с синдромом гиперандрогении выявлена более высокая частота явных акцентуаций характера по сравнению с условно здоровыми.

Следует отметить, что исследование эмоционального состояния женщин, страдающих данной гинекологической

патологией, должно основываться на изучении взаимодействия различных факторов, что позволит усовершенствовать и повысить эффективность оказания медицинской и психологической помощи.

Нами также изучен гормональный фон больных с СМРКХ, в зависимости от гормонального фона пациентки разделены на основную группу с явлениями гиперандрогении, а также группа сравнения – пациентки с СМРКХ без признаков гиперандрогении. Контрольную группу составили здоровые женщины (таблица 2).

Таблица 2

Гормональный фон пациенток с СМРКХ

Показатели	Контрольная группа (n-40)	Основная группа (n-46)	Группа сравнения (n-35)
ЛГ (мМЕ/л)	1,1-8,7	20,1**	7,1
ФСГ (мМЕ/л)	1,8-11,3	7,1*	6,9
Пролактин (мМЕ/л)	67-540	660*	498
ДГЭА	1,3	2,5*	1,7
17 Оксипрогестерон	0,4	1,5*	0,8
Тестостерон (нмоль/л)	0,1-4,2	7,1*	4,2
Кортизол (нмоль/л)	150-660	446	223
Антимюллеров гормон (нг/мл)	5,8	4,4*	5,1

Примечание. Достоверность различий для средних значений признаков определялась с использованием параметрического критерия Стьюдента, значимые различия при $p < 0,05$, $p < 0,01$ обозначены *, ** соответственно.

В результате проведенного исследования была установлена высокая частота встречаемости различных жалоб у больных с синдромом ГА, а также определены особенности динамики уровней гормонов. При синдроме МРКХ в сочетании с гиперандрогенией имелись статистически значимые различия в гормональном фоне, а именно, уровень ЛГ, ФСГ, тестостерона, пролактина был выше, чем в контрольной и группе сравнения. Эндокринный статус пациенток при синдроме МРКХ

характеризовался наличием гиперандрогении яичникового генеза при достоверно более низких значениях АМГ. Таким образом, пациентки с аплазией матки и влагалища находятся в группе риска по развитию различных эндокринных нарушений и поэтому требуют более тщательного обследования и преемственности ведения для определения сроков и методов реализации репродуктивной функции.

Список литературы

1. Адамян Л. В. и др. Аплазия матки и влагалища (синдром Майера—Рокитанского—Кюстера—Хаузера) в сочетании с эндометриозом: нерешенные аспекты этиологии и патогенеза (обзор литературы) // Problemy Reproduktsii. – 2016. – Т. 22. – № 3.
2. Кругляк Диана Анатольевна, Буралкина Наталья Александровна, Ипатова Марина Владимировна, Уварова Елена Витальевна Синдром Майера–Рокитанского– Кюстера–Хаузера: современные методики лечения, психологические и социальные аспекты (аналитический обзор) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2018. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-mayera-rokitanskogo-kyustera-hauzera-sovremennyye-metodiki-lecheniya-psihologicheskie-i-sotsialnye-aspekty-analiticheskiy> (дата обращения: 14.09.2022).
3. Ferriman D., Gallwey J.D. Clinical assessment of body hair growth in women. J Clin Endocrinol Metab. 1961;21(11):1440–7. DOI: 10.1210/jcem-21-11-1440.
4. Henes M, Jurow L, Peter A, Schoenfish B, Taran FA, Huebner M, Seeger H, Brucker SY, Rall KK. Hyperandrogenemia and ovarian reserve in patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome type 1 and 2: potential influences on ovarian stimulation. Arch Gynecol Obstet. 2018 Feb;297(2):513-520. doi: 10.1007/s00404-017-4596-1. Epub 2017 Nov 24. PMID: 29177592.
5. Odhaib SA, Mohammed MJ, Al-Ali AJH, Mansour AA. Clinical and Radiological Findings in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome Type 2: Case report. Sultan Qaboos Univ Med J. 2021 Nov;21(4):635-638. doi: 10.18295/squmj.4.2021.036. Epub 2021 Nov 25. PMID: 34888086; PMCID: PMC8631212.

6. Peters HE, Laeven CHC, Trimbos CJMA, van de Ven PM, Verhoeven MO, Schats R, Mijatovic V, Lambalk CB. Anthropometric biomarkers for abnormal prenatal reproductive hormone exposure in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome, polycystic ovary syndrome, and endometriosis. *Fertil Steril*. 2020 Dec;114(6):1297-1305. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.06.029. Epub 2020 Oct 6. PMID: 33036791.
7. Rall K, Conzelmann G, Schäffeler N, Henes M, Wallwiener D, Möhrle M, Brucker SY. Acne and PCOS are less frequent in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome despite a high rate of hyperandrogenemia: a cross-sectional study. *Reprod Biol Endocrinol*. 2014 Mar 18; 12:23. doi: 10.1186/1477-7827-12-23. PMID: 24641817; PMCID: PMC4003801.
8. Tsarna E, Eleftheriades A, Eleftheriades M, Kalampokas E, Liakopoulou MK, Christopoulos P. The impact of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome on Psychology, Quality of Life, and Sexual Life of Patients: A Systematic Review. *Children (Basel)*. 2022 Apr 1;9(4):484. doi: 10.3390/children9040484. PMID: 35455528; PMCID: PMC9025055.

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 3

**JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY RESEARCH**

VOLUME 3, ISSUE 3

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000